



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Diana Catarina de Paiva Rama

LISBOA, Julho de 2013



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Diana Catarina de Paiva Rama

Sob orientação da Professora Elisabete Nunes

LISBOA, Julho de 2013

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa cujo fim é descrever os objetivos e as atividades desenvolvidas ao longo dos três módulos de estágio e analisá-los crítico-reflexivamente.

Para realizar os módulos de estágio traçou-se a *Promoção da Saúde* como temática transversal, baseando-se no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender que pressupõe capacitar os indivíduos para hábitos de vida e comportamentos saudáveis, que, ao nível da pediatria, demanda um olhar para a criança, e supõe o envolvimento da família, atuando-se, de acordo com o diagrama do modelo, ao nível dos comportamentos específicos e da compreensão dos benefícios e barreiras para acção e da sua auto-eficácia. Metodologicamente, a construção do relatório centrou-se na prática baseada na evidência, nos estudos encontrados na revisão sistemática da literatura, da experiência enquanto enfermeira e das necessidades das famílias. No módulo I interveio-se na *Promoção do Aleitamento Materno Exclusivo*, desenvolvendo-se um guia orientador da consulta, um folheto e uma sessão de educação para a saúde para grávidas. No módulo II interveio-se na *Promoção da Higiene Oral* fazendo uma *check-list* de ensinios, sessões de educação para a saúde e um folheto. A este nível elevaram-se os conhecimentos das crianças, e procedeu-se ao seu encaminhamento para a consulta de estomatologia. No módulo III revelou-se pertinente intervir na *Prevenção do Consumo de Drogas*, realizando-se um folheto e *poster* dirigidos aos pais, bem como, uma sessão de formação para os enfermeiros, envolvendo-os no trabalho desenvolvido e avaliada pelos mesmos e intervir na *Promoção do Aleitamento Materno/Alimentação por Leite Materno*, em recém-nascidos, consoante os casos, cujo resultado possibilitou a aquisição de conhecimentos e a realização da técnica correta de amamentação e/ou extração de leite.

Neste percurso atingiram-se competências inerentes a um EESIP, como as comunicacionais, relacionais, teóricas e práticas.

Palavras-Chave: Promoção da Saúde, Criança, Família, Enfermeiro

ABSTRACT

This report comes in the context of the Master Course in Nursing Specialization in the area of Pediatric and Child Health at the Institute of Health Sciences from Catholic University of Portugal whose purpose is to describe the objectives and activities throughout the three modules internship and analyze them critical-reflectively.

To perform the internship modules, drew up Health Promotion as transversal theme, based on Health Promotion Model of Nola Pender assumes that empower individuals to lifestyle and healthy behaviors, which, at the level of Pediatrics, demand a look at the child, and supposes the involvement of the family acting up, according to the diagram of the model at the level of specific behaviors and understanding of the benefits and barriers to action and self-efficacy. Methodologically, the building of the report focused on evidence-based practice, the studies found in the systematic review of the literature, the experience as a nurse and needs of families. The module I divided: Community Resources, operating a stage of observation and reflecting on the relevance and linkage of the Nurse Specialist in Pediatric and Child Health (NSPCH) in these institutions; Healthcare Personalized Unit intervening up the *Promotion of Exclusive Breastfeeding*, developing an adviser guide to the Consultation, a leaflet and a meeting of health education for pregnant whose evaluation (between levels 4-5) showed their interest and knowledge assimilation. In Module II (Medicine Service) intervened in the *Oral Hygiene Promotion* developing a checklist of guidelines, a session of health education and a leaflet. At this level amounted to knowledge of children, and proceeded to his referral to outpatient dental. In Module III (Pediatric Emergency Services and Neonatal Intensive Care) proved relevant, respectively, to intervene in the *Prevention of Drug Use*, carrying out a leaflet and poster with information directed to parents, as well as a training session for nurses, involving them in the work developed and evaluated by the same (as to content and usefulness) levels 4-5, and intervene in the *Breastfeeding Promotion / Feed Breastmilk* in newborns, as appropriate, the result of which led to the acquisition of knowledge and the achievement of correct breastfeeding technique and / or extraction of milk.

Along this path came up skills inherent in a NSPCH, since communicational, relational, theoretical and practical skills.

Keywords: Health Promotion, Child, Family, Nurse

“A persistência é o caminho do êxito”

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

À Professora Elisabete Nunes, pela sua disponibilidade e orientação tão importantes para a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Zaida Charepe, pela sua compreensão e conselhos tão orientadores neste percurso.

À Professora Doutora Margarida Lourenço, pela calma e sugestões disponibilizadas ao longo desta fase de estudos.

Ao Professor Doutor C. Huang pelo seu préstimo e celeridade quando assim foi necessário.

Aos Senhores Enfermeiros Especialistas Maria da Soledade Estribio, Maria Eduarda Gonçalves, Pedro Neto e Ivete Monteiro que me orientaram e me permitiram crescer enquanto pessoa, profissional e futura especialista.

Aos meus colegas de curso pelos importantes momentos de entajuda e de partilha.

Ao colega João Alves, por todos os conselhos e palavras de ânimo prestadas.

