



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Intervenção do Enfermeiro na Prevenção de Acidentes na Primeira Infância

Graciete Dinis Cardoso Marques Fernandes

2013





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Intervenção do Enfermeiro na Prevenção de Acidentes na Primeira Infância

Graciete Dinis Cardoso Marques Fernandes

Relatório de Estágio Orientado por:

Professora Maria Manuela Barbosa de Soveral

2013

“É que a saúde das crianças,
Porque são o futuro da humanidade,
É um bem que importa defender e que
Todos teremos de aprender a respeitar.”

Pavão, J. (1996)

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar este percurso tão importante da minha vida queria expressar o meu agradecimento a todos aqueles que estiveram presentes e me apoiaram nesta caminhada e que, direta ou indiretamente, tornaram possível a realização deste trabalho.

À minha família pela ajuda, disponibilidade, apoio e compreensão nos momentos de ausência, sempre confiantes na crença de que, dentro de cada um de nós, a capacidade de aprender a amar e a mudar, existe em abundância.

À professora Manuela Soveral pela orientação, apoio e partilha de conhecimentos que abriram os meus horizontes.

Aos enfermeiros que me receberam nas suas equipas e aceitaram partilhar o seu “cuidar pediátrico”.

Às crianças, jovens e suas famílias, com quem todos os dias tive a oportunidade de aprender a ser melhor! São eles a razão desta caminhada.

RESUMO

Os acidentes são a maior causa de morte e incapacidade nas crianças, tendo-se convertido nas últimas décadas num problema de saúde pública, pelas enormes consequências ao nível social e económico, que afeta todos os países do mundo.

Muitos acontecem em circunstâncias relativamente previsíveis. Cabe aos cuidadores a adoção de medidas e condutas seguras de forma a proporcionar um ambiente seguro à criança, não esquecendo que esta se desenvolve explorando o mundo que a rodeia.

É importante que o EESIP trabalhe a área da promoção da segurança infantil, de forma a ajudar a criança, em parceria com a família, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade, protegendo-a e preparando-a para lidar com o risco.

Nesse sentido elegi como foco de enfermagem privilegiado e transversal a todo o estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem e de Pós-licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria a *Intervenção do Enfermeiro na Prevenção de acidentes na primeira infância*.

Só conhecendo a forma como os pais concebem as questões relativas à segurança da criança se podem compreender os seus comportamentos face a situações de risco e desenvolver estratégias com vista à prevenção dos acidentes.

Para fundamentar as minhas práticas, promotoras de atitudes para a sua prevenção, baseei-me no modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, visto ser um instrumento útil para compreender o alcance da prática de enfermagem numa variedade de contextos e situações.

Este relatório tem por finalidade fornecer, de forma global e coerente, a descrição do trabalho/das atividades realizadas nos diferentes contextos de estágio, no sentido de alcançar os objetivos gerais e específicos previamente estabelecidos, assim como das reflexões e das análises que elas originaram e, desta forma, desenvolver competências científicas, técnicas, culturais e humanas de Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria.

Palavras-chave: Enfermagem, Criança, Desenvolvimento Infantil, Promoção de saúde, Prevenção de Acidentes

ABSTRACT

Accidents are the major cause of death and incapacity among children. In the last decades, they have become a public health hazard that affects the countries all over the world, due to the enormous consequences at the social and economical level.

Many accidents take place in relatively predictable circumstances. It is the caretakers' responsibility to adopt safe measures and behaviors, so as to provide a protected environment to the child, bearing in mind that he/she develops by exploring the world around him / her.

It is important that the EESIP works the area of the promotion of child security in a close partnership with his / her family, in order to help the child develop within the patterns expected for his / her age protecting and preparing her to deal with the risk.

In that sense, I have elected *The Nurse's Intervention in the prevention of accidents in early childhood*, as the privileged and transversal focus to all my probation period of this post graduate Course and Master in Pediatric and infant health nursing.

Only if we realize the way parents face the issue of the security of their child, will we be able to understand their behavior in risk situations and develop strategies to the prevention of accidents.

To support my practice promoting attitudes of accidents prevention, I've based on Nola Pender's Model of Health Promotion, because it's a useful instrument to understand the range of nursing practices in a variety of contexts and situations.

This report's aim is to make a global and coherent description of the work done and the activities carried out in different probation contexts, so as to accomplish the different goals that had been previously established, as well as to describe the considerations and analysis that this work originated and thus develop my scientific, technical, cultural and human skills as a Specialized Nurse in the area of Child Health and Pediatrics.

Keywords: Nursing, Child, Child Development, Health Promotion, Accident Prevention.

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ANSR- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária

APA – American Psychological Association

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil

BO – Bloco Operatório

CMESIP – Curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

DGS – Direção Geral de Saúde

ECSA- European Child Safety Alliance

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

H D E – Hospital Dona Estefânia

H FF – Hospital Fernando Fonseca

IAC – Instituto de Apoio à Criança

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONSA – Observatório Nacional de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RN - Recém-nascido

SRC- Sistema de retenção de crianças

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais Recém-nascidos

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

INDICE

	PÁG.
0.INTRODUÇÃO	1
1.IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	3
2- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	5
2.1. Definição de conceitos	5
2.2. Desenvolvimento infantil	6
2.3.Acidentes mais frequentes na primeira infância	10
2.4.Cuidados centrados na família	12
2. 5. Modelo de promoção de saúde	13
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATICO	18
3.1.Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido do Hospital Beatriz Ângelo	18
3.2.Serviço de Ortopedia do Hospital Dona Estefânia	22
3.3.Urgência Pediátrica do Hospital Fernando Fonseca	28
3.4. Jardim Infantil Roque Gameiro	36
3.5. Consultas de Saúde Infantil na UCSP Odiveias	38
4.CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Cronograma de estágio APÊNDICE II – Objetivos para a Unidade de Neonatologia APÊNDICE III – Folheto “Transporte Seguro”	

APÊNDICE IV – Reflexão escrita sobre o estágio na Unidade de Neonatologia APÊNDICE V – Objetivos para o Serviço de Internamento APÊNDICE VI – Operacionalização do Modelo de Nola Pender na criança internada APÊNDICE VII – Ficha de trabalho "Prevenção Rodoviária" e jogo "Viver em Segurança" APÊNDICE VIII – Questionário APÊNDICE IX – "Intervenção do Enfermeiro na Prevenção de Acidentes" (planeamento, divulgação, avaliação da ação de formação) APÊNDICE X – Reflexão escrita sobre o estágio no Serviço de Ortopedia APÊNDICE XI – Objetivos para o Serviço de Urgência APÊNDICE XII – Reflexão escrita sobre o estágio no Serviço de Urgência APÊNDICE XIII – Objetivos para o Jardim-de-infância APÊNDICE XIV – "Prevenção Rodoviária" - ação de formação APÊNDICE XV – Diploma de bom comportamento APÊNDICE XVI – História de "Afonso e Matilde a caminho da escola" APÊNDICE XVII – Reflexão escrita sobre o estágio no Jardim Infantil APÊNDICE XVIII – Objetivos para os Cuidados de Saúde Primários APÊNDICE XIX – <i>Poster</i> intitulado "Prevenção de Acidentes em Casa" APÊNDICE XX – Diapositivos para CD- Filme APÊNDICE XXI – <i>Cheklis</i>t de aspetos a observar na consulta de saúde infantil APÊNDICE XXII – "Intervenção do Enfermeiro na Prevenção de Acidentes na Primeira Infância" - ação de formação APÊNDICE XXIII – Folheto intitulado "Viajar em Segurança" APÊNDICE XXIV – Reflexão escrita sobre o estágio nos Cuidados de Saúde Primários	
--	--

0. INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito da unidade curricular *Estágio com Relatório* do Curso de Mestrado em Enfermagem: área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. É o resultado da reflexão e fundamentação das atividades realizadas e competências desenvolvidas ao longo do estágio.

O tema orientador do meu projeto foi “*A Intervenção do Enfermeiro na Prevenção de Acidentes na Primeira Infância*”. Escolhi esta temática por ser transversal a todos os campos de estágio e, principalmente, porque a prevenção de acidentes é um importante foco de atenção de Enfermagem.

Por outro lado, os indicadores de morbilidade e de mortalidade infantil em acidentes de viação, domésticos, afogamentos e intoxicações mostram que os acidentes são a primeira causa de morte e de incapacidade nas crianças (ECSA, 2009). O relatório do perfil de segurança em Portugal revela-nos que, apesar de uma redução no número de mortes nos últimos anos, as lesões e os traumatismos ainda continuam a ser a 1ª causa de morte nas crianças, fonte de incapacidade, sofrimento e anos de vida perdidos, sendo responsável por 16,62% do total de mortes dos 0-19 anos (APSI, 2012).

Um dos objetivos da Organização Mundial da Saúde é reduzir a mortalidade e a incapacidade, resultante dos acidentes rodoviários, domésticos e de lazer e dos acidentes de trabalho, na população em geral e nas crianças e jovens em particular (OMS, 2005).

Este projeto tem como finalidade promover a adoção de comportamentos seguros por parte dos pais em relação à criança, de acordo com a sua etapa do desenvolvimento.

Foram traçados como objetivos gerais: *Desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e enfermagem pediátrica com vista à prestação de cuidados à criança/família nos distintos contextos de intervenção; Desenvolver um Programa de intervenção de Enfermagem na Prevenção de Acidentes na primeira infância.*

Para fundamentar a minha prática escolhi o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que tem sido amplamente utilizado, por muitos pesquisadores americanos, asiáticos e europeus, para estudar comportamentos que levam à

promoção da saúde (Pender, 2002).

De acordo com os meus objetivos selecionei criteriosamente os locais de estágio, tendo em consideração as orientações preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para a obtenção do título de EESIP e planeei atividades de modo a desenvolver competências para prestar cuidados especializados à criança, ao jovem e família.

Considereei pertinente terminar o estágio no meu local de trabalho, como o culminar das aprendizagens e dos conhecimentos advindos das experiências anteriores, permitindo-me pôr em prática as competências desenvolvidas relacionadas com os objetivos por mim propostos. Nos diferentes estágios tive oportunidade de conhecer e mobilizar recursos, passando da teoria à prática, reforçando a consciência da importância de continuar a intervir na prevenção dos acidentes infantis.

Foi este percurso formativo, com a implementação do projeto, que deu origem a este relatório. De acordo com Correia (2003, p.1), *“o relatório deve dar ao leitor, de forma gradual, a informação necessária para a compreensão do problema, dos métodos usados e dos resultados obtidos.”*

Através de uma metodologia descritiva, reflexiva e crítica, pretendo dar a conhecer a experiência vivenciada, as competências que adquiri e desenvolvi, assim como os seus contributos para a implementação do projeto no meu serviço, que se traduzirão na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados no mesmo.

No que diz respeito à organização do relatório, este inicia-se com a identificação e caracterização da problemática, seguida do enquadramento conceptual, onde serão abordados conceitos relacionados com os acidentes. Posteriormente, estão descritas as atividades desenvolvidas para atingir os objetivos delineados, assim como as competências adquiridas. Para concluir, apresento as considerações finais.

O trabalho obedecerá às indicações do “Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos” (ESEL) e aos critérios normativos da APA.

1. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Os acidentes são a maior causa de morte e incapacidade temporária e definitiva nas crianças e jovens entre os 0 e os 19 anos que vivem em Portugal, representando mais de 18.000 anos de vida potencial perdida (ECSA, European Child Safety Alliance, 2009). Para além disso, sabe-se que, por cada criança que morre centenas de outras são hospitalizadas e milhares observadas nos serviços de saúde (OMS, 2008). Os acidentes ou traumatismos não intencionais constituem um grave problema de saúde neste grupo, com um impacto muito elevado ao nível da sua qualidade de vida, bem como no da sua família e comunidade, para além do peso que representam para o país em termos sociais e económicos (APSI, 2012).

Estudos realizados pela APSI, através do cruzamento dos dados relativos aos acidentes de viação (ANSR) e aos acidentes domésticos e de lazer (ONSA), indicam que: por cada criança que morre num acidente rodoviário, 131 ficam feridas; por cada uma que morre na sequência de um afogamento, uma a duas são internadas; e por cada uma que morre na sequência de uma queda, 385 são internadas. Muitas ficam com sequelas para toda a vida, algumas com bastante gravidade, que se traduzem em incapacidades físicas e/ou psicológicas.

O Programa -Tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2005) prevê a abordagem de um conjunto de cuidados antecipatórios, a nível individual e coletivo, ao longo de todas as consultas entre os 0 e os 18 anos. A prevenção de acidentes e a Segurança são temáticas obrigatórias que deverão ser abordadas, transversalmente, em todas as consultas programadas.

É essencial que os enfermeiros estejam sensibilizados para a necessidade e importância de fornecer aos pais conhecimentos adequados para que estes possam proporcionar aos seus filhos momentos interativos, de forma a influenciar positivamente toda a sua aprendizagem pois, como nos refere Papalia *et al* (2001, 501), “*Os pais constituem uma importante influência porque são eles que fornecem à criança o primeiro ambiente de aprendizagem*”.

Na minha prática diária tenho observado que alguns pais chegam às consultas de saúde infantil com os bebés nos carrinhos sem cintos e, por vezes, com vários cobertores por baixo do bebé. Esta situação suscitou em mim a necessidade de perceber e responder aos seus comportamentos relativamente à prevenção de

acidentes na primeira infância. Refletindo sobre a temática surgiram algumas questões:

- Qual a melhor estratégia para promover nos pais a adesão de comportamentos seguros para as crianças?
- Estarão os pais esclarecidos sobre os comportamentos a adotar face à etapa de desenvolvimento da criança?

Um estudo realizado por Costa *et al* (2011:246) com o objetivo de avaliar o conhecimento das normas de segurança infantil e atitudes para a prevenção de acidentes por parte dos pais, revela que *“muitos pais não cumprem as regras básicas de segurança e não adotam estratégias de prevenção de acidentes domésticos”*. Considerando os diferentes níveis de educação, na generalidade, os comportamentos inadequados são comuns a todos os grupos.

A maioria dos acidentes pode ser evitada. Cabe aos adultos (pais, avós, cuidadores, etc...) a responsabilidade de os prevenir e criar ambientes que permitam o desenvolvimento saudável e autónomo das crianças.

Aos profissionais de saúde cabe orientar e alertar os pais, quando necessário, para a mudança de atitudes e comportamentos.

Como enfermeira especialista, pretendo desenvolver competências que me permitam ser perita na prestação de cuidados de enfermagem à criança e sua família, com especial incidência na prevenção de acidentes na primeira infância.

Baseando-me nos níveis de competência defendidos por Patrícia Benner, reconheço que um perito deve possuir um saber não só perceptivo, mas fundamentado e aprofundado pelo conhecimento da situação concreta e contextualizada, que lhe permita prestar cuidados individualizados e numa perspetiva holística (Benner, 2005).

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o *“Enfermeiro Especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”* (O.E, 2009:10)

2- ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Culturalmente, os acidentes são percebidos como situações inevitáveis mas, quando nos defrontamos com uma situação de acidente numa criança e refletimos como aconteceu, descobrimos que poderia ter sido evitado.

2.1. Definição de conceitos

Criança *“é toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos e/ ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso”* (O.E, 2011:4)

O **desenvolvimento infantil** refere-se à aquisição de competências e capacidades que acontece ao longo da vida da criança (Bellman, M et al 2003). Este é dinâmico, ou seja, os fatores genéticos, ambientais, constitucionais, da personalidade e do temperamento interagem de uma forma interdependente e dinâmica, modificando-se em função da influência mútua existente entre eles, isto é, a criança influencia o seu ambiente e, por sua vez, esta é influenciada pelas mudanças que provoca.

O **risco** é a probabilidade de ocorrência de lesões por exposição a um perigo. Em doses moderadas é saudável e essencial para um desenvolvimento harmonioso, equilibrado e completo (APSI, 2011).

O **perigo** é a fonte de energia que provoca as lesões em caso de acidente – por exemplo a eletricidade, o fogo, os tóxicos, a água, etc. Num acidente há um desequilíbrio de forças entre as diversas fontes de energia para as quais o ser humano não está preparado física e psicologicamente (APSI, 2011).

“A origem do acidente não reside no “mau” comportamento das crianças mas, pelo contrário, na agressividade e desadaptação do ambiente às suas características físicas, mentais e psicológicas” (Cordeiro, 2003:312). Atualmente o ambiente constitui a maior ameaça à vida e à saúde das crianças (Cordeiro, 2003)

Acidente é definido pela Organização Mundial de Saúde como um acontecimento independente da vontade humana, provocado por uma força exterior, agindo rapidamente e que se manifesta por dano corporal ou mental (WHO, 2005).

Prevenção consiste em antecipar os acontecimentos, evitando que algum dano aconteça (Souza, 2007). Para prevenir os acidentes em crianças temos que entender o seu desenvolvimento, pois *“ao contrário de outros mamíferos, o bebê humano nasce razoavelmente inacabado do ponto de vista da maturação neuro-sensorial sendo, portanto, muito dependente do meio que o rodeia e da proteção da sociedade”* (Cordeiro, 2003:314).

2.2. Desenvolvimento infantil

Processo que vai desde a concepção, envolvendo várias vertentes, desde o crescimento físico, passando pela maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança. Tem como produto tornar a criança competente para responder às suas necessidades e às do meio, considerando o seu contexto de vida (Figueiras *et al*, 2005).

Segundo Papalia *et al* (2007), os 3 principais domínios do desenvolvimento, que estão inter-relacionados e se afetam entre si, são:

Desenvolvimento físico- Crescimento do corpo e do cérebro, capacidades sensoriais, habilidades motoras e a saúde. Podem influenciar os outros domínios.

Desenvolvimento cognitivo- Mudança e estabilidade em capacidades mentais como a aprendizagem, atenção, memória, linguagem, o pensamento, raciocínio e a criatividade. Avanços e declínios cognitivos estão relacionados com fatores físicos, emocionais e sociais.

Desenvolvimento psicossocial- Mudança e estabilidade nas emoções, na personalidade e nos relacionamentos sociais. Pode afetar o funcionamento cognitivo e físico.

Um estudo realizado por Mussen *et al* (1995) consistiu em detectar como e porquê o organismo humano cresce e muda durante a vida, tendo como um dos objetivos compreender as mudanças que parecem ser universais – mudanças que ocorrem em todas as crianças, não importando a cultura em que cresçam ou as experiências que tenham. Um segundo objetivo foi explicar as diferenças individuais. O terceiro objetivo foi compreender como o comportamento das crianças é influenciado pelo contexto ou situação ambiental. Esses três aspetos, padrões universais, diferenças individuais e influências contextuais, são necessários para se

entender claramente o desenvolvimento da criança.

O futuro de uma criança começa a ser definido desde a sua fecundação pela herança genética legada pelos pais, mas também pelos cuidados e estímulos que vai receber durante o seu processo de desenvolvimento.

Muitos aspetos comportamentais estão hoje diretamente relacionados com a influência genética, mas, mesmo sendo inatos, estas características serão ou não acentuadas conforme o ambiente no qual o indivíduo se irá desenvolver e pelo estilo de cuidados prestados pelos pais. Se uma criança nasce com tendência a ser agitada ou agressiva terá o seu comportamento atenuado se conviver com pais tranquilos, carinhosos e afetivos. Os fatores de mudança podem também influenciar significativamente o rumo do seu desenvolvimento, tais como a ida para o infantário, a entrada na escola, a mudança de cidade ou a separação dos pais.

Em relação ao desenvolvimento existem inúmeras teorias que explicam porque as crianças se desenvolvem e do modo como o fazem.

Uma das teorias mais conhecidas é a de Jean Piaget com ênfase nos processos mentais. Ele via o desenvolvimento cognitivo como produto dos esforços da criança para entender e agir no mundo que a rodeia. Descreveu-o em 4 estágios (sensório-motor, pré-operacional, operações concretas e operações formais) que ocorrem por meio de 3 processos inter-relacionados: organização, adaptação e equilíbrio.

Socorrendo-se da observação, Piaget verificou que todas as crianças pareciam vivenciar as mesmas espécies de descobertas sequenciais acerca do mundo. Observou, por exemplo, que um bebé pode pensar que uma pessoa fora do seu campo de visão deixa de existir e que a maioria das crianças com menos de 7 anos não percebe que uma bola de argila esticada diante dos seus olhos ficando com a forma de "minhoca" contém a mesma quantidade de argila. Mostrou-nos que a mente da criança não é uma miniatura da mente adulta. Forneceu-nos referenciais aproximados sobre o que esperar da criança em várias idades.

Sigmund Freud também contribuiu para a compreensão do processo de desenvolvimento da criança ao difundir que o comportamento se deve, não apenas a processos conscientes, mas, também a processos inconscientes. Ele acreditava que as pessoas nascem com impulsos biológicos que devem ser redirecionados para

tornar possível a vida em sociedade. Dividiu a personalidade em 3 componentes hipotéticos: *Id*, *ego* e *superego*. Os RN são governados pelo *Id*, que opera sob o princípio do prazer; o impulso que busca satisfação imediata das suas necessidades. O *ego* representa a razão e desenvolve-se durante o 1º ano de vida, operando sob o princípio da realidade. O objetivo do *ego* é encontrar maneiras realistas de gratificar o *id*, que sejam aceitáveis para o *superego*, o qual se desenvolve por volta dos 5-6 anos. O *superego* inclui a consciência e incorpora “deveres” e “proibições”. Se os seus padrões não forem satisfeitos, a criança pode sentir-se culpada e ansiosa. Para Freud a personalidade forma-se através de conflitos inconscientes de infância entre os impulsos inatos do *id* e as exigências da sociedade. Esses conflitos ocorrem numa sequência invariável de cinco fases (oral, anal, fálica, latência e genital), a que correspondem diferentes localizações da fonte erógena. Segundo ele, a resolução bem-sucedida das várias fases seria essencial para o normal funcionamento do adulto.

Outro teórico psicanalista de grande influência sobre o estudo do desenvolvimento foi Erik Erikson que modificou e ampliou a teoria freudiana enfatizando a influência da sociedade no desenvolvimento da personalidade. A sua teoria abrange 8 estágios correspondentes a diferentes fases etárias: confiança *versus* desconfiança (nascimento aos 12-18 meses); autonomia *versus* vergonha (12-18 meses aos 3 anos); iniciativa *versus* culpa (3-6 anos); produtividade *versus* inferioridade (6 anos à puberdade); identidade *versus* confusão de identidade (puberdade ao início de vida adulta); intimidade *versus* isolamento (início da vida adulta); generatividade *versus* estagnação (vida adulta intermediária) e integridade *versus* desespero (vida adulta tardia). Cada estágio requer o equilíbrio entre uma tendência positiva e uma negativa. Por exemplo, o termo crítico do 1.º ano de vida é confiança *versus* desconfiança. O bebé desenvolve o senso de que o mundo é um lugar bom e seguro. O êxito de cada estágio é o desenvolvimento de uma determinada virtude, ou força, neste caso a virtude da esperança.

Para Urie Bronfenbrenner, o desenvolvimento humano é tido como um processo dinâmico de construção constante. O sujeito em desenvolvimento não é considerado uma tábua rasa sobre a qual o meio ambiente exerce o seu impacto, mas antes como uma entidade em crescimento, que participa, interage e reestrutura

o meio. Assim, ao tornar-se parte ativa deste processo bidirecional, o meio ambiente não pode ser um sistema estático, único, nem, imediato. Tem de ser, pelo contrário, um sistema aberto que vise constantes sugestões, acomodações e alterações. Deste modo, o ambiente ecológico aqui definido apresenta-se organizado de acordo com um sistema particular “ (...) *uma série de estruturas encaixadas, uma dentro da outra, como um conjunto de bonecas russas.*” (Bronfenbrenner, 2002:5) designadas por microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema.

Como já referido, a maioria das teorias é estruturada em estágios e em cada um deles, a criança apresenta características que os diferenciam entre si, age e vê o mundo de outra forma, interage com as pessoas e o ambiente de maneira diferente. A vida da criança é um processo contínuo de aprendizagens; perante determinadas experiências e a forma como se adapta a elas desencadeia diferentes comportamentos.

A convenção sobre os direitos da criança reconhece a estas o direito de crescerem e de se desenvolverem, sem limitações desnecessárias, mas com o direito à proteção. Os bebés estão geneticamente preparados para os riscos, no entanto, com a evolução tecnológica e as mudanças nos estilos de vida estes aumentaram ou tornaram-se mais “acessíveis” e os acidentes passaram a fazer parte da nossa vida quotidiana (Cordeiro, 2009).

Teoricamente todos os acidentes são evitáveis, uma das principais responsabilidades de enfermagem é antecipar e reconhecer onde as medidas de segurança são aplicáveis (Cardoso, 2001). Perante uma necessidade de prevenção vários são os estudos realizados no sentido de conhecer os fatores de risco para a ocorrência de acidentes na infância, bem como os processos pelos quais esses acidentes ocorrem. Os estudos apontam para que a probabilidade e a natureza do acidente resultam da interação entre um agente, o hospedeiro e o ambiente (Martins *et al*, 2006). Para estes autores, os acidentes apresentam vários fatores, tais como as condições ambientais, físicas, culturais e sociais da família. Segundo Cordeiro (2009) para prevenir os acidentes temos que modificar o ambiente.

O tipo de lesão e as circunstâncias que envolvem o acidente estão estritamente relacionados com o crescimento normal e os comportamentos próprios do desenvolvimento (Fonseca *et al*, 2002)

Contudo, a prevenção e a construção de um ambiente saudável não pode passar por limitações exageradas, pois o bebê precisa de estímulos para se desenvolver e crescer (necessita de explorar o mundo), sendo através da experiência que se consolidam os ensinamentos teóricos (Cordeiro, 2009). É fundamental que estes dois objetivos aparentemente contraditórios, a necessidade de aprender experimentando e a necessidade de ser protegido, estejam ligados para que a criança tenha um desenvolvimento adequado.

Uma criança vivaz, ativa e destemida tende a sofrer mais acidentes do que a criança quieta, passiva e menos curiosa. As crianças do sexo masculino, em todas as faixas etárias, sofrem mais acidentes do que as crianças do sexo feminino (Fonseca *et al*, 2002).

Os lactentes são indefesos em qualquer ambiente e quando começam a rolar ou movimentar-se, sem ninguém os vigiar, podem cair das superfícies desprotegidas. Quando gatinham, a sua tendência natural de colocar objetos na boca aumenta o risco de aspiração e, por consequência, o de asfixia ou envenenamento.

As crianças do 1 aos 3 anos, com o intuito de explorar e investigar, possuem uma capacidade de correr e subir, o que devido à sua incapacidade para prever e evitar situações de perigo, curiosidade, tendência a imitar comportamentos adultos, estão mais sujeitas aos vários acidentes, incluindo quedas, queimaduras e ingestão de produtos tóxicos.

Em suma a fragilidade, a curiosidade, a inexperiência, a necessidade de cuidados e a vulnerabilidade das crianças inerentes ao desenvolvimento constituem alguns dos aspetos que contribuem para fazer das crianças um importante grupo de risco (Cordeiro, 2009).

2.3.Acidentes mais frequentes na primeira infância

As limitações fisiológicas das capacidades da criança, decorrentes dos estádios do seu desenvolvimento neuro-psíquico-sensório-comportamental estão diretamente relacionadas com os tipos de acidente (Cordeiro, 2009). Reportando-me à primeira infância, por exemplo, uma criança com menos de dois anos não tem a sensação de profundidade, pelo que, tendo uma escada na continuação direta do corredor de

onde vem, continuará a gatinhar ou a correr por ele como se fosse terreno plano. Por outro lado, uma criança de três anos que se debruça numa varanda, não tendo a sensação da distância, atira-se para o colo de alguém que a esteja a chamar da rua, por exemplo.

Os acidentes domésticos são os mais comuns na 1ª infância e merecem uma atenção especial dos pais, que devem saber como proceder nos momentos de dificuldades. Mais de 90% dos casos dos acidentes por choques, quedas, asfixias, frequentes na 1ª infância, poderiam ser evitados.

Papalia *et al* (2001) mencionam que na sociedade atual a família é a célula vital que fortalece o processo de crescimento e desenvolvimento físico, psíquico, afetivo e social dos seus membros, sendo nos primeiros anos de vida que esta tem maior influência.

A orientação antecipada, nas consultas de saúde infantil acerca das expectativas do desenvolvimento, ajuda a alertar os pais para o tipo de acidentes mais prováveis de ocorrer, numa determinada faixa etária, bem como as circunstâncias que podem precipitar acidentes.

Traumatismos e lesões – principal causa de morte das crianças. A taxa de mortalidade dos rapazes com menos de um ano situa-se em 5.75% e os rapazes dos 1-4 anos nos 8.29%, valores estes só ultrapassados pelos rapazes dos 15-19 anos, que se situa nos 19.23% (APSI, 2012).

Asfixia/estrangulamento – Segunda causa de morte, que normalmente acontece com crianças entre 0-1 ano, através de cordões, sacos de plástico, fios, colchão e cobertor. A taxa de mortalidade nas raparigas com menos de 1 ano é de 3.33% e nos rapazes, da mesma faixa etária, é de 1.88% (APSI;2012)

Afogamentos – Terceira causa de morte no 1.º ano de vida, pelo que é importante não deixar a criança sozinha; depois dessa idade, o problema aumenta devido à atração pela água. *“Uma criança não esbraceja nem grita quando cai à água, afoga-se em silêncio.”* (APSI, 2012:2). A taxa de mortalidade nos rapazes do 1-4 anos situa-se em 1.88%, sendo a mais elevada de todos os grupos etários (*Ibid*)

Intoxicações – É comum a criança ingerir produtos de limpeza, medicamentos e plantas venenosas, desde que estejam ao seu alcance. Nos rapazes, e na faixa etária dos 1-4 anos, representa a taxa mais elevada: 37.73%

(*Ibid*).

Queimaduras – Antes do ano de idade, normalmente acontecem através de líquidos quentes ou por exposição ao solar. A criança de 1-4 anos, puxa toalhas, panelas e tudo o que estiver ao seu alcance. A taxa de internamento por queimadura nestas duas faixas etárias é bastante elevada: 58.79% e 96.42%, respetivamente (*Ibid*)

Quedas – Nas crianças de 0-1ano a queda do fraldário, sofá, cama é bastante comum. No grupo etário de 1-4 anos as quedas ocorrem das janelas, escadas, muros e no decorrer das brincadeiras. A taxa mais elevada é nos rapazes do 1-4 anos: 0.45%. (*Ibid*)

Na primeira infância, em relação aos acidentes rodoviários, as estatísticas, revelam melhorias significativas, em parte devido às campanhas de sensibilização ao longo dos últimos anos (*Ibid*.)

2.4.Cuidados centrados na família

Em enfermagem pediátrica, a relação que se estabelece entre o enfermeiro e a criança não chega para satisfazer as suas necessidades , uma vez que ninguém melhor do que os pais, conhecem as necessidades individuais dos seus filhos. A família em que ela se encontra inserida também necessita de cuidados para exercer o seu papel parental.

Segundo Hochenberry (2006), o cuidar centrado na família significa estabelecer uma relação terapêutica com base na confiança, onde as necessidades dos membros da família são tidas em consideração, sendo o papel dos profissionais o de apoiar e potencializar a capacidade da família.

Anne Casey, em 1988, desenvolveu o Modelo de Parceria de Cuidados, aplicável aos cuidados de enfermagem em contexto pediátrico. Este modelo toma a criança como alvo dos cuidados de enfermagem, e assume os pais como parceiros neste processo. A participação dos pais nos cuidados implica uma relação de parceria entre estes e a equipa que cuida da criança. Segundo a autora, não devem existir fronteiras bem definidas nem compartimentalização de funções, mas devem ser desenvolvidas ações complementares que têm como fim último o máximo bem-estar da criança.

Para estabelecer esta relação de parceria com as famílias é necessário o enfermeiro compreender e aceitar cada família como única, fonte de bem-estar para a criança, apoiar as suas forças, ajuda-la, e isto só é possível com uma comunicação eficaz e honesta, negociando com a família os cuidados, de acordo com as suas necessidades.

A parceria entre enfermeiro, criança e pais distingue-se como peça vital na prevenção dos acidentes, pois cuidar da criança e pais, segundo o princípio da parceria de cuidados, permite estabelecer um processo de negociação entre ambas as partes, que garanta uma parceria eficaz e permita estabelecer a adoção de comportamentos adequados ao desenvolvimento da criança e à disponibilidade física e psicológica dos pais, capacitando-os para a prevenção dos acidentes.

2. 5. Modelo de promoção da saúde

A problemática dos acidentes tem vindo a ser discutida ao longo dos anos por várias entidades. A literatura revela que muitos acidentes acontecem por comportamentos inadequados, passíveis de correção (Martins.2006). Os enfermeiros têm um papel preponderante na promoção da saúde, nomeadamente na educação e alerta da família para a prevenção de acidentes, o que torna a sua ação extremamente pertinente e necessária nesta área de intervenção.

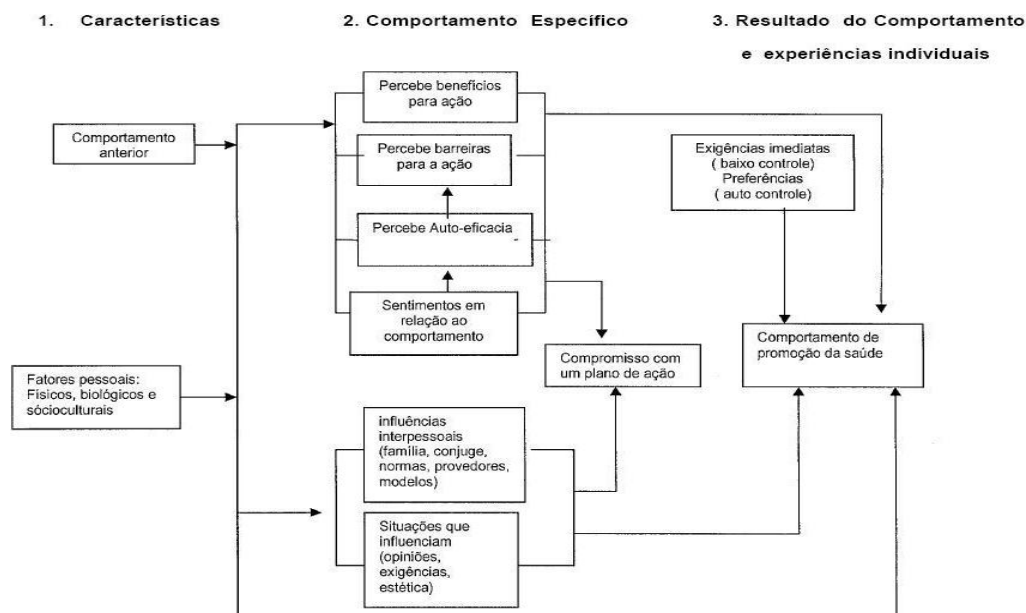
O *Modelo de Promoção de Saúde* surge como uma proposta para estudar a forma como os indivíduos tomam decisões acerca dos seus próprios cuidados de saúde num contexto de Enfermagem (Sakraida, 2004), além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva os indivíduos que apresentam comportamentos produtores de saúde (Pender *et al.*, 2002; Victor *et al.*, 2005).

É um modelo de construção semelhante ao modelo de crenças de saúde, mas “*não inclui o medo ou a ameaça como fonte de motivação para o comportamento de saúde*” (Sakraida, 2004:701). Parte do pressuposto que a **saúde** é “um estado dinâmico e positivo e não só a ausência de doença” (Nursing Theories, 2009), por isso todas as pessoas pretendem alcançá-la, sendo o modo como cada pessoa define a sua própria saúde mais importante do que o conceito genérico. O termo saúde aplica-se ao indivíduo, à família e à comunidade, com ênfase na melhoria do

bem-estar e no desenvolvimento de capacidades e não como ausência de doenças, devendo ser estudado durante todo o processo de desenvolvimento do ser humano, levando em consideração a idade, raça e cultura, numa perspectiva holística.

O conceito de **pessoa** é definido como aquela que é capaz de tomar decisões, resolver problemas e mudar comportamentos de saúde, o **ambiente** deve ser compreendido como o resultado das relações entre o indivíduo e o recurso aos cuidados de saúde e a **Enfermagem** está relacionada com as intervenções/estratégias utilizadas para a promoção de estilos de vida saudáveis, visando o autocuidado (Victor *et al*, 2005).

É um modelo de médio alcance muito relevante para a prática de enfermagem, porque se aplica em diversos contextos e ao longo do ciclo vital.



Fonte: Victor *et al* (2005).

Componentes do modelo de promoção de saúde

É composto por três componentes principais: características, comportamento específico e resultado do comportamento e experiências individuais que se dividem em variáveis passíveis de serem trabalhadas (Pender *et al*, 2002).

Características São únicas para cada pessoa e afetam de forma particular as ações subsequentes (*Ibid*). Esta componente contempla 2 variáveis; comportamento

anterior, refere-se ao que deve ser mudado e fatores pessoais, referem-se a aspetos que são preditores de um dado comportamento e moldados pela natureza do comportamento alvo a ser considerado. Dividem-se em fatores biológicos (idade, índice de massa corporal, agilidade, equilíbrio), psicológicos (autoestima, auto motivação, estado de saúde percebido, definição de saúde) e socioculturais (raça, etnia, educação, nível socioeconómico) (Victor *et al*, 2005).

Comportamento específico Considerado o que apresenta maior significado motivacional, contempla 6 variáveis que, conduzindo ao compromisso com o plano de ação, constituem o “core” da intervenção, dado que são modificáveis através de intervenções de enfermagem (Pender *et al*, 2002, Sakraida, 2002).

Percebe benefícios para a ação refere-se às representações mentais positivas, que reforçam as consequências da adoção de um comportamento (Victor *et al*, 2005).

Percebe barreiras para a ação podem ser consideradas como percepções negativas face a um comportamento e entendidas como dificuldades e custos pessoais (*Ibid*).

Percebe auto eficácia diz respeito ao juízo das capacidades pessoais de organizar e executar ações (*Ibid*).

Sentimentos em relação ao comportamento reporta-se à reação emocional que ocorre antes, durante e a seguir ao comportamento, podendo ser positiva, negativa, agradável ou desagradável (*Ibid*).

Influências interpessoais referem-se ao comportamento que pode, ou não, ser influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, profissionais de saúde, ou por normas e modelos sociais (*Ibid*).

Influências situacionais como as decorrentes do ambiente que pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde (*Ibid*).

Resultado do comportamento e experiências individuais Compreende três variáveis: compromisso com um plano de ação, ações que possibilitam o individuo a manter-se no comportamento de promoção de saúde esperado, exigências e preferências, as pessoas têm um controlo reduzido sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas devido a contingências ambientais, comportamento de promoção de saúde, resultado da ação orientada no sentido da obtenção de

resultados de saúde positivos (Sakraida, 2004).

Fazem ainda parte do modelo 7 pressupostos, que refletem a perspectiva da ciência comportamental e enfatizam o papel ativo do doente na gestão dos comportamentos de saúde, alterando o contexto ambiental.

1. As pessoas procuram criar condições de vida através das quais possam exprimir o seu potencial de saúde.

2. As pessoas têm a capacidade da autoconsciência refletida, incluindo a apreciação das suas próprias competências.

3. As pessoas valorizam o crescimento e tentam atingir um equilíbrio pessoalmente aceitável entre mudança e estabilidade.

4. Os indivíduos procuram regular ativamente o seu próprio comportamento.

5. Os indivíduos, em toda a sua complexidade bio-psico-social, interagem com o ambiente, transformando-o progressivamente e sendo transformados ao longo do tempo.

6. Os profissionais de saúde constituem parte do ambiente interpessoal que exerce influencia sobre as pessoas ao longo do seu ciclo vital.

7. A reconfiguração auto-iniciada dos padrões interativos pessoa – ambiente é essencial à mudança de comportamento.

O modelo de Promoção de Saúde é bem aceite na prática de enfermagem, cada vez mais se pratica educação para a saúde, no sentido de prevenir doenças e complicações de forma a atingir o bem-estar. Também a sociedade nos pressiona a ter comportamentos mais saudáveis pois hoje conhecem-se e prevêm-se os encargos financeiros, humanos e ambientais do tratamento de doenças crónicas evitáveis (Sakraida, 2004).

Em relação à temática em estudo, o enfermeiro poderá estabelecer com a família relações de parceria que respeitem as suas crenças e opções em relação à adoção de medidas e comportamentos seguros para as crianças na primeira infância, que garantam o suporte necessário para a manutenção e melhoria da adesão ao longo do tempo. Por exemplo, uma mãe de origem africana que transporta o seu bebé nas costas (o que é seguro), por vezes necessita de informação para perceber que o bebé quando começa a andar corre outros riscos para os quais não está preparado (como sejam as intoxicações).

É desejável que os cuidadores estejam conscientes e atentos às principais mudanças que ocorrem numa determinada faixa etária. Os enfermeiros, enquanto agentes promotores de segurança devem atuar no presente, tendo por base as experiências do passado e pensando continuamente no futuro. Por exemplo, relativamente às características e experiências pessoais, o enfermeiro atenderá ao comportamento anterior dos prestadores de cuidados, visto que pode condicionar o comportamento atual (o facto de ter filhos anteriormente pode facilitar ou dificultar a adesão a um determinado comportamento).

Escolhi este modelo por poder ser aplicado ao longo do ciclo vital, em diferentes contextos e ser de fácil compreensão. De uma forma sistematizada ajudou-me a investir na promoção da saúde, permitindo às famílias cuidarem de si próprias e adotarem comportamentos promotores de saúde.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO

Segundo o Regulamento nº 122, publicado em Diário da República em 18 de Fevereiro, “ *Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos processos de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento crítico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção* (Portugal, Ministério da Saúde:2011:8648).”

Como enfermeira em processo de formação, a frequentar o CMESIP, através da auto-reflexão, identifiquei as minhas necessidades formativas e os locais para desenvolver o estágio. Estes foram selecionados, de modo a dar resposta às minhas necessidades de aprendizagem e às exigências da OE para obtenção do título de enfermeiro especialista (Apêndice I).

O estágio teve a duração de 18 semanas, com início a 8 de Outubro de 2012. Terminou a 15 de Fevereiro de 2013.

De modo a permitir uma melhor compreensão do meu percurso formativo vou aludir às Unidades onde estagiei por ordem cronológica.

3.1.Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido do Hospital Beatriz Ângelo

Neste campo de estágio e em todos os outros foram definidos objetivos e atividades que funcionaram como guia orientador para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria (Apêndice II). A escolha deste local enquanto espaço de estágio deveu-se ao facto de ser um hospital novo, o qual não conhecia, e por ser o hospital de referência para a população onde exerço a minha atividade profissional.

De entre os objetivos que tracei, destaco *compreender a filosofia de uma UCERN e sensibilizar os pais para a prevenção de acidentes nos recém-nascidos*. O EESIP assume um papel primordial na vigilância da saúde infantil. A promoção da prevenção dos acidentes é uma exigência para a qualidade dos serviços e cuidados prestados.

Pretendia, igualmente, aprofundar conhecimentos e adquirir competências, que

viesses a contribuir para a implementação do meu projeto. Neste sentido colaborei e prestei cuidados na Unidade de Neonatologia, promovendo sempre o desenvolvimento infantil do RN (recém-nascido). Para tal proporcionei ambiente adequado, adequando a intensidade das luzes, a temperatura da incubadora, o ruído ambiente e o número de manipulações (reduzido, tanto quanto possível) e estive atenta à presença dos pais, sendo que a evidência define estas medidas como essenciais para garantir o bom sucesso dos cuidados (Hockenberry, 2006).