À Senhora Enfermeira Chefe Isabel Videira e aos Colegas da Pneumologia-piso 9 do Hospital de Santa Maria, nomeadamente, Ana Filipa Nunes, Ana Rita Ramos, Ana Sofia Pires, Renato Pombinho e Inês Rosado pela compreensão, apoio e disponibilidade sempre manifestados ao longo deste percurso.

Às Senhoras Documentalistas Helena Mendes e Paula Vieira pela prontidão e colaboração dispensadas ao longo deste caminho.

À minha querida mãe, por ter estado sempre ao meu lado ao longo de toda a minha vida e, nomeadamente, ao longo da vida académica, sorrindo nas minhas alegrias e levantando-me nas minhas tristezas, incentivando-me a ir sempre mais além.

Ao meu querido pai, pela sua amizade e colaboração, essenciais neste meu percurso e com o qual sei que posso contar.

À minha maravilhosa avó por toda a força transmitida, carinho e incentivo demonstrados em todos os momentos.

Ao Paulo, meu admirável noivo, por todo o apoio, estímulo, ajuda e amor demonstrados durante o Curso, sem ele nunca o teria conseguido finalizar.

A todos os meus amigos, que sempre me motivaram a continuar e compreenderam a minha ausência em momentos tão importantes das suas vidas.

A todas as crianças e famílias que de alguma forma contribuíram para a minha aprendizagem.

Obrigada a todos!

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ATL – Atividades de tempos livres

CDSR – Cochrane Database of Systematic Reviews

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central

CHLN – Centro Hospitalar Lisboa Norte

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

DSE – Divisão de Saúde Escolar

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

EPE – Entidade Pública Empresarial

HDE – Hospital de Dona Estefânia

HSM – Hospital de Santa Maria

ICN – International Council of Nurses

IPO – Instituto Português de Oncologia

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde/World Health Organization

SO – Serviço de Observação

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UPA – Unidade Pluridisciplinar Assistencial

UNICEF – United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)

ABREVIATURAS

Dr. – Doutor

et al – e outros

etc. – e os restantes /e outras coisas mais

p. – página

% - percentagem

ÍNDICE

0- INTRODUÇÃO	23
1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	27
2- DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJETIVOS, ATIVIDADES E	37
COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	
2.1 - Módulo I – Cuidados de Saúde Primários	37
2.1.1 - <u>Recursos da Comunidade</u>	38
2.1.2 - <u>Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados</u>	41
2.2 - Módulo II – Serviços de Medicina/Cirurgia	50
2.3 - Módulo III – Serviços de Urgência e Neonatologia	59
2.3.1 - <u>Serviço de Urgência Pediátrica</u>	59
2.3.2 - <u>Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais</u>	64
3- CONCLUSÃO	71
4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	81
ANEXO I Autorização consulta de dados do programa informático	
<i>Medicine One</i>	83
ANEXO II Guia orientador para a promoção do aleitamento materno para	
a consulta de saúde infantil	87
ANEXO III Relatório da sessão de educação para a saúde “Aleitamento	
Materno”	117
ANEXO IV Relatório da sessão de educação para a saúde “Higiene Oral” .	161
ANEXO V Reflexão Crítica “Observação participada na gestão de	
recursos”	203
ANEXO VI Autorização consulta de dados do programa informático	
<i>SONHO</i>	219
ANEXO VII Relatório da sessão de formação “A Adolescência e o	
consumo de Drogas – Abordagem da temática no Serviço de	
Urgência Pediátrica do HDE”	223
ANEXO VIII Relatório da sessão de educação para a saúde “Aleitamento	
Materno/Alimentação por leite materno”	267

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 -	Protocolo de revisão segundo a matriz PI[C]OS	30
Quadro 2 -	Dados respeitantes aos artigos seleccionados	31

0- INTRODUÇÃO

A realização do presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório, cujo objetivo é desenvolver competências pessoais e profissionais inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP). Está enquadrada no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, frequentado no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa nos anos letivos 2011/2013. A sua finalidade é descrever os objetivos e as atividades desenvolvidas ao longo dos três módulos de estágio e analisá-los crítico-reflexivamente, integrando as competências próprias do EESIP.

Apesar do percurso profissional distante da área da Saúde Infantil e Pediátrica, a paixão por esta sempre se manifestou convictamente, motivo pelo qual me lancei nesta caminhada, com vista à aquisição e certificação de competências e reorientação da atividade profissional.