As unidades de cuidados especiais ao RN constituem unidades com equipas de profissionais e equipamentos especializados que visam oferecer cuidados de excelência ao RN de alto risco. A permanência do RN numa UCERN, por um período mais ou menos longo, embora imprescindível para a sua sobrevivência, é influenciada pela convivência com recursos de alta tecnologia. Na verdade, a Ordem dos Enfermeiros (2009) preconiza como competências do EESIP cuidar da criança/jovem e família em situações de extrema complexidade, mobilizando recursos oportunamente, recorrendo a um elevado espectro de abordagens e terapias. Tive oportunidade de cuidar de uma criança ventilada. Para melhor compreender as necessidades e características dos bebés prematuros, socorri-me de bibliografia para aprofundar aspetos do cuidar com os quais estava pouco familiarizada, como, por exemplo, a ventilação mecânica invasiva e não invasiva.

O afastamento do bebé dos pais, imediatamente após o parto, vai privar a tríade do primeiro contacto e adiar, por momentos, o processo de vinculação. O ambiente tecnológico e altamente sofisticado da UCERN, normalmente, intimida os pais têm sentimentos de incompetência, incerteza e medo. O início de vida de um bebé, neste ambiente tão artificial e assustador, é difícil e problemático para ele, os pais/família.

Nas últimas décadas tem-se verificado uma preocupação crescente em envolver a família nos cuidados de enfermagem. O desafio colocado aos enfermeiros que prestam cuidados numa UCERN não se centra somente em assegurar a sobrevivência do RN, mas também nos cuidados à família, para que a promoção da relação pais/bebé seja assegurada.

Nesta Unidade, os cuidados centrados na família são uma preocupação e também uma forma de autonomizar os pais no papel parental e promover a

vinculação.

O nascimento de um filho prematuro cria vários desafios aos pais: prescindir do filho imaginário e aceitar o real, lidar por vezes com situações de perigo de vida, desconhecer que consequências este nascimento antes do tempo pode vir a ter no futuro, a mãe não ter o filho ao seu lado por este necessitar de cuidados específicos numa unidade. Todos estes desafios afetam a vinculação parental para com o prematuro. Faz parte do papel do enfermeiro promover esta vinculação, avaliando e promovendo a relação RN/pais e intervindo para que este vínculo se estabeleça de forma apropriada para o cliente. Lidar com a realidade destes pais, tomar conhecimento das suas emoções e intervir nestas famílias, capacitando-as para o cuidado parental, fez-me lembrar os meus próprios receios na primeira gravidez.

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no desenvolvimento dos processos de interação, adaptando as suas intervenções às necessidades e capacidades individuais dos pais, facilitando o processo de vinculação. Os pais sentem-se envolvidos quando podem tocar, amamentar, pegar no RN, sentindo-se assim integrados nos cuidados prestados.

Reportando-me ao modelo de promoção da saúde de Nola Pender, a relação terapêutica é o meio através do qual o enfermeiro avalia os comportamentos /características e experiências individuais dos cuidadores, valorizando-os e, se necessário, integrando outros conhecimentos que levem à promoção de saúde. Este facto está comprovado na análise do diagrama do modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, quando esta refere que os comportamentos anteriores são o ponto de partida para a promoção da Saúde (Pender, 2002). O objetivo final é o cuidador de enfermagem proporcionar, gradualmente, à mãe/ao cuidador principal a capacidade de (re) assumir o cuidado da criança. Com base nestes pressupostos, direcionei a minha prática tendo sempre em conta os comportamentos anteriores, fatores pessoais e o comportamento específico preconizados por Nola Pender.

Durante o internamento de um RN prematuro (32 semanas), tive a oportunidade de desenvolver cuidados ao primeiro filho de uma mãe que se deparou com um ser pequeno e frágil. Estava insegura, não sabia como lhe pegar, como dar banho, nem como o alimentar. No âmbito da prestação de cuidados na Unidade, tive a minha primeira oportunidade de pôr em prática a teoria relativa ao método de

canguru que, segundo Rodrigues *et al* (2006), se apresenta como uma abordagem de intervenção complementar à tecnologia neonatal para promover o contacto direto do RN com a mãe, desde que ambos apresentem condições clínicas para a sua aplicação. Depois de sentir o bebé no seu peito, a mãe começou por lhe tocar e fazer carícias nas mãos, pedindo-me para não me afastar, o que respeitei, dando-lhe espaço e tempo para que se sentisse confiante. Ao fim de alguns dias, o seu rosto estava iluminado e confiante.

Almeida (2007) refere que, entre outras vantagens, este método aumenta o vínculo mãe-filho, estimula o aleitamento materno, melhora o controlo térmico, proporciona sono mais calmo e prolongado, exerce efeito analgésico por meio de libertação de endorfinas e regula as funções fisiológicas do RN.

Relativamente à sensibilização dos pais para a prevenção de acidentes, pude constatar, ao longo dos primeiros dias de estágio neste local, que na promoção do papel parental esta incluída a segurança infantil, sendo explicado à mãe o posicionamento correto para deitar o bebé e a cadeirinha para o transporte, assim como os cuidados a ter com os fechos, mas não existe suporte informacional disponível para fornecer aos pais no momento da alta, que começa a ser programada desde o dia da admissão e pressupõe a avaliação das condições da criança e família.

Tentei perceber quando seria o momento para, pontualmente e de uma forma informal, abordar algumas questões sobre a prevenção de acidentes domésticos no primeiro ano de vida, em especial das quedas e asfixia, bem como validar se o SRC era, ou não, adequado aquando da saída do RN da UCERN.

Tendo em conta as condições acima já referenciadas, foi claramente perceptível que os pais que se encontram na UCERN não estão disponíveis para sessões de formação formal, visto que naquele momento têm outros focos de atenção. Deste modo, achei pertinente ir dando alguma informação sobre a prevenção de acidentes pontualmente, de acordo com as necessidades, pertinência do momento, motivação e disponibilidade de cada família. Elaborei um folheto intitulado “Transporte seguro”, para os pais/família da UCERN com algumas orientações sobre prevenção de acidentes (Apêndice III), que a Sr.^a enfermeira chefe achou pertinente para ser integrado no programa de preparação para a alta existente no serviço, onde está

evidenciada a temática da prevenção de acidentes, mas sem suporte informacional.

O enfermeiro especialista “ *envolve os pais na prestação de cuidados ao RN*” (O.E, 2009:22), orientando-os para cuidar do seu bebé em casa, ao implementar e gerir em parceria um plano de saúde promotor da parentalidade. Neste sentido, Silva (2007:15) afirma: “*ajudar as mães/pais na aquisição de competências associadas a um eficaz exercício do papel parental parece-nos constituir uma dimensão pró-ativa e construtivista dos sistemas de fornecimento de cuidados de saúde*”.

A passagem pela UCERN permitiu-me compreender que compete ao enfermeiro especialista o auxílio dos pais nesta fase de stresse, ajudando-os a assumir o seu papel parental e de principais cuidadores, pelo que considero de extrema importância ter investigado e ter conhecido as reações e os sentimentos dos pais face à hospitalização e alta hospitalar do filho.

O EESIP “*assiste a criança/jovem e a família na maximização da saúde*” (O.E, 2009:20). Este, ao deter o conhecimento científico e a habilidade técnica essencial na prestação de cuidados, encontra-se capacitado para acolher as dúvidas e os receios, orientar e acompanhar os pais ao longo de todo o processo de doença, tratamento e prognóstico, esclarecendo dúvidas, planeando os cuidados de acordo com as necessidades de cada bebé de uma forma holística.

Como complemento do processo de aprendizagem, no final do estágio, elaborei uma reflexão escrita sobre as experiências vivenciadas (Apêndice IV).

3.2.Serviço de Ortopedia do Hospital Dona Estefânia

No contexto de aquisição e desenvolvimento de competências e aperfeiçoamento profissional, delineei objetivos que funcionaram como guia orientador (Apêndice V). A escolha deste local enquanto espaço de estágio deveu-se ao facto de ser um hospital centenário, de referência nacional a nível de pediatria e onde poderia encontrar subsídios para o meu desenvolvimento profissional.

De entre os objetivos que tracei, destaco *Prestar cuidados de enfermagem com supervisão do en^o especialista à criança/família em situação de doença/cirurgia programada*.

Ao longo do estágio colaborei na prestação de cuidados a algumas crianças com patologias diversas tais como: osteomielites, luxação congénita da anca,

osteogénese imperfeita e tumores, o que me permitiu contactar com situações que me favoreceram a consolidação de conhecimentos, tendo sido necessário consultar bibliografia de forma a ir ao encontro de uma das competências a desenvolver, “*baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento*” (OE, 2009, p.14).

Sendo um serviço com a componente de ortopedia e neurocirurgia, comum a quase todas as crianças era o processo de cirurgia. A maioria ia para o Bloco Operatório após internamento prévio no serviço e, nesse caso, foi-me possível prestar cuidados pré e pós-operatórios. Acompanhei uma criança de 12 anos com tumor cerebral. A sua admissão ao serviço foi realizada no dia da cirurgia, pela manhã. Com a enfermeira orientadora fui receber a criança e os seus pais na sala de espera. Certifiquei-me de que estava em jejum e integrei-os na unidade, mostrando-lhes o serviço. Após um período de adaptação da criança e dos pais ao serviço, convidei os pais a vestirem um pijama à criança e perguntei se esta tinha conhecimento e estava esclarecida sobre o que iria acontecer. Era uma criança já seguida em oncologia. Tinha feito a consulta de anestesia e já havia manipulado alguns instrumentos que iria encontrar no Bloco. No pulso esquerdo foi colocada uma pulseira de identificação e, após o ter pedido, colocou um gorro seu na cabeça (estava sem cabelo devido à quimioterapia), tendo sido avaliados sinais vitais e administrado a medicação pré-operatória. A presença da criança no Bloco foi solicitada 30 minutos depois. Enquanto a criança estava a ser operada e os pais aguardavam na sala de espera reparei no seu ar angustiado, o que me parecia compreensível, mas quando me aproximei e antes que dissesse algo, o pai antecipou-se e referiu a preocupação da filha em regressar para a enfermaria onde estavam outras crianças, uma vez que após a cirurgia não poderia usar a sua peruca e já lhe havia caído o cabelo há algum tempo; o fato é que ela não estava a reagir bem face à sua auto - imagem. As alternativas não eram fáceis, pois o serviço estava lotado. Expus o caso à Sr^a Enf^a chefe que foi sensível à situação. Havia uma criança num quarto sozinha que teria alta no fim da semana, falou-se com os pais dessa criança, que se mostraram bastante compreensíveis e procedeu-se à troca de camas. Os pais da criança que estava ainda no bloco agradeceram imenso. O telefone tocou: estava na hora de ir buscar a criança ao recobro, estando já os pais

à porta. Regressámos à enfermaria, onde foi proporcionado um ambiente suave e acolhedor, baixaram-se as persianas, ficando à meia-luz; havia, também, um cadeirão e uma cadeira para os pais.

Tive também oportunidade de colaborar nos cuidados a uma criança de 8 anos com osteogénese imperfeita que se desloca ao serviço de 4/4 meses para administração endovenosa de “pamidronato”. Sendo esta uma doença congénita rara, caracterizada por graus variados de fragilidade e deformidade ósseas, tem-se obtido uma diminuição significativa de fraturas com a administração do “pamidronato”. À chegada, a criança estava um pouco ansiosa. Apresentei-me e sentei-me numa cadeira a seu lado, com calma dei-lhe tempo para ela manipular alguns materiais similares aos que iam ser utilizados para colocação do cateter, e fomos falando sobre a sua escola. O “pamidronato” esteve em perfusão durante quatro horas. A criança referiu mal-estar e náuseas. De forma a dar resposta a uma das competências, *“Responde às doenças raras com cuidados de Enfermagem apropriados”* (O.E, 2009:21) consultei bibliografia e os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas emanadas pelo Ministério da Saúde. Perante os efeitos adversos do fármaco durante o ciclo recomenda-se uma dieta rica em cálcio (leite e derivados, vegetais verdes escuros, alimentos preparados com soja, sumo de laranja). A mãe referiu-me que era uma criança difícil para comer e o médico nunca lhe referiu isso como importante. Informei-a sobre os benefícios de uma alimentação adequada e planeamos algumas alternativas para a criança comer alimentos de que gosta menos (vegetais).

Outra situação bastante pertinente para o meu projeto foi o internamento de uma criança de 10 anos, com o diagnóstico de fratura do rádio resultante de uma queda de patins. Esta criança era oriunda de Cabo Verde, onde tinha sido operada há dois meses. Agora vinha para fazer correção, uma vez que não tinha havido boa consolidação. Esta foi uma oportunidade excelente para operacionalizar o Modelo de Promoção de saúde de Nola Pender. Sendo um modelo de enfermagem, pode ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permite avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação de três pontos principais: **1.** as características e experiências individuais, **2.** os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e **3.** o comportamento

de promoção da saúde desejável (Victor *et al*, 2005).

O Ricardo (nome fictício) nasceu em Cabo Verde, na ilha do Sal, no seio de uma família nuclear e tem apenas um irmão mais velho de 17 anos. Frequenta o 5º ano de escolaridade e nos tempos livres gosta de brincar com os amigos na rua. Está em Portugal só com o pai, presença constante ao longo do internamento (Apêndice VI).

A hospitalização e a cirurgia geram uma realidade onde diversos tipos de dor são sentidos e vividos, quer pela criança, quer pela sua família, que presencia o seu sofrimento devido à hospitalização, à doença, ao tratamento e a todos os procedimentos técnicos a que é submetida. Segundo Jorge (2004), a hospitalização significa para os pais a separação da criança e das suas rotinas e é acompanhada de sentimentos, como o medo, a impotência e a culpa. Neste sentido, o papel do enfermeiro é fundamental enquanto membro que, para além da prestação de cuidados, funcione como elemento de ligação entre a criança, os pais e outros profissionais da equipa assistencial (Jorge, 2004).

Ao longo do estágio observei que os enfermeiros da equipa do Serviço de Ortopedia têm consciência das situações de stresse que podem provocar, quando cuidam de crianças e das suas famílias. Toda a equipa tem, na sua prática diária, a preocupação de providenciar intervenções de enfermagem de forma a proporcionar cuidados não-traumáticos. Utilizam por exemplo, os cuidados não-traumáticos na preparação de crianças e sua família para a realização de procedimentos dolorosos e na preparação para a cirurgia, controlando a dor (utilizando EMLA®, Sacarose e estratégias não farmacológicas no alívio da dor) e providenciando brincadeiras com o objetivo de diminuir a ansiedade, promovendo a expressão de medos e sentimentos através de técnicas de distração. A Ordem dos Enfermeiros, no seu guia orientador de boas práticas, defende que o controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde.

De salientar que no serviço existe um projeto sobre prevenção de quedas em meio hospitalar, e de fato é visível a preocupação dos elementos da equipa nesta temática aquando da deslocação das crianças às casas de banho, o cuidado com as grades das camas e o piso molhado, orientando as crianças para não andarem no corredor nessa altura.

Outro objetivo por mim traçado foi *Capacitar os pais e as crianças para a adoção de medidas corretas de segurança*.

Durante o tempo em que decorreu o estágio estiveram internadas no serviço duas crianças vítimas de acidente; uma, de 18 meses, caiu em casa. Tive oportunidade de verificar tratar-se de uma mãe cuidadosa e desperta para situações de risco. A criança ao cair não bateu em nada mas deixou de andar, veio-se a confirmar mais tarde que a queda foi devida a sangramento de um cavernoma. A outra criança, de 10 anos, ficou internada por fratura do rádio devido a uma queda de patins. Na altura do acidente não usava qualquer tipo de proteção. Era uma criança meiga mas um pouco introvertida. Aproveitando o momento para lhe isolar a tala para tomar banho, perguntei-lhe porque estava triste, o que me respondeu que não poderia voltar a andar de patins, pois o pai proibira-o. Sem o criticar, informei-o da existência de acessórios que o filho poderia usar, correndo menos riscos, nomeadamente, capacete, joelheiras e cotoveleiras. O EESIP *“Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde”* (O.E,2009:20)

Segundo Hockenberry (2011), através do brincar a criança aprende o que mais ninguém lhe pode ensinar. Aprende sobre si própria o que pode fazer, como relacionar-se com as coisas e como se adaptar às regras impostas pela sociedade. Mulaf (2008) também nos diz que as atividades lúdicas e os jogos estão intimamente ligados com a aprendizagem e são benéficos para a assimilação de valores, aquisição de comportamentos, desenvolvimento de diferentes áreas do conhecimento, aprimoramento de habilidades e socialização.

Nesse sentido, implementei algumas atividades para ir de encontro à promoção da prevenção de acidentes. Elaborei uma ficha de trabalho sobre “Prevenção Rodoviária” em que era pedido para completar as frases com as palavras corretas e um jogo “Viver em segurança” que tinha como finalidade fazer o relacionamento entre comportamentos de risco e comportamentos seguros, o que me levou ao encontro da competência *“comunica com a criança e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento”* (O.E,2009:20). Estas atividades foram implementadas, de início, a título individual no quarto de cada criança e, outras vezes, em grupo, na sala de atividades e em colaboração com a educadora, o

que teve boa aceitação por parte de todos os intervenientes (Apêndice VII). O enfermeiro “*Desenvolve ensino, instrução e treino especializado e individual às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde*”(Ibid). Para a elaboração e aplicação destas atividades foi tido em conta a etapa do desenvolvimento em que as crianças se encontravam. A sua média de idades era 10 anos. Não preparei atividades para o grupo etário referente ao meu projeto, porque não havia crianças internadas. Como resultados obtidos é de salientar que as crianças que responderam tinham entre 8-12 anos. Têm noção das medidas de proteção, mas a maioria não as pratica: uns porque não as têm, outros por vergonha dos amigos.

Tal como refere Pender (2002), as pessoas que experimentam uma situação de doença, no pressuposto de que a motivação é fator determinante da aprendizagem, poderão ter grande facilidade para aprender, tornando este contexto ideal para adotar estilos de vida promotores de saúde. Torna-se importante estimular e ensinar as crianças a adotar comportamentos seguros. (Pender, 2002).

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

Ao refletir à luz dos pressupostos teóricos do modelo de Nola Pender (2002), os enfermeiros devem exercer influências interpessoais favoráveis à promoção do desenvolvimento infantil, estabelecendo uma relação terapêutica intencional e orientada, atendendo a algumas facetas descritas, como sejam, o facto de cada pessoa trazer consigo, para as situações de aprendizagem, aspetos da sua personalidade, da sua forma de interagir, os seus valores, as suas crenças e as influências ambientais.

Por último, tracei como objetivo *Identificar necessidades de formação na equipa de Enfermagem sobre prevenção de acidentes*.

Este objetivo foi delineado ao longo do estágio, não estando previsto no meu projeto. Mas sendo a problemática dos acidentes vasta e face ao período de tempo existente para abordar a temática, senti necessidade de fazer um diagnóstico de situação dentro do serviço de Ortopedia 5 do HDE. Dei, assim, resposta a uma das competências do EESIP “*diagnostica necessidades formativas*” (O.E, 2009:19).

Pedi a colaboração dos elementos da equipa de enfermagem, para preencherem um questionário (Apêndice VIII), o qual foi realizado no período de 5 – 11 de Novembro de 2012. A maioria respondeu que gostaria de ver trabalhado os acidentes relacionados com o transporte.

A formação em serviço constitui um dever dos enfermeiros, conforme descrito na alínea l) do n.º 1 do Artigo 7º do Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, permitindo também a partilha de conhecimentos em prol da melhoria da qualidade dos cuidados contribuindo assim para a dignificação da profissão, segundo a alínea f) do n.º1 do Artigo 76.º do Decreto-Lei n.º 104/98).

Segundo Dias (2004), a formação em serviço tem como intenção a melhoria do desempenho profissional, a atualização de conhecimentos, o desenvolvimento de competências e a valorização pessoal.

A formação teve como tema a *“Intervenção do Enfermeiro na Prevenção de Acidentes”* contendo como objetivos: *Promover uma cultura de Segurança, contextualizar os acidentes a nível nacional e refletir sobre a intervenção do enfermeiro na Prevenção dos acidentes* (Apêndice IX). No final da sessão, e com o intuito de avaliação da mesma, pois o enfermeiro especialista *“avalia o impacto da formação* (O.E, 2009:19), existiu um momento de exposição de dúvidas e aplicação de um questionário onde os participantes expressaram a sua opinião relativamente à forma como decorreu a sessão.

Com o diagnóstico das necessidades formativas estabelecido inicialmente, com a sessão de formação e respetiva avaliação, bem como o acompanhamento dos enfermeiros na prestação de cuidados, foi possível desenvolver as competências preconizadas nas alíneas D2.1.1., D2.1.2., D2.1.3., D2.1.4 e D2.1.5. do Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro 2011 (*“atua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais”, “diagnostica necessidades formativas”, “concebe e gere programas e dispositivos formativos”, “favorece a aprendizagem”, e “avalia o impacto da formação”*).

Como complemento do processo de aprendizagem, no final do estágio, elaborei uma reflexão escrita sobre as experiências vivenciadas (Apêndice X).

3.3.Urgência Pediátrica do Hospital Fernando Fonseca

Tal como para os estágios anteriores delineei objetivos que me permitiram definir prioridades de aprendizagem e orientar as atividades a desenvolver, tendo em conta a sua exequibilidade (Apêndice XI). A escolha deste local enquanto espaço de estágio deveu-se ao facto de ser um hospital acreditado, próximo da minha área de residência e dos poucos que utilizam a triagem de Manchester em pediatria e onde poderia encontrar, com toda a certeza, subsídios para o meu desenvolvimento profissional.

De entre os objetivos que tracei, destaco *Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e ao jovem e sua família em situação de doença aguda e emergente, presentes no serviço de urgência pediátrica.*

Ao longo do estágio tive oportunidade de prestar cuidados nas três áreas de intervenção de enfermagem: triagem, sala de tratamentos e internamento de curta duração.

O utente pediátrico que recorre à Urgência realiza a inscrição na Unidade de Atendimento ao Utente, sendo posteriormente chamado para a triagem de enfermagem, onde a enfermeira avalia a situação clínica da criança/do jovem de acordo com a identificação de um conjunto de sintomas ou sinais, que permitem atribuir uma cor que determina o grau de prioridade no atendimento (triagem de Manchester).

Através do diálogo com alguns elementos da equipa e por observação pude concluir que a superlotação, o ritmo acelerado e a sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde são característicos deste serviço de urgência. Constatei também que aparece diariamente um grande número de utentes com patologias que poderiam ser resolvidas pelo médico assistente, outros com queixas que não justificam a ida à urgência, acarretando um gasto de recursos humanos e materiais desnecessários. Os serviços de urgência estão pensados para proporcionar assistência médica descontínua e concreta, ficando a cargo dos Cuidados de Saúde Primários e do médico assistente o seguimento regular da criança saudável ou com doença crónica bem como resolver, encaminhar e orientar corretamente as situações não urgentes (Caldeira *et al*, 2006). A Urgência Pediátrica é entendida como todo e qualquer ato assistencial não programado (Benito, 1996).

No gabinete de triagem desenvolvi as seguintes atividades: acolhi a criança/família, questionei o motivo da vinda à urgência e a história recente, observei e registei sinais, sintomas e estado geral, questionei sobre antecedentes pessoais, questionei sobre alergias, pesei a criança, avaliei a temperatura, selecionei o “quadro” adequado à situação, atribuí a prioridade de acordo com o “discriminador” selecionado, informei a criança/família acerca da prioridade atribuída, identifiquei a criança com a pulseira correspondente à cor da prioridade atribuída e vinheta de identificação e sempre que necessário, prestei cuidados imediatos à criança /ao jovem segundo protocolos existentes na Unidade (para hipertermia, hidratação oral, convulsões e alívio da dor).

Pelo que observei, por norma, na triagem, os enfermeiros estão muito dedicados a fazer o levantamento da situação que motivou a ida à urgência e não fazem educação para a saúde. Apenas vi dois enfermeiros especialistas validar junto dos pais como era feita a toma de antipiréticos, reforçando informações sobre os mesmos e sobre estratégias não medicamentosas para baixar a febre e, numa outra situação, presenciei o apoio prestado aos pais, através da escuta e do esclarecimento de dúvidas, perante a hipótese de o filho ficar internado.

WONG (1999:592) refere que *“uma das experiências hospitalares mais traumáticas para a criança e seus pais é uma admissão de emergência. O início repentino de uma doença ou a ocorrência de uma lesão deixa pouco tempo para preparação e explicações”*. A criança/família é exposta a um ambiente estranho e ameaçador que lhe pode gerar um aumento de stresse.

Como enfermeira de cuidados de saúde primários, uma das minhas preocupações era não me centrar apenas em perceber o motivo da vinda à urgência, aproveitando para fazer ensinamentos oportunos e clarificar dúvidas aos principais prestadores de cuidados da criança (nomeadamente sobre vacinação, dieta adequada em caso de distúrbios gastrointestinais, medidas adequadas em caso de febre, estratégias a implementar em casa visando a prevenção de acidentes), de modo a promover a segurança infantil e minimizar a causa patológica atual. A minha prática foi sempre direcionada para os comportamentos anteriores e fatores pessoais preconizados por Nola Pender. Na Urgência Pediátrica, as emoções dos pais são geralmente intensas e a sua capacidade de compreensão

pode não estar no auge, devido ao stresse que uma situação urgente acarreta. Como enfermeira devo estar atenta e dar resposta às necessidades da criança e dos pais, tendo em conta o ambiente em que estão inseridos. Logo, uma avaliação inicial das capacidades da criança, da família e as respostas da comunidade em que se insere são importantes.

É frequente aparecerem na urgência crianças com hipertermia às quais não foi administrado nenhum antipirético, por os cuidadores entenderem que, assim, são atendidas mais rapidamente. Informei-os de que não é assim que se processa a triagem e que, não fazendo o antipirético, as crianças correm maior risco de convulsão febril. Orientei como poderiam proceder numa situação futura, que tipo e dose de medicação administrar, contribuindo assim para a mudança de comportamentos.

O enfermeiro de triagem para o estabelecimento correto de prioridades, tem de ter competência para ajuizar a situação clínica da criança, possuir *“conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas”* (O.E, 2009:20) e capacidade de tomar decisões rapidamente, pautadas por uma conduta dinâmica e princípios de boa comunicação e empatia, fundamentais na relação com a criança/ o jovem e família.

Na sala de tratamentos, tendo em conta os princípios orientadores da Ordem dos Enfermeiros, procurei estimular a confiança dos pais em si próprios de forma a prevenir o eventual stresse parental. Em todos os cuidados foi minha preocupação envolver os cuidadores estabelecendo com eles uma parceria com vista a minimizar o impacto negativo associado aos cuidados. Pude observar que neste contexto também era possível a educação para a saúde. Lembro-me de uma criança com 4 anos que esteve na triagem por obstipação e a quem foi prescrito 2 microlax. Sabendo que a criança não evacuava há uma semana, tentei perceber com a mãe quais eram os seus hábitos alimentares e percebendo que eram quase isentos em fibra e água, orientei-os para estratégias capacitadoras da gestão do regime alimentar saudável, tendo em conta a idade e o desenvolvimento psico-motor do seu filho. Ressalvo que os pais, para poderem negociar com os profissionais, necessitam de informação adequada. Aconselhei a mãe a dirigir-se ao centro de saúde da sua área de residência e falar com o EESIP com quem poderia esclarecer algumas

dúvidas, caso surgissem, e com quem poderia partilhar os seus sentimentos. Referindo-me dificuldade em arranjar consulta de saúde infantil no seu centro, entrei em contacto telefónico com o Enfermeiro de saúde infantil e agendou-se uma consulta de enfermagem. O EESIP *“estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança família com necessidades de cuidados”* e *“trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde”* (O.E,2009:20), pelo que a articulação permitirá a continuidade dos cuidados. Esta articulação surge também da capacidade do enfermeiro especialista contribuir para a otimização do trabalho da equipa, adequando-o aos recursos e às necessidades de cuidados, utilizando-os de forma eficiente para promover a qualidade (O.E.2009).

Este estágio fora do meu local de trabalho foi muito enriquecedor, indo de encontro ao meu projeto. Para tal, registo a situação de uma criança que deu entrada por queimadura extensa a nível do tronco e face. No momento que se iniciava a prestação de cuidados entram os bombeiros com uma criança em convulsão, na sala ao lado estavam dois enfermeiros a prestar cuidados a um bebé de 12 dias com suspeita de sepsies. Foi necessário mobilizar recursos e tomar decisões rapidamente. Apesar de ser o meu segundo dia de estágio, imediatamente assumi que fazia parte da equipa e tomei a meu cargo os cuidados à criança com a qual tinha iniciado uma relação terapêutica

O Manuel (nome fictício) era uma criança de 9 anos que para tomar banho teve de aquecer uma panela de água, ao retirá-la do fogão derramou sobre si a água quente. Era a segunda vez que fazia tal procedimento (tinha o esquentador avariado). Estava acompanhado do pai que se sentia culpado pelo sucedido. Após a prestação de cuidados imediatos que consistiram em acalmar a criança (dando-lhe a mão e falando com voz suave), retirei-lhe as roupas, expliquei-lhe que precisava de lhe colocar um soro com um medicamento que lhe iria tirar as dores e iria sentir uma picada na mão – podia chorar mas não podia mexer; por último, foi realizado o tratamento à área atingida. Após estes procedimentos conversámos sobre comportamentos menos arriscados a adotar no futuro. O Manuel concordou que seria o pai a transportar a panela e primeiro punha no aliquidar água fria e só depois a quente, coisa que não fazia.

Nesta situação, o modelo de promoção de saúde de Nola Pender foi uma mais-valia. Conhecendo o comportamento anteriormente praticado, a idade dos intervenientes e as suas condições socioeconómicas, dando espaço para a expressão dos seus sentimentos, foi possível encontrar alternativas e levá-los a assumir o compromisso com a ação para mudar os comportamentos. Indo ao encontro do meu projeto, tive a possibilidade de promover a prevenção de acidentes.

Pude também negociar a participação da criança/família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. Na sala de tratamentos coexistem outras variáveis do Modelo de Nola Pender que podem ser postos em prática como, por exemplo: *percebe benefícios para a acção e percebe barreiras para a acção*, referindo a autora que a relação entre estes dois tópicos poderá influenciar na mudança de comportamento (Pender, 2002). Durante a prestação de cuidados tive sempre o cuidado de envolver os pais, e certificar-me que estes percebiam a informação transmitida. Só assim será possível atingir ganhos para a saúde e atuar na mudança de comportamentos. Ainda no que respeita aos benefícios para a ação, o enfermeiro deve intervir no sentido de informar, esclarecer, aconselhar o quanto é importante a prevenção de acidentes para o desenvolvimento infantil. Se os pais não tiverem conhecimento sobre as etapas do desenvolvimento, se for o primeiro filho e existirem perceções erradas sobre um determinado comportamento, estas condições vão-se tornar barreiras para a ação.

Neste Serviço, sempre que se preveja resolver/estabilizar a situação clínica de uma criança num período até 48 horas, esta fica internada na *Unidade de internamento de curta duração*, sendo realizado o acolhimento dando a conhecer as rotinas e regras de funcionamento da Unidade. O enfermeiro que presta cuidados deve: estabelecer uma relação de empatia, realizar uma colheita de dados iniciais (antecedentes pessoais, vigilância de saúde, hábitos de vida, etc.), estabelecer um plano de cuidados de enfermagem, executá-lo e avaliá-lo. Os registos de enfermagem são efetuados em sistema informático próprio. Desta forma, há uma melhor articulação entre todas as valências da área pediátrica que a criança possa frequentar, promovendo-se assim a continuidade de cuidados. Existem ainda outros

instrumentos de registo, como a carta de transferência e a folha de articulação de cuidados de enfermagem quando é necessário proceder à articulação com outros hospitais e centros de saúde, respetivamente.

O papel dos pais na parceria dos cuidados e a promoção das suas competências está patente em todas as áreas, mas mais perceptível no internamento onde as crianças permanecem mais tempo e a equipa multidisciplinar tem mais contacto com a criança/família. Desta forma e atendendo a tudo o que foi mencionado, 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, atuando, especificamente, junto do utente (indivíduo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui”*.

Nesta Unidade tive oportunidade de prestar cuidados a uma criança de 18 meses que ficou ali internada por dificuldade respiratória que não cedeu aos aerossóis em sala de tratamentos. Investir no acolhimento, sendo um compromisso da equipa de enfermagem, dirigi-me à criança e apresentei-me; perguntei como gostava de ser tratada, informei sobre as rotinas da unidade, apresentei o espaço, entreguei o guia de acolhimento e, num ambiente calmo, iniciei o preenchimento das folhas de avaliação inicial, tendo sempre o cuidado de mostrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e manifestação de sentimentos, expectativas e receios. Sendo a situação da criança instável, tinha avaliação de sinais vitais de hora a hora, estava monitorizada, consciente, colaborante, pele fria ao toque, fâcies triste com aspeto muito cansado. O enfermeiro especialista *“reconhece situações de instabilidade das funções vitais”* e *“mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória”*. Quando as saturações desciam era compensada com oxigénio.

No final do turno, após o serviço ter sido contactado e a carta de transferência ser elaborada, com a minha orientadora, levei a criança para a Unidade dos cuidados intensivos, onde nos aguardavam. Este foi mais um momento enriquecedor para verificar a articulação da continuidade dos cuidados.

Outro objectivo por mim definido foi *Identificar os acidentes mais frequentes nas crianças que recorrem à urgência*.

Além das situações não urgentes atrás mencionadas, ao fim do terceiro dia de estágio e por observação, verifiquei que era elevado o número de crianças que recorria a este serviço por quedas e/ou traumatismos. Em conversa com a Enfª Vera, tentei perceber se era costume ser sempre assim, tendo-me dito que aquela afluência era normal. Perante tal observação pareceu-me pertinente fazer um diagnóstico de situação no SU do H.F.F, tendo em conta a distribuição de urgências segundo o sexo, a idade e a causa. A análise dos dados foi realizada na segunda semana de estágio.

No período de 1-1-2012 a 30-06-2012 32118 crianças deram entrada no serviço de urgência pediátrica, sendo 17022 do sexo feminino e 15096 do sexo masculino. Em relação à idade, as crianças que mais recorreram à urgência situam-se na faixa etária dos 2-3 anos e os motivos mais frequentes da ida às urgências são a dispneia logo seguida de problemas nos membros, onde se incluem os traumatismos e as quedas na escola. Por outro lado, informei-me também sobre os projectos que estavam a ser desenvolvidos na SUP, sobre prevenção de acidentes. Percebi que esta também era uma preocupação da equipa, que tinha elaborado recentemente diapositivos para passar em filme na sala de espera (aguarda autorização do conselho de administração).

De fato as salas de espera são o espaço físico onde o utente pediátrico (criança/família) passa a maior parte do tempo quando recorrem ao SUP. Neste período, este protagonista está maioritariamente centrado no seu problema de saúde e quer que este se resolva o mais rapidamente possível. Deste modo, todo o tipo de material colocado da sala de espera será uma mais-valia para que o tempo, que parece sempre imenso, passe mais rápido. Assim, de uma maneira útil é possível sensibilizar as pessoas para diferentes problemáticas de saúde, como, por exemplo, a prevenção de acidentes.

Parecendo ser do interesse de todos, fez-se uma pequena reunião para apresentação dos dados e discussão, e toda a equipa, incluindo a enfermeira chefe, ficou admirada com o número elevado de crianças que dava entrada por traumatismos.

Tendo em conta o meu projeto, penso que consegui sensibilizar a equipa para a importância de continuar a trabalhar esta temática, demonstrando que existe ainda

um grande caminho a percorrer e sendo esta uma responsabilidade de todos os enfermeiros no geral, e dos EESIP em particular.

Como complemento do processo de aprendizagem, no final do estágio, elaborei uma reflexão escrita sobre as experiências vivenciadas (Apêndice XII).

3.4. Jardim Infantil Roque Gameiro

Para este campo de estágio defini como objectivo geral *Desenvolver um Programa de intervenção de Enfermagem na Prevenção de Acidentes na primeira infância* (Apêndice XIII). A escolha deste local enquanto campo de estágio deveu-se ao facto de sempre ter gostado de saúde escolar e porque a escola é um local privilegiado para a promoção da saúde.

Pareceu-me pertinente o desenvolvimento do objetivo específico *Capacitar a criança em idade pré-escolar para a adoção de medidas corretas de segurança*.

Os primeiros anos de vida são fundamentais para a interiorização de valores básicos para a formação de um ser humano, tais como a partilha, a amizade, a solidariedade. Vivenciando estes valores a criança estará assim a construir uma base para o seu futuro como cidadão autónomo, consciente e interventivo (Cordeiro, 2007).

Por outro lado, o Programa-Tipo de Atuação de Saúde Infantil e Juvenil (2005) menciona como objetivo a estimulação de comportamentos saudáveis relacionada com a adoção de medidas de segurança, e ainda, a promoção da prevenção de acidentes e intoxicações.

O Programa Nacional de Saúde Escolar (2006) aponta como área primordial a investir a promoção de estilos de vida saudáveis, especialmente a promoção da segurança e prevenção de acidentes. Segundo Vargas (2006) a educação para a formação de uma cultura de preservação da saúde e prevenção da doença deve iniciar-se na infância.

Prevenir os acidentes e ensinar uma criança a proteger-se de situações de risco são questões que fazem parte do processo de educação e desenvolvimento. Negligenciar esses procedimentos simples e de fácil execução poderá comprometer de forma irreversível o futuro das crianças. Neste âmbito, a Educação para a Segurança faz parte da formação de qualquer cidadão.

Atualmente, com a diminuição das taxas de natalidade, o envelhecimento crescente da população e os acidentes a liderar a primeira causa de morte nas crianças torna-se importante adotar estratégias protetoras da infância. Investir na área da promoção da segurança e prevenção de acidentes torna-se cada vez mais uma prioridade. Evitar os acidentes é a melhor forma de minorar este problema e os profissionais de saúde têm um importante papel a desempenhar.

No Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (2004) os traumatismos, ferimentos e lesões acidentais são reconhecidamente uma área de intervenção prioritária.

O Programa Nacional de Saúde Escolar (D.G.S, 2006) implica a efetivação de estratégias que se inscrevem na área da melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de atividades assentes em dois eixos: a vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde.

O EESIP poderá ter um papel importante junto da criança, do jovem e da família não apenas em relação à satisfação das suas necessidades num processo de doença como, também, ao nível da sua formação em saúde enquanto cidadão.

Depois de conversar com a educadora, acordámos que a sessão de educação para a saúde seria dirigida às 45 crianças, com idades compreendidas entre os 5-6 anos, divididas por duas turmas de 20 e 25 crianças cada, e subordinada ao tema “Prevenção Rodoviária” (Apêndice XIV).

Os acidentes são uma importante causa de mortalidade, morbilidade, de incapacidade e deficiência crónica, com elevados custos com internamentos, tratamentos hospitalares e perda de anos de vida (APSI, 2012).

A educação rodoviária é um processo de formação ao longo da vida, desta forma é importante que desde pequenas as crianças aprendam como se devem comportar no seu ambiente rodoviário, de forma a diminuir o risco de acidentes.

Através da exposição oral com recurso ao *power point*, apresentei a sessão no cantinho da leitura onde as crianças permaneceram sentadas. A receptividade foi muito boa, ouviram com aparente atenção e em silêncio, mas sempre que solicitei a sua intervenção responderam prontamente, dando, inclusivamente, exemplos de familiares. No final da sessão pedi às crianças para, no *power point* apresentado, identificarem quais os comportamentos certos e errados referentes à prevenção

rodoviária, os quais identificaram sem dificuldade. Entreguei a cada criança um diploma (Apêndice XV), atestando que ela sabe os cuidados a ter na Prevenção Rodoviária, e um livro em formato de banda desenhada para levarem para casa e lerem com os pais. Este livrinho conta a história de dois irmãos que, a caminho da escola, relembram o que aprenderam sobre Prevenção Rodoviária (Apêndice XVI).

O planeamento, implementação e avaliação da ação foram bastante enriquecedores pois, como referem Valente *et al.* (2009: 1), para que “*o conhecimento gere competências, é necessário que os saberes sejam mobilizados através de esquemas de ação, decorrentes de esquemas de percepção, avaliação e decisão, desenvolvidos na prática*”. As atividades desenvolvidas neste âmbito contribuíram para a articulação com recursos da comunidade, desenvolvimento do programa de saúde escolar, facilitação na aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/família e ir ao encontro da competência “*assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde*” (O.E, 2009).

Outro objetivo por mim traçado foi perceber *O número de acidentes ocorridos no último ano.*

Em conversa com as duas Educadoras percebi que existe uma folha própria para o registo de ocorrência de acidentes e que no último ano fizeram 5 notificações. Estas são feitas quando a situação implica recorrer a alguma instituição de saúde para a criança receber assistência, para se poder acionar o seguro de saúde. Acidentes como pequenas escoriações, hematomas acontecem com pouca frequência e não chegam a ser notificadas. Ocorrem sobretudo na hora do recreio em que a criança anda a brincar, e normalmente, é por choque com outra criança ou queda.

No final destes três dias de observação e de interação com as crianças e o pessoal, considero que os objetivos por mim traçados foram atingidos.

Como complemento do processo de aprendizagem no final do estágio elaborei uma reflexão escrita sobre as experiências vivenciadas (Apêndice XVII).

3.5. Consultas de Saúde Infantil na UCSP Odivelas

Após a minha passagem por unidades e serviços diferentes no âmbito da minha formação e onde adquirir conhecimento teóricos e práticos que me permitiram

o desenvolvimento de competências, foi meu objetivo terminar o estágio na Unidade onde exerço funções, para implementar o meu projeto. Neste local conheço a população abrangida e perspetivo necessidades de intervenção. Neste sentido, e em conformidade com os estágios anteriores, tracei objetivos que funcionaram como orientadores para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria (Apêndice XVIII).

Delineei como objetivo geral *Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e ao jovem e sua família no contexto de cuidados de saúde primários, com especial incidência na prevenção de acidentes.*

É na consulta de enfermagem que o enfermeiro tem oportunidade para abordar com os pais questões relacionadas com a saúde e o estágio de desenvolvimento da criança/do jovem.

Em cuidados de saúde primários, “a enfermagem integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, evidenciando-se as atividades da educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade “ (Correia et al.2001:77).

O Programa-Tipo de Atuação de Saúde Infantil e Juvenil (2005) valoriza os cuidados antecipatórios como fator de promoção de saúde, nomeadamente, facultando aos pais os conhecimentos necessários para o melhor desempenho da sua função parental. O mesmo programa assinala como objetivos da consulta, entre outros, a avaliação do crescimento e desenvolvimento; o estímulo de opções por comportamentos saudáveis; a promoção do cumprimento do programa nacional de vacinação; da saúde oral e da prevenção de acidentes, a deteção precoce e o encaminhamento em situações que possam afetar negativamente a qualidade de vida da criança.

As consultas de saúde infantil nesta unidade são por norma realizadas por uma enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediatria, podendo haver o apoio de uma Enfermeira generalista (por aumento do nº de consultas ou ausência da primeira).

O primeiro contacto da criança com a UCSP ocorre normalmente aquando da realização do Diagnóstico Precoce (entre o 3º e o 6º dia de vida). Este é o momento

ideal para se realizar a primeira observação do bebê, com avaliação de: estatura, peso, fontanelas, resposta à pesquisa de reflexos, atividade, posicionamento e choro. É importante incentivar os pais a colocar as suas dúvidas sobre os cuidados prestados/a prestar ao bebê, reforçando os cuidados antecipatórios relativos ao banho, à segurança, à alimentação, ao sono e repouso, à estimulação e à descodificação do choro. O enfermeiro *"transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil"* (O.E,2009:22) e encontra-se sempre disponível para o esclarecimento de qualquer dúvida dentro das suas competências. Uma das maiores dificuldades sentidas pela quase totalidade das mães prende-se com problemas relacionados com a amamentação. Integrando o modelo de promoção de saúde de Nola Pender, este apoio é muito importante, pois as mães encontram-se numa fase em que se deparam com muitas incertezas e alguns problemas na amamentação – *Barreiras percebidas à ação* – que podem conduzir à sua desistência. O EESIP *"promove a amamentação"*. A sua intervenção é de grande importância na salvaguarda dos benefícios que a amamentação traz à mãe e ao recém-nascido, desmistificando algumas crenças, como a ideia que, por vezes, as mães têm sobre o seu leite ser fraco, e proporcionando mudanças de convicções e atitudes, facilitando a aquisição de competências e, ainda, conduzindo a mudanças de comportamentos e estilos de vida, se necessário (Carvalho e Carvalho, 2006), como sugere o Modelo de Nola Pender.

Depois da realização do diagnóstico precoce, é marcada uma consulta de enfermagem aos 15 dias de vida do bebê, importante para eventualmente estimular e verificar a eficácia da amamentação, através da avaliação ponderal do peso do bebê e esclarecimento de dúvidas dos pais. Sabemos que um bebê pode perder até 10% do seu peso na primeira semana e que entre o 10º e o 15º deve ter recuperado o peso com que nasceu, aumentando em média 20 a 30 gramas por dia. Caso não aconteça o esperado, rever com os pais o horário da amamentação, o tempo de jejum noturno e diurno, a duração da mamada, fazer ensino sobre sinais de fome e desidratação. Se estiverem todos os parâmetros sem alterações significativas do esperado, ponderar a introdução de leite artificial.

Na minha interação com a criança/o jovem e família comuniquei com elas sendo sensível às suas características individuais (O.E, 2009). Esclareci dúvidas dos pais, nomeadamente em relação aos primeiros meses de vida da criança, expliquei a importância do aleitamento materno, englobando as vantagens e desvantagens. Como pretendente a EESIP compete-me ter em atenção as recomendações sobre as vantagens do aleitamento materno, numa perspetiva de promoção da saúde e da garantia da qualidade dos cuidados, uma vez que se defendem os melhores interesses da criança e sua mãe: *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”* (OE, 2001: 8).

Nesta Unidade, além de atendimentos de enfermagem precedidos de consultas médicas de saúde infantil, foram implementadas, há 6 meses, consultas de enfermagem autónomas, que seguem as orientações preconizadas pela DGS.

No 1º. Mês, são avaliados os parâmetros antropométricos (peso, comprimento e perímetro cefálico), o estado das fontanelas (normotensão, hipertensão, depressão), a pele, a vitalidade, o sorriso, a interação com a mãe e/ou pai e os estranhos. Faz-se educação para a saúde fornecendo aos pais os cuidados antecipatórios relativamente a: alimentação, vitamina D, higiene, posição de deitar, hábitos de sono, hábitos intestinais e cólicas, desenvolvimento e temperamento, acidentes e segurança, temperatura normal e febre, sintomas/sinais de alerta.

No 2º. Mês, além das avaliações efetuadas no 1º. Mês, administram-se vacinas, de acordo com o Programa Nacional de Vacinação.

As consultas de vigilância de saúde são programadas para as idades chave, nelas o enfermeiro “ *avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem*” (O.E,2009:22). A escala utilizada para a avaliação do Desenvolvimento é a de Mary Sheridan, podemos avaliar a postura e motricidade global, a visão e motricidade fina, a audição e linguagem e o comportamento social e jogo.

No que diz respeito à vacinação esta está inserida nas consultas de vigilância, pelo que optei sempre por a realizar no final da consulta, independentemente da idade da criança. Em relação aos bebés ficam chorosos e impacientes, o que dificulta o seguimento da consulta, pois os pais centram-se em acalmar o bebé e não estão disponíveis. No caso de crianças mais velhas, a confiança fica diminuída:

por norma ficam mais retraídas e desconfiadas. Antes da vacinação, explicava o procedimento à criança com linguagem perceptível à sua faixa etária, tinha em conta a sua experiência anterior e negociava com ela, como, por exemplo, que poderia gritar mas não mexer o braço, poderia ficar ao colo da mãe, ou não, consoante a sua preferência e desta forma pus em prática a competência *“negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar”* (O.E,2009:20) Realizei ensinamentos personalizados e individualizados relacionados com as reações pós-vacinais, alertando ainda para a próxima vacinação, ficando esta já agendada. Aquando da administração de vacinas o enfermeiro *“promove um ambiente positivo e favorável á prática”* (O.E,2009,18), preocupei-me em prestar cuidados não traumáticos procurando sempre que a criança estivesse o mais confortável possível, ao colo dos pais se fosse essa a sua preferência, sendo acarinhada de forma a reduzir a dor. Em termos éticos, estes cuidados trazem benefícios para a criança.

A Direção Geral Saúde (2005) refere que compete aos profissionais de saúde divulgar o programa nacional de vacinação, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas susceptíveis. Pender *et al* (2002), no modelo de promoção de saúde, referem que os profissionais de saúde, onde os enfermeiros se incluem, constituem parte do ambiente interpessoal que exerce influência sobre as pessoas ao longo do ciclo vital. Neste sentido é importante motivar, esclarecer e incentivar a criança/ família para o cumprimento do plano nacional de vacinação. Assim, administrei vacinas a crianças nas diversas idades abrangidas pelo PNV e outras (esquemas em atraso e tardios). Neste sentido estas atividades permitiram-me desenvolver, no domínio da prestação de cuidados especializados, a competência *“presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”* (O.E, 2009:21). O registo da vacinação nos sistemas informáticos e no boletim de vacinas eram realizados previamente ao procedimento, o que considero benéfico pois permite-nos detetar algum possível erro.

Apesar de não estar contemplado no meu projeto, achei importante realizar consultas de saúde infantil dos 5-6 anos como preconizado pela DGS: Exame global de saúde, e assim abranger todas as faixas etárias, pois não temos consulta do adolescente. Nos cuidados de saúde primários todos os anos no período entre

Jan./Maio são feitas as convocatórias e realização dos exames globais de saúde.

A avaliação da criança nesta faixa etária é igualmente importante uma vez que coincide com o ingresso no 1º ciclo do ensino básico. Nesta consulta podemos despistar vários problemas, nomeadamente a nível de audição, visão, linguagem e postura, entre outros. É feita uma avaliação do crescimento físico e capacidades motoras/cognitivas, outro aspeto importante é perceber os padrões de sono e alimentação fornecendo informações se necessário. Este é também o momento ideal para fornecer à criança orientações sobre prevenção rodoviária. Nesta faixa é difícil a supervisão dos adultos devido à sua atividade motora aumentada e à autonomia, e muitas começam a ir para a escola sozinhas.

Todas as consultas que realizei basearam-se nas avaliações globais de saúde, cuidados antecipatórios associadas à prevenção e educação para a saúde, visando a promoção da saúde. Neste sentido foi importante a interação não só com as crianças, mas também com os pais, pois sabemos que estes exercem uma influência determinante nos comportamentos de saúde dos filhos.

Outro objetivo definido foi *Promover a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/no jovem e família seguidos na UCSP Odivelas A.*

A população inscrita na UCSP Odivelas é caracterizada por uma variedade multicultural evidente, com imigrantes oriundos da Europa de Leste, de África, da Ásia e da América Latina. A diversidade cultural é de tal modo rica, que a prestação de cuidados requer adaptação constante a cada cultura e pessoa/família que encontramos. Tal como refere Barradas (2009, p. 8) “ (...) o *cuidar na multiculturalidade revela-se como o futuro da enfermagem devido à situação mundial de mobilidade humana e globalização*”, nunca descurando que o direito à saúde é universal, com respeito pela cultura e pelas crenças individuais.

Independentemente da cultura e dos hábitos, em todas as consultas foi minha preocupação validar com os pais os seus conhecimentos sobre prevenção de acidentes e, se necessário, informá-los sobre o desenvolvimento do filho e os acidentes mais frequentes nesse período, com vista à sua prevenção.

Tive a oportunidade de promover o crescimento e desenvolvimento infantil, comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (O. E, 2009)

Segundo Brazelton (2002), o bebê humano, ao contrário de outros mamíferos, nasce razoavelmente “inacabado” do ponto de vista de maturação neuro-sensorial, sendo muito dependente do meio que o rodeia e da proteção da sociedade. Como tal, os pais assumem um papel importante para proporcionar à criança as condições para um desenvolvimento adequado e um ambiente seguro.

Na sociedade atual, o modelo de cuidados de saúde dominante é o do auto cuidado, em que se incentiva o indivíduo e a família a desempenhar um papel ativo no âmbito da saúde (Pender *et al.*, 2002)

A consulta de enfermagem é o momento ideal para avaliar as necessidades, informar, aconselhar, orientar, envolver os pais na prestação de cuidados estabelecendo com eles uma parceria de forma a reforçar as suas competências parentais, já que são os pais as pessoas mais próximas da criança. Em saúde infantil este aspeto assume particular importância, uma vez que os primeiros anos de vida poderão ter repercussões e condicionar o desenvolvimento e o nível de saúde futuro.

A manutenção e a promoção da saúde da criança/do jovem e da família são uma exigência para a qualidade dos serviços e dos cuidados prestados, devendo ser centrada na família (D.G.S, 2004) como forma basilar de promoção de estilos de vida saudáveis.

Complementando Pedro (2005), refere que as estratégias de intervenção devem começar pelos pais, porque estes são os principais agentes de ensino dos seus filhos, pois há uma forte evidência que as abordagens educativas adequadas e prolongadas por toda a vida, o apoio às famílias com permanência de serviços adequados podem melhorar o desenvolvimento e despertar competências na criança.

Papalia, Olds e Feldman (2001) mencionam que na sociedade atual a família é a célula vital que fortalece o processo de crescimento e desenvolvimento físico, psico, afetivo e social dos seus membros, sendo nos primeiros anos de vida que esta tem influência fundamental no desenvolvimento da criança.

O Programa Tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2005) prevê a abordagem de um conjunto de cuidados antecipatórios, a nível individual e coletivo, ao longo de todas as consultas dos 0 aos 18 anos. Os acidentes e a Segurança são

temáticas obrigatórias que deverão ser abordadas transversalmente, em todas as consultas programadas.

Uma estratégia sustentável da promoção de segurança e prevenção dos acidentes com crianças passa por uma mudança de cultura e de comportamentos das famílias (APSI, 2012).

Sendo os acidentes domésticos os de maior prevalência na primeira infância, elaborei um *poster* sobre “Prevenção de Acidentes em Casa” para afixar na sala de espera, com o objetivo de sistematizar e estruturar as intervenções aconselhadas para a Prevenção de acidentes (Apêndice XIX). A sala de espera é um ótimo local para dinamizar projetos na área da educação para a saúde, porque pais e crianças passam aqui algum tempo, que por vezes se torna angustiante. Neste sentido elaborei diapositivos para passar em CD Sobre “Prevenção de Acidentes” (Apêndice XX). O filme seguiu para aprovação do conselho clínico

A médio prazo penso também vir a realizar sessões sobre segurança infantil na sala de espera uma vez por mês.

O papel do EESIP é determinante em todo o processo de desenvolvimento da criança/do jovem, as atividades de enfermagem devem ser organizadas em função do cliente pediátrico.

É fundamental que todos os profissionais de saúde, mas essencialmente os enfermeiros, se sensibilizem para a necessidade de acompanhar as famílias nas dificuldades de cuidar da criança e da importância de fornecer aos pais conhecimentos adequados para que estes possam proporcionar aos seus filhos momentos interativos, de forma a influenciar positivamente toda a sua aprendizagem pois, como nos referem Papalia *et al* (2001), os pais constituem uma importante influência porque são eles que fornecem à criança o primeiro ambiente de aprendizagem.

Outro objetivo que considerei pertinente foi *Analisar os conhecimentos/comportamentos dos pais relativamente à prevenção de acidentes da criança na primeira infância*. Para a sua consecução, centrei a minha atividade na observação, sabendo que “A observação compreende o conjunto das operações através das quais o modelo de análise é confrontado com dados observáveis” (Quivy 2005). Tendo observado que alguns pais continuam a chegar às consultas de saúde

infantil com os bebês em carrinhos com vários cobertores, e por vezes, os respectivos cintos, por baixo, tomei consciência da necessidade de perceber os seus comportamentos, relativamente à prevenção de acidentes na primeira infância.

Com base em pesquisa bibliográfica, construí uma *checklist que preenchi nas consultas de saúde infantil* (Apêndice XXI). A *checklist* contemplou dois aspetos principais: Características do desenvolvimento da criança e a presença ou ausência de estratégias utilizadas pelos pais visando a prevenção de acidentes.

Fortin (2003: 241) diz-nos que “a observação é o que consiste em colocar questões relativas a comportamentos humanos aparentes ou acontecimentos e obter respostas a essas questões por meio de observação direta dos comportamentos dos sujeitos ou dos acontecimentos num dado período de tempo”.

A observação decorreu no período entre 7 e 25 de Janeiro e foram observadas um total de 91 consultas de Enfermagem, realizadas pelo EESIP. A *checklist* era preenchida no final da consulta. Os resultados obtidos revelam que 60 das observações ocorreram em crianças com idade inferior a 2 anos e que 30% dos adultos não cumprem as regras básicas de segurança.

Na consulta de enfermagem tive oportunidade de, após avaliar a sua necessidade, proporcionar aos pais informação antecipatória, procurando informá-los sobre os comportamentos comuns e previsíveis dos filhos e sobre o desenvolvimento das competências esperadas para a idade correlacionando-as com os acidentes e a sua prevenção. Embora antes o fizesse, a intencionalidade e o rigor da minha atual intervenção são, atualmente, diferentes, demonstrando o desenvolvimento de competência neste campo.

O EESIP “*Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis*” (O:E, 2009:22). Assim estou desperta para a necessidade de capacitar os pais para a adoção de comportamentos seguros para os seus filhos trabalhando com eles as suas capacidades.

Por último, tracei como objetivo *Motivar a equipa de enfermagem para a utilização de estratégias conducentes à prevenção de acidentes na 1ª infância*.

Um estudo realizado pela DGS revelou que a formação dos profissionais de saúde sobre Sistemas de Retenção de Crianças (SRC) era reduzida assim como a prática generalizada de informar e sensibilizar as famílias sobre segurança infantil

(APSI, 2012).

No sentido de colmatar estas deficiências, no dia 8 de Fevereiro, foi assinado um protocolo entre a Direcção-Geral da Saúde, Fundação Mapfre, Associação para a Promoção da Segurança Infantil e Dorel Portugal, para dar cumprimento ao projeto ‘Segurança de Bebés, Crianças e Jovens’, alavancado pela Década de Ação pela Segurança no Trânsito, integrado no Programa Nacional de Prevenção de Acidentes (APSI, 2012).

Em conversa com a minha enfermeira orientadora, também responsável pela unidade, e tendo em conta as orientações da Direcção Geral da Saúde, este meu projeto é uma mais-valia para a Unidade. Pareceu-me bastante pertinente uma ação de formação para a equipa

Os enfermeiros encontram-se mais motivados para a aprendizagem, quando a formação e a reflexão realizadas se direccionam para a sua experiência e, paralelamente, para a reflexão acerca das suas práticas (Ferreira, 2005).

A formação teve como tema a “*Intervenção do Enfermeiro na Prevenção de Acidentes*”. Foi feita uma divulgação da sessão através de cartaz e os destinatários foram os enfermeiros da Unidade. Estabeleci como objetivos: Motivar a equipa de enfermagem para a utilização de estratégias conducentes à prevenção de acidentes na 1ª infância; Contextualizar os acidentes a nível nacional; Relembrar os acidentes mais frequentes de acordo com as características e etapa do desenvolvimento das crianças; Refletir sobre a intervenção do enfermeiro na Prevenção dos acidentes. Elaborei um *power point* onde, após fazer uma contextualização dos acidentes, relembrando os mais frequentes e relacionando-os com a fase de desenvolvimento da criança, esclareci sobre os diversos sistemas de retenção e o papel do enfermeiro. No final da sessão pedi que preenchessem um questionário onde os participantes expressaram a sua opinião (Apêndice XXII), respeitando que o enfermeiro especialista “*avalia o impacto da formação*” (O.E, 2009:19). O *feedback* foi muito positivo, as colegas referiram vontade de aprofundar a temática dos acidentes no sentido da melhoria e uniformização das práticas profissionais. Foi um momento de reflexão das práticas individuais e da equipa, pelo que é nesta perspetiva que a formação realizada em serviço se reveste de importância, permitindo aos enfermeiros elaborarem uma reflexão sobre o que fazem e porque

fazem (Velez, 2008).

A formação assume sempre um papel relevante na qualidade dos cuidados. Concordo com Hesbeen, quando refere que a formação contínua *“deve proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de certas técnicas, mas a sua função essencial reside na maior abertura do profissional com base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, a conceptualizá-la e ajudá-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática refletida mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido”* (Hesbeen, 2001, p. 67).

Penso ter contribuído, com esta formação, para a motivação da equipa, refletindo e impulsionando a mudança e a melhoria da qualidade dos cuidados.

Foi também elaborado um folheto “Viajar em Segurança” como suporte à consulta de vigilância de Saúde Infantil, o que facilita a transmissão de orientações antecipatórias às famílias (Apêndice XXIII).

De acordo com Hesbeen (2000:126), *“(...) a complexidade da formação reside sobretudo no desenvolvimento de aptidões que permitam o encontro profissional do prestador de cuidados, que tem competência de prestar uma ajuda apropriada e subtil”*. Assim, todas as formações devem permitir ao enfermeiro alargar os seus horizontes e melhorar a capacidade de ir ao encontro do outro, de caminhar com ele e, por outro lado, desenvolver as suas competências no sentido de aumentar a qualidade dos cuidados prestados.

No serviço deixei um *dossier* com bibliografia (artigos, recomendações da DGS e da APSI, Relatórios sobre segurança infantil).

Considero que realizar este estágio sob a orientação da Enfermeira Célia Palmeiro foi de grande benefício, visto esta ter os conhecimentos adequados à promoção do desenvolvimento infantil e ser enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediatria, funcionando como uma referência para os pais e desenvolvendo com eles uma relação de perfeita confiança. Os pais esclarecem com ela muitas das suas dúvidas por telefone, o que, por vezes, evita deslocações ao centro de saúde. Por ser detentora de um conhecimento teórico bem suportado, com grande capacidade de articulação de conhecimentos e facilidade em transitar de uma temática para outra, que é visível no decorrer das consultas, a sua orientação foi bastante enriquecedora para a minha aprendizagem na medida em que, como refere

Macedo (2001, p.11), *“o estágio assegura experiências significativas e exemplificativas da realidade, no sentido de se promoverem as competências”*. A observação da prestação de cuidados por este profissional e das estratégias que desenvolveu para dar resposta às solicitações numa óptica de cuidados de excelência foram, de facto, uma mais-valia em termos formativos e pessoais.

Como complemento do processo de aprendizagem, no final do estágio elaborei uma reflexão escrita sobre as experiências vivenciadas (Apêndice XXIV).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em Saúde Infantil e Pediatria o público-alvo é a criança e família. Assim sendo, os cuidados centrados nesta díade constituem a filosofia de enfermagem pediátrica, sendo os pais reconhecidos como os melhores prestadores de cuidados aos filhos. Os pais têm o direito de decidir o que é importante para si e para a sua família, desde que desenvolvam a parentalidade de uma forma saudável, sendo papel do enfermeiro especialista o de suporte da família, proporcionando um estímulo constante e promovendo a capacidade da família para cuidar da criança (Wong, 2006)

Investir na saúde das crianças é um dos desafios mais importantes que se colocam aos EESIP. Desafio porque se traduz numa aposta no futuro, numa ambição de querer mais e melhor, num voto de confiança nas crianças mas, também, neles próprios e nas suas capacidades.

O meu percurso formativo foi organizado segundo dois eixos: a prevenção de acidentes enquanto área temática e o desenvolvimento de competências de EESIP. Para sustentação das práticas baseei-me no modelo de promoção de saúde de Nola Pender, o qual fornece aos enfermeiros uma perspetiva integrativa das variáveis que influenciam o comportamento promotor de saúde (Pender, 2002).

Surgiram algumas dificuldades, como seja poucos trabalhos de relevo nacional e dificuldade a nível de dados estatísticos. Por exemplo, a nível da saúde não é possível isolar as incapacidades resultantes dos acidentes nas crianças, por outro lado, a nível da ANSR, como os dados são reportados apenas ao levantamento efetuado no local, desconhece-se as que mais tarde vêm a falecer em consequência dos ferimentos.

Os estágios possibilitaram-me aplicar, aprofundar e mobilizar saberes adquiridos durante o período teórico para a prática clínica. Contribuíram ainda para refletir sobre as práticas. Se refletirmos sobre a prática de enfermagem como instrumento de aperfeiçoamento das nossas atitudes e tomadas de decisão, sempre com base na evidência científica, temos cada vez mais consciência que a experiência por si só não significa conhecimento, precisa de ser amadurecida, discutida, refletida e conceptualizada para assim se transformar em conhecimento e poder enriquecer o *saber estar*, o *saber ser* e o *saber fazer* de cada um de nós, mas

o fundamental é termos abertura e disponibilidade para todos os dias aprendermos, sermos melhores e contribuirmos para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Ao longo do estágio pretendi sensibilizar as crianças/os jovens, a família, e reforçar, quando pertinente, os enfermeiros, educadores e auxiliares para a importância da segurança e prevenção de acidentes. Neste sentido, foram traçados objetivos, planeadas e implementadas diversas atividades de acordo com cada contexto, nomeadamente, a elaboração de folhetos, sessões de formação informal e atividades lúdicas com as crianças, *posters*, filme, sessões de educação para a saúde. A concretização das atividades e o alcançar dos objetivos permitiram o meu enriquecimento e crescimento a nível pessoal e profissional rumo às competências específicas de EESIP.

Nesta aventura de aprender a aprender, o profissional de enfermagem mobiliza de maneira pertinente um conjunto de saberes, aptidões, qualidades pessoais e experiências, o que impõe um desenvolvimento de competências. Assim, o enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria é um profissional com qualificação, não só pela sua experiência mas, também pela sua formação e atuação, estando portanto habilitado a compreender, explicar, interpretar, implementar e divulgar novas informações, ideias e conhecimentos relativos à sua especialidade. Tem a responsabilidade de marcar a diferença, sendo interveniente ativo na vida das crianças/dos jovens e famílias de quem cuida e, por esse facto, torna-se um elemento de referência.

Enquanto futura EESIP, penso ter contribuído para proporcionar benefícios essenciais para a saúde das crianças e suas famílias, designadamente no acesso aos cuidados de saúde eficazes, integrados e coordenados, garantindo a sua continuidade. Foi para mim muito importante participar ativamente em todos os cuidados nos diferentes contextos ajudando a capacitar a criança/o jovem e família na gestão do seu projeto de saúde.

Considero que todos os contributos que retirei deste percurso de formação não podem ser considerados como uma etapa que aqui termina mas, sim, constituírem-se como um ponto de partida para novas reflexões, dando sentido ao meu desenvolvimento pessoal e profissional, mas também da profissão de enfermagem.

Faz parte dos meus objetivos futuros, enquanto Enfermeira Especialista, manter-me como dinamizadora do desenvolvimento de momentos formativos dos meus pares em diferentes áreas de saúde infantil e enfermagem pediátrica, entre as quais, a prevenção de acidentes, com informações atualizadas sobre as normas de segurança, sempre contextualizadas no desenvolvimento infantil.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APSI. (12de Junho de 2012). *Perfil de segurança do país*. Obtido em 20 de Junho de 2012, de www.apsi.pt
- APSI. (12de Junho de 2012). *Relatório de avaliação de segurança infantil*. Obtido em 20 de Junho de 2012, de www.apsi.pt
- Amaral, L. & Mattioli, O. (2003) Searching for the meanings of children's accidents and their relation with casuality, negligence, violence and depression. *Revista de Psicologia da UNESP*, n 2, p. 59-70.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica. Perspectiva Desenvolvimentista* (2ª Edição ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bellman, M. et al. (2003). *Escala de avaliações das competências no desenvolvimento infantil*. Lisboa: Lusociência.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bonfenbrenner, U. (2002). *A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Botelho, R. (2010). Evidência e Ética. *Pensar Enfermagem*. [Em linha]. Vol. 14, n.º2 (2010), p1. [Consult. 10 Dez. 2012]. Disponível na Internet: <[http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_Editorial_\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_Editorial_(1).pdf)>. ISSN 0873-8904.
- Brazelton, T. (2002). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Barcarena: Editorial Presença.
- Caldeira, T. et al (2006). O dia-a-dia de uma urgência pediátrica. *Acta pediátrica portuguesa*. Lisboa. ISSN 0873-9781. Vol.37, nº 1 (Jan-Fev. 2006).1-4.
- Cardoso, M. M. (2001). Prevenção de acidentes infantis. *Nursing* nº 116 , 23-29.
- Carvalho, A. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde dos enfermeiros. Loures: Lusociência.

Casey, A. (1993). *Advances in Child Health Nursing*. Oxford: Scutari Press. ISBN 1-871364-91-4.

Conferência internacional sobre a promoção da saúde (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Ottawa, Canadá, 17-21

Cordeiro, M. (2007). *O Livro da Criança*. Lisboa: A Esfera dos Livros.

Cordeiro, M. (2009). *O grande Livro do Bebê, o Primeiro Ano de Vida*. 5ª Ed. Lisboa: A Esfera dos Livros.

Correia, E. et al (2001) - Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista portuguesa de saúde Pública*. Lisboa.75-82

Decreto-lei n.º 437/91. *Diário da República I Série*, Nº 257 (08-11-91), p. 5723-5741.

Decreto-lei n.º 161/96 (Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem) de 4 de Setembro. *Diário da República I Série*. N.º 205 (4-9-1996), p. 2959- 2962.

Decreto-lei Nº 298/2007. *Diário da República I Série*. Nº161 (22-08-07), p. 5587-5596.

Dias, J. (2004). *Formadores: Que desempenho?* Loures: Lusociência.

Direcção-Geral da Saúde (2006). *Plano Nacional de Saúde Escolar*. Obtido em 4 de Março de 2012, Disponível em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720>

Direcção-Geral da Saúde (2010). Orientação nº 001/2010 de 13/09/2010. *Transporte de crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade*. Obtido em 2 de Junho de 2012. Disponível em: www.dgs.pt

Ferreira, P. (2005). Formação em serviço e desenvolvimento profissional. *Revista Sinais Vitais*.Coimbra, nº 59:12-20

Figueiras, A. et al (2005). *Manual para a vigilância infantil no contexto AIDPI*. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde

Fonseca, V. (2004). *Desenvolvimento Humano – Da Filogénese à Ontogénese da Motricidade*, Lisboa, Editorial Notícias.

Fortin, M. (2003). *O processo de Investigação*. Loures: Lusociência, 388 p. ISBN 972-8383-10-X.

Gomes Pedro, J. (2005). *Para um sentido de coerência na criança*. Mem Martins: Publicações Europa – América, Lda.

Harrison, T. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care. *Journal of Pediatric Nursing* vol 25, nº 5 , 335-343.

Health Promotion Model (2009). *Nursing Theories*. Obtido a 10 Out 2012. Disponível em:

http://currentnursing.com/nursing_theory/health_promotion_model.html

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem, Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª Edição ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Jorge, A. (2004) – *Família e Hospitalização da Criança. (Re) Pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência, 192 p. ISBN 972-8383-79-7.

Macedo, A. (2001). Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar. *Actas dos ateliers do V Congresso português de Sociologia*. P.10-16. Obtido a 19 Nov. de 2012. Disponível em:

http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628bb4a557a5_1.pdf

Maluf, A. C. (2008). *Actividades Lúdicas para Educação Infantil. Conceitos, orientações e práticas*. Petrópolis: Editora Vozes.

Mussen *et al.* (1995). *Desenvolvimento e personalidade da criança*. 3a ed. São Paulo: Herbra.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Sistema de desenvolvimento Profissional e Certificação de Competências. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, Nº 22, 26-28.

Ordem dos Enfermeiros (2009) - *Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE). Individualização e Reconhecimento das Especialidades Clínicas em Enfermagem Perfil das Competências comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista*. Lisboa:

Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos enfermeiros (2010). *Guia Orientador de Boa Prática: Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança*, vol. I. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (20 de Outubro de 2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem*. Obtido em 4 de Março de 2012. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriancaJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011) – *Regulamento dos padrões de Qualidade dos cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Papalia, D. et al. (2001). *O Mundo da Criança* (8ª edição). Porto Alegre: McGraw-Hill.

Papalia, D. & Feldman, R. (2007). *Desenvolvimento humano* (10ª Ed). Porto Alegre: AMGH Editora Lda.

Pedro, P. et al (2005). *A Criança e a Família no século XXI*. Lisboa: Dinalivre.

Pender, N. et al (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. 4ª Ed. New Jersey: Prentice Hall, 340 p. ISBN 0-13-031950-3.

Quivy, R (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. 4.ª Ed. Lisboa: Gradiva. ISBN 972-662-275-1

Regulamento N.º 122/2011. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série*, N.º35 (18-02- 2011),8648.

Ruivo, M. A. (2010). *Metodologia de projeto: colectânea descritiva de etapas. Percursos* .N.º 15 , 1-38.

Sakraida, T. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusociência.

Sheridan, M. (1999). *Desde el nacimiento hasta los 5 años – proceso evolutivo, desarrollo y progresos infantiles*, Madrid, Narcea, S. A. De Ediciones.

Silva, A. (2009). *Triagem de Prioridades, Triagem de Manchester*. Dissertação de Mestrado. Acessível no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Sousa, L. (2007). *Envenenar é mais perigoso: uma abordagem etnográfica*. Fortaleza. Dissertação de Mestrado. Universidade do Ceará.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª Edição ed.). Loures: Lusodidacta.

Valente, G. et al (2009). Da formação de competências à prática docente reflexiva. *Revista Iberoamericana de Educación*. N.º 48,1-7. Obtido em 20 de Jan. 2013
Disponível em:

<<http://www.rieoei.org/deloslectores/2423Valente.pdf>>. ISSN 1681-5653.

Velez, L. (2009). Formação em Serviço: uma necessidade ou uma calendarização. *Nursing*. Coimbra. Nº 87: 44-46

Victor, J. et al (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol.18, n.º3,235-240. Obtido a 20 de Jan. 2011) Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf> ISSN 0103-2100.

Winkelstein, W. & Hockenberry. M. (2001). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª edição. São Paulo. Elsevier Editora.

Wong, D.et al (2006). *Enfermagem Pediátrica - Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva*. 7ªEd. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, ISBN 85-352-1918-8.

APÊNDICES

APÊNDICE I
Cronograma de estágio

CRONOGRAMA

Meses	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S/D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S/D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S/D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	S/D	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
Out	1	2	3	4	5		8	9	10	11	12		15	16	17	18	19		22	23	24	25	26		29	30	31		
Nov				1	2		5	6	7	8	9		12	13	14	15	16		19	20	21	22	23		26	27	28	29	30
Dez	3	4	5	6	7		10	11	12	13	14		17	18	19	20	21		24	25	26	27	28		31				
Jan		1	2	3	4		7	8	9	10	11		14	15	16	17	18		21	22	23	24	25		28	29	30	31	
Fev					1		4	5	6	7	8		11	12	13	14	15		18	19	20	21	22		25	26	27	28	

Legenda:

	Neonatologia
	Internamento pediatria
	Urgência Pediátrica
	Cuidados de Saúde Primários
	Férias / Feriado/Orientação tutorial
	Seminários
	Jardim infantil

APÊNDICE II
Objetivos para a Unidade de Neonatologia

1ºObjetivo geral- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em Saúde Infantil e pediatria com vista à prestação de cuidados á criança/família nos distintos contextos de intervenção.				
Objetivos específicos	Atividades	Recursos	Local	Critérios de avaliação
1. Compreender a dinâmica funcional dos diferentes serviços (campos de estágio), bem como a prática da prestação de cuidados de enfermagem.	-Integração na equipa de enfermagem. -Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem. -Consulta de documentos, observação, conversa, entrevista para conhecer a área de abrangência, as características da população, os projetos desenvolvidas na área da saúde infantil e pediatria. - Compreensão da articulação existente entre os serviços e outros serviços de apoio à criança/família.	Humanos - Enfermeira Chefe; - Enfermeira Especialista SIP; Materiais - Normas e protocolos dos Serviços.	UCERN HBA Urgência de Pediatria HFF Serviço de Ortopedia HDE Jardim Infantil	--reflexão escrita sobre as experiências vivenciadas
2. Prestar cuidados de enfermagem com supervisão do enfº especialista ao prematuro/ RN internado e sua família.	- Pesquisa bibliográfica. - Consulta de normas e protocolos de atuação. - Leitura do processo da criança. - Colheita de dados através das colegas. - Observação sobre o estado geral da criança e o estado emocional dos pais. -Interação com os pais para conhecer o que pensam e sentem face à situação do filho. - Promoção do envolvimento dos pais na prestação de cuidados prematuro/RN, respeitando o seu	Humanos - Enfermeira Chefe; - Enfermeira Especialista SIP; Materiais - Normas e protocolos dos Serviços.	UCERN HBA	-reflexão escrita sobre as experiências vivenciadas

	desejo e o seu ritmo. - Realização dos cuidados de acordo com o preconizado na unidade.			
3. Sensibilizar os pais para a prevenção de acidentes nos recém-nascidos.	- Pesquisa bibliográfica. -Validação dos conhecimentos dos pais e, se necessário, informá-los sobre o desenvolvimento do RN e os acidentes mais frequentes neste período, com vista à sua prevenção. -Divulgação dos Sistemas de retenção existentes. -Aconselhamento sobre a utilização correta do sistema de retenção pelos pais e família. - Colocação correta e transporte adequado de recém- nascidos. - Elaboração de um folheto para os pais sobre” Transporte seguro”.	Humanos - Enfermeira Chefe; - Enfermeira Especialista SIP; Materiais - Normas e protocolos dos Serviços.	UCERN HBA	-reflexão escrita sobre as experiências vivenciadas

APÊNDICE III
Folheto “Transporte Seguro”

Cuidados especiais (cont.):

- Não colocar almofadas nem outras proteções debaixo ou atrás da criança pois impedirão que esta fique bem retida no fundo e nas costas da cadeira.
- Para o bebé ir bem "contido", a distância entre o ponto de inserção dos cintos que passam nos ombros e o assento da cadeira não deve exceder 25 cm. A distância entre a inserção do cinto que passa entre as pernas e as costas da cadeira não deve ser superior a 13,7cm.



**Nunca se esqueça que
a segurança das crianças está
nas suas mãos**

Elaborado por:

Graciete Fernandes
Aluna 3º Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização
em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediatria



TRANSPORTE SEGURO

UM GUIA PARA OS PAIS



**Unidade de
Neonatologia**



MEDIDAS DE SEGURANÇA NO TRANSPORTE DO RECÉM-NASCIDO

SABIA QUE...

- Transportar uma criança sem cadeira adequada é o mesmo que deixá-la numa varanda sem proteção
- A utilização adequada de cadeiras ou bancos elevatórios reduz o risco de morte dos bebés em 71% dos casos e das crianças em 54%

Fonte: CEE SIP, 2008

Escolha da cadeira

1º - Possuir a etiqueta "E". Esta dá-nos a certeza que cumpre os critérios de segurança para o transporte da criança.



O nº de aprovação tem de começar em 03 ou 04, significa que foi utilizada a norma mais recente. Ser da categoria Universal para se adaptar a qualquer veículo.

2º - Confirmar se o sistema de retenção se ajusta ao veículo em que vai ser utilizado (verificar, por exemplo, se o cinto de segurança do banco traseiro tem comprimento suficiente para prender a cadeira virada para trás e se adapta à criança a quem se destina).

TRANSPORTE DO BEBÉ NO AUTOMÓVEL COM SISTEMA DE RETENÇÃO APROPRIADO À SUA IDADE, ALTURA E PESO

Grupo	Peso	Idade	Posição	Lugar
0	Até 10 Kg	Até 1 Ano	VT	BF* ou BT
0+	Até 13 Kg	18-24 Meses	VT	BF* ou BT
I	9-18 Kg	1-4 Anos	VT ou VF	BF* ou BT
II	15-25 Kg	3-6 Anos	VF	BF* ou BT
III	22-36 Kg	5-12 Anos	VF	BF* ou BT

VT- Voltada para trás
BF - Banco da frente (* se não tiver airbag)
VF- Voltada para a frente
BT - Banco de trás

Viajar voltada para trás é mais seguro

- Mantenha esta posição até o mais tarde possível, idealmente no banco de trás e até aos 3/4 anos.
- O bebé tem o pescoço muito frágil e a cabeça grande e pesada. Por isso, se a criança estiver voltada para a frente antes dos 18 meses, o seu pescoço pode ser puxado com demasiada força, mesmo num acidente a baixa velocidade, ou até numa travagem brusca, podendo resultar lesões graves da espinal-medula (paralisia ou mesmo a morte).

BEBES PREMATUROS

Têm menor tônus e controlo da cabeça, pelo que o risco de lesão da coluna cervical, numa colisão, é maior.

Na posição de sentado tendem a fletir-se em demasia podendo ter agravamento do refluxo gastro esofágico e dificuldade respiratória.

Cuidados especiais

- Procurar um plano de inclinação ideal, podendo ser necessário colocar uma toalha enrolada entre a cadeira e o banco do carro.



- Colocar proteções envolvendo a cabeça e ambos os lados do bebé.

APÊNDICE IV
Reflexão escrita sobre o
estágio na Unidade de Neonatologia



**3º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

REFLEXÃO ESCRITA DO ESTÁGIO

Serviço de Neonatologia do Hospital Beatriz Ângelo

Professora Orientadora: Manuela Soveral

Enfermeira Orientadora: Anabela Namora

Aluna:

Graciete Fernandes

Lisboa, Outubro de 2012

Caracterização da Unidade de Neonatologia

A Unidade de Neonatologia do Hospital Beatriz Ângelo situado no concelho de Loures, localiza-se no piso 1, junto ao Bloco de Partos e ao internamento de Ginecologia-Obstetrícia. O acesso faz-se através dos elevadores 1 e 2 ou das escadas rolantes na entrada das Consultas e Exames, seguindo depois as indicações para o internamento de Ginecologia-Obstetrícia.

Esta unidade destina-se a recém-nascidos até aos 28 dias de idade, que necessitam de cuidados de saúde especiais devido a parto prematuro ou doença. Possui uma equipa clínica própria, com formação específica, responsável pelos cuidados prestados aos bebés, disponível para apoiar os pais nas suas dúvidas e planear a sua participação nos cuidados, e assegura a maior proximidade possível entre os recém-nascidos e a sua família.

O Hospital Beatriz Ângelo tem como missão:

- Alcançar a excelência dos cuidados de enfermagem, mantendo profissionais com elevados níveis de desempenho, motivados, com uma atitude positiva, transmitindo aos clientes e família um sentimento de confiança, segurança e respeito.
- Efetuar uso eficiente dos recursos disponibilizados, de modo a melhorar a organização e funcionalidade dos serviços.

A Unidade de Neonatologia tem quatro áreas principais:

- A sala de cuidados especiais, um espaço comum, amplo e com iluminação natural, onde existem cinco incubadoras para cuidados intensivos e sete incubadoras para cuidados intermédios;
- A sala de isolamento, com capacidade para um recém-nascido em cuidados intensivos ou em cuidados intermédios;
- A sala de amamentação, onde as mães podem amamentar ou recolher o leite com maior privacidade;
- A sala de espera, com cacifos para utilização pelos pais.

Como serviço capaz de receber recém-nascidos que necessitam de cuidados especializados e prematuros em crescimento, cada unidade individual está equipada com incubadora, monitor cardio-respiratório, insuflador manual, rampas de oxigénio, rampas de aspiração, bombas perfusoras de terapêutica endovenosa, foco de luz, e uma cadeira para o acompanhante da criança.

Quanto à permanência dos pais, estes podem permanecer junto do recém-nascido durante 24 horas por dia. Caso resolvam ficar durante a noite no Hospital, devem entrar na Unidade de Neonatologia até às 21h00 e só poderão sair a partir das 8h00 do dia seguinte, os irmãos podem acompanhar os Pais durante o dia, desde que a situação do bebé o permita. Cada bebé pode receber duas visitas por dia durante um período máximo de 15 minutos. Só podem estar junto de cada bebé duas pessoas, sendo uma delas sempre a Mãe ou o Pai.

A equipa de enfermagem é constituída por 12 enfermeiras das quais apenas 2 são detentoras da especialização em saúde infantil e pediatria e 1 tem a categoria de enfermeira chefe.

Na sala de cuidados especiais ficam em cada turno 2 ou 3 enfermeiros, consoante a lotação da sala, a experiência do enfermeiro e a estabilidade de cada recém-nascido e 1 auxiliar com funções bem delineadas. Durante o turno da manhã está sempre um neonatologista fixo, nos outros turnos dá apoio o que estiver de serviço ao bloco de partos.

Os recém-nascidos admitidos na unidade vêm por transferência do bloco de partos, mas podem vir pelo serviço de urgência.

A organização do trabalho da equipa de enfermagem é estabelecida pela enfermeira coordenadora da unidade ou pela chefe de equipa. Os cuidados são prestados de acordo com o método individual. Na assistência ao RN/prematuro surge a necessidade de contactar com outros profissionais (Psicólogos, Terapeutas, radiologista, assistente social) em função da menor ou maior complexidade de situações que se deslocam à unidade.

Este serviço tem ainda à disposição um leque variado de material para posicionamento e conforto do recém-nascido.

Os Pais podem permanecer junto dos recém-nascidos durante 24 horas por dia. Desde que o estado clínico dos bebés o permita e que os Pais se sintam confortáveis, a sua participação nos cuidados, em parceria com a equipa clínica, é sempre desejável e é planeada dia-a-dia:

Descrição e análise crítica do percurso desenvolvido

(Neonatologia)

O ensino clínico em Neonatologia decorreu no Hospital Beatriz Ângelo em Loures, no período entre 8-26 de Outubro de 2012.

A escolha deste local enquanto espaço de estágio deveu-se ao facto de ser um hospital novo, o qual não conhecia e por ser o hospital de referência para a população onde trabalho.

O caminho perspectivado para este período seria compreender a filosofia de uma UCERN (unidade de cuidados especiais) e sensibilizar os pais para a prevenção de acidentes nos recém-nascidos, indo de encontro ao meu projeto.

Após diálogo com a equipa de enfermagem, em especial com a enfermeira orientadora do estágio, percebeu-se que a problemática dos acidentes não estava explorada na unidade e seria bastante pertinente.

No sentido de aprofundar as competências e conhecimentos adquiridos na Unidade, o meu empenho e dedicação foram fulcrais, aproveitando sempre a variedade de situações que foram surgindo. Colaborei e prestei cuidados na Unidade de Neonatologia, promovendo sempre o desenvolvimento infantil do RN (recém-nascido).

As unidades de cuidados especiais ao RN constituem unidades com equipas de profissionais e equipamentos especializados que visam oferecer cuidados de excelência ao RN de alto risco. A permanência do RN numa UCERN, por um período mais ou menos longo, embora imprescindível para a sua sobrevivência é

influenciada pela convivência com recursos de alta tecnologia. O afastamento do bebé/pais imediatamente após o parto, vai privar a díade do primeiro contacto e interromper, por momentos o processo de vinculação. O ambiente tecnológico e altamente sofisticado da UCERN, normalmente, intimida os pais que se caracterizam por sentimentos de incompetência, incerteza e medo. O início de vida de um bebé, neste ambiente tão artificial e assustador, é difícil e problemático para os pais/família.