Embora a Ordem dos Enfermeiros tenha designado esta especialidade como Especialidade em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem e, alguns documentos assim estejam redigidos, em texto próprio utilizar-se-á a designação atual, Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e, concludentemente, o seu especialista designar-se-á como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A Ordem dos Enfermeiros define que *“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto que ela se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p. 1). Com vista ao alcance de competências próprias do EESIP orientou-se o percurso formativo para uma temática específica – *Promoção da Saúde* – elaborando-se um projeto de ação com os respetivos objetivos e atividades a desenvolver em cada módulo de estágio. O módulo I – referente aos Cuidados de Saúde Primários – foi constituído por dois momentos distintos, o primeiro referente aos Recursos da Comunidade e realizado na ACREDITAR – Associação de Pais e Amigos de Crianças com Cancro e o segundo referente ao Centro de Saúde e realizado na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Póvoa de Santa Iria. O módulo II, relativo aos serviços de Medicina/Cirurgia, realizou-se na pediatria médica do piso 6 do Hospital de Santa

Maria (HSM) que integra as unidades Pluridisciplinar Assistencial (UPA), Hematologia, Doenças Metabólicas e Neurologia. Finalmente, o módulo III, também constituído por dois momentos distintos, desenvolveu-se no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), ambos do Hospital de Dona Estefânia (HDE). Só desta forma, experienciando-se diferentes realidades e contextos, é possível a aquisição dos diferentes conhecimentos práticos, subjacentes às diversas realidades pois, tal como BENNER (2001, p. 61) afirma, *“A teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria”*, enaltecendo-se a importância da passagem por diferentes campos de estágio e da aquisição de diferentes competências.

Ao longo dos diferentes estágios, a temática da Promoção da Saúde, apresentou-se como transversal e a sua pertinência justifica-se ao ser uma das áreas particulares de atuação do EESIP (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.1). A Promoção da Saúde pode definir-se como *“(...) o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar”* (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 1986). Quando se refere à idade pediátrica, visa aumentar essa capacidade das crianças de quem se cuida assim como e sobretudo, em algumas faixas etárias, dos seus cuidadores, para que delas possam cuidar, factos sempre presentes ao longo de todas as atividades desenvolvidas.

Assim, para abordar, aprofundadamente, a temática em estudo, metodologicamente o presente relatório centrou-se na prática baseada na evidência, contemplando os dados empíricos provenientes dos estudos encontrados na revisão sistemática da literatura, da experiência enquanto enfermeira e das necessidades das famílias nos diferentes contextos. Encontra-se dividido em 4 capítulos onde, após a introdução, se apresenta o enquadramento teórico, que contempla a apresentação da temática referida – *Promoção da Saúde* – e a revisão sistemática da literatura realizada, que sustenta as diferentes abordagens desenvolvidas ao longo dos estágios realizados. Posteriormente, apresenta-se o segundo capítulo, onde é realizada a descrição e análise dos objetivos, atividades e competências adquiridas neste percurso e que se encontrará dividido em 3 subcapítulos, dois dos quais ainda separados em subtemas. No final, surge a conclusão onde se pretende realizar a síntese das ideias expostas e os ganhos obtidos com o trabalho

realizado, seguida das referências bibliográficas utilizadas e dos anexos de suporte ao trabalho desenvolvido.

1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo apresentam-se os principais contributos encontrados na literatura acerca da temática desenvolvida – *Promoção da Saúde* – que sustentaram a realização de várias atividades ao longo da Unidade Curricular Estágio e dos seus módulos correspondentes.

A Organização Mundial de Saúde, no preâmbulo da sua constituição datada de 1948, definiu a saúde como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social*” acrescentando que “*não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade*” (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]). Na continuidade, a mesma entidade, define a Promoção da Saúde como “*o processo de capacitar as pessoas para aumentar o controlo sobre, e para melhorar, a sua saúde. Ele vai além de um foco no comportamento individual para uma ampla gama de intervenções sociais e ambientais*” (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]).

Contextualizou-se a temática inserindo-a no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. O Modelo original de Promoção da Saúde de Nola Pender surgiu em 1982 e, na perspetiva da autora era aplicado a todo o ciclo de vida e incluía, necessariamente, comportamentos que tivessem em vista melhorar a saúde (TOMEY e ALLIGOOG, 2004). Tendo como axioma central a Teoria Social Cognitiva de Bandura e consistente com a mesma, PENDER, MURDAUGH e PARSONS (2006, p.52) afirmam que o “*comportamento anterior é proposto para influenciar indirectamente o comportamento de promoção de saúde*” sendo por isso necessário, em alguns casos, desmitificar prévias convicções. Não obstante dos progressos ao nível da saúde, o Modelo foi evoluindo e centra-se, atualmente, em 10 categorias fundamentais de comportamentos de promoção de saúde (TOMEY e ALLIGOOG, 2004).

A Carta de Ottawa, em 1986, clarificou que “*As estratégias e programas de promoção da saúde deverão ser adaptados às necessidades locais (...)*” (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]). Na continuidade, PENDER, MURDAUGH e PARSONS (2006, p. 50) construíram o modelo como “*uma tentativa de retratar a natureza multidimensional de pessoas que interagem com os seus ambientes interpessoal e físico em busca de saúde*” tendo sempre em conta que “*cada pessoa tem características únicas e experiências pessoais que afetam as ações subsequentes*” (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2006, p.51). Desta forma, em cada módulo de estágio

identificaram-se as necessidades das diferentes populações e, posteriormente, definiu-se o projeto a implementar e a forma de o fazer. O mesmo documento salienta, ainda, que *“A promoção de saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável”* (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 1986). Essa melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências podem ser entendidas como importantes funções a realizar pelos enfermeiros aquando da sua prestação de cuidados. Reforçando-se, a ideia, segundo o *International Council of Nurses* (ICN), as enfermeiras têm quatro responsabilidades fundamentais, onde se destaca, a responsabilidade de promover a saúde. (ICN, 2012).