Nas últimas décadas tem-se verificado uma preocupação crescente em envolver a família nos cuidados de enfermagem. O desafio colocado aos enfermeiros que prestam cuidados numa UCERN, não se centra somente em assegurar a sobrevivência do RN, mas também nos cuidados à família, pela promoção da relação pais/bebé.

De acordo com Gomes-Pedro (2005) o recém-nascido é um ser já extraordinariamente competente e bem organizado possuindo um regime de equilíbrio humano em que, constantemente, está em jogo a expressão da sua força e das suas vulnerabilidades. Estas conduzem os pais ou outros a uma ligação afetiva intensa com o bebé. Por outro lado, *“o bebé é frágil mas o vínculo é a nova adição que propomos, para que a fragilidade se transforme em força e em resiliência”* (Gomes-Pedro, 2005:20).

Um bebé de risco pode apresentar ou desenvolver inúmeras patologias, e a sua situação de saúde é preenchida de incertezas, desde as hipóteses de sobrevivência, tempo de hospitalização, sequelas futuras entre outras. Esta conjuntura proporciona uma experiência psicológica muito difícil para os pais, pois é *uma permanente luta pela vida, em que cada dia é uma vitória e sinal que o confronto com a morte foi adiado* (Rolim e Canavarro, 2001:271).

Reportando-me ao modelo de promoção da saúde de Nola Pender, a relação terapêutica é o meio através do qual o enfermeiro avalia os comportamentos/características e experiências individuais dos cuidadores e neste contexto deve valorizá-los e promover outros conhecimentos. Este facto está comprovado na análise do diagrama da Promoção da Saúde de Nola Pender, quando esta refere que os comportamentos anteriores são o ponto de partida para a

promoção da Saúde (Pender, 2002). O objetivo final é o cuidador de enfermagem proporcionar gradualmente à mãe/cuidador principal a capacidade de (re) assumir o cuidado da criança. Com base nestes pressupostos direcionei a minha prática tendo em conta sempre os comportamentos anteriores e fatores pessoais preconizados por Nola Pender.

Durante o internamento de um RN prematuro (30 semanas) tive a oportunidade de desenvolver cuidados muito específicos e personalizados, pois para além de ser o primeiro filho desta mãe, esta deparou-se com um ser pequeno e frágil, perante o qual os pais se sentiram incapazes e muitas vezes culpados. Portanto, tornou-se imprescindível ter também os pais como foco principal. Orientá-los e capacitá-los, para cuidar do seu filho foi a forma de os fazer sentir perto do seu RN e capazes de, ao menos, lhe transmitir amor. Foi neste âmbito que tive a minha primeira oportunidade de por em prática a teoria relativa ao método de canguru, pois através deste método a mãe conseguiu desenvolver confiança e autonomia para cuidar do seu bebé.

O Método Canguru apresenta-se como uma abordagem de intervenção complementar à tecnologia neonatal para promover o contacto direto do RN com a mãe, desde que ambos apresentem condições clínicas para desenvolvê-lo (Rodrigues *et al*, 2006). Apesar de encontrarmos frequentemente na literatura este método associado à mãe, na verdade ele poderá ser posto em prática não só pela mãe como pelo pai ou outra pessoa significativa para o recém-nascido, inclusivamente pela enfermeira do serviço de neonatologia.

A prática do Método Canguru proporciona inúmeras vantagens para o RN prematuro, segundo Almeida (2007): Aumenta o vínculo mãe-filho; Evita longos períodos sem estimulação sensorial por reduzir o tempo de separação mãe-filho; Estimula o aleitamento materno, o que favorece maior frequência, precocidade e duração; Melhora o controlo térmico; Reduz o índice de infeção hospitalar; Possibilita menor permanência no hospital; Reduz o índice de mortalidade de RN prematuro de baixo peso; Proporciona sono mais calmo e prolongado; Exerce efeito analgésico por meio de libertação de endorfinas; Melhora as funções fisiológicas de forma geral; Aumento da interação mãe-filho, inclusive em RN de termo.

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no desenvolvimento dos processos de interação, adaptando as suas intervenções às necessidades e capacidades individuais dos pais, facilitando o processo de vinculação. Os pais sentem-se envolvidos quando podem tocar, amamentar, pegar no RN, sentindo-se assim integrados nos cuidados prestados.

A colaboração na prestação de cuidados ao RN prematuro permitiu-me desenvolver competências como gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da experiência profissional e de vida, desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas do enfermeiro; demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura e demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Durante o estágio tive de reformular algumas vezes os meus objetivos e atividades a desenvolver as quais foram planeadas no decorrer do mesmo, apesar de outros terem sido traçados num momento anterior, no Projeto de Estágio. Isto deveu-se ao facto de desconhecer a realidade, logo foi imperativo a necessidade de ajuste ao contexto. Esta adaptação permanente a um contexto incógnito no sentido de querer concretizar determinados objetivos permitiu-me desenvolver as competências de demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização de SIP (saúde infantil e pediatria) e de tomar iniciativas e ser criativa na interpretação e resolução de problemas na área de especialização de SIP.

Relativamente à sensibilização dos pais para a prevenção de acidentes pude constatar ao longo dos primeiros dias de estágio que na promoção do papel parental esta incluído a segurança infantil. mas não existe suporte informacional disponível para fornecer aos pais no momento da alta.

Tendo em conta as condições acima já referenciadas foi claramente perceptível que os pais que se encontravam na UCERN não estão disponíveis para sessões de formação formal, visto que naquele momento têm outros focos de atenção. Deste modo, Achei pertinente ir dando alguma informação sobre a prevenção de acidentes pontualmente, de acordo com as necessidades, motivação e disponibilidade de cada família.

Neste sentido, elaborei um folheto para os pais/família da UCERN sobre algumas orientações de prevenção de acidentes intitulado "Transporte seguro".

O folheto tem como objetivo ser integrado no programa de preparação para a alta, existente no serviço, onde está evidenciado a temática da prevenção de acidentes mas não existia suporte informacional. A alta começa a ser programada desde o dia da admissão e contempla diversas temáticas.

Durante o período em que estive inserida na equipa de enfermagem tentava perceber quando seria o momento para, pontualmente e de uma forma informal, abordar algumas questões sobre a prevenção de acidentes domésticos no primeiro ano de vida, em especial das quedas e asfixia, bem como de qual o SRC (sistema de retenção de crianças) adequado aquando da saída do RN da UCERN.

Os pais com quem tive a oportunidade de dialogar foram bastante receptivos, comentando por vezes "nunca tinha pensado nisso" (sic), "por vezes estamos tão absorvidos por tantas máquinas que nos esquecemos das coisas mais normais..." (sic).

O segundo comentário permitiu a reflexão. Porque estarão estes pais tão "absorvidos pelas máquinas"? Será que estará a ser promovida a adequada transição para a assunção do papel parental?

O cuidar em parceria exige uma especial atenção à família, nomeadamente ao desenvolvimento das competências parentais. O que é o papel parental? De acordo com a CIPE (2006:63), o papel parental é *um tipo de interacção de papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos mesmos*

membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental para promover um crescimento e desenvolvimento óptimo da criança dependente. Desta forma, pressupõe que os pais dêem resposta: à promoção do desenvolvimento, à nutrição, à segurança, à higiene e conforto e educação dos seus filhos.

Neste sentido, Silva (2007:15) afirma que *ajudar as mães/pais na aquisição de competências associadas a um eficaz exercício do papel parental parece-nos constituir uma dimensão pró-activa e construtivista dos sistemas de fornecimento de cuidados de saúde.*

O EESIP assume um papel primordial na vigilância da saúde infantil. A promoção da prevenção dos acidentes é uma exigência para a qualidade dos serviços e cuidados prestados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, C (2007). Efeitos do método canguru nos sinais vitais de recém-nascidos pré-termo de baixo peso In: *Revista Brasileira de Fisioterapia*, vol. 11, n.1, p.1-5 Jan-Fev.

APSI. (20 de Junho de 2003). Os acidentes no 1º ano de vida. Lisboa

Gomes Pedro, J. (2005) - *Para um sentido de coerência na criança*. Mem Martins: Publicações Europa – América, Lda, P.20

Pender, Nola [et al.] (2002) – *Health Promotion in Nursing Practice*. 4ªEd. New Jersey: Prentice Hall, 340 p. ISBN 0-13-031950-3.

Rodrigues et al (2006). Eis-me aqui! Um caminho de abertura ao outro com um desejo de autonomia e liberdade. *Revista Nursing.*, nº 239.

Rolim, L. & Canavarro, M. (2001) - Perdas e luto durante a gravidez e o puerpério. In Canavarro, C. (Ed), *Psicologia da Gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora, p.264

Silva, E. (2007). Direitos e valores fundamentais no início da vida humana.

Millenium – *Revista do ISPV*. [Em linha]. N.º 30 , p. 11-18 [Consult. 20 Jan. 2013]. Disponível na Internet: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/1.pdf>

Wong et al(2006) - *Enfermagem Pediátrica* - Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva. 7ªEd. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan. ISBN 85-352-1918-8.

APÊNDICE V
Objetivos para o Serviço de Internamento

1ºObjetivo geral- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em Saúde Infantil e pediatria com vista à prestação de cuidados á criança/família nos distintos contextos de intervenção.				
Objetivos específicos	Atividades	Recursos	Local	Crítérios de avaliação
1. Compreender a dinâmica funcional dos diferentes serviços (campos de estágio), bem como a prática da prestação de cuidados de enfermagem.	-Integração na equipa de enfermagem. -Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem. -Consulta de documentos, observação, conversa, entrevista para conhecer a área de abrangência, as características da população, os projetos desenvolvidas na área da saúde infantil e pediatria. - Compreensão da articulação existente entre os serviços e outros serviços de apoio à criança/família.	Humanos - Enfermeira Chefe; - Enfermeira Especialista SIP; Materiais - Normas e protocolos dos Serviços.	UCERN HBA Urgência de Pediatria HFF Serviço de Ortopedia HDE Jardim Infantil	- Reflete por escrito sobre os documentos lidos e observados
2. Prestar cuidados de enfermagem com supervisão do enfº especialista à criança/família em situação de doença/cirurgia programada	- Pesquisa bibliográfica. - Consulta de normas e protocolos de atuação. - Leitura do processo da criança. - Colheita de dados através das colegas. - Observação sobre o estado geral da criança e o estado emocional dos pais. -Interação com os pais para conhecer o que pensam e sentem face à situação do filho. - Promoção do envolvimento dos pais na prestação de cuidados à criança,	Humanos - Enfermeira Chefe; - Enfermeira Especialista SIP; Materiais - Normas e protocolos dos Serviços.	Serviço Ortopedia 5 do H.D.E.	-reflexão escrita sobre as experiências vivenciadas

	respeitando o seu desejo e o seu ritmo. - Realização dos cuidados de acordo com o preconizado na unidade.			
3. Sensibilizar os pais para a prevenção de acidentes nas crianças.	- Pesquisa bibliográfica. -Validação dos conhecimentos dos pais e, se necessário, informá-los sobre o desenvolvimento do filho e os acidentes mais frequentes nesse período, com vista à sua prevenção. -Divulgação dos Sistemas de retenção existentes. -Aconselhamento sobre a utilização /colocação correta do sistema de retenção no automóvel pelos pais e família. - Elaboração de um folheto para os pais sobre” Crianças seguras”.	Humanos - Enfermeira Chefe; - Enfermeira Especialista SIP; Materiais - Normas e protocolos dos Serviços.	UCERN HBA	-reflexão escrita sobre as experiências vivenciadas

APÊNDICE VI

Operacionalização do Modelo de
Nola Pender na criança internada

Componente	Variáveis		Operacionalização do Modelo
Características e experiências anteriores	Comportamento anterior		Ricardo não usava qualquer tipo de proteção quando andava de patins.
	Fatores pessoais	Biológicos	O pai do Ricardo tem 48 anos. O Ricardo tem 5 anos, cabo-verdiano, saudável e sem hospitalizações
		Psicológicos	Stresse da hospitalização
		Socioculturais	O pai tem a antiga 4ª classe e trabalha como cozinheiro, estando em Portugal para correção da fratura do filho.
Comportamento específico	Percebe benefícios para a ação		O pai do Ricardo refere querer contribuir para o seu crescimento e desenvolvimento
	Percebe barreiras para a ação		O pai refere que ele sempre andou muito bem e nunca caiu, e o irmão também nunca usou proteções, agora não volta a andar tão cedo.
	Percebe auto-eficácia		O pai refere que as crianças não costumam usar proteções para andar de patins.
	Sentimentos em relação ao comportamento		O pai ficou zangado e proibiu o Ricardo de andar de patins
	Influências interpessoais		Os amigos do Ricardo também não usam proteções
	Sentimentos que influenciam		O pai refere poder comprar as proteções, mas o Ricardo tem medo que os amigos o gozem.
Resultados do comportamento	Exigências imediatas		Adaptação à hospitalização, a um outro país e outra cultura.
	Comportamento de Promoção de Saúde		Não foi possível verificar.
	Compromisso com um plano de ação		O pai comprometeu-se a comprar as proteções e o Ricardo prometeu usá-las

APÊNDICE VII

Ficha de trabalho "Prevenção Rodoviária"
e jogo "Viver em Segurança"

TESTA OS TEUS CONHECIMENTOS E DIVERTE-TE

1 – Completa as frases com a palavra adequada.

**passeios - veículos - banco - faixa - utentes
garagens - peão - atenção - passageiro**

Quando ando a pé, sou um _____.

Os peões devem caminhar nos _____.

Os veículos circulam na _____ de rodagem.

O peão, o ciclista e o automobilista são _____ da estrada.

O automóvel, o autocarro e a bicicleta são _____.

Nos passeios, os peões devem prestar atenção às _____.

Quando ando de automóvel, sento-me num _____ próprio para a minha idade, peso e altura.

No passeio, os peões devem olhar com _____ por onde caminham.

O _____ deve sair do automóvel, sempre pelo lado do passeio.

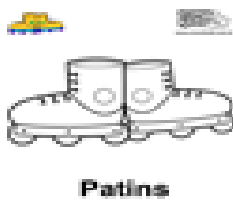
IMAGINA QUE ESTÁS NO TEU JARDIM E APETECE-TE ANDAR DE SKATE, PATINS OU BICICLETA...COMO TE DEVES PROTEGER? COMPLETA AS PALAVRAS COM AS LETRAS QUE FALTAM E PINTA OS DESENHOS.



_ _ A _ _ A _ _ _ _ _



_ _ _ E _ _ _ E _ _ _ _ _



_ _ O _ _ O _ _ _ L _ _ _ _ A _

Lembras-te porque podem acontecer os acidentes em tua casa?

Rodeia com um círculo da cor correspondente à do acidente os elementos que o podem provocar.

QUEIMADURAS

INTOXICAÇÕES



FERIMENTOS



APÊNDICE VIII
Questionário

Pedido de autorização

Graciete Fernandes, aluna do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de especialização em Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estando a estudar os *Acidentes na Criança da idade pré-escolar*, solicita a V. Exc.^a autorização para que as senhoras enfermeiras possam responder ao questionário em anexo. Este tem como objetivo a identificação do tipo e da frequência dos acidentes nesta faixa etária, assim como das estratégias a planear.

Os dados colhidos são anónimos e confidenciais e serão apenas utilizados para o referido estudo.

Lisboa, 5 de Novembro de 2012.

Agradece a vossa participação

Graciete Fernandes

QUESTIONÁRIO

Sobre “Prevenção de Acidentes da criança na primeira Infância”

Os dados colhidos são anónimos e confidenciais e serão apenas utilizados para o estudo académico que estou a realizar.

1- Considera importante abordar o tema da prevenção dos acidentes com as crianças e os pais quando lhes presta cuidados?

Sim ☐ Não ☐

Pode dizer porquê?-----

2- O que utiliza e como ensina as crianças e os pais a prevenir os acidentes?

3- No momento da Alta ou do fim da consulta entrega aos pais algum suporte informacional (panfleto ou outro) sobre “Prevenção de Acidentes”?

Sim ☐ Não ☐

4- Gostaria que se debatesse o tema no Serviço?

Sim ☐ Não ☐

5- Se respondeu sim, qual (is) dos acidentes, a seguir mencionados, gostaria de ver trabalhado?

Relacionados com o transporte ☐

Relacionados com o dormir ☐

Relacionados com as quedas ☐

Relacionados com os brinquedos ☐

Relacionados com as queimaduras ☐

Relacionados com o banho ☐

Relacionados com as intoxicações ☐

Relacionados com a casa ☐

1- Faça sugestões de temas que gostaria que fossem abordados e não se encontram aqui mencionados:-----

Obrigado!

Graciete Fernandes

APÊNDICE IX

“Intervenção do Enfermeiro na Prevenção de Acidentes
(planeamento, divulgação, avaliação da ação de formação)

PLANO DE SESSÃO

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

Unidade Curricular – Estágio com relatório

Tema da sessão: “*Prevenção de Acidentes*”

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Ortopedia do Hospital Dona Estefânia

Preletora: Enf^a Graciete Fernandes

Professora Orientadora: Prof.^a Manuela Soveral

Enfermeira Orientadora: Enf.^a Anabela Namora

Objetivo Geral:

- Promover uma cultura de Segurança.

Objetivos específicos:

- Contextualizar os acidentes a nível nacional.
- Refletir sobre a intervenção do enfermeiro na Prevenção dos acidentes.

Método pedagógico: expositivo

Duração: 30 minutos

Data/Hora: 19 de Novembro de 2012, às 8h.30

Local: Sala de Reuniões do Serviço de Ortopedia.

Introdução	- Apresentação da formadora, justificação do tema, objetivos e sumário.	Expositiva	Computador; Apresentação em PowerPoint	3 Min.
Desenvolvimento	- Conceitos - Contextualização dos acidentes - Acidentes mais frequentes relacionados com a fase de desenvolvimento - Transporte seguro (D.G.S) - O papel do enfermeiro	Expositiva	Computador; Apresentação em PowerPoint	15 Min.
Conclusão	- Sintetizar as ideias chave. - Apresentação do folheto “Crianças em segurança”	Expositiva	Computador; Apresentação em PowerPoint	5 Min.
Avaliação	- Debate aberto a questões - Aplicação de questionário	Interrogativa e activa	Questionário	7 Min.

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Intervenção do Enfermeiro na Prevenção de Acidentes na Primeira Infância

Unidade Ortopedia 5

DATA /HORA: 19/11/2012,
8h30m

LOCAL: Sala de Enfermagem

FORMADOR(ES): Enf^a. Graciete Fernandes
(aluna 3^o Mestrado em Enfermagem: área de
Especialização de SIP), orientada por Enf^a.
Anabela Namora

INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES



Elaborado por:
Graciete Fernandes

Enfª orientadora:
Anabela Namora

Docente:
Prof. Manuela Soveral

Lisboa, 19 Novembro 2012

Intervenção do Enfermeiro na Prevenção de Acidentes

- **Objetivos gerais:**
Promover uma cultura de Segurança.
- **Objetivos específicos:**
Contextualizar os acidentes a nível nacional.
Refletir sobre a intervenção do enfermeiro.
na Prevenção dos acidentes



ÍNDICE

- CONCEITOS
- CONTEXTUALIZAÇÃO DOS ACIDENTES
- ACIDENTES MAIS FREQUENTES RELACIONADOS COM A FASE DE DESENVOLVIMENTO
- TRANSPORTE SEGURO (D.G.S)
- O PAPEL DO ENFERMEIRO
- CONCLUSÃO
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

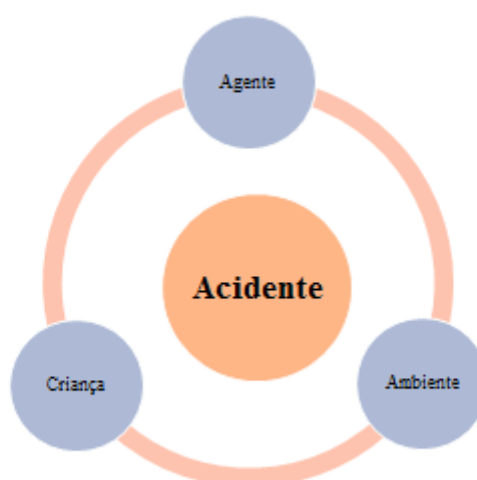
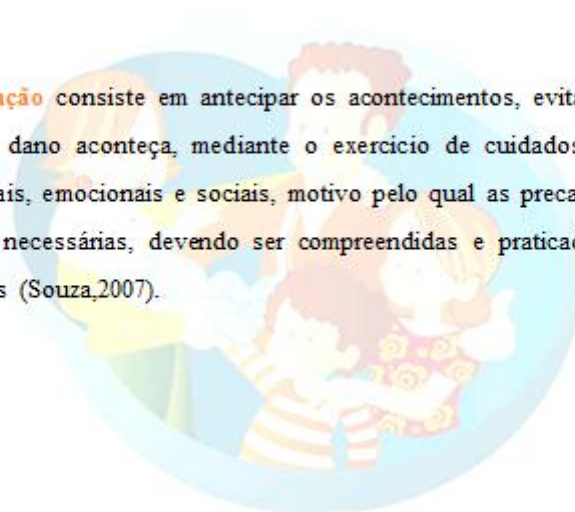


CONCEITOS

Apesar de algumas conquistas, os acidentes em Portugal ainda são a maior causa de morte, internamento, idas às urgências, incapacidades e anos de vida perdidos nas crianças e jovens (APSI, 2012).

- o **Acidente** é definido pela Organização Mundial de Saúde como “um acontecimento independente da vontade humana, provocado por uma força exterior, agindo rapidamente e que se manifesta por dano corporal ou mental” (WHO, 2005).

Prevenção consiste em antecipar os acontecimentos, evitando que algum dano aconteça, mediante o exercício de cuidados físicos, materiais, emocionais e sociais, motivo pelo qual as precauções se fazem necessárias, devendo ser compreendidas e praticadas pelas famílias (Souza,2007).



CONTEXTUALIZAÇÃO

- Um estudo realizado pela APSI em 2010 indica que no triénio 2007-2009, morreram em média por ano, 38 crianças até aos 17 anos, 359 sofreram ferimentos graves e 4630 ferimentos ligeiros. Isto equivale a que, todos os dias em Portugal, em média, 14 crianças são vítimas de um acidente rodoviário.
- Segundo o relatório de afogamentos em Portugal (APSI, Junho 2011), entre 2002 e 2008, 144 crianças e jovens morreram na sequência de afogamento, 234 foram internados na sequência de afogamento e (50%) tinha entre os 0-4 anos.
- O sistema ADELIA revela que entre 2000 e 2009, 104 crianças morreram na sequência de uma queda e 40.000 tiveram que ser internadas.
- CIAV em 2007 registou 10.673 casos, 65% com menos de 4 anos.

- Na comunidade científica é consensual que os acidentes se apresentam como um grave problema de saúde pública.
- Por cada criança que morre, centenas de outras crianças são hospitalizadas e milhares são observadas nos serviços de saúde (OMS, 2008).
- Com a diminuição das taxas de natalidade e o envelhecimento crescente da população, torna-se importante para os países assegurar o seu futuro através de estratégias protectoras da infância.

ACIDENTES MAIS FREQUENTES RELACIONADOS COM A FASE DE DESENVOLVIMENTO

Desenvolvimento	Acidentes
0 - 3 Meses - O RN apenas consegue levantar a cabeça por breves segundos; - Com 3 meses, já se move e agita os membros; - Pode rebolar.	Queimaduras Asfixia Quedas Acidentes de Viação
3 - 6 Meses - Utiliza a força dos antebraços para levantar a cabeça e a região anterior do tórax; - Rebola; - Agarra e levatudo a boca;	Engasgamento/ Asfixia Afogamentos Queimaduras Acidentes de viação
6 - 12 Meses - Aos 6-7 meses - rasteja e senta-se por pequenos períodos; - Aos 7-9 meses - Gatinha e fica de pé com apoio nos móveis; - Aos 10-11 meses- Apanha pequenos objectos com os dedos; puxa toalhas; - Aos 12 meses- fica em pé sem apoio - Anda	Traumatismos Intoxicações Electrocussão Quedas Engasgamento Acidentes de viação

ACIDENTES MAIS FREQUENTES RELACIONADOS COM AFASE DE DESENVOLVIMENTO

Desenvolvimento	Acidentes
1 - 2 Anos - Caminha sozinha; - Começa a correr; - Explora o ambiente	Traumatismos Intoxicações Electrocussão Quedas
2- 3 Anos - Salta com ambos os pés; - Sobe e desce escadas; - Explora o ambiente, tentando descobrir como funcionam as coisas.	Engasgamento Acidentes de viação

TRANSPORTE SEGURO



Escolha da cadeira

1º - Possuir a etiqueta "E". Esta dá-nos a certeza que cumpre os critérios de segurança para o transporte da criança.

O nº de aprovação tem de começar em 03 ou 04, significa que foi utilizada a norma mais recente. Deve ser da categoria Universal para se adaptar a qualquer veículo.



(D.G.S.,2011)



Grupo 0:

até aos 13 Kg (0-24 meses)
Sempre voltada para trás e presa



Grupo I:

9-18 Kg (1-4 anos)

Viajar com o bebé

na cadeirinha

voltado para trás

até cerca dos 2 anos



Grupo II:

15-25 Kg (3-6 anos)

A criança está sentada na

cadeira, voltada para a

frente e segura com o cinto

de segurança do automóvel



Grupo III:

22-36 Kg (5-12 anos e até 1,5 m de altura).

O banco elevatório está preso no carro e a criança é segura pelo cinto de segurança do automóvel.

Grupo	Peso	Idade	Posição	Lugar
0	Até 10 Kg	Até 1 Ano	VT	BF* ou BT
0+	Até 13 Kg	18-24 Meses	VT	BF* ou BT
I	9-18 Kg	1-4 Anos	VT ou VF	BF* ou BT
II	15-25 Kg	3-6 Anos	VF	BF* ou BT
III	22-36 Kg	5-12 Anos	VF	BF* ou BT

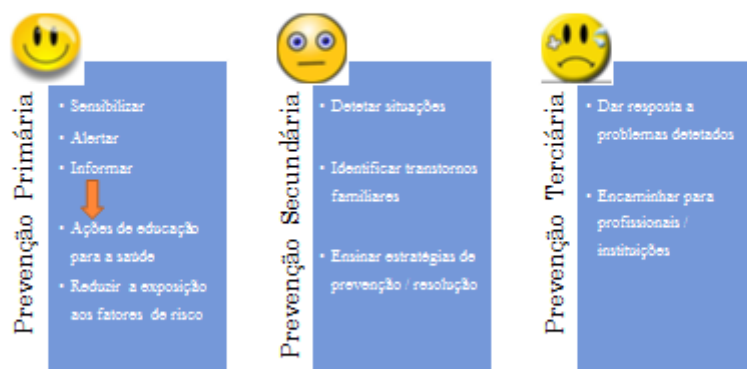
Aconselha-se a que as crianças até aos 4 anos sejam transportadas em sistemas de retenção/cadeirinhas voltadas para trás para proteger eficazmente a cabeça e o pescoço frágil. Estudos feitos revelam que, em caso de acidente, esta posição salva a vida de 9 em cada 10 crianças..



(D-G&S,2011)

O PAPEL DO ENFERMEIRO

Níveis de Intervenção



(Adaptado de Stanhope, & Lancaster, 2011)

O PAPEL DO ENFERMEIRO

- Implementar e gerir em parceria um plano de saúde, promotor, da parentalidade;
- Promover a auto estima da criança/família e a sua autodeterminação das escolhas relativas a comportamentos de saúde;
- Alertar os pais, através dos cuidados antecipatórios, para os riscos que as diferentes fases do desenvolvimento da criança acarretam;
- Diagnosticar precocemente as situações de risco do ambiente;
- Cuidar da criança/do jovem/família, aos três níveis de prevenção dos acidentes.

(OE, 2010)

CONCLUSÃO

Os ganhos em saúde só serão efetivos quando todos os intervenientes na prevenção dos acidentes, quer sejam políticos, responsáveis da justiça, profissionais de saúde, educadores, os *media*, fabricantes de brinquedos ou investigadores, trabalharem em conjunto, de forma articulada e sistemática, com ações e intervenções alvo de monitorização.

(APSI, 2012)

Intervenção do Enfermeiro na Prevenção de Acidentes

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APSL (20 de Junho de 2003). *Os acidentes no 1º ano de vida*. Lisboa.
- APSL (12 de Junho de 2012). *Perfil de segurança do país*. Obtido em 20 de Junho de 2012, de www.apsl.pt
- APSL (12 de Junho de 2012). *Relatório de avaliação de segurança infantil*. Obtido em 20 de Junho de 2012, de www.apsl.pt
- Beman, M. e. (2003). *Escala de avaliações das competências no desenvolvimento infantil*. Lisboa: Lusociência.
- Brazelton, T. (2002). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Barcelona: Editorial Presença.
- Cardoso, M. M. (2001). Prevenção de acidentes infantis. *Nursing* n.º 116, 23-29.
- Direção-Geral da Saúde. (7 de Junho de 2006). *Plano Nacional de Saúde Escolar*. Obtido em 4 de Março de 2012, de Ministério da Saúde: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF12F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>
- Fonseca, V. (2004). *Desenvolvimento Humano – Da Filogénese à Ontogénese da Matricidade*, Lisboa, Editorial Notícias.
- Harrison, T. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care. *Journal of Pediatric Nursing* vol 25, n.º 3, 335-343.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (3ª Edição ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Ordem dos Enfermeiros. (20 de Outubro de 2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem*. Obtido em 4 de Março de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriancaJov.aprovadoAG_2010.v2010.pdf
- Papalia et al. (2001). *O Mundo da Criança*, 3ª edição. Lisboa.



**Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de especialização em Saúde Infantil e
Pediatria**

Avaliação da Sessão de Formação

Uma vez apresentada a sessão, é importante fazer um balanço e conhecer a sua opinião.
Assim, solicito o preenchimento deste questionário que é anónimo.

Numa escala de 1 a 5, coloque a cruz no número que considera ser a sua opinião.

1- Insuficiente

2- Satisfaz

3- Bom

4- Muito bom

5- Excelente

Como classifica a sessão de formação:

Quanto ao **interesse?**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Quanto ao **conteúdo?**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Quanto à **organização?**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Quanto à **utilidade?**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Sugestões

APÊNDICE X
Reflexão escrita sobre o estágio
no Serviço de Ortopedia



**3º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

REFLEXÃO ESCRITA DO ESTÁGIO

Serviço de Ortopedia 5 do Hospital Dona Estefânia

Professora Orientadora: Manuela Soveral

Enfermeira Orientadora: Anabela Namora

Aluna:

Graciete Fernandes

Lisboa, Novembro de 2012

ÍNDICE

1 – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ORTOPEDIA 5

2 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO PERCURSO DESENVOLVIDO

3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ORTOPEDIA 5

O serviço de ortopedia situa-se no 2º piso do Hospital Dona Estefânia e acolhe crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos e 364 dias. Do século XIX, o centenário Hospital de Dona Estefânia (HDE) foi inaugurado a 17 de Julho de 1877, já depois da morte da Rainha Dona Estefânia, cujo desejo era mandar construir um hospital pediátrico para albergar as crianças pobres, órfãs e carenciadas que se encontrassem doentes.

O HDE é um hospital central, especializado no atendimento materno-infantil, integrado desde Março de 2007 no Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE, sendo a unidade de saúde de referência em pediatria, para a zona sul do país e ilhas. Recebe também crianças dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, ao abrigo de um protocolo entre o Estado português e estes países. A sua Missão consiste em prestar cuidados de saúde hospitalares pediátricos, médicos e cirúrgicos (à criança e ao jovem e sua família), no respeito pela dignidade da criança doente, utilizar de forma eficiente os recursos disponíveis, formar profissionais de elevada qualidade e desenvolver investigação em saúde.

O Serviço de Ortopedia é constituído pelo Serviço de Ortopedia e pelo Serviço de Neurocirurgia. As patologias mais frequentes são: fratura, luxação congénita da anca, osteomielite, escoliose, artrite séptica (colocação de fixadores), pé bato, hidrocefalia, tumor cerebral e mielomeningocelo.

Dispõe de 7 quartos, por onde se distribuem 4 berços e 11camas, podendo em casos excepcionais ir até às 19 vagas.

A equipa de profissionais do Serviço de Ortopedia 5 é uma equipa multidisciplinar, composta por:

5 Ortopedistas

2 Neurocirurgiões

20 Enfermeiros (1 Enfº.Esp. em Reabilitação e 3 em SIP)

7 Assistentes operacionais

1 Secretaria de unidade

1 Educadora de Infância (nos dias uteis das 9-16h)

1 Assistente Social

1 Dietista

1 Psicóloga

1 Voluntária (todos os dias uteis no turno da manhã)

A prestação de cuidados de Enfermagem é assegurada nas 24 horas. No turno da manhã estão na prestação de cuidados 4 Enfermeiros, nos turnos da tarde 2 ou 3 consoante a lotação do serviço e a estabilidade das crianças e, no turno da noite, 2. Em relação às assistentes operacionais são 2 no turno da manhã e 1 nos turnos da tarde e noite.

Este serviço conta ainda com o apoio de outros serviços complementares tais como: Meios auxiliares de diagnóstico (Imagiologia, Radiologia, Eletrocardiografia, eletroencefalografia e Laboratório); Reposição de Stock (Farmácia e Aprovisionamento); Serviço de Sangue; Serviço de Alimentação e Dietética; Copa de leites; Cozinha Geral; Gabinete do utente; Liga dos amigos do Hospital; Serviços de ambulatório; Serviços de Informática; Serviço de Imunohemoterapia; Serviço de Medicina Física e Reabilitação; Serviço de Psicologia; Serviço Social; Serviços Religiosos; Serviço de Instalações e Equipamentos.

A organização do trabalho da equipa de enfermagem é estabelecida pela enfermeira chefe. Os cuidados são prestados de acordo com o método individual e têm como orientação conceptual o modelo de vida de Nancy Roper. Recebe utentes provenientes das diversas Consultas, do Bloco Operatório, do Serviço de Urgência, do Serviço de Observação, da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, de outros Hospitais do país, das Regiões Autónomas e, como já referido, recebe também utentes provenientes dos PALOP.

O serviço apresenta uma estrutura espaçosa com um corredor central, 7 enfermarias com janelas grandes para o exterior, o que permite bastante luminosidade e favorece um ambiente acolhedor, uma sala de reuniões, um gabinete médico, um gabinete da Enf^a chefe, uma sala de tratamentos, uma sala de trabalho, duas casas de banho, uma zona de sujos, uma de despejos, um armazém, uma rouparia, uma copa e um refeitório que serve também como

sala de actividades para as crianças, vestiários, sala de espera para pais com cacifos e casa de banho para tomarem duche, se quiserem.

Todas as enfermarias estão equipadas com rampa de vácuo e de oxigénio, televisão e camas articuladas. O serviço dispõe ainda de bombas infusoras e cadeiras de rodas para dar resposta às necessidades. A sala de tratamento está equipada com todos os materiais necessários aos procedimentos de enfermagem. O material de consumo é repostado, no armazém, diariamente pelo Serviço de Aprovisionamento. As assistentes operacionais são responsáveis por repor o mesmo na sala de tratamentos e na sala de trabalho.

No turno da manhã, o segundo elemento da equipa verifica os *stocks* de terapêutica, alterações resultantes de prescrições médicas e envia os pedidos para a farmácia, que fará depois a reposição da terapêutica nos caros de unidose no turno da tarde.

É presença habitual no serviço uma Educadora no turno da manhã que, de acordo com as preferências das crianças e o seu estado de saúde, supervisiona e proporciona às crianças actividades variadas desde leitura de histórias, colagem, plasticina e trabalhos manuais. Esta sala funciona todos os dias e dispõe de livros, computadores com ligação à Internet, televisão e jogos.

No caso de internamentos mais prolongados, as crianças podem ir à escola entre as 14 e as 17h (até aos 9 anos de idade é numa sala no 2º piso, a partir dos 9 anos as actividades escolares são realizadas na sala de actividades com a presença de uma professora).

Os pais podem ficar as 24h junto do filho. O horário das visitas é das 14-16h, sendo permitidas duas visitas por criança.

2 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO PERCURSO DESENVOLVIDO

(Serviço de Internamento)

O ensino clínico em internamento decorreu no serviço de Ortopedia 5 do H.D.E. no período entre 29 Out - 23 de Nov. de 2012. A escolha deste local enquanto espaço de estágio deveu-se ao facto de ser um hospital centenário, de referência nacional a nível de pediatria e onde poderia encontrar subsídios para o meu desenvolvimento profissional. De fato, foi muito relevante, porque me permitiu contactar com diversas situações de maior complexidade que favoreceram a consolidação de conhecimentos, e levaram á consulta de bibliografia.

No contexto de aquisição e desenvolvimento de competências e aperfeiçoamento profissional, delineei objetivos no projeto de estágio que me propus atingir.

Objetivo geral:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/família em situações de especial complexidade e com elevado grau de qualidade nos diferentes contextos de estágio.
- Desenvolver um Programa de intervenção de Enfermagem na Prevenção de Acidentes na primeira infância.

Objetivos específicos:

- Compreender a dinâmica funcional dos diferentes serviços (campos de estágio);
- Prestar cuidados de enfermagem com supervisão do enfº especialista à criança/ família em situação de doença/cirurgia programada;
- Capacitar os pais e as crianças para a adopção de medidas corretas de segurança.
- Identificar necessidades de formação na equipa sobre prevenção de acidentes.

Para analisar as atividades desenvolvidas neste estágio baseei-me nos objetivos específicos que passo a citar:

Objetivo específico

Compreender a dinâmica funcional dos diferentes serviços (campos de estágio).

O acolhimento realizado pela Sr^a Enf^a chefe e a posterior orientação da Sr^a Enf^a Anabela permitiu-me conhecer a dinâmica do serviço, o circuito de internamento e a forma de articulação com outros serviços de apoio, nomeadamente os pedidos de farmácias e de alimentação, feitos através do sistema informático. De salientar que já elaborei no capítulo anterior a descrição do serviço quanto à estrutura e à organização e fiz também a descrição dos recursos existentes.

O acolhimento da criança aquando do internamento programado inicia-se com a Secretaria de Unidade, que realiza a parte logística do internamento, as Assistentes Operacionais preparam a Unidade e a Enfermeira responsável apresenta o Serviço e realiza uma entrevista, no sentido de colher dados para o preenchimento da Avaliação Inicial de Enfermagem no programa SAPE®. Quando a criança vem da Urgência Pediátrica ou da Unidade de Cuidados Intensivos o acolhimento é feito pelo Enfermeiro, que realiza uma entrevista se necessário, para complementar os cuidados iniciados.

A média do tempo de internamento da criança/ do jovem e sua família varia consoante a patologia.

Uma mais-valia retirada deste estágio foi a realização de registos de enfermagem utilizando a linguagem CIPE®, algo aqui como prática consolidada enquanto no meu local de trabalho começámos há 6 meses. A CIPE® fornece aos enfermeiros a documentação padronizada dos cuidados prestados aos doentes. Os dados e informação de Enfermagem resultantes podem ser utilizados para o planeamento e gestão dos cuidados de Enfermagem, previsões financeiras, análise dos resultados dos doentes e desenvolvimento de políticas (OE, 2009).

Em relação a projetos é notória a participação dos enfermeiros. Estão envolvidos em projetos transversais do Hospital, tais como: Padrões de qualidade; Dor; Quedas; Ulceras de pressão; Cipe; Comissão de controlo de infeção hospitalar. Os Projetos desenvolvidos no serviço de Ortopedia são: “A criança com Osteogénese Imperfeita, crescer com solidez... passo a passo”,

Visitas Domiciliárias a crianças com diagnóstico de Doença de Perthes”
“Articulação de cuidados à criança/família com fixador externo”,
“Encaminhamento pós-alta de crianças dos PALOP”, “ Articulação entre a unidade de Ortopedia 5 do H.D.E. e o centro de reabilitação de paralisia cerebral Calouste Gulbenkian.

Objetivo específico

Prestar cuidados de enfermagem com supervisão do enfº especialista à criança/ família em situação de doença/cirurgia programada

Ao longo do estágio colaborei na prestação de cuidados a algumas crianças com patologias diversas tais como: Osteomielites, luxação congénita da anca, osteogénese imperfeita e tumores, o que me permitiu contactar com situações que me favoreceram a consolidação de conhecimentos, tendo sido necessário consultar bibliografia de forma a ir ao encontro de uma das competências a desenvolver, “ baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (OE, 2009, p.14).

Sendo um serviço com a componente de ortopedia e neurocirurgia, comum a quase todas as crianças era o processo de cirurgia. A maioria ia para o Bloco Operatório após internamento prévio no serviço e nesse caso foi-me possível prestar cuidados pré e pós-operatórios. Os cuidados pré-operatórios básicos são comuns a todas as crianças pelo que explicarei apenas o percurso da criança que acompanhei desde a admissão ao Bloco, podendo-se, assim, fazer uma analogia entre os cuidados pré-operatórios desta e de outras crianças às quais prestei cuidados.

Acompanhei uma criança de 12 anos com tumor cerebral. A sua admissão ao serviço foi realizada no dia da cirurgia, pela manhã. Com a enfº orientadora fui receber a criança e os seus pais na sala de espera. Certifiquei-me de que estava em jejum e integrei-os na unidade, mostrando-lhes o serviço. Após um período de adaptação da criança e dos pais ao serviço, convidei os pais a vestirem um pijama à criança e certifiquei-me se esta tinha conhecimento e estava esclarecida sobre o que iria acontecer. Era uma criança já seguida em oncologia. Tinha feito a consulta de anestesia e já havia manipulado alguns instrumentos que iria encontrar no Bloco. No braço esquerdo foi colocado uma

pulseira de identificação, a seu pedido a criança colocou um gorro seu na cabeça (estava sem cabelo devido à quimioterapia), avaliados sinais vitais e administrado a medicação pré-operatória. A presença da criança no Bloco foi solicitada 30 minutos depois. Enquanto a criança estava a ser operada e os pais aguardavam na sala de espera reparei no seu ar angustiado, o que me parecia compreensível, mas quando me aproximei e antes que dissesse algo, o pai antecipou-se e referiu a preocupação da sua filha em regressar para a enfermaria onde estavam outras crianças e que após a cirurgia não poderia usar a sua peruca, uma vez que já lhe havia caído o cabelo há algum tempo; o fato é que ela não estava a reagir bem face à sua auto - imagem. As alternativas não eram fáceis, pois o serviço estava lotado. Expus a situação à Enfa chefe que foi sensível à situação. Havia uma criança num quarto sozinha que teria alta no fim da semana, falou-se com os pais dessa criança, que se mostraram bastante compreensíveis e procedeu-se à troca de camas. Os pais da criança que estava ainda no bloco agradeceram imenso. O telefone tocou e estava na hora de ir buscar a criança ao recobro onde já estavam os pais à porta. Regressámos à enfermaria onde foi proporcionado um ambiente suave e acolhedor, baixou-se as persianas, ficando a meia-luz; havia, também, um cadeirão para os pais.

Esta experiência foi positiva pois permitiu-me perceber o percurso de uma criança desde a admissão à alta, passando pelo BO e recobro, distinguindo os cuidados pré, pós-operatórios e participando neles.

Tive também oportunidade de colaborar nos cuidados a uma criança de 8 anos com osteogénese imperfeita, que se desloca com alguma regularidade a este serviço para administração endovenosa de “pamidronato” (segundo protocolo existente no serviço). Assim desenvolvi uma das competências que achava mais difícil que foi “Responde às doenças raras com cuidados de Enfermagem apropriados”.

Outra situação bastante pertinente para o meu projeto foi o internamento de uma criança de 10 anos, com o diagnóstico de fratura do rádio resultante de uma queda de patins. Esta criança era oriunda de Cabo Verde, onde tinha sido operada há dois meses. Agora vinha para fazer correção, uma vez que não tinha havido boa consolidação. Esta foi uma oportunidade excelente para operacionalizar o Modelo de Promoção de saúde de Nola Pender. Só para

relembrar, este modelo surge como uma proposta para integrar a enfermagem na ciência do comportamento, identificando os factores que influenciam comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva indivíduos para se ajustarem a comportamentos produtores de saúde (Pender, 2002). Sendo um modelo de enfermagem, podendo ser usado para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permite avaliar o comportamento que leva à promoção da saúde, pelo estudo da inter-relação de três pontos principais: **1.** as características e experiências individuais, **2.** os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e **3.** o comportamento de promoção da saúde desejável.

O Ricardo (nome fictício) nasceu em Cabo Verde, na ilha do Sal, no seio de uma família nuclear e tem apenas um irmão mais velho de 17 anos. Frequenta o 5º ano de escolaridade e nos tempos livres gosta de brincar com os amigos na rua. Está em Portugal só com o pai, presença constante ao longo do internamento.

A hospitalização e a cirurgia geram uma realidade onde diversos tipos de dor são sentidos e vividos, quer pela criança, quer pela sua família, que presencia o seu sofrimento devido à doença, ao tratamento e a todos os procedimentos técnicos a que é submetida. Segundo Jorge (2004), Para os pais a hospitalização significa para os pais separação da criança e das suas rotinas e é acompanhada de sentimentos, como o medo, a impotência e a culpa.

Neste serviço o método individual é o adotado pela equipa de enfermagem enquanto metodologia de trabalho. De acordo com Casey (1993) para a instituição de um modelo de parceria que promova o envolvimento dos pais no cuidar da criança hospitalizada é necessário que a equipa negocie os cuidados. Neste sentido, o papel do enfermeiro é fundamental enquanto membro que, para além da prestação de cuidados, funciona como elemento de ligação entre a criança, os pais e outros profissionais da equipa assistencial (Jorge, 2004).

Foi bom verificar que os enfermeiros da equipa do Serviço de Ortopedia têm consciência das situações de stresse que podem provocar, quando cuidam de crianças e das suas famílias. Toda a equipa tem, na sua prática diária, a preocupação de providenciar intervenções de enfermagem de forma a proporcionar cuidados não-traumáticos. Estes cuidados têm como objetivo eliminar ou minimizar o stresse físico e psicológico da criança e sua família. A equipa de enfermagem utiliza, por exemplo, os cuidados não-traumáticos na preparação de crianças e sua família para a realização de procedimentos dolorosos e na preparação para a cirurgia, controlando a sua dor (utilizando EMLA®, Sacarose e estratégias não farmacológicas no alívio da dor) e providenciando brincadeiras com o objetivo de diminuir a sua ansiedade, promovendo a expressão de medos e sentimentos através de técnicas de distração. A Ordem dos Enfermeiros, no seu guia de orientador de boas práticas, defende que o controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde.

De salientar que no serviço existe um projeto sobre prevenção de quedas em meio hospitalar, e de fato é visível a preocupação dos elementos da equipa nesta temática aquando da deslocação das crianças às casas de banho, o cuidado com as grades das camas, e não andarem em deslocações quando o piso está molhado.

Objetivo específico

Capacitar os pais e as crianças para a adopção de medidas corretas de segurança.

De acordo com Maluf (2008), está comprovado que as atividades lúdicas são importantes para o desenvolvimento das potencialidades humanas das crianças, proporcionando-lhes condições adequadas ao desenvolvimento físico, motor, emocional, cognitivo e social. Logo, as atividades lúdicas e o jogo estão intimamente ligados com aprendizagem.

Segundo Hockenberry (2011), através do brincar a criança aprende o que mais ninguém lhe pode ensinar. Aprende sobre si própria o que pode fazer, como relacionar-se com as coisas e como se adaptar às regras impostas pela

sociedade. Toma conhecimento do seu mundo e de como lidar com esse ambiente de objetos, tempo, espaço, estrutura e pessoas. Nas brincadeiras, a criança pratica continuamente o complicado e stressante processo de viver, de comunicar e de se relacionar com outras pessoas.

São vários os benefícios das atividades lúdicas (Mulaf, 2008): assimilação de valores; aquisição de comportamentos; desenvolvimento de diferentes áreas do conhecimento; aprimoramento de habilidades e socialização. Por outro lado, estão incluídas neste processo várias atividades, como por exemplo: desenhar, brincar, jogar, e ler.

Durante o tempo em que decorreu o estágio estiveram internadas no serviço duas crianças vítimas de acidente; uma, de 18 meses, caiu em casa. Tive oportunidade de verificar tratar-se de uma mãe cuidadosa e desperta para situações de risco, a criança ao cair não bateu em nada mas deixou de andar, veio-se a confirmar mais tarde que a queda foi devida a sangramento de um cavernoma. A outra criança de 10 anos ficou internada por fratura do radio devido a uma queda de patins (não usava qualquer tipo de proteção).

Neste sentido implementei algumas atividades e procurei situações de aprendizagem, sobretudo no que diz respeito à importância da promoção da prevenção de acidentes. Elaborei uma ficha de trabalho sobre “Prevenção Rodoviária” em que era pedido para completar as frases com as palavras corretas e um jogo “Viver em segurança” que tinha como finalidade fazer o relacionamento entre comportamentos de risco e comportamentos seguros. Estas atividades foram implementadas de início a título individual no quarto de cada criança e outras vezes em grupo, na sala de actividades e em colaboração com a educadora, o que teve boa aceitação por parte de todos os intervenientes . Para a elaboração e aplicação destas atividades foi tido em conta a etapa do desenvolvimento em que se encontravam. A média de idades das crianças internadas era 10anos. Não preparei actividades para o grupo etário referente ao meu projeto, porque não havia crianças internadas.

Como resultados obtidos é de salientar que as crianças que responderam tinham entre 8-12 anos. Têm noção das medidas de proteção mas a maioria não as pratica, uns porque não as têm, outros por vergonha dos amigos.

Tal como refere Pender (2002), as pessoas que experimentam uma situação de doença, no pressuposto de que a motivação é fator determinante da aprendizagem, poderão ter grande facilidade para aprender, tornando este contexto ideal para adotar estilos de vida promotores de saúde. Neste sentido, torna-se importante estimular e ensinar as crianças a adotar comportamentos seguros. (Pender,2002)

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 às afetivas e educativas.

Ao refletir e analisar à luz dos pressupostos teóricos do modelo de Nola Pender (2002), os enfermeiros devem exercer influências interpessoais favoráveis à promoção do desenvolvimento infantil, estabelecendo uma relação terapêutica intencional e orientada, atendendo a algumas facetas descritas, como sejam, o facto de cada pessoa trazer consigo, para as situações de aprendizagem, aspetos da sua personalidade, da sua forma de interagir, os seus valores, as suas crenças e as influências ambientais.

Foi assim possível desenvolver as competências preconizadas nas alíneas E1.1.2., E1.1.3., E1.1.4. e E1.1.5 do Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro 2011 (“comunica com a criança e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis”, “Utiliza estratégias motivadoras da criança e família para a assunção dos seus papéis em saúde”, “Desenvolve ensino, instrução e treino especializado e individual às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde”, “Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde”

Objetivo específico

Identificar necessidades de formação na equipa de Enfermagem sobre prevenção de acidentes.

Este objetivo foi delineado ao longo do estágio, não estava previsto no meu projeto. Mas sendo a problemática dos acidentes vasta e face ao período de

tempo existente para abordar a temática, senti necessidade de fazer um diagnóstico de situação dentro do serviço de Ortopedia 5 do HDE. Neste sentido, foi pedida a colaboração dos elementos da equipa de enfermagem, para preencherem um questionário ,o qual foi realizado no período de 5 – 11 de Novembro de 2012. Após recolha dos questionários procedeu-se à análise dos dados. Do total de 20 enfermeiros da equipa de enfermagem, responderam ao questionário 75% (15) dos enfermeiros. Em relação à questão “Gostaria que se debatesse o tema no Serviço?” 95% respondeu que sim. Em relação a entrega de suporte informacional apenas 20% o faz. Relativamente à questão “qual dos acidentes gostaria de ver trabalhados? visualizando a amostra no total, rapidamente se reconhece que os acidentes a serem trabalhados são os relacionados com o transporte.

Quadro nº 1- Resposta à pergunta nº 5

Relacionados com o transporte	Relacionados com o dormir	Relacionados com as quedas	Relacionados com os brinquedos	Relacionados com as queimaduras	Relacionados com o banho	Relacionados com as intoxicações	Relacionados com a casa
60%	6,6%	0%	6,6%	13.3%	6,6%	6,6%	0%

Neste sentido elaborei o planeamento de uma sessão de formação em serviço, uma vez que este processo me permitiu escolher as alternativas mais adequadas com vista a atingir determinados resultados, rentabilizar o tempo e os recursos.

A ação de formação foi pensada com o objetivo de ser um momento, de reflexão e esclarecimento de dúvidas.

Esta formação teve como objetivos:

Gerais:

Promover uma cultura de Segurança.

Específicos:

Contextualizar os acidentes a nível nacional;

Refletir sobre a intervenção do enfermeiro na Prevenção dos acidentes.

A Sessão de Formação em serviço intitulada “**Intervenção do Enfermeiro na Prevenção de Acidentes**” foi apresentada aos enfermeiros do Serviço de Ortopedia 5, no dia 19 de Novembro, na sala de reuniões do Serviço de Ortopedia 5.

A formação em serviço constitui um dever dos enfermeiros, conforme descrito na alínea l) do n.º 1 do Artigo 7º do Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, permitindo também a partilha de conhecimentos em prol da melhoria da qualidade dos cuidados contribuindo assim para a dignificação da profissão, segundo a alínea f) do n.º1 do Artigo 76.º do Decreto-Lei n.º 104/98). Para avaliação da sessão elaborei um questionário onde os participantes expressaram a sua opinião relativamente à forma como decorreu a sessão.

Com o diagnóstico das necessidades formativas estabelecido inicialmente, com a sessão de formação e respectiva avaliação, bem como o acompanhamento dos enfermeiros na prestação de cuidados, foi possível desenvolver as competências preconizadas nas alíneas D2.1.1., D2.1.2., D2.1.3., D2.1.4 e D2.1.5. do Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro 2011 (“atua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais”, “diagnostica necessidades formativas”, “concebe e gere programas e dispositivos formativos”, “favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros”, e “avalia o impacto da formação”).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APSI. (20 de Junho de 2003). Os acidentes no 1º ano de vida. Lisboa.

APSI. (12 de Junho de 2012). *Perfil de segurança do país*. Obtido em 20 de Junho de 2012, de www.apsi.pt

APSI. (12 de Junho de 2012). *Relatório de avaliação de segurança infantil*. Obtido em 20 de Junho de 2012, de www.apsi.pt

Brazelton, T. (2002). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Barcarena: Editorial Presença.

Casey, A. (1993) – *Advances in Child Health Nursing*. Oxford: Scutari Press,. ISBN 1-871364-91-4.

Conferência internacional sobre a promoção da saúde (1986) - *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Ottawa, Canadá, 17-21

Gomes Pedro, J. (2005) - *Para um sentido de coerência na criança*. Mem Martins: Publicações Europa – América, Lda, P.20

Harrison, T. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care . *Journal of Pediatric Nursing* vol 25, nº5 , 335-343.

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª Edição ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Instituto de apoio à criança (2002) - *Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança – Legislação – Criança, Adolescente e Saúde*. 1.ª Ed. Lisboa: ISBN 972-8003188.

Jorge, A. (2004) – *Família e Hospitalização da Criança. (Re) Pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência, 192 p. ISBN 972-8383-79-7.

Maluf, A. C. (2008) – *Actividades Lúdicas para Educação Infantil. Conceitos, orientações e práticas*. Petrópolis: Editora Vozes.

Ordem dos enfermeiros (2010) – *Guia Orientador de Boa Prática: Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança*, vol. I. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (20 de Outubro de 2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem*. Obtido em 4 de Março de 2012, de Ordem dos Enfermeiros:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriançaJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Papalia, D. (2001) – *O mundo da Criança*. 8ª Edição. Amadora: Editora McGraw-Hill.

Pender, Nola [et al.] (2002) – *Health Promotion in Nursing Practice*. 4ªEd. New Jersey: Prentice Hall, 340 p. ISBN 0-13-031950-3.

Sakraida, T. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusociência.

Sheridan, M. (1999), *Desde el nacimiento hasta los 5 años – proceso evolutivo, desarrollo y progresos infantiles*, Madrid, Narcea, S. A. De Ediciones.

APÊNDICE XI
Objetivos para o Serviço de Urgência

1ºObjetivo geral- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em Saúde Infantil e pediatria com vista à prestação de cuidados á criança/família nos distintos contextos de intervenção.

Objetivos específicos	Atividades	Recursos	Local	Crítérios de avaliação
1. Compreender a dinâmica funcional dos diferentes serviços (campos de estágio), bem como a prática da prestação de cuidados de enfermagem.	-Integração na equipa de enfermagem. -Identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem. -Consulta de documentos, observação, conversa, entrevista para conhecer a área de abrangência, as características da população, os projetos desenvolvidas na área da saúde infantil e pediatria. - Compreensão da articulação existente entre os serviços e outros serviços de apoio à criança/família.	Humanos - Enfermeira Chefe; - Enfermeira Especialista SIP; Materiais - Normas e protocolos dos Serviços.	UCERN HBA Urgência de Pediatria HFF Serviço de Ortopedia HDE Jardim Infantil	-Reflexão escrita sobre as experiências vivenciadas
2. Prestar cuidados de enfermagem com supervisão do Enfº Especialista à criança, jovem e sua família vítima de acidente.	- Pesquisa bibliográfica. - Consulta de normas e protocolos de atuação. - Leitura do processo da criança. - Colheita de dados através das colegas. - Observação sobre o estado geral da criança e o estado emocional dos pais. -Interação com os pais para conhecer o que pensam e sentem face à situação do filho. - Validação de conhecimentos dos pais sobre prevenção de acidentes, e se necessário, informá-los sobre o desenvolvimento do filho e os acidentes mais frequentes nesse período, com vista à sua prevenção.	Humanos - Enfermeira Chefe; - Enfermeira Especialista SIP; Materiais - Normas e protocolos do Serviço.	Serviço Urgência do H.F.F.	-Reflexão escrita sobre as experiências vivenciadas
3. Identificar os acidentes mais frequentes nas crianças que recorrem à urgência.	- Pesquisa bibliográfica. -Identificação das condições em que o acidente ocorreu. -Interação com os pais sobre o que pensam sobre este acontecimento. -Registo dos dados obtidos.	Humanos - Enfermeira Chefe; - Enfermeira Especialista SIP;	Serviço Urgência do H.F.F.	-Reflexão escrita sobre as experiências vivenciadas

	-Consulta de normas e projetos do serviço. -Realização de relatório de aprendizagens.	Materiais - Normas e protocolos dos Serviços.		
--	---	--	--	--

APÊNDICE XII

Reflexão escrita sobre o estágio no Serviço de Urgência



**3º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

REFLEXÃO ESCRITA DO ESTÁGIO

Serviço de Urgência do Hospital Doutor Fernando Fonseca

Professora Orientadora: Manuela Soveral

Enfermeira Orientadora: Vera Ramos

Aluna:

Graciete Fernandes

Lisboa, Dezembro de 2012

ÍNDICE

1 – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

2 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO PERCURSO DESENVOLVIDO

3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca situa-se no 1º piso junto à Urgência Geral, com acesso térreo, uma vez que o hospital se encontra implantado numa colina. Aberto 24 horas, recebe crianças desde o nascimento até aos 18 anos de idade menos um dia.

A admissão da criança pode ser feita pelos pais / família, por referência da Saúde 24, por referência de Centros de Saúde da área abrangente, pelos bombeiros ou pelo Instituto Nacional de Emergência Médica.

O Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF), EPE, foi criado por Decreto-Lei em Outubro de 2008 que definiu o seu novo estatuto jurídico, de entidade público empresarial, depois de uma experiência de 13 anos sob gestão privada. É um hospital integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde e tem a sua área de influência nos concelhos de Amadora e Sintra, servindo uma população que ronda os 600 mil habitantes.

A atribuição do nome Fernando Fonseca a este Hospital é uma homenagem ao Professor Doutor Fernando Fonseca, um dos mais notáveis médicos da sua geração.

Pioneiro em Portugal na Acreditação, Acreditação e Certificação Healthcare Accreditation and Quality Unit (HAQU), o Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, obteve, em Junho de 2009, a 2ª(re)acreditação conferida pelo programa de Acreditação Internacional para Hospitais da Healthcare Accreditation and Quality Unit.

A filosofia dos cuidados de saúde é centrada no ser humano, considerando a sua totalidade biológica, psicológica, cultural e espiritual. Com a finalidade dos cuidados de Enfermagem estarem embuidos desta filosofia, a direção de Enfermagem elaborou um Quadro de Referência, que pretende transmitir esta forma de pensar, de ajudar os enfermeiros a organizar as suas reflexões e apresentar a sua prática de maneira lógica e ordenada.

No seguimento da mesma filosofia, enquadra-se a **missão do serviço de Urgência Pediátrica**: “Prestar cuidados de saúde hospitalares de pediatria, no respeito pela dignidade do utente pediátrico (criança/pais) e utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis, formar profissionais de elevada qualidade e desenvolver a investigação em saúde”.

Trata-se de um serviço acolhedor, com paredes pintadas de desenhos infantis, boa luminosidade mas, a nível de instalações físicas, é manifestamente insuficiente para a população que a ele recorre. Segundo informação da Sr^a Enf^a chefe Rita Carneiro as instalações foram concebidas para receber cerca de 80 crianças por dia e, neste momento, atendem entre 200-300 diariamente.

O serviço está organizado por várias áreas: zona de triagem, atendimento médico, sala de tratamentos, sala para realização de oxigenoterapia e inalatórios e uma unidade de internamento de curta duração (UICD).

As instalações físicas são compostas por: dois gabinetes de triagem, quatro gabinetes médicos, uma sala de tratamentos, uma sala de aerossóis, o gabinete da Enf^a chefe, duas pequenas arrecadações, uma sala de sujos, uma sala de reanimação, uma pequena copa e uma Unidade de internamento de curta duração com duas salas, com três camas cada. Importa referir que todos os gabinetes são de dimensões reduzidas

Por norma, apenas um gabinete de triagem se encontra em funcionamento; o outro gabinete só é aberto quando existe 10 crianças em espera, e neste caso é o enfermeiro que tiver mais disponibilidade que o abre. Em relação aos gabinetes médicos estão os quatro em funcionamento sendo dois deles partilhados por dois médicos que observam crianças ao mesmo tempo, não havendo aqui qualquer privacidade.

A nível de recursos humanos, conta com: uma equipa de 20 enfermeiros, (apenas 3 especialistas em SIP), 18 auxiliares, uma secretária de unidade e não tem um corpo fixo de médicos; apenas dois pediatras são residentes os outros são tarefeiros. Por cada turno dispõe de 5 enfermeiros, 6 médicos e 3 auxiliares, sendo o turno da tarde reforçado com mais um enfermeiro, devido à afluência ser maior. Esta equipa é complementada por outros profissionais do HFF que, embora não estando no SUP, dão apoio sempre que necessário. São eles: Otorrino, ortopedista, radiologista, psicólogo e assistente social

O acesso ao serviço de Urgência pediátrica no HFF faz-se por meio do sistema de triagem de Manchester, que está acreditado pelo Ministério da Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros.

Após efectuar a sua inscrição na Admissão de Doentes a criança é encaminhada para o gabinete de triagem, que é feita pelos enfermeiros, onde

será submetida a uma observação prévia, com identificação de um conjunto de sintomas ou de sinais que permitem atribuir uma cor que corresponde a um grau de prioridade clínica no atendimento.

Existem 4 cores, vermelho, laranja, amarelo e verde, cada uma representando um grau de gravidade e um tempo de espera recomendado para a criança ser submetido a observação médica.

Após observação médica a criança pode sair com alta, ficar em maca para observação ou permanecer, entre 24 a 48 horas, na UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração.

2 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO PERCURSO DESENVOLVIDO

(Serviço de Urgência)

O ensino clínico em Urgência decorreu no serviço de Urgência do H.F.F. no período entre 26 Nov - 19 de Dez. de 2012. A escolha deste local enquanto espaço de estágio deveu-se ao facto de ser um hospital acreditado, próximo da minha área de residência e dos poucos com triagem de Manchester em pediatria e onde poderia encontrar com toda a certeza subsídios para o meu desenvolvimento profissional. De fato, o estágio aqui realizado foi bastante enriquecedor pela diversidade de situações vivenciadas. Pela sua especificidade permitiu-me desenvolver várias competências através da mobilização de recursos em situações de particular exigência recorrendo a um largo espectro de abordagens à criança/ jovem e família.

No contexto de aquisição e desenvolvimento de competências e aperfeiçoamento profissional, delineei objetivos no projeto de estágio que me propus atingir.

Objetivos gerais:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/família em situações de especial complexidade e com elevado grau de qualidade nos diferentes contextos de estágio.
- Desenvolver um Programa de intervenção de Enfermagem na Prevenção de Acidentes na primeira infância.

Objetivos específicos:

- Compreender a dinâmica funcional dos diferentes serviços (campos de estágio);
- Prestar cuidados de enfermagem com supervisão do Enfº especialista à criança e ao jovem e sua família;
- Identificar os acidentes mais frequentes nas crianças que recorrem à urgência.

Para analisar as atividades desenvolvidas neste estágio baseei-me nos objetivos específicos que passo a citar:

Objetivo específico

- **Compreender a dinâmica funcional dos diferentes serviços (campos de estágio).**

O acolhimento realizado pela Sr^a Enf^a Chefe Rita Carneiro, e a posterior orientação da Sr^a Enf^a Vera Ramos, permitiu-me conhecer a dinâmica do serviço, o circuito de atendimento, a forma de articulação com outros serviços, nomeadamente os cuidados intensivos e o serviço de radiologia (através dos pedidos de RX feitos pelo Enf^o no momento da triagem).

Após efectuar a sua inscrição na Admissão de Doentes a criança é encaminhada para o gabinete de triagem. Como referido atrás, o serviço está organizado por várias áreas: zona de triagem, atendimento médico, sala de tratamentos, sala para realização de oxigenoterapia e inalatórios e uma unidade de internamento de curta duração (UICD).

Triagem

Aqui deparamo-nos com a triagem de Manchester feita pelos enfermeiros, através de um programa informático que contém o fluxograma de decisão e que o enfermeiro preenche de uma forma objectiva e sistematizada. A criança é submetida a uma observação prévia, com identificação de um conjunto de sintomas ou de sinais que permitem atribuir uma cor que corresponde a um grau de prioridade clínica no atendimento e a um tempo de espera recomendado, até à primeira observação médica. Começa-se por observar o estado geral, sinais de dificuldade respiratória, febre, náuseas e vómitos e somos e assim encontramos o fluxograma.

Este sistema de prioridades foi uma novidade para mim, já conhecia o termo mas não sabia exactamente em que consistia, e o facto de ter de triar as crianças por este sistema despertou uma necessidade de saber mais. A Triagem de Manchester definida por Silva (2009) é um sistema que *“permite a identificação da prioridade clínica e definição do tempo alvo recomendado até a observação médica caso a caso, quer em situações de funcionamento normal do Serviço de Urgência, quer em situações de catástrofe”* permitindo assim que os critérios de prioridade sejam uniformes ao longo do tempo, independentemente de quem o aplica.

É colocado no braço da criança a pulseira correspondente à cor atribuída pelo sistema.

Vermelho caracteriza uma situação *Emergente*: todo o atendimento cuja espera poderia custar a vida da criança ou colocar em risco a sua integridade física / mental. Não tem por isso tempo de espera; Laranja caracteriza uma situação *Muito Urgente*: todo o atendimento cuja espera superior a 10 minutos poderia custar a vida da criança ou colocar em risco a sua integridade física / mental. Tempo máximo de espera de 10 minutos; Amarelo caracteriza uma situação *Urgente*: todo o atendimento cuja espera está entre 10 e 60 minutos, não causando risco de vida ou à integridade física para a criança; Verde caracteriza uma situação *Não Urgente*: todo o atendimento cuja espera de 60 até 120 minutos não causam risco de vida ou à integridade física para a criança.

Sala de tratamentos

Após observação médica, se for necessário fazer algum procedimento, é nesta sala que é efectuado. Após o procedimento, a criança é reavaliada pelo médico.

Unidade de internamento de curta duração (UICD)

A criança é aqui internada sempre que se preveja resolver/estabilizar a situação clínica num período até 48 horas. Após este período, ou tem alta, ou é transferida para outro serviço. Durante este período, a criança /jovem pode permanecer sempre acompanhada por um dos pais ou pessoa significativa.

As situações mais frequentes na UICD são: dificuldade respiratória moderada / grave, desequilíbrio hidro-electrolítico, vigilância de parâmetros vitais ou estado neurológico, entre outras. As duas enfermarias estão equipadas com rampa de vácuo e de oxigénio, televisão e camas articuladas.

A organização do trabalho da equipa de Enfermagem é estabelecida pela Enf^a chefe. Os cuidados são prestados de acordo com o método individual de trabalho em que o enfermeiro presta os cuidados necessários aos doentes que lhe são atribuídos e têm como orientação conceptual o modelo de vida de Nancy Roper. Existe em todos os turnos um chefe de equipa que orienta e coordena a equipa de enfermagem na prestação de cuidados, assim como

também orienta e coordena e supervisiona as actividades das assistentes operacionais ao longo do turno, e ainda resolve situações pontuais que surjam durante o seu horário.

Nesta instituição o programa informático utilizado para os registos de Enfermagem é o **Sorian**. São registadas todas as intervenções e evolução da situação clínica da criança/ do jovem enquanto esta/e permanece na Unidade. Através dos registos, os enfermeiros assumem, a responsabilização profissional no desempenho das suas funções. Segundo Nancy Roper, é difícil justificar a existência da profissão de enfermagem se os benefícios não forem medidos. Os registos de enfermagem fazem parte da ferramenta de trabalho dos enfermeiros e constituem elemento indispensável e de extrema importância, porque, por um lado, são o único suporte legal em sua defesa e, por outro lado, asseguram a continuidade de cuidados, aumentam a eficácia dos cuidados, permitem a quantificação da informação em termos estatísticos e permitem avaliar a qualidade dos cuidados.

Em relação a projetos é notória a participação dos enfermeiros. Os Projetos desenvolvidos no serviço de Urgência são:

- Avaliação da dor na criança
- Admissão da criança vítima de intoxicação
- Admissão da criança vítima/suspeita de maus-tratos
- Triagem de Enfermagem
- Atuação na hipertermia
- Transferência emergente de crianças
- Alta clínica do serviço de Urgência
- Gestão do fluxo de utentes no serviço de urgência
- Hidratação oral
- Administração de sucrose oral

Objetivo específico

- **Prestar cuidados de enfermagem com supervisão do Enfº especialista à Criança e ao jovem e sua família;**

Ao longo do estágio prestei cuidados nas três áreas de intervenção de enfermagem: triagem, tratamentos e internamento de curta duração.

Através do diálogo com alguns elementos da equipa e por observação pude concluir que é característico do serviço de urgência a superlotação, o ritmo acelerado e a sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde. A Urgência Pediátrica é entendida como todo e qualquer acto assistencial não programado (BENITO, 1996).

Na Triagem

Como já referi depois da inscrição na Admissão de Doentes a criança é encaminhada para o gabinete de triagem. Aqui desenvolvi as seguintes actividades: acolhi a criança/família, questionei o motivo da vinda à urgência e a história recente, observei e registei sinais, sintomas e estado geral, questionei sobre antecedentes pessoais, questionei sobre alergias, pesei a criança, avaliei a temperatura, seleccionei o quadro adequado à situação, atribuí a prioridade de acordo com o “discriminador” seleccionado, informei a criança/família acerca da prioridade atribuída, Identifiquei a criança com a pulseira correspondente à cor da prioridade atribuída e vinheta de identificação e sempre que necessário, iniciei protocolo de antipirécia , hidratação oral e alívio da dor.

Os serviços de urgência estão pensados para proporcionar assistência médica descontínua e concreta, ficando a cargo dos Cuidados de Saúde Primários e do médico assistente o seguimento regular da criança saudável ou com doença crónica bem como resolver, encaminhar e orientar correctamente as situações não urgentes.

Wong(1999:592) refere que *uma das experiências hospitalares mais traumáticas para a criança e seus pais é uma admissão de emergência. O início repentino de uma doença ou a ocorrência de uma lesão deixa pouco tempo para preparação e explicações.* A criança é exposta a um ambiente estranho e ameaçador que lhe pode gerar um aumento de stresse.

Uma das minhas preocupações era não me centrar apenas em perceber o motivo da vinda à urgência; sempre que o serviço o permitia, aproveitava para fazer ensinamentos oportunos e clarificar dúvidas aos principais prestadores de

cuidados da criança, (nomeadamente sobre vacinação, dieta adequada em caso de distúrbios gastrointestinais, medidas adequadas em caso de febre, estratégias a implementar em casa visando a prevenção de acidentes) de modo a promover a segurança infantil e minimizar a causa patológica actual.

A minha prática foi direccionada tendo em conta sempre os comportamentos anteriores e factores pessoais preconizados por Nola Pender.

Na Urgência Pediátrica, as emoções dos pais são geralmente intensas e a sua capacidade de compreensão pode não estar no auge, devido ao stress que uma situação urgente acarreta. Como enfermeiros devemos estar atentos e dar resposta às necessidades da criança e dos pais (informação, protecção e respeito), tendo em conta o ambiente em que estão inseridos. Logo, uma avaliação inicial das capacidades da criança, da família e as respostas da comunidade em que se insere são importantes.

De acordo com cada criança/família as necessidades eram colmatadas, procurando atingir no fim mudanças comportamentais que trouxessem autonomia e segurança aos pais e satisfizessem os requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde que passo a exemplificar: na triagem é muito frequente encontrar vários familiares que não administravam medicação antipirética à criança, as quais chegavam à urgência com hipertermia correndo maior risco de convulsão. Procurei orientar como deviam proceder numa situação futura e que tipo e dose de medicação administrar, contribuindo assim para a mudança de comportamentos.

Durante a passagem pelo serviço de urgência, por exemplo, o comportamento da criança é influenciado pelas atitudes dos pais, sendo a confiança que os pais depositam nos profissionais um factor determinante no estabelecimento de um ambiente mais seguro (Wong, 2006).

Neste sector, foi necessário ter, como preconizado na alínea E1.2.1. do Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro 2011. Pelas suas especificidades e atendendo ao seu objectivo, ou seja o estabelecimento de prioridades tendo em conta a avaliação do tipo de cuidados necessários e a determinação da área de tratamento para onde encaminhar a criança/ jovem e família, o enfermeiro de Triagem tem de ter, para além de “conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas” a capacidade de tomar decisões rapidamente,

pautadas por uma conduta dinâmica e princípios de boa comunicação e empatia, fundamentais na relação com a criança/ jovem e família.

Tratamentos

Na sala de tratamentos realizei vários procedimentos tais como: colheita de sangue para hemocultura, cateterização de veia periférica, teste rápido de urina, colheita de urina por sonda vesical, administração de microlax. Os enfermeiros neste serviço têm os pais como parceiros nos cuidados à criança/jovem, promovendo e fomentando a parentalidade efectiva e responsável e a vinculação. Quer incentivando-os a permanecerem junto dos filhos durante todos os procedimentos e a participar nos cuidados, quer através de ensinamentos pontuais e educação para a saúde, o que permite capacitá-los de forma a serem responsáveis no processo saúde/doença dos seus filhos.

Durante este estágio tive a oportunidade de intervir em situações complexas. Para tal, registo a situação de uma criança que deu entrada por queimadura extensa a nível do tronco e face. No momento que se iniciava a prestação de cuidados entram os bombeiros com uma criança em convulsão o que a minha orientadora encaminha para a sala de reanimação. Olha para mim um pouco apreensiva pois na sala ao lado estavam dois enfermeiros a prestar cuidados a um bebé de 12 dias com suspeita de sepsis. Era o meu segundo dia de estágio, mas ao seu olhar respondi que não havia escolha ela ia prestar cuidados à criança que acabava de entrar e eu continuaria ali. Neste momento assumi como se fizesse parte da equipa. O Manuel (nome fictício) era uma criança de 9 anos que para tomar banho teve de aquecer uma panela de água, ao retirá-la do fogão derramou sobre si a água quente. Era a segunda vez que fazia tal procedimento (tinha o esquentador avariado). Estava acompanhado do pai que se sentia culpado pelo sucedido. Após a prestação de cuidados imediatos que consistiram em acalmar a criança, retirar as roupas, colocação de acesso venoso para administração de terapêutica, para alívio da dor e realização de respectivo tratamento à área atingida, tive oportunidade de estabelecer com a criança e pai uma relação empática. Conversamos sobre procedimentos menos arriscados que deveriam ser adotados no futuro. O Manuel concordou que seria o pai a transportar a panela e primeiro punham no aluidar água fria e só depois a quente, coisa que não fazia. Considero que foi

uma experiência enriquecedora e mais uma vez o modelo de promoção de saúde de Nola Pender foi nesta situação uma mais-valia. Conhecendo a sua forma de vida, os seus hábitos e rotinas foi possível encontrar alternativas e assumir o compromisso com a acção para mudar os comportamentos. Indo de encontro ao meu projecto tive assim a possibilidade de promover a prevenção de acidentes.

Foi enriquecedor desenvolver competências na optimização da saúde à criança/jovem e família através da prestação de cuidados em situação de urgência, dando resposta às necessidades do seu ciclo de vida e de desenvolvimento. O facto de poder acompanhar a criança/família durante todo o seu percurso na Urgência, utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento, foi de todo essencial e permitiu um desenvolvimento Pessoal /profissional que sentia como necessário nesta fase de formação e enquanto futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. Pude também negociar a participação da criança/família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.

Nunca me esquecendo do meu referencial teórico pude constatar que na sala de tratamentos coexistem outros componentes do Modelo de Nola Pender que podem ser postos em prática, como por exemplo o tópico *percebe benefícios para a acção e percebe barreiras para a acção*, a autora refere que a relação entre estes dois tópicos poderá influenciar na mudança de comportamento (Pender, 2002). Durante a prestação de cuidados tive sempre o cuidado de envolver os pais, referindo-lhes que a falta de informação, as várias crenças existentes (por exemplo, a sociedade acredita que as crianças se desenvolvem sozinhas, “em frente à televisão”), podiam-se tornar barreiras para a acção, e desta forma comprometer o desenvolvimento infantil. Assim, se estes perceberem a informação transmitida por parte dos profissionais, vamos atingir ganhos para a saúde, actuando na mudança de comportamentos de cada um de forma eficaz. Ainda no que respeita aos benefícios para a acção, o enfermeiro deve intervir no sentido de informar, esclarecer, aconselhar o quanto é importante a prevenção de acidentes para o desenvolvimento infantil e assim, os resultados positivos antecipados que decorrem de um comportamento de saúde ou as representações mentais positivas seriam

evidentes. Por outro lado se existirem bloqueios negativos antecipados, percepções erradas sobre um determinado comportamento, estes aspectos vão-se tornar barreiras para a acção.

Unidade de internamento de curta duração

Quando uma criança /jovem fica internado é realizado o acolhimento dando a conhecer as rotinas e regras de funcionamento da Unidade. O enfermeiro que presta cuidados deve: estabelecer uma relação de empatia, realizar uma colheita de dados iniciais (antecedentes pessoais, vigilância de saúde, hábitos de vida, etc), estabelecer um plano de cuidados de enfermagem, executa-lo e avalia-lo. Os registos de enfermagem são efectuados em sistema informático próprio. Desta forma, há uma melhor articulação entre todas as valências da área pediátrica promovendo-se assim a continuidade de cuidados. Existem ainda outros instrumentos de registo como a carta de transferência e a folha de articulação de cuidados de enfermagem quando é necessário proceder à articulação com outros hospitais e centros de saúde, respectivamente.

Num serviço de urgência, é focado constantemente o papel dos pais na parceria dos cuidados e a promoção das suas competências, isto é patente em todas as áreas mas principalmente no internamento onde as crianças permanecem mais tempo e a equipa multidisciplinar tem mais contacto com a criança/família. Desta forma e atendendo a tudo o que foi mencionado, 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 (indivíduo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui”.

Nesta Unidade tive oportunidade de prestar cuidados a uma criança de 18 meses que ficou ali internada por dificuldade respiratória que não cedeu aos aerossóis em sala de tratamentos. Sendo um compromisso da equipa de enfermagem investir no acolhimento dirigi-me à criança e apresentei-me; perguntei como gostava de ser tratada, informei sobre as rotinas da unidade, apresentei o espaço, entreguei o guia de acolhimento e num ambiente calmo

inicie o preenchimento das folhas de avaliação inicial, tendo sempre o cuidado de mostrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e manifestação de sentimentos, expectativas e receios. Sendo a situação da criança instável, tinha avaliação de sinais vitais de hora a hora, estava monitorizada, consciente, colaborante mas com aspecto muito cansado, era necessário uma vigilância apertada, por vezes as saturações desciam bastante e era necessário compensar com oxigénio. Julgo que através das actividades citadas tive oportunidade de desenvolver as competências (E2,E2.1,E2.1.1).

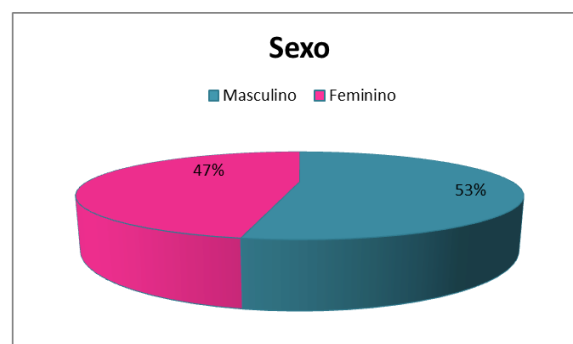
A criança no final do turno foi transferida para os cuidados intensivos, foi contactado o serviço, elaborou-se a carta de transferência e com a minha orientadora levei a criança para os cuidados intensivos onde nos aguardavam. Este foi mais um momento enriquecedor para perceber a articulação da continuidade dos cuidados.

Objetivo específico

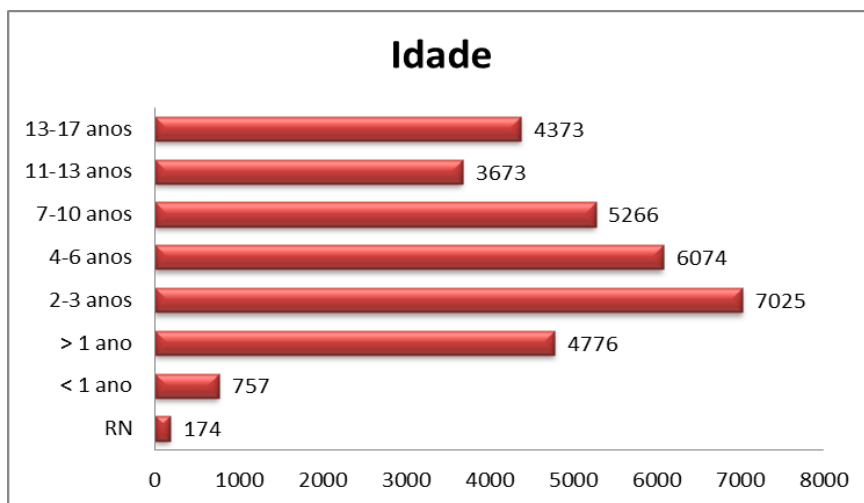
- **Identificar os acidentes mais frequentes nas crianças que recorrem à urgência.**

Ao fim do terceiro dia de estágio por observação verifiquei que era elevado o numero de crianças que recorria a este serviço por quedas e/ou traumatismos. Em conversa com a enf^a Vera tentei perceber se era costume ser sempre assim, ao que ela me disse que aquela afluência era normal. Perante tal observação pareceu-me pertinente fazer um diagnóstico de situação no SU do H.F.F, tendo em conta a distribuição de urgências segundo o sexo, a idade e a causa. A análise dos dados foi realizada na segunda semana de estágio.

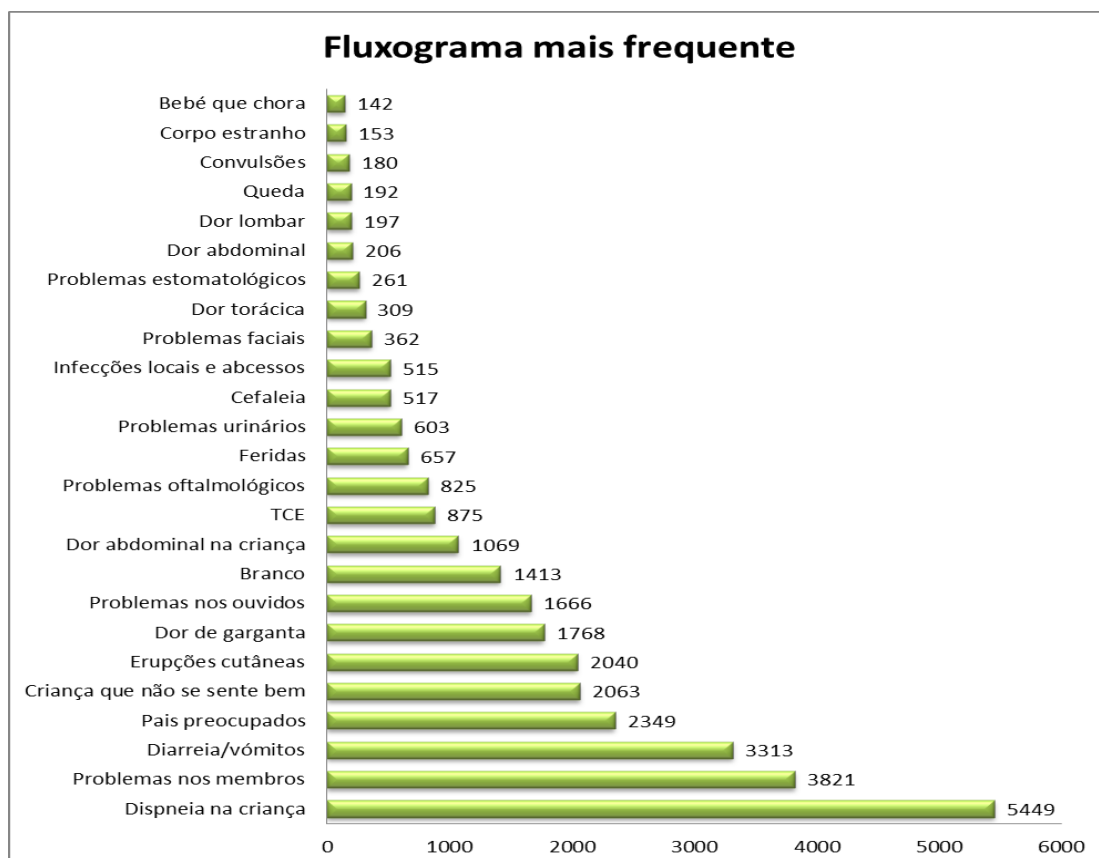
No período de 1-1-2012 a 30-06-2012 deu entrada no serviço de urgência pediátrica 32118 crianças, sendo 17022 do sexo feminino e 15096 do sexo masculino, como ilustra o gráfico.