Ainda neste âmbito, PENDER, MURDAUGH e PARSONS (2006) afirmam que os enfermeiros têm a responsabilidade de capacitar os seus clientes para o seu autocuidado, ao longo das suas vidas. Concomitantemente, no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, é referido que *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011, p.12). No que concerne à realidade da saúde infantil e pediátrica, o EESIP *“(…) ajuda a criança/jovem a alcançar o máximo potencial de saúde”* operando-se, entre outros, através do

“fornecimento de informação orientadora dos cuidados antecipatórios, dirigidos às famílias, para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil” da “utilização de estratégias motivadoras da criança/jovem para o desempenho adequado dos seus papéis na saúde” e, também, da “sensibilização dos pais, cuidadores e profissionais para as situações de risco, consequências e sua prevenção (...)” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011, p.14),

todos presentes nas atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes módulos de estágio e descritos no capítulo seguinte. Contudo, a Lei de Bases da Saúde analisa esse dever de capacitação pressupondo que a respetiva materialização fique a cargo dos próprios cidadãos, *“Os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde, individual e colectiva, tendo o dever de a defender e promover”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.3453).

Ao nível da idade pediátrica, essa responsabilidade pode transferir-se para os seus cuidadores, mas sendo *“A infância é um período crítico na adoção de comportamentos saudáveis e de promoção da saúde”*, (PENDER, MURDAUGH, PARSONS, 1986,p.282) a preocupação dos enfermeiros deve ser acrescida e a promoção de comportamentos saudáveis deve ser inculcada desde logo, tendo em conta o estágio de desenvolvimento da criança. BARROS (2003, p. 183) afirma que *“Ao longo do desenvolvimento, parte-se de perspectivas mais rígidas em que o caminho para a saúde é único (...) para uma perspectiva mais aberta e flexível, que reconhece que existem diferentes formas de ser e sentir-se saudável”*, pelo que todas as intervenções realizadas devem ter sempre em conta a idade da criança e, essencialmente, o seu estágio de desenvolvimento.

No seguimento da temática abordada, realizou-se uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem promotoras de saúde no âmbito do aleitamento materno, por se apresentar como temática transversal nos diferentes locais de estágio (nomeadamente na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais) e de forma a sustentar os objetivos a definir e as atividades a desenvolver.

Para a realização da referida revisão sistemática da literatura, desenvolveu-se uma pesquisa tendo como base o método PI[C]OS. O método utilizado para a realização da mesma foi o descrito em Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), materializando-se a pesquisa através das plataformas EBSCO e bOn e utilizando-se como base de dados a Medline.

Definiu-se como questão de pesquisa:

Quais as intervenções de enfermagem promotoras de saúde no âmbito do aleitamento materno no período pré e pós-natal.

Esta teve por base a matriz PI[C]OS, tal como se pode verificar no Quadro 1.

Critérios de seleção		Critérios de exclusão
P - Participantes	-País -Crianças	-Estudos não originais -Artigos em idiomas para além da Língua Portuguesa, Inglesa e Espanhola
I – Intervenções	-Intervenções de enfermagem promotoras de saúde	
C - Comparação	-Não se aplica	
O - Outcomes (resultados)	-Promoção do aleitamento materno	
S - Study (tipo de estudo)	-Estudos de natureza qualitativa e quantitativa	

Quando 1 – Protocolo de revisão segundo a matriz PI[C]OS

Tendo em conta as componentes orientadoras para a pesquisa, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: estudos acerca de intervenções de enfermagem promotoras de saúde no âmbito do aleitamento materno, cujos participantes fossem crianças ou pais em Línguas Portuguesa, Espanhola e Inglesa, nos últimos 5 anos (Janeiro de 2009 a Março de 2013).

No que respeita aos critérios de exclusão, determinaram-se os estudos não originais.

A pesquisa realizou-se durante o mês de Março de 2013 e para tal utilizou-se o vocabulário contemplado nos descritores MeSH e uma combinação da matriz PI[C]OS, através dos operadores booleanos AND e OR e dos descritores. Desta forma, relativamente à Língua Portuguesa, a pesquisa foi realizada utilizando os descritores (aleitamento materno; intervenções de enfermagem; promoção de saúde) conjugadas através dos operadores booleanos já mencionados, sendo o resultado final: aleitamento

materno AND intervenções de enfermagem OR promoção da saúde. Prosseguiu-se a pesquisa utilizando as Língua Espanhola e Inglesa através do método anteriormente descrito.

Assim, através da conjugação entre as palavras-chave e os operadores booleanos obtiveram-se 913 resultados. Destes, fazendo uma avaliação crítica dos estudos obtidos e depois de refinada a pesquisa, tendo em conta os critérios de inclusão previamente definidos, rejeitaram-se 811 resultados e mantiveram-se 102 resultados. Procedeu-se à leitura do *abstract* dos 102 artigos e mantiveram-se 23 artigos. Posteriormente, através da leitura integral dos artigos foram eliminados 17, constituindo-se no final da pesquisa 6 artigos que foram submetidos ao teste de evidência III (VILELAS, 2009) e mantidos no final.