E relação à idade, as crianças que mais recorreram à urgência situam-se na faixa etária dos 2-3 anos



Os motivos mais frequentes da ida às urgências são a dispneia logo seguido dos problemas nos membros onde se incluem os traumatismos e quedas na escola



Por outro lado, foi também explorado que projectos estavam a ser desenvolvidos na SUP sobre prevenção de acidentes. Percebi que esta também era uma preocupação da equipa e que tinham elaborado recentemente uns diapositivos para porem a passar na sala de espera (aguarda autorização do concelho de administração).

De fato as salas de espera são o espaço físico onde o utente pediátrico (criança/família) passa a maior parte do tempo quando recorrem ao SUP. Neste período, estes protagonistas estão maioritariamente centrados no seu problema de saúde e querem que este se resolva o mais rapidamente possível. Deste modo, todo o tipo de material colocado da sala de espera será uma mais-valia para que o tempo que parece sempre imenso passe mais rápido. Assim, de uma maneira útil e sensata é possível sensibilizar as pessoas para diferentes problemáticas de saúde, como por exemplo a prevenção de acidentes.

Parecendo ser do interesse de todos fez-se uma pequena reunião para apresentação dos dados e discussão, e toda a equipa incluindo a chefe ficaram admirados com o número elevado de crianças que dava entrada por traumatismos.

Desta forma, conseguiu-se sensibilizar para a importância de continuar a trabalhar este tema, demonstrando que existe ainda um grande caminho a percorrer sendo uma responsabilidade de todos os enfermeiros no geral, e dos EESIP em particular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APSI. (20 de Junho de 2003). Os acidentes no 1º ano de vida. Lisboa.

APSI. (12 de Junho de 2012). *Perfil de segurança do país*. Obtido em 20 de Junho de 2012, de www.apsi.pt

APSI. (12 de Junho de 2012). *Relatório de avaliação de segurança infantil*. Obtido em 20 de Junho de 2012, de www.apsi.pt

Brazelton, T. (2002). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Barcarena: Editorial Presença.

Brazelton, T. (2009). *O Grande Livro da Criança, o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. 11ª ed. Barcarena. Editorial Presença, 535 p.

Benito, F. (1996) - *Urgencias de Pediatría: buscando una atención más especializada*. *An Esp Pediatr* ; 44: 31 –36.

Casey, A. (1993) – *Advances in Child Health Nursing*. Oxford: Scutari Press,. ISBN 1-871364-91-4.

Conferência internacional sobre a promoção da saúde (1986) - *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Ottawa, Canadá, 17-21

DECRETO-LEI n.º 161/96 (Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem) de 4 de Setembro. Diário da República – I Série. N.º 205 (4-9-1996), p. 2959- 2962.

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

Gomes Pedro, J. (2005) - *Para um sentido de coerência na criança*. Mem Martins: Publicações Europa – América, Lda, P.20

Harrison, T. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care . *Journal of*

Pediatric Nursing vol 25, nº5 , 335-343.

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª Edição ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Instituto de apoio à criança (2002) - Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança – Legislação – Criança, Adolescente e Saúde. 1.ªEd. Lisboa: ISBN 972-8003188.

Jorge, A. (2004) – *Família e Hospitalização da Criança. (Re) Pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência, 192 p. ISBN 972-8383-79-7.

Maluf, A. C. (2008) – *Actividades Lúdicas para Educação Infantil. Conceitos, orientações e práticas*. Petrópolis: Editora Vozes.

Ordem dos Enfermeiros. (Janeiro de 2010). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido em 21 de Abril de 2012, de Caderno Temático - Modelo de Desenvolvimento Profissional:

<https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Documents/cadernostematicos1.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Sistema de desenvolvimento Profissional e Certificação de Competências. *Revista Ordem dos Enfermeiros* , 22, 26-28.

Ordem dos enfermeiros (2010) – Guia Orientador de Boa Prática: Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança, vol. I. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (20 de Outubro de 2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem*. Obtido em 4 de Março de 2012, de Ordem dos Enfermeiros:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriancaJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Papalia, D. (2001) – *O mundo da Criança*. 8ª Edição. Amadora: Editora McGraw-Hill.

Pender, Nola [et al.] (2002) – *Health Promotion in Nursing Practice*. 4ªEd. New Jersey: Prentice Hall, 340 p. ISBN 0-13-031950-3.

Pérez L,[et al.] (1996) -- *Frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios: motivaciones y características de las urgencias pediátricas*. *An Esp Pediatr* ; 44: 97 – 105.

Sakraida, T. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusociência.

Sheridan, M. (1999), *Desde el nacimiento hasta los 5 años – proceso evolutivo, desarrollo y progresos infantiles*, Madrid, Narcea, S. A. De Ediciones.

Silva, A. (2009) – *Triagem de Prioridades, Triagem de Manchester*.

Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto,
Dissertação de Mestrado em Medicina de Catástrofe

APÊNDICE XIII
Objetivos para o Jardim Infantil

2ºObjetivo geral- Desenvolver um Programa de intervenção de Enfermagem na Prevenção de Acidentes na primeira infância.

Objetivos específicos	Atividades	Recursos	Local	Critérios de avaliação
1.Compreender a dinâmica funcional do Jardim Infantil;	- Consulta de documentos, observação, conversa, entrevista com a educadora e auxiliar para conhecer a área de abrangência, as características da população e o projecto pedagógico. - Compreensão da articulação existente entre a instituição / família e o recurso a outros serviços de apoio à criança/família.	Humanos -Educadora; - Auxiliar - Crianças Materiais - Normas e protocolos do Serviço.	Jardim infantil Roque Gameiro	- Reflete por escrito sobre os documentos lidos e observados
2.Capacitar a criança em idade pré-escolar para a adoção de medidas corretas de segurança.	-Pesquisa bibliográfica. -Solicitação da educadora no sentido de definir as necessidades existentes. -Interação com crianças em idade pré-escolar para que através do desenho e pintura compreendam a importância dos comportamentos preventivos relativamente à circulação rodoviária. -Realização de sessão de formação sobre “Prevenção Rodoviária”. -Síntese reflexiva sobre as atividades desenvolvidas	Humanos -Educadora -Auxiliar -Crianças	Jardim infantil Roque Gameiro	- Reflexão escrita sobre as experiências vivenciadas

3. Perceber o número de acidentes ocorridos no último ano.	- Consulta de documentos, - Entrevista com a educadora e auxiliar no sentido de perceber como são notificados os acidentes.	Humanos - Educadora; - Auxiliar - Crianças Materiais - Normas e protocolos do Serviço.	Jardim infantil Roque Gameiro	- Reflexão escrita sobre as experiências vivenciadas
--	--	--	--------------------------------------	--

APÊNDICE XIV
“Prevenção Rodoviária”- ação de formação

3º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Planeamento da sessão de educação para a saúde - "Prevenção Rodoviária"



Docente: Manuela Soveral

Discente: Graciete Fernandes

Nº3989

Fevereiro 2013

Índice

0. Introdução.....	2
1. Identificação do problema.....	3
2. Caracterização da população.....	4
2.1. Definição dos objectivos.....	6
2.2. Conteúdo, estratégia e avaliação.....	7
3. Conclusão.....	14
4. Bibliografia.....	15

0. Introdução

No âmbito da Unidade curricular Estágio com relatório, uma das actividades por mim planeada durante o estágio no Jardim Infantil Roque Gameiro, foi a realização de uma sessão de educação para a saúde.

Sendo a prevenção de Acidentes a temática do meu projecto, em conversa com a educadora, chegamos á conclusão que a “Prevenção Rodoviária” seria um tema pertinente uma vez que as crianças estão prestes a entrar na escola (1º ciclo) e algumas provavelmente a irem ou virem da escola sozinhas e também pelo facto dos acidentes rodoviários serem a principal causa de morte infantil no nosso país (APSI, 2012).

A criança é um ser em desenvolvimento cujo crescimento se exprime através de simultâneos comportamentos ou reacções bio-anatómicos, psicológicos e sociais, que evoluem de acordo com as leis da maturação neurológica, sendo a sua ordem de sucessão a mesma para todos os indivíduos, mas diferem simplesmente em relação ao ritmo a que sucedem uns dos outros, (Bellman, M et al 2003).

A educação rodoviária é um processo de formação ao longo da vida, que implica o desenvolvimento de competências que permitam viver em segurança no ambiente rodoviário, assim como o desenvolvimento de atitudes e valores como o respeito, a responsabilidade e a tolerância enquanto componentes essenciais da educação para a cidadania. Desta forma é importante que desde pequenas as crianças aprendam como se devem comportar no seu ambiente rodoviário, de forma a diminuir o risco de acidentes.

Com este trabalho pretendo demonstrar a preparação do planeamento pedagógico para a sessão de educação.

1. Identificação do problema

Os acidentes rodoviários são a maior causa de morte e incapacidade temporária e definitiva nas crianças e jovens em Portugal, representando mais de 18.000 anos de vida potencial perdida nesta faixa etária (ECSA, European Child Safety Alliance 2009).

Um estudo realizado pela APSI em 2010 indica que no triénio 2007-2009, morreram em média por ano, 38 crianças até aos 17 anos, 359 sofreram ferimentos graves e 4630 ferimentos ligeiros. Isto equivale a que, todos os dias em Portugal, em média, 14 crianças são vítimas de um acidente rodoviário.

Um dos objectivos da OMS é reduzir a mortalidade e a incapacidade, resultante dos acidentes rodoviários, domésticos e de lazer, e por acidentes de trabalho, na população em geral e nas crianças e jovens em particular.

As crianças dos 5-6 anos são um grupo vulnerável, uma vez que nível social, muitas vão começar a andar sozinhas na rua (sem supervisão de adultos), não só para ir para a escola, mas também para irem brincar com os amigos e realizar actividades como andar de bicicleta, *skate* ou patins, o que irá influenciar os seus comportamentos. Crianças menos informadas não saberão quais os comportamentos correctos a adoptar e poderão por isso correr riscos desnecessários.

Tempo: Considerando a idade das crianças estar compreendida entre os 5 e os 6 anos, optei por realizar a sessão com uma duração de 25 minutos.

Recursos:

- ♦ Materiais:
 - Sala
 - Computador
 - Jogos em suporte de papel e com apoio de power point
 - ✓ Pintar sinais
 - ✓ Identificar comportamentos correctos e incorrectos
 - Diploma

2. Caracterização da população

A população a quem se dirige esta sessão são crianças do Jardim Infantil Roque Gameiro com idades compreendidas entre os 5-6 anos. No total 45 crianças divididas por duas turmas de 20 e 25 crianças cada.

A fase pré-escolar é um período que antecede grandes alterações, uma delas será a separação da família e o contacto com outras pessoas e ambientes diferentes daqueles a que estas estão habituadas (que é a escola).

Neste período a criança é detentora de um grande desenvolvimento físico e psicológico.

O processo de desenvolvimento de uma criança é um processo vasto que vai desde a concepção, emerge de maneira ordenada e é relativamente duradouro, sendo primordial nos primeiros anos de vida, pois é nesta etapa da vida que a criança, segundo Brazelton & Greenspan (2002) estabelece as bases para o seu desenvolvimento, pois apresenta maior plasticidade e resiliência para responder aos estímulos que recebe e para se adaptar aos factores que possam influenciar o seu desenvolvimento.

Piaget e o Desenvolvimento cognitivo

Segundo Piaget, a criança pré-escolar encontra-se numa fase de transição fundamental entre a ação e a operação, ou seja, entre aquilo que separa a criança do adulto. A este período com características bem demarcadas no processo de desenvolvimento Piaget chamou de pré-operatório (localiza-se entre o sensório-motor e o operatório concreto) e vai dos dois anos de idade até os sete anos em média.

A criança desenvolve, a linguagem, as imagens mentais e jogos simbólicos, assim como muitas habilidades preceituais e motoras. Mas apesar disso, o pensamento e a linguagem estão reduzidos, no geral, ao momento presente e a acontecimentos concretos.

Desenvolve atividade de comunicação de tipo informativo e também de controle da conduta dos outros, isto é pede, pergunta, dá ordens..., para provocar as condutas que deseja em outros. A criança já antecipa o que vai fazer, desenvolve o pensamento aceleradamente, no final do período começa a querer saber a razão causal e finalista de tudo, é a famosa fase dos (por quês)

Neste período, a criança estrutura as representações de forma justaposta, sincrética e egocêntrica. O raciocínio é transdutivo e a sua compreensão é de natureza intuitiva e semi-reversível.

O pensamento egocêntrico ou intuitivo tem várias características:

- Justaposição – colocar coisas lado a lado sem conexão
- Transdutivo – vai do particular para o particular
- Sincretismo – misturar conceitos de referenciais diferentes
- Ausência de reversibilidade

A justaposição caracteriza-se pelo fato de que a criança liga as palavras, as imagens, as representações entre si de forma analógica. As ideias ficam colocadas uma ao lado da outra, por contiguidade, mas consistindo em estados e não em transformações. Não existe, ainda no plano de representação, nenhuma ligação temporal, causal ou lógica. A criança sabe fazer mas não compreende o que faz, no sentido de poder, independentemente do corpo, reconstituir o que faz no plano da representação, ainda não sabe organizar (estruturando as partes entre si e formando um todo). As ligações são, então, de natureza, justapostas, isto é, analógicas. Veja-se, por exemplo, as colecções figurais no plano da classificação ou a separação em grande e pequeno no plano da seriação. O sincretismo é a tendência de a criança, do período pré-escolar, ligar tudo com tudo, de perceber globalmente, isto é, não saber discriminar detalhes, de fazer analogias entre coisas sem uma análise detalhada das mesmas. Daí o carácter egocêntrico deste período, ou seja, é difícil, por falta de recursos cognitivos, para a criança deste período, sair do seu ponto de vista e considerar, diferenciando e integrando, os estados e as transformações das coisas.

O período pré-operatório não é apenas um período de transição é também preparatório, uma vez que é graças a ele que a criança se prepara, no sentido de construir os recursos que lhe possibilitarão compreender, isto é, realizar ações mentais (operações reversíveis), operar com símbolos e com o valor de coisas.

Erikson e o Desenvolvimento psicossocial

A necessidade de lidar com sentimentos conflitantes sobre nós mesmos está no cerne da terceira crise de desenvolvimento da personalidade identificada por Erik Erikson (1950): iniciativa versus culpa.

As crianças pré-escolares podem fazer – e querem fazer – cada vez mais coisas. Ao mesmo tempo, aprendem que algumas das coisas que querem fazer recebem aprovação social, enquanto outras não.

Este conflito marca uma cisão entre duas partes da personalidade. A parte que continua sendo uma criança, cheia de exuberância e de desejo de experimentar coisas novas e testar novos poderes, e a parte que está tornando-se um adulto, constantemente examinando a correção de motivos e ações. As crianças que aprendem a regular esses impulsos opostos desenvolvem a “virtude” do propósito, a coragem de imaginar e perseguir metas sem serem indevidamente inibidas pela culpa ou pelo medo de punição.

2.2. Definição de objetivos

Objectivo geral

Que as crianças compreendam a importância dos comportamentos preventivos relativos à circulação rodoviária.

Objectivos específicos

Que as crianças no final da sessão:

- 1 - Identifiquem os cuidados a ter enquanto peões da via pública.
- 2 - Identifiquem os cuidados a ter enquanto passageiro de automóveis.
- 3 - Identifiquem os cuidados a ter enquanto utilizadores de bicicleta, *skate* e patins.

3. Conteúdos, estratégias e avaliação

Objectivo	Conteúdo	Estratégia	Avaliação
1 - Identifiquem os cuidados a ter enquanto peões da via pública.	Para atravessar a rua em segurança deve-se: - Atravessar sempre num local seguro: passadeiras, passagem para peões junto de semáforos, passagem protegidas superiores ou inferiores à via. - Escolher um local onde se vejam bem os veículos que circulam na faixa de rodagem e também que possam ser vistos pelos mesmos; - Nunca atravessar em curvas, junto a veículos estacionados ou obstáculos que tirem a visibilidade e possam esconder o peão. - Procurar os olhos do condutor e fazer sinal de que se vai atravessar, esperando que ele ceda a passagem e confirmando que do outro lado da estrada não se aproxima nenhum condutor; Sinalização luminosa para peões é formada por um sistema de luzes com cor verde e	-Iniciarei a sessão apresentando-me e dizendo ao grupo, De seguida coloco uma questão ao grupo, perguntando quem vai a pé para a escola e quem vai de carro. - Depois, seguirei a sessão expondo o tema a partir do método expositivo. - Exposição oral dos cuidados a ter enquanto peões da via pública, utilizando como meio auxiliar o power point, com imagens elucidativas dos comportamentos	-A avaliação será realizada no final com algumas perguntas sobre comportamentos, que as crianças terão que identificar os correctos e os errados. Além disso, será entregue às crianças, um livrinho em formato de banda desenhada, que conta a história de dois irmãos a caminho da escola e nos relatam os comportamentos correctos a adoptar. O livro apresenta também actividades para identificar diferenças, perigos e sinais de forma a poderem

	vermelha, que indicam comportamento a adoptar: - Peão vermelho: peão no passeio e nunca avançar, mesmo que não se aproximem veículos; - Peão verde: peão pode iniciar atravessamento, mas só depois de confirmar que os veículos estão mesmo parados. Cuidados a ter enquanto peão: - Caminhar do lado direito e no passeio→ partilhar o espaço entre si de forma ordenada, para não se perturbarem; - Caso não haja passeio → circular do lado esquerdo, de frente para os veículos, o mais afastado possível da faixa de rodagem e em fila indiana→ ver os veículos e ser vistos pelos mesmos; - Quando se passa por outros peões, deve-se facilitar a passagem. Como se deve atravessar a rua: 1. Escolher local mais seguro 2. Parar antes do lancil do passeio ou berma da faixa de rodagem;	estimulando as crianças a em casa em conjunto com a intervir durante a exposição família consolidar aquilo com perguntas. que foi aprendido durante a sessão. Entrega de diploma de bom comportamento
--	--	---

	3. Deixar passar todos os veículos; 4. Olhar para o lado esquerdo; 5. Olhar para o lado direito; 6. Olhar novamente para a esquerda; 7. Atravessar, olhando sempre para os lados e quando não vires nenhum veículo. 8. Atravessar a direito e nunca na diagonal 9. Não correr, devido ao risco de queda; As pessoas devem circular no passeio e os veículos na faixa de rodagem.	
--	---	--

Objectivo	Conteúdo	Estratégia	Avaliação
2 - Identifiquem os cuidados a ter enquanto passageiro de automóveis.	Cuidados a ter enquanto passageiro de automóvel: - Só se deve sair do carro ou abrir as portas quando o carro estiver completamente parado. - A saída do carro é realizada sempre pelo lado do passeio (direito). - Crianças com menos de 12 anos e 1.50 m de altura têm de ir no banco de trás sempre com o cinto bem colocado e com cadeira ou banco apropriados.	- Método expositivo - Exposição oral dos cuidados a ter enquanto passageiro de automóveis, utilizando como meio auxiliar o power point, com imagens elucidativas dos comportamentos e estimulando as crianças a intervirem durante a exposição	-A avaliação será realizada no final com algumas perguntas sobre comportamentos, que as crianças terão que identificar os correctos e os errados. Além disso, será entregue às crianças, um livrinho em formato de banda desenhada, que

	- Como colocar cinto de segurança: - Não deve passar por de baixo dos braços ou por trás das costas - As brincadeiras dentro do carro podem distrair o condutor e provocar uma situação de risco, pelo que devem ser moderadas. - Não se deve brincar com o sistema de abertura de portas, porque pode-se abrir uma porta com o automóvel em andamento. - Não colocar a mão/braço/cabeça fora da janela, devido ao risco de ser apanhado por outro veículo ou de bater num objecto ou pessoa que esteja no passeio.	com perguntas.	conta a história de dois irmãos a caminho da escola e nos relatam os comportamentos correctos a adoptar. O livro apresenta também actividades para identificar diferenças, perigos e pintar sinais de forma a poderem em casa em conjunto com a família consolidar aquilo que foi aprendido durante a sessão. Entrega de diploma de bom comportamento
Objectivo	Conteúdo	Estratégia	
3- Identifiquem os cuidados a ter enquanto utilizadores de bicicleta, skate e patins	Cuidados a ter quando se anda de: bicicleta - Usar sempre capacete; - Andar no sentido dos veículos e longe de carros estacionados. - Andar em fila única;	- Método expositivo - Exposição oral dos cuidados a ter enquanto utilizadores de bicicleta, skate e patins	-A avaliação será realizada no final com algumas perguntas sobre comportamentos, que as crianças terão que identificar os correctos e os

	- Sinalizar com a mão antes de virar; - Ter atenção a obstáculos; - Manter ambas as mãos no guiador; - Nunca andar mais que uma pessoa numa bicicleta; - Usar ténis. - Não se segurar a outro veiculo para apanhar boleia. Skate e patins - Usar capacete, joelheiras e cotoveleiras; - Andar em locais com piso em condições para evitar quedas.	utilizando como meio auxiliar o power point, com imagens elucidativas dos comportamentos e estimulando as crianças a intervirem durante a exposição com perguntas. errados. Além disso, será entregue às crianças, um livrinho em formato de banda desenhada, que conta a história de dois irmãos a caminho da escola e nos relatam os comportamentos correctos a adoptar. O livro apresenta também actividades para identificar diferenças, perigos e pintar sinais de forma a poderem em casa em conjunto com a família consolidar aquilo que foi aprendido durante a sessão. Entrega de diploma de bom comportamento
--	---	---

4.Conclusão

Dado o elevado número de acidentes rodoviários torna-se pertinente que as crianças sejam alertadas para os riscos a que estão expostas, e informadas das medidas que podem tomar para não correrem esses riscos.

Neste estágio (pré-escolar) as crianças aprendem com grande facilidade, bem como estão a criar hábitos sociais, se houver uma intervenção precoce, pode haver a formação de hábitos seguros e saudáveis, sendo que é mais fácil a implementação de um hábito do que a sua modificação.

5.Bibliografia

Bellman, M. et al. (2003). *Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil*. Lisboa.

Brazelton. (2002). *A criança e o seu mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Editorial Presença.

Hockenberry, M. (2006). *Wong fundamentos de Enfermagem Pediátrica*; Mosby; 7ª Edição; Rio de Janeiro.

Papalia et al. (2006). *Desenvolvimento humano*. 8.ed. Porto Alegre, RS: Artmed.

Piaget, J. (2009) *Teoria da aprendizagem na obra de Jean Piaget*. São Paulo: UNESP.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ª Edição ed.). Loures: Lusodidacta.

winkelstein, W. & Hockenberry. M.(2001). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª edição.Elsevier. Editora.

- <http://www.prp.pt/inicio.asp>
- <http://prevencaorodoviaria.no.sapo.pt/>
- http://inseguranca.no.sapo.pt/prevencao_rodoviaria2.html

Prevenção Rodoviária



Olá Meninos e Meninas!
Hoje estou aqui para vos
ensinar umas coisas sobre
prevenção de acidentes...
VAMOS APRENDER?

Elaborado por:
Graciete Fernandes
Nº3989

Como atravessar a estrada



Procurar a
passadeira
ou
semáforo
mais
próximos.

Sinal de passadeira



Como atravessar a estrada



1º - olhar para a esquerda



2º - olhar para a direita



3º - olhar para a esquerda

Como atravessar a estrada



Se não
vierem
carros,
atravessar
a estrada
sempre a
direito e
sem correr.



Semáforos



Podes atravessar
mas só depois de
confirmar que os
veículos estão
parados



Deves ficar no
passeio e nunca
deves avançar,
mesmo que não se
se aproximem
veículos



Onde não atravessar a estrada



• Em curvas



• Junto a obstáculos que te escondam



Como deves ir no teu carro



Crianças com menos 12 anos e 1,50m:

- ✓ Banco de trás;
- ✓ Cinto colocado;
- ✓ Cadeira apropriada.



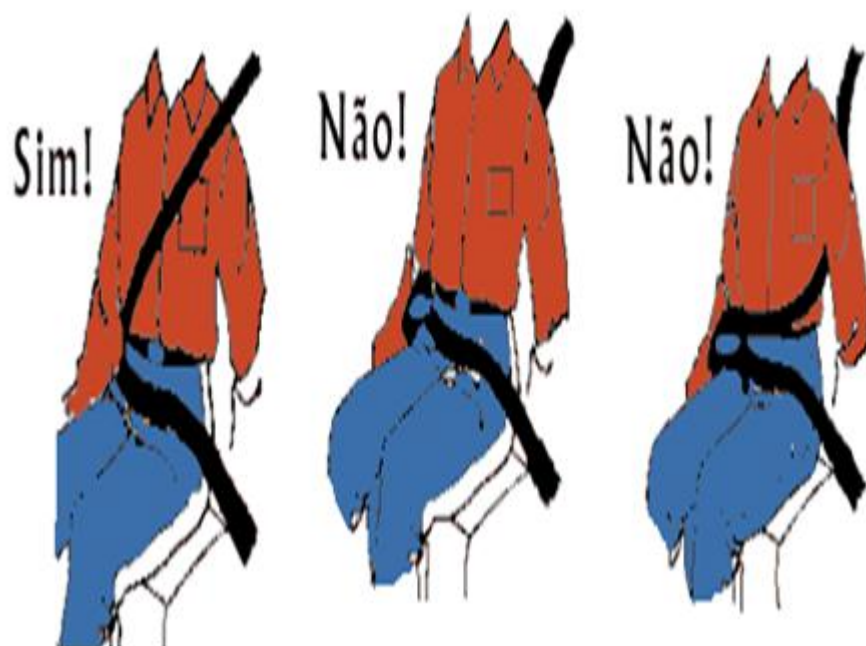
O cinto de segurança

Os cintos são a melhor protecção em caso de acidente!



Não devem passar por de baixo dos braços ou por trás das costas.

É fácil. Demora 5 segundos e pode salvar-te a vida!



Brincadeiras no carro



A brincadeiras dentro dos veículos podem:

- distrair o condutor;
- provocar um acidente



Como sair do carro



- Quando devemos de sair?
- ✓ Carro parado
 - ✗ Carro em andamento
- De que lado devemos sair?
- ✓ Lado do passeio
 - ✗ Lado contrário ao passeio



Bicicleta



- usar sempre capacete;
- manter ambas as mãos no guidador;



- andar no sentido dos veículos e longe de carros estacionados.

Bicicleta



- andar em fila única;





Qual das
formas de
atravessar
a estrada
é a
correcta?



Quem está a fazer bem?



Quem está a fazer bem?



Qual a imagem correcta?



Onde deves atravessar?



Certo ou errado?



OBRIGADA
PELA VOSSA
ATENÇÃO!



APÊNDICE XV

Diploma de bom comportamento

Diploma



Certifica-se que _____,

de ____ anos, sabe os Cuidados a ter na

Prevenção Rodoviária!

Parabéns !!

7 de Fevereiro de 2013

APÊNDICE XVI

História de “Afonso e Matilde a caminho da escola

Afonso e Matilde



a caminho da escola

Afonso e Matilde são dois irmãos que gostam muito um do outro. Eles acordam cedo e preparam-se para ir para a escola.

Afonso, aperta os atacadores, senão tropeças!



Ao sair de casa eles ficam muito atentos. Sabem todos os cuidados que um **peão** deve ter.



Pinta o semáforo com as cores correctas.

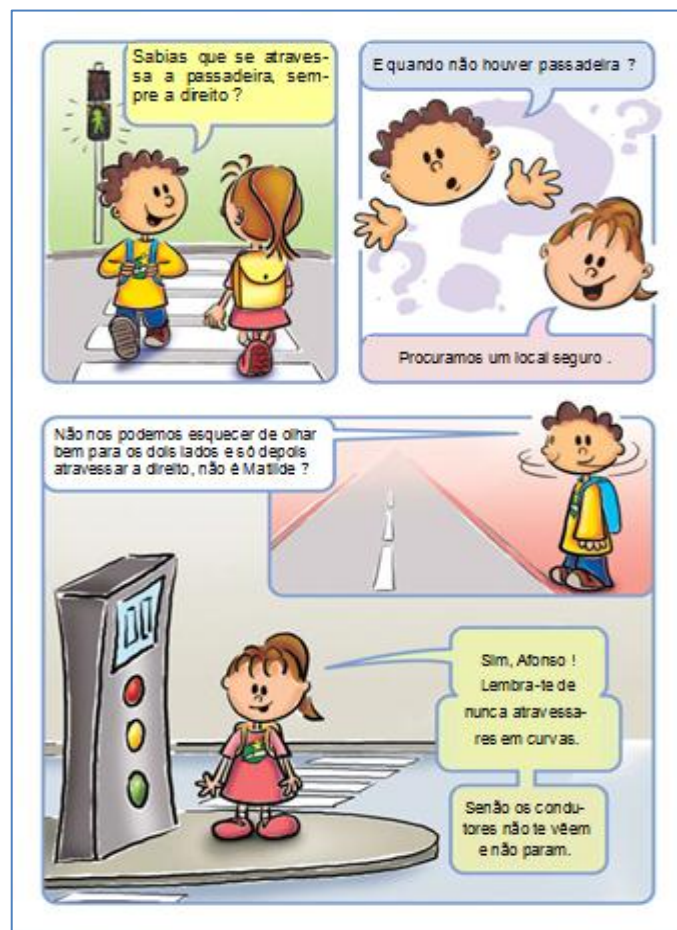


Para atravessar a rua devemos, sempre, procurar um semáforo para peões. Mesmo com o sinal verde confirma que os condutores nos viram.

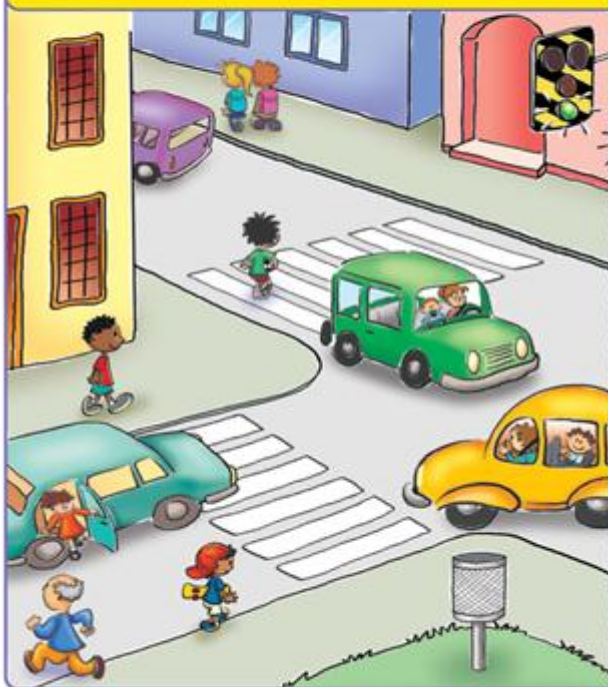


Só atravessar quando os veículos estiverem totalmente parados.

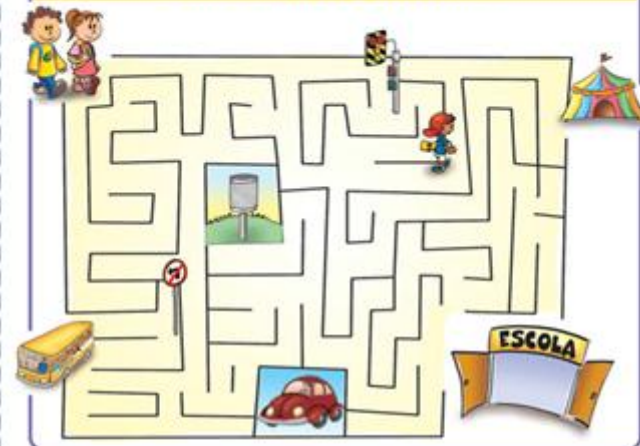




Onde está o perigo?



Ajuda o Afonso e a Matilde a chegarem à escola em segurança, Diverte-te !



Elaborado por:

Graciete Fernandes
Aluna 3º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediatria



Fonte: www.criancasegura.org.br

APÊNDICE XVII

Reflexão escrita Sobre o estágio no Jardim Infantil

**3º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

REFLEXÃO E SCRITA DO ESTÁGIO

Jardim Infantil - Roque Gameiro



Professora Orientadora:
Manuela Soveral

Aluna:
Graciete Fernandes

Lisboa, Fevereiro de 2013

ÍNDICE

1 – CARACTERIZAÇÃO DO JARDIM INFANTIL ROQUE GAMEIRO

2 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO PERCURSO DESENVOLVIDO

3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - CARACTERIZAÇÃO DO JARDIM INFANTIL ROQUE GAMEIRO

O Jardim Infantil Roque Gameiro Pertence ao agrupamento de escolas Avelar Brotero e fica situado na rua Alfredo Roque Gameiro, na urbanização da Quinta Nova na freguesia de Odivelas. É uma zona urbana com construções com mais de 20 anos, essencialmente de habitação e sem grande movimento.

Odivelas é um concelho com elevada densidade populacional e multicultural. Com base nos CENSOS 2011 existem em Odivelas 144.549 pessoas residentes, 57.782 famílias e 69.238 alojamentos.

Este jardim infantil funciona há 22 anos num edifício térreo construído de raiz para o efeito. Surgiu por iniciativa de um grupo de moradores que se constituiu como comissão de moradores e pediu ajuda à comissão administrativa da Junta de Freguesia de Odivelas para resolverem alguns dos problemas existentes, sendo o mais urgente a falta de um jardim-de-infância, com a finalidade de acolher as crianças que ficavam em casa, quando os pais iam para o trabalho. Possui 2 salas grandes com janelas largas, o que permite uma óptima luminosidade natural, sanitários adaptados para crianças o que permite que estas desenvolvam a autonomia, e adultos, sanitários para adultos e uma pequena sala para tratar de logística e receber os pais. Na entrada tem um hall, espaço onde estão afixados os cabides devidamente identificados e onde as crianças deixam os casacos e as mochilas. Não tem refeitório, as crianças fazem a refeição na sala e a alimentação é fornecida por uma empresa, o que me parece não garantir as condições mínimas.

A educadora explica que na época em que foi construído, tinha poucas crianças e fechava à hora de almoço. Fazia um horário dos 9h-12h e das 13h-15h. Há 8 anos alargaram o horário e neste momento a instituição funciona entre as 7.30h e as 19 h, encontrando-se encerrada na primeira quinzena de Agosto e nos feriados nacionais. O horário de permanência das crianças no jardim-de-infância é definido com os pais, tendo em conta os seus horários de trabalho. No entanto, entre as 9.30h e as 16.30h, todas as crianças estão presentes, visto ter sido este horário acordado para tempo curricular.

No exterior as crianças têm um espaço de recreio com chão revestido a borracha e equipado com um escorrega, uma casinha, cordas para trepar, túneis e 2 brinquedos chamados de “molas”.

Acolhe 45 crianças residentes na freguesia, originárias de vários países e de extractos sociais, culturais e económicos diversos.

Recursos Humanos

2 Educadoras

Funções:

Elaboração do projecto pedagógico de sala;

Organizar e explicitar os meios educativos adequados de acordo com o desenvolvimento integral da criança;

Acompanhar a evolução da criança e do grupo;

Ser responsável pela sala, zelando pelo bem-estar das crianças;

Elaborar um plano semanal ou mensal de intervenção, programando todas as actividades individuais e de grupo;

Acompanhar o grupo durante as rotinas diárias (alimentação e higiene).

2 Auxiliares de acção educativa

Funções:

Participação nas actividades educativas, auxiliando a educadora;

Assegurar a limpeza e o bom estado da sala e instalações da instituição em geral;

Acompanhar o grupo durante as rotinas.

1 Professora de ginástica uma vez por semana (uma hora para cada grupo de crianças)

Caracterização da Sala

A sala de jardim-de-infância é o espaço onde as crianças passam a maior parte do dia, estando dividida em diversos espaços que proporcionam a cada criança diferentes e desafiantes atividades. As duas salas deste infantário estão organizadas de igual forma.

Cada sala possui armários com prateleiras para arrumação de material didáctico, placar de presenças, decorações variadas, placar para afixação de trabalhos, mesas, cadeiras. Os armários e o placar de presenças encontram-se ao nível das crianças, o que permite que estas possam colocar os seus trabalhos e a sua presença.

À chegada à sala, os materiais estão devidamente arrumados.

Cantinhos existentes nas Salas:

Cantinho dos Jogos de Construção

Equipado com uma manta, caixas coloridas para arrumação de jogos de construção e brinquedos variados. Podemos encontrar jogos de encaixe, legos, dominó, e puzzles. Neste cantinho, as crianças desenvolvem, para além da atenção e concentração, criatividade, imaginação, espírito crítico e inventivo, assim como motricidade fina, criando os seus próprios jogos simbólicos.

Cantinho da Casinha das Bonecas

Dispõe de um fogão, bancada, utensílios de cozinha (pratos, colheres, facas, chávenas, tachos, panos de cozinha), frutas de plástico, cesto de bebé.

É um espaço onde as crianças podem desenvolver a sua criatividade e imaginação, permitindo que interiorizem hábitos rotineiros (exemplo: cozinhar, servir à mesa), e aprendem a socializarem-se.

Cantinho da Conversa/Leitura

Temos um tapete grande, almofadas e um armário com prateleiras para arrumação dos livros.

É um espaço polivalente, onde existem períodos de tempos como o diálogo, a leitura de contos e as canções (por exemplo a canção “Bom Dia”). Neste cantinho as crianças exploram os diferentes livros desenvolvendo a sua criatividade ao tentar imaginar o que as figuras das histórias transmitem.

Cantinho das Expressões/Actividades

Aqui encontramos um armário com prateleiras para arrumação do material didáctico (folhas de papel, lápis de cor, plasticina, material para picotagem, tesouras), cadeiras e mesas. Efectuam-se várias actividades (trabalhos manuais, desenhos livres). É o espaço ideal para as crianças desenvolverem as suas competências de raciocínio.

2 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO PERCURSO DESENVOLVIDO

(Jardim Infantil – Roque Gameiro)

O ensino clínico decorreu nos dias 4,5 e 6 de Fevereiro de 2013. A escolha deste local enquanto campo de estágio deveu-se ao facto de sempre ter gostado de saúde escolar e porque a escola é um local privilegiado para a promoção da saúde. E infelizmente neste momento em Odivelas com a nova reestruturação dos cuidados de saúde primários, as escolas estão a descoberto.

Para este campo de estágio delineei objectivos que me propus atingir:

Objetivos gerais:

- Desenvolver um Programa de intervenção de Enfermagem na Prevenção de Acidentes na primeira infância.

Objetivos específicos:

- Compreender a dinâmica funcional do Jardim Infantil;
- Capacitar a criança em idade pré-escolar para a adoção de medidas corretas de segurança.
- Perceber o número de acidentes ocorridos no último ano.

Para analisar as atividades desenvolvidas neste estágio baseei-me nos objetivos específicos que passo a citar:

Objetivo específico

- **Compreender a dinâmica funcional do Jardim Infantil**

O acolhimento feito pela Educadora Maria José foi muito caloroso, a sua experiência e dedicação permitiram-me perceber a organização do jardim infantil, funcionamento, rotinas e orientações pedagógicas.

O Ensino tem, nos últimos anos, atravessado um período de algumas indefinições resultado de significativas alterações da sociedade em geral e do sistema educativo em particular. Esta mudança, verifica-se, sobretudo, com a publicação do Dec - Lei

115-A/98, art.º 3º que, pela primeira vez, relaciona a existência do projecto educativo com o alargamento da autonomia do estabelecimento de ensino.

O Projeto Educativo é um “documento que consagra a orientação educativa da escola, elaborado e aprovado pelos seus órgãos de administração e gestão para um horizonte de três anos, no qual se explicitam os princípios, os valores, as metas e as estratégias segundo as quais a escola se propõe a cumprir a sua função educativa” (in Dec -Lei 115-A/98, art.º 3º), correspondendo a uma planificação geral específica mas flexível.

O Projecto Pedagógico do Jardim Infantil Roque Gameiro para 2012/2013 é “Juntos aprendemos...” tendo como principal objectivo que a criança tenha uma consciência de si e dos outros, valorizando a troca de saberes transmitidos pela família, escola e comunidade.

Sempre de estrutura flexível, a educadora refere que compete a cada equipa esclarecer quais os elementos em que o “seu” projecto deve incidir, das rotinas e actividades extracurriculares, ao plano de formação, estando todos os elementos dependentes das características de cada grupo de crianças.

Cada criança traz consigo o seu mundo familiar – nas suas brincadeiras, nos seus hábitos e nas expressões que usa, lembra e vive aquilo que já aprendeu e que está a aprender.

“A família e a instituição de educação pré-escolar são dois contextos sociais que contribuem para a educação da mesma criança; importa por isso, que haja uma relação entre estes dois sistemas.” (Lima,2002:43).

Segundo Figueiredo (2002) a **educação pré-escolar tem como objectivos:**

- Promover o desenvolvimento pessoal e social da criança com base em experiências de vida democrática numa perspectiva de educação para a cidadania;
- Fomentar a inserção da criança em grupos sociais diversos, no respeito pela pluralidade das culturas, favorecendo uma progressiva consciência como membro da sociedade;
- Contribuir para a igualdade de oportunidades no acesso à escola e para o sucesso da aprendizagem;
- Estimular o desenvolvimento global da criança no respeito pelas suas características individuais, incutindo comportamentos que favoreçam aprendizagens significativas e diferenciadas;

- Desenvolver a expressão e a comunicação através de linguagens múltiplas como meio de relação, de formação, de sensibilização estética e de compreensão do mundo;
- Despertar a curiosidade e o pensamento crítico;
- Proporcionar à criança ocasiões de bem-estar e de segurança, nomeadamente no âmbito da saúde individual e colectiva;
- Proceder à despistagem de inadaptações, deficiência ou precocidade e promover a melhor orientação e melhor encaminhamento da criança;
- Incentivar a participação das famílias no processo educativo e estabelecer relações de efectiva colaboração com a comunidade.

Rotinas da Sala

Na sala existe uma rotina instituída que se repete diariamente, mas pode ser alterada sempre que se justifique e para enriquecimento do grupo.

É através desta sequência de momentos que as crianças vão percepcionando a noção de tempo.