Neste sentido, do total de artigos encontrados no início da pesquisa (913), foram rejeitados 907 (uma vez que não davam resposta à questão formulada ou não se encontravam dentro dos critérios de inclusão) e mantidos 6 que serão alvo de análise e discussão.

Dos 6 artigos selecionados, procedeu-se à sua revisão no que diz respeito à identificação do estudo, tipo de estudo, participantes, intervenções, resultados e conclusões ou sugestões, como se pode observar no Quadro 2.

Identificação do estudo	Tipo de estudo	Participantes	Intervenções	Resultados
PANNU, P. K. [et al.] – The effectiveness of health promotion materials and activities on breastfeeding outcomes <i>Acta Paediatrica</i> . 100 (2011) 534-537	Estudo longitudinal	1068 mulheres	• Promoção de Saúde das quais constam palestras, aulas de grupo e/ou demonstrações sobre o aleitamento materno com recurso a folhetos ou brochuras e vídeo no período pré e pós-natal. • Intervenções promotoras de saúde das quais constam as consultas individuais entre mãe e profissional de saúde	• Das mães que receberam uma consulta individual ou estavam envolvidas numa discussão acerca do aleitamento materno no período pré-natal com profissionais de saúde houve cerca de 55% menos, a deixar de amamentar antes dos 6 e dos 12 meses de idade do bebé. • No período pós-natal, as mães que receberam instruções sobre o posicionamento e pega do bebé à mama foram, também, menos propensas (aproximadamente 30% menos) a interromper totalmente a amamentação antes dos 6 meses

Identificação do estudo	Tipo de estudo	Participantes	Intervenções	Resultados
KERVIN, Beth; KEMP, Lynn; PULVER, L. – Types and timing of breastfeeding support and its impact on mothers' behaviours. <i>Journal and Paediatrics and Child Health</i> . 46 (2010) 85-91	Estudo transversal	144 mulheres	• Apoio na amamentação desde a gravidez até às 2 semanas pós-parto, que incluiu: - Suporte pessoal (como ajuda nas tarefas domésticas) proveniente de parceiros e outros familiares - Suporte profissional: apoio prático prestado por profissionais de saúde como demonstração da técnica de amamentação (posicionamento, boa pega), utilização da bomba de extração de leite	• Verificou-se que a maioria das mulheres (67,3%) tinha a intenção de amamentar e que o fez nas primeiras horas de vida do bebé contudo essa realidade foi decaindo com o passar do tempo • As mulheres sentiram-se mais apoiadas pelos seus parceiros do que pela equipa de saúde • As sessões de educação para a saúde no período pré-natal acerca do aleitamento materno e a ajuda efetiva neste âmbito na primeira meia hora de vida do bebé foram mencionadas pelas mulheres como atitudes de incentivo face ao aleitamento materno pela equipa de saúde. Contudo referem, ainda, que este suporte lhes foi raramente prestado. • As mulheres relataram terem sido apoiadas ao nível pessoal, apesar de relacionarem o apoio profissional com melhores comportamentos ao nível da amamentação
GRAÇA, Luís; FIGUEIREDO, Maria; CONCEIÇÃO, Maria – Contributions of the nursing intervention in primary healthcare for the promotion of breastfeeding. <i>Revista latino-Americana de Enfermagem</i> . 19:2 (2011) 429-436	Quasi-experimental, longitudinal	151 primíparas, com menos de 28 semanas de gravidez	• Avaliação dos antecedentes e expectativas das mulheres face à amamentação através de questionário • Realização de consultas individuais onde se procedeu a sessões de educação para a saúde acerca do aleitamento materno • Realização de cursos de preparação para o parto/parentalidade (sessões grupais) • Visita domiciliária até ao 15º dia pós parto para fornecimento de informação complementar à proporcionada no centro de saúde e para dar resposta às suas necessidades, nos seus contextos	• A quase totalidade dos recém-nascidos (97,4%) iniciou a amamentação e cerca de metade (49%) deles, durante a primeira hora de vida • A prevalência do aleitamento materno não é influenciada pelas intervenções de enfermagem • A duração do aleitamento é influenciada pela intervenção de enfermagem