Hora	Rotinas	Observações
9h 30m	As crianças cantam os bons dias e marcam as respectivas presenças.	É um momento em que as crianças vão adquirindo hábitos de boa educação ao cumprimentarem os seus colegas com o “Bom dia”,
9h 45m	As crianças realizam actividades orientadas pela Educadora.	Durante este período de tempo as crianças podem adquirir conhecimentos a nível do domínio da expressão motora, dramática, plástica, musical e da linguagem oral.
10h 30m	As crianças reúnem-se em duas mesas na sala para um pequeno lanche a meio da manhã.	As crianças podem conviver enquanto comem a bolacha ou o iogurte adquirindo também regras de boas maneiras à mesa.
11h 00m	As crianças realizam actividades orientadas pela Educadora.	Durante este período de tempo as crianças podem adquirir conhecimentos a nível do domínio da expressão motora, dramática, plástica, musical e da linguagem oral.
11h 45m	As crianças arrumam a sala para o almoço.	É um momento importante para as crianças desenvolverem a sua autonomia, uma vez que arrumam os objectos nos

		loais correctos.
11h50m	As crianças vão à casa de banho e lavam as mãos.	As crianças são capazes de realizarem a sua higiene pessoal, vão aperfeiçoando a sua autonomia.
12h 00m	As crianças almoçam na sala com o auxílio da educadora e auxiliar.	As crianças vão desenvolvendo a autonomia e relações de convívio entre si.
12h 50m	As crianças brincam livremente.	Neste momento, as crianças brincam no parque infantil, mas, se o tempo não o permitir brincam na sala.
14h 15m	A Educadora reúne as crianças no cantinho da conversa e dialoga ou sobre a actividade realizada da parte da manhã ou sobre algum assunto proposto pelas crianças.	É um momento em que a Educadora dialoga com as crianças sobre algum assunto ou actividade realizada, onde as crianças têm a possibilidade de desenvolver a sua linguagem oral.
14h 30m	As crianças terminam a actividade iniciada da parte da manhã ou iniciam uma outra actividade proposta pela educadora ou pelas crianças.	Durante este período de tempo as crianças podem adquirir conhecimentos a nível do domínio da expressão motora, dramática, plástica, musical, e da linguagem oral.
15h 20m	As crianças distribuem-se pelos diferentes cantinhos, para brincarem.	É um momento em que as crianças exploram as diferentes áreas, podendo desenvolver a sua imaginação e criatividade.
15h 50m	As crianças arrumam os brinquedos, jogos e outros materiais nos locais correctos com a ajuda da auxiliar.	É um momento importante para as crianças desenvolverem a sua autonomia.
16h 00m	As crianças lancham na sala.	Tempo para desenvolverem a autonomia, relações de convívio e adquirem regras de boas maneiras à mesa.
16h 30m	As crianças vão à casa de banho e lavam as mãos sozinhas.	Sendo estas crianças capazes de realizarem a sua higiene pessoal, estas vão aperfeiçoando a sua autonomia.

Outra das rotinas instituída é um “Diário de Bordo” que serve de ponte entre os pais e a escola. Nele são enviados aos pais recados e lembretes relacionados com a criança e os pais também têm espaço próprio para escrever ao Educador.

Parece-me ser uma boa forma para minimizar possíveis falhas de comunicação diária entre a família e o Educador uma vez que nem sempre é possível que sejam

os pais a buscar a criança e nem sempre é o Educador a entregar a criança à família.

➤ **Capacitar a criança em idade pré-escolar para a adoção de medidas corretas de segurança.**

Os primeiros anos de vida são fundamentais para a interiorização de valores básicos para a formação de um ser humano, tais como a partilha, a amizade, a solidariedade. Vivenciando estes valores a criança estará assim a construir uma base para o seu futuro como cidadão autónomo, consciente e interventivo (Cordeiro,2007).

O Programa Nacional de Saúde Escolar (2006) aponta como área primordial a investir, a promoção de estilos de vida saudáveis, especialmente a promoção da segurança e prevenção de acidentes.

As crianças na faixa etária 5/6 anos:

Participam activamente em brincadeiras com os seus pares;

Tendem a copiar as brincadeiras dos amigos e dos adultos;

Conseguem manter um diálogo coerente, realizando e respondendo a perguntas;

Têm noção de que existe uma continuidade na vida e atribuem a cada pessoa que conhecem uma fase da vida: bebe/criança/adulto/idoso;

São totalmente autónomas na sua higiene e a vestirem-se e despirem-se;

São capazes de arrumar o material que utilizaram para brincar, bem como permanecerem sentadas em silêncio para assistirem a momentos de actividade orientada;

Assumem por vezes com dificuldade, os erros que cometem;

São capazes de desatar a correr, andar aos pulos e parar sem cair;

Pulam e saltam levantando bem os pés e dobrando os joelhos ao voltarem ao chão;

Atiram uma bola a distância e apanham-na com as mãos

Segundo Vargas (2006) a educação para a formação de uma cultura de preservação da saúde e prevenção da doença deve iniciar-se na infância.

Actualmente, com a diminuição das taxas de natalidade, o envelhecimento crescente da população e os acidentes a liderar a primeira causa de morte nas crianças, torna-se importante adoptar estratégias protectoras da infância.

Investir na área da promoção da segurança e prevenção de acidentes torna-se cada vez mais uma prioridade. Evitar os acidentes é a melhor forma de minorar este problema e os profissionais de saúde têm um importante papel a desempenhar.

No Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (2004) os traumatismos, ferimentos e lesões acidentais são reconhecidamente uma área de intervenção prioritária.

O Programa Nacional de Saúde Escolar (D.G.S, 2006) implica a efectivação de estratégias que se inscrevem na área da melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de actividades assentes em dois eixos: a vigilância e protecção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde.

Por outro lado, o Programa-Tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil (2005) menciona como estratégia a estimulação de comportamentos saudáveis relacionada com a adopção de medidas de segurança, e ainda, a promoção da prevenção de acidentes e intoxicações.

Todas as crianças têm o direito à vida e à protecção. Prevenir os acidentes e ensinar uma criança a proteger-se de situações de risco são questões que fazem parte do processo de educação e desenvolvimento. Negligenciar esses procedimentos simples e de fácil execução poderá comprometer de forma irreversível o futuro das crianças. Neste âmbito, a Educação para a Segurança faz parte da formação de qualquer cidadão.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria poderá ter um papel importante junto da criança, do jovem e da família não apenas em relação à satisfação das suas necessidades num processo de doença como, também, ao nível da sua formação em saúde enquanto cidadão.

Depois de conversar com a educadora, acordámos que a sessão de educação para a saúde seria subordinada ao tema “Prevenção Rodoviária”.

Este é hoje um tema de preocupação não só em Portugal, como em toda a Europa e no Mundo. Os acidentes são uma importante causa de mortalidade, morbilidade, de incapacidade e deficiência crónica, com elevados custos com internamentos, tratamentos hospitalares e perda de anos de vida (APSI.2012).

A educação rodoviária é um processo de formação ao longo da vida, que implica o desenvolvimento de competências que permitam viver em segurança no ambiente rodoviário, assim como o desenvolvimento de atitudes e valores como o respeito, a responsabilidade e a tolerância enquanto componentes essenciais da educação para a cidadania. Desta forma é importante que desde pequenas as crianças

aprendam como se devem comportar no seu ambiente rodoviário, de forma a diminuir o risco de acidentes.

Para a sessão de educação para a saúde elaborei diapositivos em power point com imagens elucidativas e o seu respectivo planeamento. A apresentação foi feita no cantinho da leitura. A receptividade por parte das crianças foi óptima. No final da sessão foi fácil as crianças identificarem quais os comportamentos certos e errados. Entreguei a cada criança um diploma que atesta que ela sabe os cuidados a ter na Prevenção Rodoviária e um livro em formato de banda desenhada para levarem para casa e lerem com os pais. Este livrinho conta a história de dois irmãos a caminho da escola que relembram o que aprenderam sobre Prevenção Rodoviária.

O planeamento, implementação e avaliação da acção foram bastante enriquecedores pois como referem Valent [et al.] (2009, p.1) para que *“o conhecimento gere competências, é necessário que os saberes sejam mobilizados através de esquemas de acção, decorrentes de esquemas de percepção, avaliação e decisão, desenvolvidos na prática”*. As actividades desenvolvidas neste âmbito contribuíram para a articulação com recursos da comunidade, desenvolvimento do programa de saúde escolar e facilitação na

aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/família pelo que considero ter ido ao encontro da competência *“assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde”* (O.E, 2009).

Penso ter utilizado com as crianças estratégias motivadoras para a assunção dos seus papéis em saúde, rumo à independência e ao bem-estar. Procurei trabalhar com a criança a adopção de comportamentos potenciadores de saúde, assim como a tornarem-se no principal agente promotor de saúde (O.E, 2010)

➤ **Perceber o número de acidentes ocorridos no último ano.**

Em conversa com as duas Educadoras percebi que existe uma folha própria para o registo de ocorrência de acidente.

No último ano fizeram 5 notificações, estas são feitas quando implica recorrer a alguma instituição de saúde para a criança receber assistência, para se poder accionar o seguro de saúde. Pequenas escoriações, hematomas não chegam a ser notificadas.

Estas situações ocorrem sobretudo na hora do recreio em que a criança anda a brincar e, normalmente, é por choque com outra criança ou queda.

Nunca se juntam no recreio as crianças das duas salas, vão as crianças de cada sala alternadamente, sendo vigiadas pela respectiva auxiliar da sala,

No final destes três dias de observação, considero que os objectivos foram atingidos e que possuo, agora, um melhor conhecimento dos contributos que o ensino pré-escolar tem para oferecer às crianças.

3- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APSI. (12de Junho de 2012). *Perfil de segurança dos pais*. Obtido em 20 de Junho de 2012,de www.apsi.pt

APSI. (12de Junho de 2012). *Relatório de avaliação de segurança infantil*. Obtido em 20 de Junho de 2012,de www.apsi.pt

Brazelton, T. (2002). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Barcarena: Editorial Presença.

Brazelton, T. (2009). *O Grande Livro da Criança, o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. 11^a ed. Barcarena. Editorial Presença, 535 p.

Cordeiro, M. (2007). *O Livro da Criança*. Lisboa: A Esfera dos Livros.

Conferência internacional sobre a promoção da saúde (1986) - *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Ottawa, Canadá, 17-21

Figueiredo, M. (2002), *Projecto Curricular de Turma no Jardim-de-Infância – uma perspectiva*, Projecto Bola de Neve, Lisboa.

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8^a Edição ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Lima, J. (2002) *Família e Escola – Trajectórias de escolarização em camadas médias e populares*. Editora Vozes

Maluf, A. C. (2008) – *Actividades Lúdicas para Educação Infantil. Conceitos, orientações e práticas*. Petrópolis: Editora Vozes.

Ministério da Educação. (1998) *Qualidade e Projecto na Educação Pré-Escolar*. Ministério da Educação.

Ministério da Educação (1998), *Qualidade e projecto na educação de Infância*,

Departamento da Educação Básica, Núcleo de Educação Pré-Escolar.

Ministério da Educação. (2002) *Orientações Curriculares para a Educação Pré-Escolar*. Ministério da Educação.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Sistema de desenvolvimento Profissional e Certificação de Competências. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 22, 26-28.

Ordem dos Enfermeiros (2009) – *Modelo de Desenvolvimento Profissional. Sistema de individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)*.

Individualização e Reconhecimento das Especialidades Clínicas em Enfermagem
Perfil das Competências comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista. Lisboa:
Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos enfermeiros (2010) – Guia Orientador de Boa Prática: Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança, vol. I. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (20 de Outubro de 2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem*.

Obtido em 4 de Março de 2012, de Ordem dos Enfermeiros:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriancaJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Papalia, D. (2001) – *O mundo da Criança*. 8ª Edição. Amadora: Editora McGraw-Hill.

Pender, Nola [et al.] (2002) – *Health Promotion in Nursing Practice*. 4ªEd. New Jersey: Prentice Hall, 340 p. ISBN 0-13-031950-3.

Rolo, M. (2006). Projecto Educativo – Revista dos Educadores, nº 20

Sakraida, T. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusociência.

Sheridan, M. (1999), *Desde el nacimiento hasta los 5 años – proceso evolutivo, desarrollo y progresos infantiles*, Madrid, Narcea, S. A. De Ediciones.

APÊNDICE XVIII

Objetivos para os Cuidados de Saúde Primários

1º Objetivo geral- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em Saúde Infantil e pediatria com vista à prestação de cuidados á criança/família nos distintos contextos de intervenção.

Objetivos específicos	Atividades	Recursos	Local	Critérios de avaliação
1.Prestar cuidados de enfermagem com supervisão do Enfº Especialista à criança e ao jovem e sua família no contexto de cuidados de saúde primários, com especial incidência na prevenção de acidentes.	- Pesquisa bibliográfica. - Consulta de normas e protocolos de atuação. - Leitura do processo da criança. - Colheita de dados através das colegas. - Observação sobre o estado geral da criança e o estado emocional dos pais. -Observação e prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem/família, em contexto de Consulta de enfermagem de saúde infantil e vacinação, em colaboração com o enfermeiro especialista. -Interação com os pais para conhecer o que pensam e sentem face à situação do filho. -Avaliação do desenvolvimento infantil através da escala de Mary Sheridan modificada, correlacionando-o com os acidentes mais frequentes nesse período, com vista à sua prevenção.	Humanos - Enfermeira Chefe; - Enfermeira Especialista SIP; Materiais - Normas e protocolos do Serviço.	UCSP Odivelas A	-Reflexão escrita sobre as experiências vivenciadas
2.Promover a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/no jovem e família seguidos na	-Pesquisa bibliográfica. - Realização de sessão de educação para a saúde uma vez por mês na sala de espera, para trabalhar com a família no sentido da adoção de comportamentos relativos à prevenção	Humanos - Enfermeira Chefe; - Enfermeira Especialista	UCSP Odivelas A	-Reflexão escrita sobre as experiências vivenciadas

UCSP Odívelas A	de acidentes. - Validação de conhecimentos dos pais sobre prevenção de acidentes, e se necessário, informá-los sobre o desenvolvimento do filho e os acidentes mais frequentes nesse período, com vista à sua prevenção. - Síntese reflexiva sobre as atividades desenvolvidas.	SIP; Materiais - Normas e protocolos do Serviço.		
-----------------	--	--	--	--

2º Objetivo geral- Desenvolver um Programa de intervenção de Enfermagem na Prevenção de Acidentes na primeira infância.

Objetivos específicos	Atividades	Recursos	Local	Crítérios de avaliação
1. Analisar os conhecimentos/comportamentos dos pais relativamente à prevenção de acidentes da criança na primeira infância	- Elaboração de uma grelha de observação. - Observação e análise dos conhecimentos/comportamentos dos pais de crianças dos 0-3 anos. - Registo, interpretação e avaliação dos dados colhidos. - Registo das estratégias utilizadas pelos pais na prevenção de acidentes na 1ª infância. - Debate com os pais sobre os acidentes e os perigos de acordo com as características e etapa do desenvolvimento das crianças. - Realização de relatório sobre reflexões e aprendizagens realizadas.	Humanos - Enfermeira Chefe; - Enfermeira Especialista SIP; - Pais. Materiais - Normas e protocolos do Serviço; - Questionário.	UCSP Odívelas A	Reflexão escrita sobre as experiências vivenciadas

2.Capacitar a criança em idade pré-escolar para a adoção de medidas corretas de segurança.	-Pesquisa bibliográfica. -Solicitação da educadora no sentido de definir as necessidades existentes. -Interação com crianças em idade pré-escolar para que através do desenho e pintura compreendam a importância dos comportamentos preventivos relativamente à circulação rodoviária. -Realização de sessão de formação sobre “Prevenção Rodoviária”. -Síntese reflexiva sobre as atividades desenvolvidas	Humanos -Educadora -Auxiliar -Crianças	Jardim infantil Roque Gameiro	- Reflexão escrita sobre as experiências vivenciadas
3.Motivar a equipa de enfermagem para a utilização de estratégias conducentes à prevenção de acidentes na 1ª infância.	--Planeamento de uma sessão de formação sobre “Prevenção de Acidentes” -Realização da sessão de formação. -Avaliação da sessão de formação. -Validação do conhecimento dos pais, nas consultas de saúde infantil e fornecer informação de acordo com a necessidade. -Dinamização da sala de espera, com diapositivos alusivos à prevenção de acidentes -Elaboração de diapositivos sobre prevenção de acidentes, para passar em filme. -Pedido de autorização ao concelho executivo. - Pedido de vídeo. -Elaboração de <i>poster</i> intitulado	Humanos - Enfermeira Chefe; - Enfermeira Especialista SIP; Equipa de enfermagem da UCSP Odivelas A Materiais -Bibliografia -Internet -Sala -Computador	UCSP Odivelas A	-Plano de sessão. -Ficha de avaliação. - Reflexão escrita sobre as experiências vivenciadas

	“ambiente seguro em casa” -Realização de sessões sobre segurança infantil na sala de espera uma vez por mês. - Deixar dossier com bibliografia (artigos, recomendações da DGS e da APSI, Relatórios)			
--	---	--	--	--

APÊNDICE XIX

Poster intitulado “Prevenção de Acidentes em Casa”

PREVENÇÃO DE ACIDENTES EM CASA

A casa deverá ser um lugar seguro e protetor para a criança, cabendo aos pais a tarefa de organizá-la de modo a evitar perigos. Aprende a conviver com a curiosidade da criança e alinha os perigos que a assola.

COZINHA

Não deixe sem a criança sozinha, nem a parte da fogão aceso.
As medidas de mesa devem impedir a aproximação da criança para evitar que a criança possa beber e comer alimentos soltos.
As garrafas e copos devem estar trancafiados com tampas próprias de modo a evitar que a criança tenha acesso a materiais perigosos por resaca.
As embalagens originais dos produtos devem ser mantidas.
Os vasos de plantas devem ser mantidos longe da criança para evitar acidentes.



SALA

Se a criança não for supervisionada, não deixe a criança sozinha.
Proteja as tomadas elétricas com protetores para evitar choques elétricos.
Proteja móveis de madeira com amarras para evitar quedas de móveis.



BRINQUEDOS

Quanto mais brinquedos a criança tem, mais ela se envolve com eles.
Até aos 2 anos, os brinquedos não devem ser peças pequenas.
Os brinquedos quebrados não devem ser jogados fora.



CASA DE BANHO

Produtos de higiene podem ser armazenados em locais altos e fora do alcance da criança.
Não deixe a criança sozinha no banheiro e não deixe a água quente aceso.
Não deixe a água quente ferver aceso e nem a água quente ferver aceso e nem a água quente ferver aceso.



QUARTO

Evite deixar a criança sem a mãe ou pai e não deixe a criança sozinha no quarto.
Mantenha portas fechadas com fechaduras de proteção e não deixe a criança sozinha no quarto.



EXTERIOR

Proteja as crianças com cercas para evitar quedas e proteja a criança com cercas para evitar quedas.



Desenvolvido por: Conselho Nacional de Defesa do Consumidor (CNDI)
Coordenador: Celso Figueiredo (CNDI)
Desenvolvido por: Conselho Nacional de Defesa do Consumidor (CNDI)
Versão: 1.0.0.0

A única forma de evitar os acidentes é a prevenção pelo conhecimento e controle dos riscos.

APÊNDICE XX
Diapositivos para CD- Filme



PREVENÇÃO DE ACIDENTES



Prevenção de Acidentes

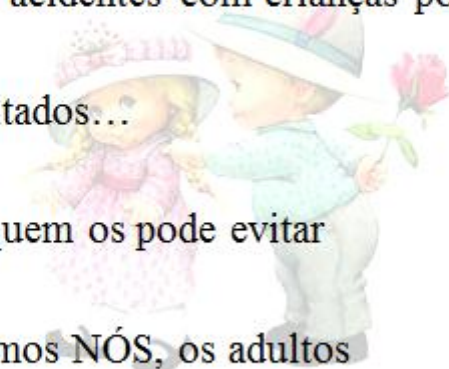
Os traumatismos e ferimentos
acidentais são a maior causa de
morte e deficiência nas crianças em
Portugal

Prevenção de Acidentes

Os acidentes com crianças podem ser evitados...

e quem os pode evitar

somos NÓS, os adultos



5

Prevenção de Acidentes

Acidente é definido pela Organização Mundial de Saúde como “um *acontecimento independente da vontade humana, provocado por uma força exterior, agindo rapidamente e que se manifesta por dano corporal ou mental*” (WHO, 2005).

4

Prevenção de Acidentes

Prevenção consiste em antecipar os acontecimentos, evitando que algum dano aconteça, mediante o exercício de cuidados físicos, materiais, emocionais e sociais, motivo pelo qual as precauções se fazem necessárias, devendo ser compreendidas e praticadas pelas famílias (Souza, 2007).



5

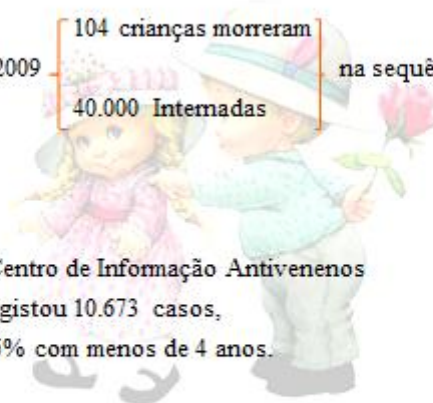
Prevenção de Acidentes

- No triênio 2007-2009
 - morreram em média por ano 38 crianças
 - ferimentos graves 359
 - ferimentos ligeiros 4.630
 - 2002-2008
 - 144 morreram
 - 234 internados
- Na sequência de Afogamento

6

Prevenção de Acidentes

- De 2000 a 2009 104 crianças morreram
40.000 Internadas na sequência de Queda
- Em 2007 o Centro de Informação Antivenenos registou 10.673 casos, 65% com menos de 4 anos.



7

ACIDENTES MAIS FREQUENTES RELACIONADOS COM A FASE DE DESENVOLVIMENTO

Desenvolvimento	Acidentes
0 - 3 Meses - O RN apenas consegue levantar a cabeça por breves segundos; - Com 3 meses, já se mexe e agita os membros; - Pode rebolar.	Queimaduras Asfixia Quedas Acidentes de Viação
3 - 6 Meses - Utiliza a força dos antebraços para levantar a cabeça e a região anterior do tórax; - Rebola; - Agarra e leva tudo à boca	Engasgamento/ Asfixia Afogamentos Queimaduras Acidentes de viação
6 - 12 Meses - Aos 6-7 meses – rasteja e senta-se por pequenos períodos; - Aos 7-9 meses – Gatinha e fica de pé com apoio nos móveis; - Aos 10-11 meses- Apanha pequenos objectos com os dedos; puxa toalhas; - Aos 12 meses- fica em pé sem apoio - Anda	Traumatismos Intoxicações Electrocussão Quedas Engasgamento Acidentes de viação

8

ACIDENTES MAIS FREQUENTES RELACIONADOS COM AFASE DE DESENVOLVIMENTO

Desenvolvimento	Acidentes
1 - 2 Anos - Caminha sozinho; - Começa a correr; - Explora o ambiente	Traumatismos Intoxicações Electrocussão Quedas Engasgamento Acidentes de viação
2- 3 Anos - Salta com ambos os pés; - Sobe e desce escadas; - Explora o ambiente, tentando descobrir como funcionam as coisas.	

Heckenberry, M., & Wilson, D. (2011)

9

PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS E DE LAZER



São os mais frequentes nas crianças até aos 3 anos.

10

AFOGAMENTOS

A criança está propensa a afogamentos, pela sua curiosidade, capacidade de exploração do ambiente, e pela sua inconsciência perante o perigo.

A criança pequena consegue alcançar áreas perigosas quando não supervisionada, como banheiras, lagos, piscinas e baldes.

11



A morte por afogamento é rápida, silenciosa e acontece em pouca água

12



É importante que a criança aprenda a nadar.

13

RECOMENDAÇÕES AOS PAIS

- Não deixe banheiras, alguidares, baldes ou piscinas insufláveis com água.
- Coloque braçadeiras a todas as crianças que ainda não saibam nadar bem.
- Vede o acesso às piscinas.

14

QUEIMADURAS

A criança é capaz de puxar e brincar com objetos, explorar orifícios, abrir gavetas e não tem consciência das fontes de calor ou fogo.



15

RECOMENDAÇÕES AOS PAIS

- Ensine à criança o perigo das chamas e o significado de “quente”.
- Verifique a temperatura dos alimentos (leite, chá, sopa) antes de oferecer à criança.
- Não cozinhe com a criança ao colo.

16

RECOMENDAÇÕES AOS PAIS

- Vire para dentro da bancada as pegas das frigideiras e tachos, para que a criança não as possa alcançar.
- Guarde os fósforos, velas, incensos, cigarros e isqueiros, em zonas inacessíveis à criança.
- Verifique sempre a temperatura da água antes do banho da criança.

17

RECOMENDAÇÕES AOS PAIS

- Proteja as tomadas elétricas com protetores.
- Coloque grades protetoras à frente de radiadores, lareiras, ou noutras fontes de calor.
- Desligue os eletrodomésticos, depois de usados, e enrole os fios.

18

PREVENÇÃO DA QUEIMADURA SOLAR

- Evite a exposição solar entre as 11h e 16h.
- Utilize vestuário (roupas leves e chapéu) que a proteja contra o Sol e raios UV.
- Durante a exposição solar, deve ser aplicado à criança, um adequado protetor solar (índice superior a 30) várias vezes.

19

INTOXICAÇÕES



A maioria das exposições ocorre dentro de casa ou nos arredores, por isso modificar o ambiente, e limitar o acesso a tóxicos, confere uma maior proteção à criança.

20

RECOMENDAÇÕES AOS PAIS

- Guarde os produtos tóxicos fora do alcance das crianças (medicamentos, produtos de limpeza, pesticidas, herbicidas, cosméticos, produtos de higiene pessoal).
- Coloque dispositivos de segurança nas portas dos armários.
- Mantenha os produtos guardados nas embalagens originais.

21

RECOMENDAÇÕES AOS PAIS

- Utilize embalagens com tampas de segurança.
- Não utilize embalagens vazias de bebidas ou alimentos para acondicionar outros produtos.
- Nunca deixe bebidas alcoólicas ao alcance das crianças.

22

QUEDAS

Acontecem sobretudo devido a comportamentos errados dos adultos e porque estes tendem a subvalorizar as capacidades das crianças.



23

RECOMENDAÇÕES AOS PAIS



- **Andarilhos** – evite o seu uso. Podem provocar acidentes graves, especialmente perto de escadas.
- **Janelas** - devem estar protegidas, com fecho de segurança e limitador de abertura (10 cm).

24

RECOMENDAÇÕES AOS PAIS

- **Escadas** – proteja-as com cancelas verticais com uma altura não inferior a 65 cm, e um sistema de abertura e fecho que seja difícil de manusear pela criança.



25

ASPIRAÇÃO, ASFIXIA E ENGASGAMENTO

A maioria dos casos de obstrução da via aérea em bebês e crianças ocorre durante a alimentação ou quando estas se encontram a brincar com objetos de pequenas dimensões.



26

ASPIRAÇÃO, ASFIXIA E ENGASGAMENTO



É mais frequente no segundo ano de vida devido à maior tendência em colocar os objetos na boca. Aos 12 meses a criança já consegue mastigar bem, mas apresenta dificuldade com pedaços grandes de alimentos.

27

RECOMENDAÇÕES AOS PAIS

- Deite o bebê com os pés a tocar o fundo da cama e com a roupa até à altura dos ombros
- Não coloque fios ou cordões ao pescoço do bebê.
- Mantenha fora do alcance da criança: sacos de plástico, balões, moedas, cliques, pilhas, parafusos, jóias, alfinetes.

28

RECOMENDAÇÕES AOS PAIS

- Até aos 4-5 anos evite dar à criança pedaços grandes e arredondados de alimentos (frutos secos, pastilhas, gomas, rebuçados, carne rija).
- Escolha o brinquedo de acordo com a idade e o desenvolvimento da criança.
- Até aos 3 anos, os brinquedos não devem ter peças pequenas.

29

RECOMENDAÇÕES AOS PAIS



Em caso de obstrução da via aérea com corpo estranho, a tosse espontânea é a forma mais eficaz da criança expulsar o corpo estranho.

30

ACIDENTES RODOVIÁRIOS

Andar de carro é
perigoso...
E o lugar mais
perigoso é
ao colo do adulto,
mesmo apenas por
alguns minutos.



31

RECOMENDAÇÕES AOS PAIS

A primeira viagem
já deve ser em
segurança.
Verifique se a
cadeira é
adequada para
recém nascidos



32

Escolha da cadeira



1º - Possuir a etiqueta “E”. Esta dá-nos a certeza que cumpre os critérios de segurança para o transporte da criança.

2º - Dar preferência a cadeiras homologadas pela versão 04, mais recente que a 03. Ser da categoria Universal para se adaptar a qualquer veículo.



33

(D-G-3,2011)



Grupo 0:

até aos 13 Kg (0-24 meses)
Sempre voltada para trás e presa



34

RECOMENDAÇÕES AOS PAIS



Instale-a voltada para trás.

É possível que antes de ter um ano, o bebé já não caiba na cadeira.

No entanto deverá continuar a viajar numa cadeira voltada para trás até aos 3 ou 4 anos

35



Grupo I:

9-18 Kg (1-4 anos)

Viajar com o bebé na cadeirinha voltado para trás.



36

Estudos feitos revelam que, em caso de acidente, esta posição salva a vida de 9 em cada 10 crianças. Protege eficazmente a cabeça e o pescoço.



(D.G.S,2011)

37



Grupo II:

15-25 Kg (3-6 anos)

A criança está sentada na cadeira, voltada para a frente e segura com o cinto de segurança do automóvel



38



Grupo III:

22-36 Kg (5-12 anos e até 1,5 m de altura).

O banco elevatório está preso no carro e a criança é segura pelo cinto de segurança do automóvel.



39

Grupo	Peso	Idade	Posição	Lugar
0	Até 10 Kg	Até 1 Ano	VT	BF* ou BT
0+	Até 13 Kg	18-24 Meses	VT	BF* ou BT
I	9-18 Kg	1-4 Anos	VT ou VF	BF* ou BT
II	15-25 Kg	3-6 Anos	VF	BF* ou BT
III	22-36 Kg	5-12 Anos	VF	BF* ou BT

(D-G-3,2011)

40

VIAJE EM SEGURANÇA



41

RECOMENDAÇÕES AOS PAIS

NA RUA

- Supervisione a criança enquanto brinca em espaços abertos.
- Ensinar as regras para atravessar as estradas, e agir de acordo com elas.
- Não permita que a criança ande de triciclo ou bicicleta sem capacete.

42

RECOMENDAÇÕES AOS PAIS

- Ensine à criança as regras para atravessar as estradas, e aja de acordo com elas. As crianças agem por imitação.



43

TELEFONES UTEIS

Centro de Saúde	219348880
Bombeiros Odivelas	219348290
S.O.S –Criança	800202651
CIAV - Centro de Informação antivenenos	808250143

44

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APSL (20 de Junho de 2003). Os acidentes no 1º ano de vida. Lisboa.
- APSL (12 de Junho de 2012). *Perfil de segurança do país*. Obtido em 20 de Junho de 2012, de www.apsl.pt
- APSL (12 de Junho de 2012). *Relatório de avaliação de segurança infantil*. Obtido em 20 de Junho de 2012, de www.apsl.pt
- Berman, M. e. (2003). *Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil*. Lisboa: Lusociência.
- Brazelton, T. (2002). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Barcelona: Editorial Presença.
- Cardoso, M. M. (2001). Prevenção de acidentes infantis. *Nursing* n.º 118, 23-29.
- Direção-Geral da Saúde. (7 de Junho de 2006). *Plano Nacional de Saúde Escolar*. Obtido em 4 de Março de 2012, de Ministério da Saúde: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/Programa Nacional de Sa%C3%BAde Escolar.pdf>
- Fonseca, V. (2004). *Desenvolvimento Humano – Da Filogénese à Ontogénese da Matricidade*. Lisboa, Editorial Notícias.
- Harrison, T. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care. *Journal of Pediatric Nursing* vol 25, n.º 3, 335-343.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (3ª Edição ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Ordem dos Enfermeiros. (20 de Outubro de 2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem*. Obtido em 4 de Março de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/Legislacao/OE_RegulamentoCompetenciaCriancaJov_aprovadoAG_20No_v2010.pdf
- Papalia et al. (2001). *O Mundo da Criança*, 8ª edição. Lisboa.

45

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

Elaborado por:

Graciete Fernandes (aluna do 3º Curso de
Mestrado ESIP)

Orientadora:

Célia Palmeiro

Docente:

Prof. Manuela Soveral

46



OBRIGADO !

APÊNDICE XXI

Checklist de aspetos a observar na consulta de saúde infantil

CHECKLIST DE ASPECTOS A OBSERVAR NAS CONSULTAS DE SAÚDE INFANTIL

Observação nº _____

Data: ____/____/____

Idade:

Sexo:

Acompanhada por:

Contexto:

Características do desenvolvimento da criança

O RN apenas consegue levantar a cabeça por breves segundos

Mexe e agita os membros

Brinca com as próprias mãos

Tenta alcançar brinquedos suspensos

Leva tudo à boca

Rola sobre si próprio

Senta-se sem apoio

Gatinha

Tenta colocar-se de pé, agarrando-se aos móveis

Gosta de arrumar e desarrumar brinquedos

Imita comportamentos

Sobe e desce escadas

Explora o meio ambiente

Corre

Anda de triciclo

Estratégias Utilizadas pelos pais visando a prevenção de acidentes

No banho põe primeiro a água fria

No banho põe primeiro a água quente

Criança dorme sozinha na sua cama

Camas com grades segundo as normas europeias

Nunca deixar a criança sozinha no muda fraldas

Manter a criança afastada de ferros, torradeiras, bules, líquidos quentes

Evitar toalhas compridas na mesa

Usar tapetes antiderrapantes

Proteções de esquinas

Proteções nas tomadas eléctricas

Proteções nas escadas

Trincos de segurança em janelas e varandas

Detergentes em local inacessível

SRC adequado

Uso de capacete para bicicletas e triciclos

Sofreu algum tipo de acidente:

Notas:

APÊNDICE XXII

“Intervenção do Enfermeiro na Prevenção de Acidentes
na Primeira Infância” - ação de formação

PLANO DE SESSÃO

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

Unidade Curricular – Estágio com relatório

Tema da sessão: *“Intervenção do enfermeiro na Prevenção de Acidentes na primeira infância”*

Destinatários: Enfermeiros da UCSP Odivelas A

Preletora: Enf^a Graciete Fernandes

Professora Orientadora: Prof.^a Manuela Soveral

Enfermeira Orientadora: Enf.^a Célia Palmeiro

Objetivo Geral:

- Promover uma cultura de Segurança.

Objetivos específicos:

- Contextualizar os acidentes a nível nacional.
- Refletir sobre a intervenção do enfermeiro na Prevenção dos acidentes.
- Motivar a equipa de enfermagem para a utilização de estratégias Conducentes à prevenção de acidentes na 1^a infância.

Método pedagógico: expositivo

Duração: 30 minutos

Data/Hora: 14 de Fevereiro de 2013, às 12h.30

Local: Sala de Saúde Infantil.

Fases	Conteúdos	Metodologia	Meios e Equipamentos	Duração (Minutos)
Introdução	- Apresentação da formadora, justificação do tema, objetivos e sumário.	Expositiva	Computador; Apresentação em PowerPoint	3 Minutos
Desenvolvimento	- Conceitos - Contextualização dos acidentes - Acidentes mais frequentes relacionados com a fase de desenvolvimento - Sistemas de retenção - O papel do enfermeiro	Expositiva	Computador; Apresentação em PowerPoint	15 Minutos
Conclusão	- Sintetizar as ideias chave. - Apresentação do folheto “Viajar em Segurança”, <i>poster</i> “Prevenção de Acidentes em casa”	Expositiva	Computador; Apresentação em PowerPoint	5 Minutos
Avaliação	- Debate aberto a questões - Aplicação de questionário	Interrogativa e activa	Questionário	7 Minutos

SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: Intervenção do Enfº na prevenção de Acidentes na primeira infância

Destinatários: Enfermeiros da UCSP Odivelas A

Formador: Enfª Graciete Fernandes (aluna 3º Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização de Saúde infantil e Pediatria)

Orientador: Enfª Célia Palmeiro (EESIP)

Local: Sala de Saúde Infantil

Data: 14 de Fevereiro 2013, às 12.30h

Duração: 30 minutos



INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA PRIMEIRA INFÂNCIA



Elaborado por:
Graciete Fernandes

Enfª orientadora:
Célia Palmeiro

Docente:
Prof. Manuela Soveral

Lisboa, 14 Fevereiro 2013

Intervenção do Enfermeiro na Prevenção de Acidentes

CONTEÚDOS DA SESSÃO

- OBJECTIVOS
- CONCEITOS
- CONTEXTUALIZAÇÃO DOS ACIDENTES
- ACIDENTES MAIS FREQUENTES RELACIONADOS COM A FASE DE DESENVOLVIMENTO
- VIAJAR EM SEGURANÇA (D.G.S)
- O PAPEL DO ENFERMEIRO
- CONCLUSÃO
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



○ **Objetivos gerais:**

- Motivar a equipa de enfermagem para a utilização conducentes à prevenção de acidentes na 1ª infância



○ **Objetivos específicos:**

- Contextualizar os acidentes a nível nacional.
- Relembrar os acidentes mais frequentes de acordo com as características e etapa do desenvolvimento das crianças
- Reflectir sobre a intervenção do enfermeiro na Prevenção dos acidentes

CONCEITOS

Apesar de algumas conquistas, os acidentes em Portugal ainda são a maior causa de morte, internamento, idas às urgências, incapacidades e anos de vida perdidos nas crianças e jovens (APSI, 2012).

Acidente é definido pela Organização Mundial de Saúde como “um acontecimento independente da vontade humana, provocado por uma força exterior, agindo rapidamente e que se manifesta por dano corporal ou mental” (WHO, 2005).

Criança “é definida como todo o ser humano com menos de dezoito anos” (UNICEF, 1989, p. 6)

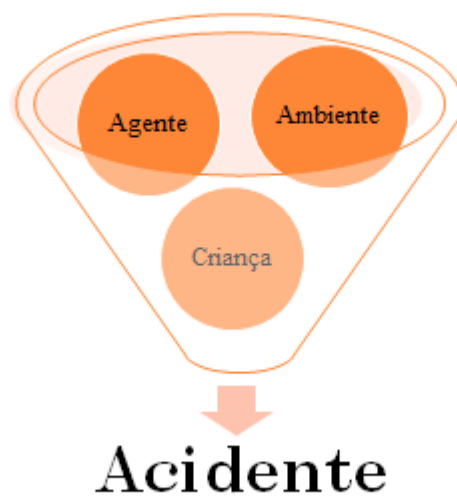
Desenvolvimento infantil refere-se à aquisição de competências e capacidades que acontecem ao longo da vida. (Bellman, M et al 2003).

Risco deve ser entendido “como uma circunstância social, interativa e dinâmica”. (Casas, 1998)

Perigo será “a eminência de concretização de uma ameaça, que coloca o indivíduo em situação limite de toda a sua integridade humana.” (Fonseca, 2004)

Prevenção consiste em antecipar os acontecimentos, evitando que algum dano aconteça, mediante o exercício de cuidados físicos, materiais, emocionais e sociais, motivo pelo qual as precauções se fazem necessárias, devendo ser compreendidas e praticadas pelas famílias (Souza, 2007).





CONTEXTUALIZAÇÃO

- Um estudo realizado pela APSI em 2010 indica que no triénio 2007-2009, morreram em média por ano, 38 crianças até aos 17 anos, 359 sofreram ferimentos graves e 4630 ferimentos ligeiros. Isto equivale a que, todos os dias em Portugal, em média, 14 crianças são vítimas de um acidente rodoviário.
- Segundo o relatório de afogamentos em Portugal (APSI, Junho 2011), entre 2002 e 2008, 144 crianças e jovens morreram na sequência de afogamento, 234 foram internados na sequência de afogamento e (50%) tinha entre os 0-4 anos.
- O sistema ADELIA revela que entre 2000 e 2009, 104 crianças morreram na sequência de uma queda e 40.000 tiveram que ser internadas.
- CIAV em 2007 registou 10.673 casos, 65% com menos de 4 anos.

- Na comunidade científica é consensual que os acidentes se apresentam como um grave problema de saúde pública.
- Por cada criança que morre, centenas de outras crianças são hospitalizadas e milhares são observadas nos serviços de saúde (OMS, 2008).
- Com a diminuição das taxas de natalidade e o envelhecimento crescente da população, torna-se importante para os países assegurar o seu futuro através de estratégias protectoras da infância.

ACIDENTES MAIS FREQUENTES RELACIONADOS COM A FASE DE DESENVOLVIMENTO

Desenvolvimento	Acidentes
0 - 3 Meses - O RN apenas consegue levantar a cabeça por breves segundos; - Com 3 meses, já se mexe e agita os membros; - Pode rebolar.	Queimaduras Asfixia Quedas Acidentes de Viação
3 - 6 Meses - Utiliza a força dos antebraços para levantar a cabeça e a região anterior do tórax; - Rebola; - Agarra e levanta a boca;	Engasgamento/ Asfixia Afogamentos Queimaduras Acidentes de viação
6 - 12 Meses - Aos 6-7 meses - rasteja e senta-se por pequenos períodos; - Aos 7-9 meses - Gatinha e fica de pé com apoio nos móveis; - Aos 10-11 meses- Apanha pequenos objectos com os dedos; puxa toalhas; - Aos 12 meses- fica em pé sem apoio - Anda	Traumatismos Intoxicações Electrocussão Quedas Engasgamento Acidentes de viação

ACIDENTES MAIS FREQUENTES RELACIONADOS COM AFASE DE DESENVOLVIMENTO

Desenvolvimento	Acidentes
1 - 2 Anos - Caminha sozinha; - Começa a correr; - Explora o ambiente 2- 3 Anos - Salta com ambos os pés; - Sobe e desce escadas; - Explora o ambiente, tentando descobrir como funcionam as coisas.	Traumatismos Intoxicações Electrocussão Quedas Engasgamento Acidentes de viação

Heckenberry, M., & Wilson, D. (2011).

11

VIAJAR EM SEGURANÇA



12



Escolha da cadeira

1º - Possuir a etiqueta "E". Esta dá-nos a certeza que cumpre os critérios de segurança para o transporte da criança.

O nº de aprovação tem de começar em 03 ou 04, significa que foi utilizada a norma mais recente. Deve ser da categoria Universal para se adaptar a qualquer veículo.



(D.G.S,2011)



Grupo 0:

até aos 13 Kg (0-24 meses)
Sempre voltada para trás e presa



Grupo I:

9-18 Kg (1-4 anos)

Viajar com o bebé
na cadeirinha
voltado para trás
até cerca dos 2 anos



Grupo II:

15-25 Kg (3-6 anos)

A criança está sentada na
cadeira, voltada para a
frente e segura com o cinto
de segurança do automóvel



Grupo III:

22-36 Kg (5-12 anos e até 1,5 m de altura).

O banco elevatório está preso no carro e a criança é segura pelo cinto de segurança do automóvel.

Grupo	Peso	Idade	Posição	Lugar
0	Até 10 Kg	Até 1 Ano	VT	BF* ou BT
0+	Até 13 Kg	15-24 Meses	VT	BF* ou BT
I	9-18 Kg	1-4 Anos	VT ou VF	BF* ou BT
II	15-25 Kg	3-6 Anos	VF	BF* ou BT
III	22-36 Kg	5-12 Anos	VF	BF* ou BT

Aconselha-se a que as crianças até aos 4 anos sejam transportadas em sistemas de retenção/cadeirinhas voltadas para trás para proteger eficazmente a cabeça e o pescoço frágil. Estudos feitos revelam que, em caso de acidente, esta posição salva a vida de 9 em cada 10 crianças.