Identificação do estudo	Tipo de estudo	Participantes	Intervenções	Resultados
PEREIRA, Rosane [et al.] – Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. <i>Caderno Saúde Pública</i> . 26:12 (2010) 2343-2354.	Estudo transversal	1029 mães de crianças menores de 6 meses	•Orientações acerca do aleitamento materno na primeira visita à unidade •Abordagem da temática do aleitamento materno na consulta e em grupo, dos fatores que a podem prejudicar (ex: chupeta) e até quando a sua exclusividade •Esclarecimento acerca da extração de leite	•As ações de promoção, proteção e apoio à amamentação que se mostraram associadas ao aleitamento materno exclusivo foram ter-se abordado o tema da amamentação em grupo e ter-se demonstrado como colocar o bebê à mama
SIMONETTI, Valentina [et al.] – A structured telephonic counselling to promote the exclusive breastfeeding of healthy babies aged zero to six months: a pilot study. <i>International Journal of Nursing Practice</i> . 18 (2012) 289-294	Estudo piloto com protocolo de estruturado de observação	114 primíparas	•Realização de programas de ensino, durante a gravidez, sobre os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno •Realização, por um profissional de saúde, de aconselhamento telefónico estruturado nas primeiras 6 semanas •Disponibilidade para atender telefonicamente as mães quando tivessem alguma dúvida ou dificuldade acerca da amamentação	•O estudo revela que existem taxas de aleitamento materno mais elevadas no grupo em que se realizou aconselhamento telefónico estruturado, comparativamente com o grupo em que apenas se realizaram os programas de ensino.
YANIKKERE M, Emre [et al.] – Breast-feeding knowledge and practices among mothers in Manisa, Turkey. <i>Midwifery</i> . 25 (2009) 19-32	Estudo transversal descritivo	158 mulheres (no período pós-parto)	•Aplicação de um questionário pré-sessão de educação para a saúde com 13 perguntas divididas em 5 categorias (sócio-demográficas, características da fertilidade, conhecimento atual acerca da amamentação, comportamento esperado pela própria acerca da amamentação após o nascimento e conhecimento sobre aleitamento materno e nutrição infantil), com uma questão aberta •Sessão de educação para a saúde sobre aleitamento materno (apresentação oral + demonstração prática) •Questionário pós-sessão de educação para a saúde	•Existe uma diferença estatística significativa entre as médias pré e pós-testes; após a intervenção, as mulheres foram capazes de fornecer respostas à maioria das perguntas sobre aleitamento materno •Quase dois terços das mulheres iniciaram a amamentação na primeira hora pós nascimento.

Quadro 2 –Dados respeitantes aos artigos seleccionados

A análise dos resultados dos estudos selecionados fornecem dados relativos a intervenções promotoras de saúde no âmbito dos cuidados de enfermagem e, nomeadamente, no âmbito do aleitamento materno.

De acordo com a revisão sistemática da literatura realizada, compreende-se que o aleitamento materno pode ser, favoravelmente, influenciado pelas intervenções de enfermagem.

Segundo PANNU et al (2011) as intervenções promotoras de saúde no âmbito do aleitamento materno passam por aulas de grupo, palestras, demonstrações e consultas individuais que abordem a temática do aleitamento materno, concluindo uma associação positiva entre as consultas individuais e os resultados no âmbito da amamentação, tanto no período pré como pós-natal. Na mesma ótica, KERVIN, KEMP e PULVER (2010) consideram que, um apoio estruturado por parte dos profissionais de saúde, desde o período de gravidez, que incluísse demonstração da técnica de amamentação e o seu apoio efetivo no momento do nascimento, eram vistas como atitudes de incentivo face ao aleitamento materno. Porém, este estudo concluiu que esse mesmo apoio deveria estar mais acessível a todas as mulheres desde a gravidez até ao período pós-natal.

Num outro estudo apresentado, GRAÇA, FIGUEIREDO e CONCEIÇÃO (2011), consideraram relevante, além da realização da consulta individual onde se efectuam ensinamentos acerca da importância e técnica do aleitamento materno e do curso de preparação para o parto/parentalidade, ambos realizados no centro de saúde, a visita domiciliária até ao 15º (décimo quinto) dia uma importante intervenção promotora de saúde em complemento às mencionadas anteriormente, contribuindo para o início da amamentação e da amamentação precoce e para a sua maior duração.

Na mesma ótica, PEREIRA et al (2010), apresentou as orientações e ensinamentos sobre o aleitamento materno, quer individuais quer em grupo, como importantes intervenções de enfermagem nesse âmbito e concluiu que estas estão, positivamente associadas, com a prevalência do aleitamento materno exclusivo. Na continuidade, YANIKKERE et al (2009) concluiu, no seu estudo, que as intervenções promotoras do aleitamento materno realizadas pelos enfermeiros, como as sessões de educação para a saúde, influenciam, positivamente, os conhecimentos das mães face ao mesmo e devem ser realizadas desde o período pré-parto com seguimento no período pós-parto.

Da mesma forma, SIMONETTI et al (2012) revelou como intervenções promotoras do aleitamento materno, os programas de ensino sobre os 10 passos para o sucesso da amamentação, a necessidade de apoio com o intuito de incentivar e apoiar as mulheres a aumentar o tempo de amamentação exclusiva, a disponibilidade por parte dos profissionais de saúde para atender, telefonicamente, as mães que se encontrem com dúvidas, mas acrescenta um novo dado – o aconselhamento telefónico estruturado nas primeiras 6 semanas pós-parto – mencionando que, nos casos em que este aconselhamento telefónico foi efetuado, houve maior duração do aleitamento materno.

Assim, através da revisão sistemática da literatura realizada, constata-se que existe concordância entre os vários autores de que as intervenções promotoras de saúde no âmbito do aleitamento materno se revelam eficazes. Essas intervenções identificadas pelos diferentes autores são, na sua generalidade, comuns, ao contemplarem as sessões de educação para a saúde, quer individuais, quer coletivas, e onde se abordam temáticas como a técnica da amamentação. No mesmo sentido, pode, também, afirmar-se que as várias e distintas intervenções realizadas no período pré e pós-natal são analisadas pelos diferentes autores como influentes no processo de amamentação.

Desta forma, com os resultados obtidos através da análise dos 6 artigos, puderam identificar-se e comparar-se quais as intervenções promotoras de saúde no âmbito do aleitamento materno dando-se, assim, resposta à questão de partida, inicialmente formulada: as intervenções de enfermagem promotoras de saúde no âmbito do aleitamento materno são as aulas de grupo, as palestras, as consultas individuais, os cursos de preparação para o parto/parentalidade, as sessões de educação para a saúde, os ensinamentos acerca da temática, a visita domiciliária, o conhecimento dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, o aconselhamento e atendimento telefónicos e o envolvimento dos enfermeiros neste âmbito e a diminuição das mensagens inconsistentes transmitidas.

Existem, ainda, outros autores que corroboram a ideia de que, intervenções promotoras de saúde neste domínio influenciam a amamentação. No estudo de CRICCO-LIZZA (2009), realizado com enfermeiros e no qual foi efetuada uma observação dos comportamentos, ações e ensinamentos dos enfermeiros durante as suas interações com as famílias e realizada uma entrevista gravada acerca da promoção do aleitamento materno, concluiu-se que é necessário o desenvolvimento de todos os profissionais de

saúde no âmbito do aleitamento materno, com o intuito de diminuir a inconsistência nas mensagens transmitidas pelos profissionais na temática em análise, os enfermeiros devem promover o aleitamento materno junto das instituições e de outros profissionais de saúde e que, nessas instituições, as fórmulas comerciais devem ser reduzidas. Segundo METE, YENAL e OKUMUS (2010) a educação para a saúde no âmbito do aleitamento materno no período da gravidez, influencia de forma positiva o seu sucesso, tal como referiram os autores, anteriormente, mencionados. Do mesmo modo, AWANO e SHIMADA (2010) criaram um programa de autocuidado na amamentação onde estavam incluídos um panfleto e um DVD e onde eram abordados temas como as vantagens da amamentação ou posicionamento do bebé. O mesmo possibilitou aos autores afirmarem que este tipo de programa revelou taxas de aleitamento materno, significativamente, superiores quando comparado com outros grupos em que este programa não foi realizado.

Segundo AHMED (2010), os enfermeiros dos cuidados de saúde primários podem influenciar as práticas de amamentação de forma expressiva aquando da presença das crianças e dos seus cuidadores nas consultas de saúde infantil. Também de acordo com BORRERO-PACHÓN (2010) é importante a existência de um plano de cuidados *standard*, para que todos os profissionais de saúde sejam concordantes nos ensinamentos que realizam. Ainda que este seja um trabalho realizado especificamente para recém-nascidos pré-termo, e concretamente, acerca do papel da enfermeira no desenvolvimento do aleitamento materno em recém-nascidos prematuros, pode considerar-se a sua pertinência e respetiva adaptação para recém-nascidos de termo.

Desta forma, e através dos estudos obtidos a partir da revisão sistemática da literatura e da pesquisa bibliográfica realizada, as intervenções no âmbito do aleitamento materno apresentam resultados favoráveis e contemplam ações de fácil realização pelo que a sua implementação nas unidades de saúde deve ser incitada estando demonstrada a sua pertinência e validade.

2- DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

A Unidade Curricular Estágio é constituída por três módulos distintos que abrangem as diferentes áreas de atuação do EESIP e as competências a ele inerentes, tendo-se definido como objetivo para a mesma, desenvolver competências pessoais e profissionais inerentes ao EESIP nos diferentes contextos no âmbito da promoção de saúde. Neste capítulo descrevem-se e analisam-se os objetivos, as atividades e as competências adquiridas em cada um deles.

Com a realização do estágio e dos seus respetivos três módulos, obtêm-se competências distintas, mas essenciais a um EESIP:

“É do escopo de ação deste especialista a resposta na complexidade em áreas diversas como, deter conhecimentos e habilidades para antecipar e responder às situações de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.1).

Desta forma, em cada módulo, foram definidos objetivos e atividades que respondessem aos diferentes contextos e as necessidades identificadas, de acordo com a pesquisa realizada.

2.1 Módulo I – Cuidados de Saúde Primários

O módulo correspondente ao estágio no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários teve um total de 180 horas de contacto, realizou-se de Abril a Junho de 2012 e foi dividido, tal como já foi referido anteriormente, em dois momentos: o primeiro que contemplou os Recursos da Comunidade, num curto estágio de observação e o segundo que considerou os cuidados a prestar numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

2.1.1 Recursos da Comunidade

O primeiro momento do módulo I decorreu na ACREDITAR – Associação de Pais e Amigos de Crianças com Cancro – no núcleo de Lisboa, no período de 23 a 26 de Abril de 2012.