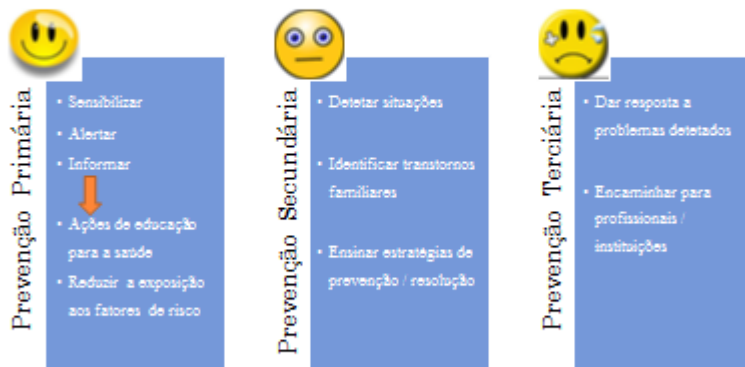


(D.G.S,2011)

19

O PAPEL DO ENFERMEIRO

Níveis de Intervenção



(Adaptado de Stanhope, & Lancaster, 2011)

20

O PAPEL DO ENFERMEIRO

- Implementar e gerir em parceria um plano de saúde, promotor, da parentalidade;
- Promover a auto estima da criança/família e a sua autodeterminação das escolhas relativas a comportamentos de saúde;
- Alertar os pais, através dos cuidados antecipatórios, para os riscos que as diferentes fases do desenvolvimento da criança acarretam;
- Diagnosticar precocemente as situações de risco do ambiente;
- Cuidar da criança/do jovem/família, aos três níveis de prevenção dos acidentes.

(OE, 2010)

CONCLUSÃO

Os ganhos em saúde só serão efetivos quando todos os intervenientes na prevenção dos acidentes, quer sejam políticos, responsáveis da justiça, profissionais de saúde, educadores, os *media*, fabricantes de brinquedos ou investigadores, trabalharem em conjunto, de forma articulada e sistemática, com ações e intervenções alvo de monitorização.

(APSI, 2012)

Intervenção do Enfermeiro na Prevenção de Acidentes

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APSL. (20 de Junho de 2003). Os acidentes no 1º ano de vida. Lisboa.
- APSL. (12 de Junho de 2012). *Perfil de segurança do país*. Obtido em 20 de Junho de 2012, de www.apsl.pt
- APSL. (12 de Junho de 2012). *Relatório de avaliação de segurança infantil*. Obtido em 20 de Junho de 2012, de www.apsl.pt
- Beman, M. a. (2003). *Escala de avaliações das competências no desenvolvimento infantil*. Lisboa: Lusociência.
- Brazelton, T. (2002). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Barcelona: Editorial Presença.
- Cardoso, M. M. (2001). Prevenção de acidentes infantis. *Nursing* n.º 116, 23-29.
- Direção-Geral da Saúde. (7 de Junho de 2006). *Plano Nacional de Saúde Escolar*. Obtido em 4 de Março de 2012, de Ministério da Saúde: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-433E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>
- Fonseca, V. (2004). *Desenvolvimento Humano – Da Filogénese à Ontogénese da Matricidade*. Lisboa, Editorial Notícias.
- Harrison, T. (2010). Family-Centred Pediatric Nursing Care. *Journal of Pediatric Nursing* vol 25, n.º 3, 333-343.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª Edição ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Ordem dos Enfermeiros. (20 de Outubro de 2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem*. Obtido em 4 de Março de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriancaJov_aprovadoAG_20No_v2010.pdf
- Papalia et al. (2001). *O Mundo da Criança*, 3ª edição Lisboa.

23



OBRIGADO !

24

APÊNDICE XXIII

Folheto intitulado “Viajar em Segurança”

Um acidente a 45 km/h equivale a uma queda do 3º andar.

Existe maior risco de acidente nas crianças, por serem leves e facilmente projectadas. Os músculos do pescoço e coluna são muito frágeis.

É obrigatório usar cinto de segurança ou cadeirinha mesmo em trajectos curtos.

Os sistemas de retenção salvam vidas, mas não fazem milagres. Conduza com precaução.

Nunca se esqueça que a segurança das crianças está nas suas mãos

Elaborado por:
Graciete Fernandes:
Aluna 3º curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediatria.
Orientadora: Célia Palmeiro (EESIP)
Docente: Manuela Soveral



**VIAJAR
EM
SEGURANÇA**



**UCSP
ODIVELAS A**



SABIA QUE...

- Transportar uma criança sem cadeira adequada é o mesmo que deixá-la numa varanda sem protecção.
- A utilização adequada de cadeiras ou bancos elevatórios reduz o risco de morte dos bebés em 71% dos casos e das crianças em 54%.

Fonte: Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, 2008

Escolha da cadeira

1º - Possuir a etiqueta "E". Esta dá-nos a certeza que cumpre os critérios de segurança para o transporte da criança.

2º - O nº de aprovação tem de começar em 03 ou 04, significa que foi utilizada a norma mais recente.



3º - Ser da categoria Universal para se adaptar a qualquer veículo.

4º - Confirmar se o sistema de retenção se ajusta ao veículo em que vai ser utilizado (verificar, por exemplo, se o cinto de segurança do banco traseiro tem comprimento suficiente para prender a cadeira virada para trás) e se adapta à criança a quem se destina.



Grupo 0:

Até aos 13 Kg
(0-24 meses)
Sempre voltada para trás e presa.



Grupo I:

9-18 Kg (1-4 anos)
Viajar com o bebé na cadeirinha voltado para trás até aos 3 anos é a melhor forma de proteger o seu pescoço frágil.



Grupo II:

15-25 Kg (3-6 anos)
Voltada para a frente a criança é segura com o cinto de segurança do automóvel.



Grupo III:

22-36 Kg (5-12 anos e até 1,5 m de altura).
A criança deve conseguir apoiar as costas no encosto e dobrar os joelhos na borda do banco.

UM SISTEMA DE RETENÇÃO SÓ TEM VALOR SE CORRECTAMENTE UTILIZADO

Sempre que a criança utiliza o cinto de segurança:

- A faixa diagonal deve passar sobre o ombro e não por baixo do braço;
- A faixa horizontal deve passar junto às coxas e não sobre a barriga;
- Deve ajustá-lo bem ao corpo sem ficar folgado ou torcido.



APÊNDICE XXIV
Reflexão escrita sobre o estágio
nos Cuidados de Saúde Primários



**3º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

REFLEXÃO ESCRITA DO ESTÁGIO

UCSP Odivelas A

Professora Orientadora: Manuela Soveral

Enfermeira Orientadora: Célia Palmeiro

Aluna:

Graciete Fernandes

Lisboa, Fevereiro de 2013

ÍNDICE

1 – CARACTERIZAÇÃO DA UCSP ODIVELAS A

2 – DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO PERCURSO DESENVOLVIDO

3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS ODIVELAS A

Os ACES, serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, são constituídos por várias unidades funcionais, tendo por missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos. Têm em vista a resposta aos problemas de saúde da comunidade, intervindo aos três níveis de prevenção, de acordo com as necessidades. (DL n.º 298/2007)

Destas unidades funcionais constam as Unidades de saúde familiar (USF), as Unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), as Unidades de cuidados na comunidade (UCC), as Unidades de saúde pública (UCP) e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), podendo existir outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários pelas Administrações regionais de saúde. Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do ACES (ACES, 2012).

O presente ensino clínico decorreu na UCSP Odivelas A, que pertence ao ACES V de Odivelas. Esta unidade encontra-se sediada na rua dos bombeiros voluntários nº 7, num edifício de habitação de 4 andares. Serve cerca de 32.000 utentes das freguesias de Odivelas e Ramada, dos quais aproximadamente 15.000 não têm médico de família.

A nível de recursos humanos conta com: uma equipa de 12 médicos, 11 enfermeiros, 6 assistentes técnicos e 4 assistentes operacionais, por vezes tem alguns elementos que vêm através do protocolo de colocação dos centros de emprego (dão apoio a nível administrativo) e cujo vínculo cessa ao fim de 1 ano de funções.

Em relação aos enfermeiros, 7 são do quadro e 4 encontram-se em regime de acumulação de funções, pelo que o seu horário e distribuição de férias tem de ser em consonância com as instituições de origem.

A coordenação da equipa de enfermagem é feita pela Sr^a Enfermeira Célia Palmeiro, que tem a seu cargo a realização dos horários e distribuição dos

enfermeiros pelas respectivas actividades, bem como a gestão de recursos humanos, materiais e serviços associados às actividades de enfermagem.

Os programas em funcionamento são os seguintes: Saúde infantil e juvenil, Saúde Materna, Saúde do Adulto e do Idoso, Vacinação, Sala de tratamentos e Intervenção Comunitária.

O horário de funcionamento é de 2ª feira a 6ª feira das 8 às 18 horas.

As instalações físicas são compostas por:

Cave

Vestiários

Pequena sala para refeições

Sala de reuniões (de momento interdita por ruptura/infiltração/fungos)

Rés-do-chão

Funciona a área administrativa

1 Sala para atendimento a utentes com limitações na mobilidade

1º Andar

5 Gabinetes médicos

1 Sala de espera

2 Casas de banho

1 Sala de vacinação

1 Sala de saúde infantil

1 Sala de saúde materna

2º Andar

1 Sala de espera

2 Gabinetes de dentistas

1 Sala de tratamentos

1 Sala de injectáveis

1 Sala para situações de urgência

2 Gabinetes médicos

3º Andar

Ocupado pela Unidade de saúde pública

4º Andar

1 Gabinete para planeamento familiar

2 Casa de banho

1 Sala de espera

1 Gabinete da enfermeira responsável

4 Gabinetes médicos

1Gabinete para a psicóloga

Ao longo do edifício existem diversos espaços para armazenamento logístico e clínico, bem como áreas adaptadas à zona de limpos e sujos.

As instalações começaram por ser provisórias, mas já se passaram 30 anos. Apesar de ter sofrido alguns melhoramentos ao longo dos anos, sobretudo pintura, de momento é visível o envelhecimento das instalações sobretudo nas canalizações e isolamento.

O edifício dispõe de um elevador com capacidade para 4 pessoas, mas pelas suas dimensões e inexistência de rampas de acesso é difícil o transporte de carrinhos de bebé e cadeiras de rodas, o acesso ao elevador faz-se depois de subir 4 degraus.

2 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DO PERCURSO DESENVOLVIDO

(UCSP Odivelas A)

O ensino clínico em Cuidados de Saúde Primários decorreu na Unidade de cuidados de Saúde Personalizados de Odivelas pertencente ao ACES V no período de 2 de Jan. a 1 de Fev. de 2013 e de 11 de Fev. a 15 de Fev. de 2013

Esta unidade de saúde situa-se no centro de Odivelas e atende a população referente às freguesias de Odivelas e Ramada, cerca de 32.000 utentes. A escolha deste local de estágio, baseou-se no facto de ser o local onde exerço funções, pelo que detenho já algum conhecimento da população abrangida e perspectivava algumas necessidades de intervenção. Após a minha passagem por unidades e serviços diferentes no âmbito da minha formação e onde adquiri conhecimentos teóricos e práticos que me permitiram o desenvolvimento de competências, foi meu objectivo terminar o estágio na Unidade que melhor conheço para implementar o meu projecto.

No contexto de aquisição e desenvolvimento de competências e aperfeiçoamento profissional, delineei objetivos no projeto de estágio que me propus atingir.

Objetivos gerais:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/família nos diferentes contextos de estágio com elevado grau de qualidade.
- Desenvolver um Programa de intervenção de Enfermagem na Prevenção de Acidentes na primeira infância.

Objetivos específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem com supervisão do Enfº especialista à criança e ao jovem e sua família.
- Promover a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/no jovem e família seguidos na UCSP Odivelas A.
- Analisar os conhecimentos/comportamentos dos pais relativamente à prevenção de acidentes da criança na primeira infância.
- Motivar a equipa de enfermagem para a utilização de estratégias conducentes à prevenção de acidentes na 1ª infância.

Para analisar as atividades desenvolvidas neste estágio baseei-me nos objetivos específicos que passo a citar:

Objetivo específico

➤ **Prestar cuidados de enfermagem com supervisão do Enfº especialista à criança e ao jovem e sua família;**

Ao longo do estágio prestei cuidados na área da Saúde Infantil e Vacinação. Fui orientada pela srª Enfª Célia Palmeiro EESIP e também responsável pela Unidade. Para atingir os objectivos a que me propus, realizei uma pesquisa exaustiva sobre as actividades de enfermagem aplicadas aos cuidados de saúde primários, direccionadas para a promoção da saúde, prevenção da doença, cuidados centrados na família e parceria de cuidados. Ao mesmo tempo procurei aprofundar conhecimentos sobre o desenvolvimento da criança em todos os estádios, bem como as características do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e a sua aplicabilidade/adaptação aos cuidados de saúde primários. Em cuidados de saúde primários, a enfermagem integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, evidenciando-se as actividades da educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade (Correia et al.2001)

O programa – tipo de actuação (DGS, 2005) valoriza os cuidados antecipatórios como factor de promoção de saúde, nomeadamente, facultando aos pais os conhecimentos necessários para o melhor desempenho da sua função parental. O mesmo programa assinala como objectivos da consulta, entre outros, a avaliação do crescimento e desenvolvimento; o estímulo de opções por comportamentos saudáveis; a promoção do cumprimento do programa nacional de vacinação; da saúde oral e prevenção de Acidentes, a detecção precoce e encaminhamento em situações que possam afectar negativamente a qualidade de vida da criança.

As consultas de saúde infantil nesta unidade são por norma realizadas por uma enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediatria, podendo haver o apoio de uma Enfermeira generalista (por aumento do nº de consultas ou ausência da primeira).

O primeiro contacto da criança com a UCSP, ocorre normalmente aquando da realização do Diagnóstico Precoce (entre o 3º e o 6º dia de vida). Este deve ser marcado telefonicamente, após a alta da Maternidade. Neste período de estágio realizei 15 testes de Guthrie, como estamos no Inverno e os bebés têm os pés muito frios, fazia sempre uma massagem no pezinho do bebé de forma a evitar a vasoconstrição e picadas desnecessárias. Antes de iniciar o procedimento, explicava-o aos pais, valorizando o facto de que a razão principal que leva o RN

a chorar não é a dor, mas sim o facto de estar com o pezinho seguro e a ser levemente pressionado. Alertei sempre os pais das principais doenças detectadas pelo teste e informei-os da possibilidade de pesquisarem em sítio da Internet próprio o resultado do teste, fornecendo-lhes o destacável do boletim como preconizado. Era comum os pais no final do teste confidenciarem que anteriormente tinham a percepção que este procedimento era mais doloroso para o RN. Penso que é de extrema importância o esclarecimento do procedimento aos pais de forma a reduzir-lhes a ansiedade e de lhes explicar duvidas e ainda fazer uso de medidas não farmacológicas de alívio da dor do RN.

A realização do diagnóstico precoce é o momento ideal, para se realizar a primeira observação do bebé, com avaliação geral das características esperadas para a idade (estatura, peso, estado das fontanelas, presença de reflexos primitivos...). Incentivar os pais a colocar as suas dúvidas sobre os cuidados prestados ao bebé no que diz respeito ao banho, à segurança, à alimentação e ao sono e repouso. O enfermeiro encontra-se sempre disponível para o esclarecimento de qualquer dúvida dentro das suas competências. Uma das maiores dificuldades sentida pela quase totalidade das mães prende-se com problemas relacionados com a amamentação. Integrando o modelo de promoção de saúde de Nola Pender este apoio é muito importante, pois as mães encontram-se numa fase em que se deparam com muitas dificuldades na amamentação (Barreiras percebidas à acção), sendo propícia a desistência desta. A intervenção do EESIP é de grande importância, salvaguardando os benefícios que a amamentação trás para o recém-nascido.

O enfermeiro especialista detém um papel primordial pois pode influenciar ou clarificar valores, proporcionar mudanças de convicções e atitudes, facilitar a aquisição de competências e ainda conduzir a mudanças de comportamentos e estilos de vida (Carvalho e Carvalho, 2006), por tudo isto hoje consigo perceber que o Modelo de Nola Pender é o que melhor se adapta aos cuidados de saúde primários.

Depois da realização do diagnóstico precoce, é marcada uma consulta de enfermagem aos 15 dias de vida do bebé, importante para estimular e verificar a eficácia da amamentação, através da avaliação ponderal do peso do bebé, Detecção de possíveis complicações e esclarecimento de dúvidas dos pais.

É essencial que o RN tenha recuperado o peso com que nasceu, ou mesmo que tenha aumentado. Caso não aconteça o esperado, rever com os pais o

horário da amamentação, o tempo de jejum nocturno e diurno, a duração da mamada, fazer ensino sobre sinais de fome e desidratação. Se estiverem todos os parâmetros sem alterações significativas do esperado, ponderar a introdução de leite artificial. Com estas actividades desenvolvi as competências (E3.1,E3.1.1,E3.1.2,E3.1.3,E3.2.4,E3.2.5,E3.2.6).

A 1ª consulta médica é realizada até aos 28 dias de vida. Posteriormente, procura-se que as consultas de Enfermagem coincidam com os momentos de vacinação.

Na minha interacção com a criança/jovem e família comuniquei com elas sendo sensível às suas características individuais, como a idade, estágio de desenvolvimento, capacidade de compreensão e à Cultura (O.E,2009). Esclareci dúvidas dos pais nomeadamente em relação aos primeiros meses de vida da criança, promovi a amamentação, expliquei aos pais a importância do aleitamento materno, englobando as vantagens e desvantagens. O leite materno previne que o bebé desenvolva infecções gastrointestinais, respiratórias e urinárias e tem um efeito protector contra alergias.

Como enfermeira pretendente a especialista em SIP compete-me ter em atenção tais recomendações, numa perspectiva de promoção da saúde e da garantia da qualidade dos cuidados, uma vez que se defendem os melhores interesses da criança e sua mãe: *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”* (OE, 2001 pág. 8).

Nesta Unidade além de consultas de saúde infantil precedidas de consultas médicas foi implementado à 6 meses consultas autónomas de enfermagem. No 1º. Mês, são avaliados os parâmetros antropométricos (peso, comprimento e perímetro cefálico), o estado das fontanelas (normotensão, hipertensão, depressão), a pele, a vitalidade, o sorriso, a interacção com a mãe e/ou pai e os estranhos. Faz-se educação para a saúde fornecendo aos pais os cuidados antecipatórios relativamente a: aleitamento, posição de deitar, sono, eliminação, conduta face a sinais e sintomas, Prevenção de acidentes.

No 2º. Mês, além das avaliações efectuadas no 1º. Mês inicia-se a administração das vacinas: 2ª. dose VHB (anti – hepatite B) e a 1ª da DTPa Hib (diftria, tétano, pertussis e anti – *haemophilus influenzae* serotipo b) e VIP (vacina anti-poliomielite inactivada), e assim sucessivamente nas restantes consultas, cumprindo-se o Programa Nacional de Vacinação.

As consultas de vigilância de saúde são programadas para as idades chave de

modo a acompanhar todo o processo de desenvolvimento e crescimento. A escala utilizada para a avaliação do Desenvolvimento é a de Mary Sheridan, nesta escala podemos avaliar a postura e motricidade global, a visão e motricidade fina, a audição e linguagem e o comportamento social e jogo.

No que diz respeito à vacinação esta está inserida nas consultas de vigilância, pelo que optei sempre por a realizar no final da consulta, independentemente da idade da criança. Se o choro dos bebés dificulta o seguimento da consulta, já em caso de crianças maiores, muitas vezes a confiança terapêutica fica diminuída. Antes da vacinação, explicava o procedimento à criança com linguagem perceptível à sua faixa etária e durante a consulta validava o estado de saúde da criança de forma a despistar possíveis doenças ou alergias, realizei ensinamentos personalizados e individualizados após, realizada educação para a saúde relacionada com as reacções pós-vacinais, alertando ainda para a próxima vacinação, ficando já agendado. O que me permitiu o desenvolvimento das seguintes competências (E1.1,E1.1.1,E1.1.2,E1.1.4,E1.1.5). Aquando da administração de vacinas, procurava que a criança estivesse o mais confortável possível, ao colo dos pais, sendo acarinhada de forma a reduzir a dor. Em termos éticos, estes cuidados trazem benefícios para a criança. O Enfermeiro Especialista: *“Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados”*

A Direcção Geral Saúde (2005) refere que compete aos profissionais de saúde divulgar o programa nacional de vacinação, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas susceptíveis. Pender *et al* (2002) no modelo de promoção de saúde referem que os profissionais de saúde, onde os enfermeiros se incluem, constituem parte do ambiente interpessoal que exerce influência sobre as pessoas ao longo do ciclo vital. Neste sentido é importante motivar, esclarecer e incentivar a criança/ família no cumprimento do plano nacional de vacinação.

Assim, administrei vacinas a crianças nas diversas idades abrangidas pelo plano nacional de vacinação (PNV) e outras (esquemas em atraso e tardios).

Neste sentido estas actividades permitiram-me desenvolver, no domínio da prestação de cuidados especializados, a competência “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (O.E, 2009).

O registo da vacinação nos sistemas informáticos e no boletim de vacinas eram realizados previamente ao procedimento, o que considero benéfico pois permite-

nos detectar algum possível erro.

Apesar de não estar contemplado no meu projeto achei importante realizar consultas de saúde infantil dos 5-6 anos como preconizado pela DGS: Exame global de saúde. Nos cuidados de saúde primários todos os anos no período entre Jan./Maio são feitas as convocações e realização dos exames globais de saúde.

A avaliação da criança nesta faixa etária é igualmente importante uma vez que coincide com o ingresso no 1º ciclo do ensino básico. Nesta consulta podemos despistar vários problemas, nomeadamente a nível de audição, visão, linguagem e postura entre outros. É feita uma avaliação do crescimento físico e capacidades motoras/cognitivas, outro aspeto importante é perceber os padrões de sono e alimentação fornecendo informações se necessário. Este é também o momento ideal para fornecer à criança orientações sobre prevenção rodoviária. Nesta faixa é difícil a supervisão devido à sua actividade motora aumentada bem com a autonomia, e muitas começam a ir para a escola sozinhas.

Considero que realizar este estágio sob a orientação da Enfermeira Célia foi de grande benefício visto esta ser dotada de conhecimentos adequados à promoção do desenvolvimento infantil, como enfermeira especialista em cuidados de saúde Primários é uma referência para os pais, desenvolve com eles uma relação de perfeita confiança, daí os nossos pais não faltarem às consultas só de enfermagem e é também uma referência para equipa quer na área assistencial quer na área da gestão. No domínio assistencial foram várias as ocasiões em que foi solicitada por outros elementos para dar apoio em situações mais diferenciadas e casos mais complexos. Verificou-se ainda diferença significativa no decorrer das consultas quer no tipo de abordagem junto dos utentes quer na natureza dos registos efectuados. Foi visível uma maior sistematização da consulta e dos aspectos a abordar assim como a própria abordagem à criança e família. Detentora de um conhecimento teórico bem suportado, com grande capacidade de articulação de conhecimentos visível no decorrer das consultas e facilidade em transitar de uma temática para outra. Este foi um aspecto bastante enriquecedor para a minha aprendizagem na medida em que, como refere Macedo (2001, p.11) *“o estágio assegura experiências significativas e exemplificativas da realidade, no sentido de se promoverem as competências”*. A observação da prestação de cuidados por este profissional e das estratégias que desenvolveu para dar resposta às solicitações numa óptica de cuidados de excelência foram de facto uma mais-valia em

termos formativos e pessoais. No que concerne à gestão era também responsável pelos recursos clínicos o que lhe fornecia um manancial de conhecimentos neste domínio. O pedido de material de consumo, as normas de acondicionamento e a gestão de stocks eram algumas das suas actividades neste domínio.

Todos os registos são feitos no Sinus e Sape registando-se todos os cuidados desenvolvidos nas consultas. Não existe um modelo conceptual que dê suporte às intervenções, as mesmas são baseadas no programa tipo de saúde infantil e juvenil.

Todas as consultas que realizei basearam-se nas avaliações globais de saúde, associadas à prevenção, cuidados antecipatórios e educação para a saúde, visando a promoção da saúde. Neste sentido foi importante a interacção não só com as crianças mas também com os pais pois sabemos que estes exercem uma influência determinante nos comportamentos de saúde dos filhos

➤ **Promover a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/no jovem e família seguidos na UCSP Odivelas**

A

A população inscrita na UCSP Odivelas possui uma variedade multicultural bastante evidente, com imigrantes oriundos da Europa de Leste, da África, da Ásia, da América Latina, entre outros. A diversidade cultural é de tal modo rica, que a prestação de cuidados requer adaptação constante a cada cultura e pessoa/família que encontramos. Tal como refere Barradas (2009, p. 8) “ (...) *o cuidar na multiculturalidade revela-se como o futuro da enfermagem devido à situação mundial de mobilidade humana e globalização*”, nunca descurando que o direito à saúde deve ser um direito universal, dentro da cultura e das crenças individuais.

Independentemente da cultura e dos hábitos, em todas as consultas foi minha preocupação validar com os pais os seus conhecimentos sobre prevenção de acidentes, e se necessário, informá-los sobre o desenvolvimento do filho e os acidentes mais frequentes nesse período, com vista à sua prevenção.

Tive a oportunidade de promover o crescimento e desenvolvimento infantil, comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (O. E, 2009)

Segundo Brazelton (2002), o bebé humano, ao contrário de outros mamíferos, nasce razoavelmente “inacabado” do ponto de vista de maturação neuro-

sensorial sendo muito dependente do meio que o rodeia e da protecção da sociedade. Como tal, os pais assumem um papel importante para proporcionar à criança um desenvolvimento adequado e um ambiente seguro.

Na sociedade actual o modelo de cuidados de saúde dominante é o do auto cuidado incentivando o indivíduo e a família a desempenhar um papel activo no âmbito da saúde (Pender *et al.* 2002)

A consulta de enfermagem é o momento ideal para informar, aconselhar, orientar e envolver os pais na prestação de cuidados de forma a promover um desenvolvimento infantil harmonioso, já que são os pais as pessoas mais próximas da criança. Em saúde infantil este aspecto assume particular importância uma vez que os primeiros anos de vida poderão ter repercussões e condicionar o desenvolvimento e o nível de saúde futuros.

A manutenção e a promoção da saúde da criança/jovem e da família são uma exigência para a qualidade dos serviços e cuidados prestados, devendo ser integrada na família (D.G.S, 2004) como forma basilar de promoção de estilos de vida saudáveis.

Uma estratégia sustentável de promoção da segurança e prevenção dos acidentes com crianças passa por uma mudança de cultura e de comportamentos das famílias.

Papalia, Olds e Feldman (2001), mencionam que na sociedade actual a família é a célula vital que fortalece o processo de crescimento e desenvolvimento físico, psico, afectivo e social dos seus membros, sendo nos primeiros anos de vida que esta tem influência fundamental no desenvolvimento da criança.

Complementando Pedro (2005), refere que as estratégias de intervenção devem começar pelos pais, porque estes são os principais agentes de ensino dos seus filhos, pois há uma forte evidência que as abordagens educativas adequadas e prolongadas por toda a vida, o apoio às famílias com permanência de serviços adequados podem melhorar o desenvolvimento e despertar competências na criança.

O Programa -Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2005) prevê a abordagem de um conjunto de cuidados antecipatórios, a nível individual e colectivo, ao longo de todas as consultas dos 0 aos 18 anos. As Acidentes e a Segurança são temáticas obrigatórias que deverão ser abordadas transversalmente, em todas as consultas programadas.

Sendo os acidentes domésticos os de maior prevalência na primeira infância, elaborei um *poster* sobre “Prevenção de Acidentes em Casa” para afixar na sala

de espera com o objectivo de sistematizar e estruturar as intervenções aconselhadas para a Prevenção de acidentes. A sala de espera é um óptimo local para dinamizar projectos na área da educação para a saúde, aqui pais e crianças passam algum tempo, que por vezes se torna angustiante. No sentido de colmatar esta deficiência elaborei diapositivos para passar em CD Sobre “Prevenção de Acidentes”. O filme seguiu para aprovação do conselho clínico .

É fundamental que todos os profissionais de saúde, mas essencialmente os enfermeiros se sensibilizem sobre a necessidade de acompanhar as famílias nas dificuldades do cuidar a criança e da importância de fornecer aos pais conhecimentos adequados para que estes possam proporcionar aos seus filhos momentos interactivos, de forma a influenciar positivamente toda a sua aprendizagem, pois como nos refere Papalia et al (2001), “Os pais constituem uma importante influência porque são eles que fornecem á criança o primeiro ambiente de aprendizagem”.

A médio prazo penso também vir a realizar sessões sobre segurança infantil na sala de espera uma vez por mês.

O papel do EESIP é determinante em todo o processo de desenvolvimento da criança/jovem, as actividades de enfermagem devem ser organizadas em função da criança/jovem/família e construídas infra-estruturas ao nível de conhecimentos, habilidades, comportamentos e atitudes, que permitam aos pais/responsável pela criança cuidar dos filhos com autonomia.

No serviço deixei um dossier com bibliografia (artigos, recomendações da DGS e da APSI, Relatórios).

Enquanto futura ESSIP penso ter contribuído para proporcionar benefícios essenciais para a saúde da população, designadamente no acesso aos cuidados de saúde eficazes, integrados e coordenados garantindo a sua continuidade. Foi para mim muito importante participar activamente em todas as consultas de enfermagem ajudando a capacitar a criança/jovem/família na gestão do seu projecto de saúde.

➤ **Analisar os conhecimentos/comportamentos dos pais relativamente à prevenção de acidentes da criança na primeira infância**

Para a consecução deste objectivo, centrei a minha actividade na observação. Tendo presente que *“A observação compreende o conjunto das operações através das quais o modelo de análise é confrontado com dados observáveis”* (Quivy 2005). Tendo observado que alguns pais continuam a chegar às

consultas de saúde infantil com os bebés em carrinhos com vários cobertores por baixo e por vezes os respectivos cintos, que suscitou em mim a necessidade de perceber os seus comportamentos, relativamente à prevenção de acidentes na primeira infância. Os pais são as pessoas mais próximas da criança é importante envolvê-los na prestação de cuidados, de forma a promover um desenvolvimento infantil harmonioso.

Com base em pesquisa bibliográfica construí uma checklist de aspectos a observar na consulta de saúde infantil. A checklist contemplou dois aspectos principais: Características do desenvolvimento da criança e as estratégias utilizadas pelos pais visando a prevenção de acidentes. Este instrumento foi útil na orientação e sistematização dos aspectos a observar ao longo da consulta. Fortin (2003, p.241) diz-nos que *“a observação é o que consiste em colocar questões relativas a comportamentos humanos aparentes ou acontecimentos e obter respostas a essas questões por meio de observação directa dos comportamentos dos sujeitos ou dos acontecimentos num dado período de tempo”*.

A observação decorreu no período entre 7 e 25 de Janeiro e foram observadas um total de 91 consultas. Os resultados obtidos mostram que 60 das observações ocorreram em crianças com idade inferior a 2 anos e que muitos adultos não cumprem as regras básicas de segurança e a maioria das habitações não parece estar devidamente preparada para a segurança das crianças. Parece-me importante apresentar os resultados encontrados para as estratégias utilizadas pelos pais visando a prevenção de acidentes.

Estratégias Utilizadas pelos pais visando a prevenção de acidentes	
No banho põe primeiro a água fria	60
No banho põe primeiro a água quente	31
Criança dorme sozinha na sua cama	42
Camas com grades segundo as normas europeias	79
Nunca deixar a criança sozinha no muda fraldas	87
Manter a criança afastada de ferros, torradeiras, bules, líquidos quentes	53
Evitar toalhas compridas na mesa	57
Usar tapetes antiderrapantes	12
Proteções de esquinas	15
Proteções nas tomadas eléctricas	42
Proteções nas escadas	54
Trincos de segurança em janelas e varandas	57
Detergentes em local inacessível	89
SRC adequado no carro	86
Uso de capacete para bicicletas e triciclos	46

Podemos observar que muitas regras de segurança não são implementadas pelos pais. Por exemplo apesar de existir material de proteção de tomadas e

esquinas disponível em locais acessíveis à população muitos pais não os aplicam nas habitações e só cerca de metade promove o uso de capacete para andar de bicicleta ou triciclo.

Como destaca Botelho (2010, p.1) *“a complexidade das situações clínicas faz apelo a profissionais de enfermagem capazes de usar de forma conscienciosa e prudente a melhor evidência na tomada de decisão”*. Estas actividades enquadram-se na unidade de competência “suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade” pelo que consideramos ter desenvolvido a competência “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (O. E, 2009).

Na consulta de enfermagem tive oportunidade de proporcionar aos pais informação antecipatória, procurei informa-los sobre os comportamentos comuns e previsíveis dos filhos e sobre o desenvolvimento das competências esperadas para a idade correlacionando com os acidentes e a sua prevenção.

O desenvolvimento é um processo dinâmico, complexo e multidimensional. Os valores e o ritmo do desenvolvimento da criança/jovem variam consoante o estágio em que se encontram. Os padrões de crescimento e desenvolvimento embora seguindo padrões universais, são únicos para cada criança (Hockenberry, 2006).

Tal como é referido no modelo de Promoção de Saúde, as influências interpessoais nomeadamente a família, influenciam positivamente ou negativamente o desenvolvimento da criança.

Apesar do meu projecto ser direccionado para a 1ª infância. Reflectindo sobre o papel do enfermeiro especialista na avaliação do desenvolvimento da criança e do jovem reconheço que devo ter sempre em conta que a criança passa por diferentes fases no desenvolvimento, desde o período neonatal, 1.ª infância, 2.ª infância, adolescência e todas correspondem, em termos de estudo e práticas de enfermagem, a áreas de aprofundamento de conhecimentos na especialidade, por exigirem uma abordagem específica.

Na UCSP Odivelas não existe consulta do adolescente, os adolescentes de Odivelas podem dirigir-se ao “Espaço Jovem “ onde encontrarão o apoio necessário.

- **Motivar a equipa de enfermagem para a utilização de estratégias conducentes à prevenção de acidentes na 1ª infância.**

No âmbito da Década de Ação pela Segurança no Trânsito, 2011-2020, aquando

do seu lançamento em Portugal, o Ministério da Saúde deu especial importância à segurança infantil.

O Programa tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil (2005), através de Circular Normativa da Direcção Geral da Saúde (Orientação nº 001/2010 de 16/09/2010) recomenda que a segurança no automóvel comece antes do nascimento. Tendo em conta estas orientações foi feito pela DGS um diagnóstico de situação sobre as práticas dos profissionais de saúde que trabalham nos Centros Hospitalares com Maternidade e nos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES). O diagnóstico revelou que a formação dos profissionais de saúde sobre Sistemas de Retenção de Crianças (SRC) era reduzida assim como a prática generalizada de informar e sensibilizar as famílias sobre segurança infantil (APSI, 2012).

Tendo em conta estes resultados houve necessidade por parte das entidades responsáveis de conceber um projeto global sobre 'Segurança de Bebés, Crianças e Jovens', alavancado pela Década de Ação pela Segurança no Trânsito, integrado no Programa Nacional de Prevenção de Acidentes.

No dia 8 de Fevereiro no Hospital S. Francisco Xavier foi assinado um protocolo entre a Direcção-Geral da Saúde, Fundação Mapfre, Associação para a Promoção da Segurança Infantil e Dorel Portugal, no sentido de dar cumprimento ao projecto.

Em conversa com a minha enfermeira orientadora, também responsável pela unidade e tendo em conta as orientações da Direcção Geral da Saúde este meu projecto é uma mais-valia para toda a equipa. Pareceu-me bastante pertinente uma acção de formação para a equipa. Neste sentido elaborei o planeamento de uma sessão de formação subordinado ao tema "Intervenção do Enfermeiro na prevenção de Acidentes na primeira Infância" com o objectivo de ser um momento de reflexão/partilha e esclarecimento de dúvidas. Para auxilio elaborei diapositivos em power point onde comecei por fazer uma contextualização dos acidentes, lembrando os mais frequentes relacionados com a fase de desenvolvimento da criança, esclarecer sobre os diversos sistemas de retenção e o papel do enfermeiro.

Segundo Dias (2004) a formação em serviço tem como intenção a melhoria do desenvolvimento profissional, a actualização de conhecimentos, o desenvolvimento de competências e a valorização pessoal. Os enfermeiros encontram-se mais motivados para a aprendizagem, quando a formação e reflexão realizadas se direccionam para a sua experiência e paralelamente, para

a reflexão acerca das suas práticas (Ferreira, 2005).

A acção de formação teve como destinatários os enfermeiros da UCSP Odivelas, e foi realizada no dia 14 de Fevereiro de 2013 com uma duração de 30 minutos. Participaram na sessão 10 enfermeiros ou seja toda a equipa, tendo sido efectuado previamente uma divulgação da mesma.

Para avaliação da sessão elaborei um questionário onde os participantes expressaram a sua opinião. O enfermeiro especialista *“avalia o impacto da formação”* (O.E, 2009:19). O feedback foi muito positivo, as colegas referiram vontade de aprofundar a temática dos acidentes no sentido da melhoria e uniformização das práticas profissionais. Foi um momento de reflexão das práticas individuais e da equipa, pelo que é nesta perspectiva que a formação realizada em serviço se reveste de importância, permitindo aos enfermeiros elaborarem uma reflexão sobre o que fazem e porque fazem (Velez, 2008).

A formação assume sempre um papel relevante na qualidade dos cuidados, concordo com Hesbeen, quando refere que a formação contínua *“deve proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de certas técnicas, mas a sua função essencial reside na maior abertura do profissional com base na sua experiência, com vista a enriquecê-la, a conceptualizá-la e ajuda-lo a encontrar espaços de liberdade que lhe permitam uma prática reflectida mais aperfeiçoada e mais portadora de sentido”* (Hesbeen, 2001,p. 67).

Penso ter contribuído, com esta formação, para a motivação da equipa, reflectindo e impulsionando a mudança e a melhoria da qualidade dos cuidados. Foi também elaborado um folheto *“Viajar em Segurança”* como suporte à consulta de vigilância de Saúde Infantil, o que facilita a transmissão de orientações antecipatórias às famílias considerando a maximização do potencial de desenvolvimento das crianças.

De acordo com Hesbeen (2000:126), *“a complexidade da formação reside sobretudo no desenvolvimento de aptidões que permitam o encontro profissional do prestador de cuidados, que tem competência de prestar uma ajuda apropriada e subtil”*. Assim, todas as formações devem permitir ao enfermeiro alargar os seus horizontes e melhorar a capacidade de ir ao encontro do outro, de caminhar com ele e, por outro lado, desenvolver as suas competências no sentido de aumentar a qualidade dos cuidados prestados.

No serviço deixei um dossier com bibliografia (artigos, recomendações da DGS e da APSI, Relatórios).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

APSI. (2003). *Os acidentes no 1º ano de vida*. Obtido em 20 de Junho de 2012,de www.apsi.pt

APSI. (2012).*Perfil de segurança dos pais*. Obtido em 20 de Junho de 2012,de www.apsi.pt

APSI. (2012).*Relatório de avaliação de segurança infantil*. Obtido em 20 de Junho de 2012,de www.apsi.pt

Barradas, A. (2008). Universidade Aberta. *Parentalidade na Relação com o recém-nascido prematuro: vivências, necessidades e estratégias de intervenção*. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa.

Brazelton, T. (2009). *O Grande Livro da Criança, o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*.11ª ed. Barcarena. Editorial Presença, 535 p.

Benito, F. (1996) - *Urgencias de Pediatría: buscando una atención más especializada*. *An Esp Pediatr*; 44: 31 – 36.

Botelho, R. (2010) - Evidência e Ética. Pensar Enfermagem. [Em linha]. Vol. 14, n.º2 (2010), p1. [Consult. 10 Dez. 2012]. Disponível na Internet: <[http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_Editorial\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_Editorial(1).pdf)>. ISSN 0873-8904.

Casey, A. (1993) – *Advances in Child Health Nursing*. Oxford: Scutari Press,. ISBN 1-871364-91-4.

Carvalho, A (2006) – *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde dos enfermeiros. Loures: Lusociência.

Conferência internacional sobre a promoção da saúde (1986) - *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Ottawa, Canadá, 17-21

Correia, E, (et al) (2001) - *Os enfermeiros em cuidados de saúde primários*. Revista portuguesa de saúde Pública. Lisboa.75-82

Direcção-Geral da Saúde. (2005). Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação (Orientações Técnicas; 12). [Em linha] 2ª edição. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2005. [Consult. 20 Dez 2012]. Disponível na Internet em URL www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf

Direcção-Geral da Saúde. (7 de Junho de 2006). *Plano Nacional de Saúde Escolar*. Obtido em 4 de Março de 2012, de Ministério da Saúde: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BADeEscolar.pdf>

Decreto-lei n.º 161/96 (Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem) de 4 de Setembro. Diário da República – I Série. N.º 205 (4-9-1996), p. 2959-2962.

Decreto-lei n.º 437/91. s.l. : D.R. I Série - A. 257 (91-11-08). Pp. 5723-5741.

Decreto-lei Nº 298/2007. D.R I Série. 161 (07-08-22) 5587-5596.

Dias, J. (2004) - Formadores: Que desempenho? Loures: Lusociência.

D.G.S (2010) – Orientação nº 001/2010 de 13/09/2010-Transporte de crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade. Obtido em 2 de Junho de 2012, de www.dgs.pt

Ferreira, P. (2005) – Formação em serviço e desenvolvimento profissional. Revista Sinais Vitais.Coimbra,nº59:12-20

Fortin, M. (2003). *O processo de Investigação*. Loures: Lusociência, 388 p.

ISBN 972-8383-10-X.

Gomes Pedro, J. (2005) - *Para um sentido de coerência na criança*. Mem Martins: Publicações Europa – América, Lda.

Harrison, T. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care . *Journal of Pediatric Nursing* vol 25, nº5 , 335-343.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem, Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (8ª Edição ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Instituto de apoio à criança (2002) - Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança – Legislação – Criança, Adolescente e Saúde. 1.ªEd. Lisboa: ISBN 972-8003188.

- Jorge, A. (2004) – *Família e Hospitalização da Criança. (Re) Pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência, 192 p. ISBN 972-8383-79-7.
- Macedo, Ana (2001). Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar. Actas dos ateliers do Vº Congresso português de Sociologia. (2001). P. 10-16. [Consultado a 19 NOV. de 2012].Disponível na Internet: http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628bb4a557a5_1.pdf>.
- Maluf, A. C. (2008) – *Actividades Lúdicas para Educação Infantil. Conceitos, orientações e práticas*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Ordem dos Enfermeiros. (Janeiro de 2010). *Ordem dos Enfermeiros*. Obtido em 21 de Abril de 2012, de Caderno Temático - Modelo de Desenvolvimento Profissional:<https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documentos/Documents/cadernostematicos1.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). Sistema de desenvolvimento Profissional e Certificação de Competências. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 22, 26-28.
- Ordem dos enfermeiros (2010) – Guia Orientador de Boa Prática: Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança, vol. I. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (20 de Outubro de 2012). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem*. Obtido em 4 de Março de 2012, de Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCriancaJov_ aprovadoAG_20Nov2010.pdf
- Papalia, et al. (2001) – *O mundo da Criança*. 8ª Edição. Amadora: Editora McGraw-Hill.
- Pedro. et al (2005). *A Criança e a Família no século XXI*. Lisboa:Dinalivre.
- Pender, Nola [et al.] (2002) – *Health Promotion in Nursing Practice*. 4ªEd. New Jersey: Prentice Hall, 340 p. ISBN 0-13-031950-3.
- Pérez L,[et al.] (1996) -- *Frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios: Motivaciones y características de las urgencias pediátricas*. *An Esp Pediatr* ; 44: 97 – 105.
- Quivy, R (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. 4.ª ed. Lisboa : Gradiva. ISBN 972-662-275-1

Sakraida, T. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusociência.

Sheridan, M. (1999), *Desde el nacimiento hasta los 5 años – proceso evolutivo, desarrollo y progresos infantiles*, Madrid, Narcea, S. A. De Ediciones.

Silva, A. (2009) – *Triagem de Prioridades, Triagem de Manchester*.

Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Dissertação de Mestrado em Medicina de Catástrofe.

Velez, L. (2009) -Formação em Serviço: uma necessidade ou uma calendarização. Nursing. Coimbra. Nº87: 44-46