A ACREDITAR, fundada em 1993 resultado da mobilização nacional de pais de crianças utentes dos serviços de oncologia pediátrica foi, em 1996, declarada Instituição Particular de Solidariedade Social . Tendo como lema “*Tratar a criança com cancro e não só o cancro da criança*” pretende fomentar a esperança não apenas nas crianças/famílias tocadas pelo cancro, mas na sociedade em geral, contando por isso com a colaboração quase exclusiva de voluntários (728) cujos, a título de exemplo, durante o ano de 2011, proporcionaram 42 672 horas de serviços dentro das várias atividades desenvolvidas pela associação (ACREDITAR 2012).

São várias as formas de apoio prestadas pela ACREDITAR podendo-se destacar: os Barnabés, grupo de crianças, jovens e adultos que na sua infância vive ou viveram a experiência da doença oncológica e que têm como fundamento a partilha de experiências idênticas, o reforço da autonomia e a participação cívica, sendo um importante grupo de ajuda mútua; as duas casas de que a ACREDITAR dispõe para acolher, gratuitamente, as famílias cujas crianças estão em processo de tratamento e que residem longe do hospital onde estão a ser seguidas, uma em Lisboa e outra em Coimbra (que recebe, além de crianças com cancro, crianças com surdez profunda, cardiopatia, necessidade de transplante hepático, entre outras); o projeto “*Aprender-Mais*” – Apoio Pedagógico de Funções Cognitivas a Crianças e Jovens cujo objetivo é reduzir as dificuldades que a criança pode encontrar pela sua ausência na comunidade escolar assim como o projeto “*Arco- Íris*” que visa promover os Cuidados Paliativos Pediátricos garantindo a máxima qualidade de vida possível a estas crianças/famílias. Para além de todos estes apoios existem ainda outros como o apoio de cariz emocional, social, financeiro, a realização de atividades lúdicas bem como os programas de divulgação e a publicação de livros dirigidos aos pais, irmãos, professores e comunidade que abordam os mais variados temas, tendo sempre em vista a experiência da doença oncológica (ACREDITAR, 2012).

Para que instituições como a ACREDITAR cheguem ao seu público-alvo é necessário que exista uma boa articulação entre a mesma e as instituições hospitalares. Neste caso concreto, a articulação entre o núcleo da ACREDITAR de Lisboa e o IPO de Lisboa funciona já em uníssono pelo que, sempre que uma nova criança/família chega ao IPO é, imediatamente, sinalizada ao núcleo da ACREDITAR. Posteriormente, a família é abordada pela ACREDITAR e caso assim o queira, é marcada uma reunião entre os membros da associação e a família para que a associação seja apresentada, bem como a sua missão e os apoios que esta pode prestar. Instituições como a ACREDITAR, enquanto grupo de ajuda mútua, “(...) *surgem como estratégia alternativa de suporte aos pais (...)*” (CHAREPE, 2011, p. 77), bem como estratégia alternativa de suporte às crianças que atravessam um período de doença grave.

Assim, para este estágio de observação, definiu-se como objetivo:

Refletir acerca da existência/articulação de um EESIP numa instituição de recurso comunitário, na ótica da promoção de saúde.

A um EESIP é exigido que cuide “*da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.4). Vivenciar uma doença oncológica é uma das situações de especial complexidade para a qual o EESIP tem que estar atento para identificar, de forma antecipada, e mobilizar os recursos de suporte à criança/família, intervindo de forma fundamentada. Assim, é essencial que o EESIP saiba da existência destes recursos para que possa encaminhar estas crianças/famílias alertando-as para a importância da complementaridade de cuidados entre a instituição hospitalar e os recursos que a comunidade possui, visando sempre o seu bem-estar e qualidade de vida.

É no seio de instituições como a ACREDITAR que a partilha de experiências e a ajuda mútua se podem revelar como importantes fontes de vitalidade para estas famílias. Em conformidade, CHAREPE (2011, p. 317) afirma que “*Os grupos de ajuda mútua centram-se em conferir aos pais de crianças com doença crónica [ou com outro tipo de doenças graves] suporte formativo/informativo, emocional e/ou instrumental, tendo em conta as necessidades que decorrem (...)*”. Na continuidade, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde e do Jovem define grupos de ajuda mútua como “*Grupos pequenos de pessoas que sofrem e vivenciam situações em comum, que se reúnem com regularidade para reflectirem e*

partilhareм as suas dificuldades e encontrarem, juntas, formas de resolução das mesmas” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011, p. 14). Desta forma compreende-se que não é exigido que o EESIP dê soluções e alternativas a todas as solicitações, mas é suposto que, quando não as pode dar, saiba encaminhar as famílias para instituições de suporte que integrem a equipa multi e interdisciplinar, tal como é o caso da ACREDITAR, facto referido no Programa-Tipo de Atuação Saúde Infantil e Juvenil onde é mencionado que o trabalho em equipa é importante “*(...) não só no sector da saúde, mas alargado à comunidade e às estruturas que dão apoio à criança e ao adolescente (creche, jardim de infância, escola, ATL, coletividades desportivas ou associativas, serviços da Segurança Social, autarquias, etc.)*” (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2005, p. 6).

É essencial para estas famílias sentirem que há uma ligação e uma partilha na assistência que recebem de ambas as instituições (de recurso comunitário e hospitalar). Nos diferentes níveis a que a ACREDITAR pode intervir (emocional, financeiro, social), todos devem ser considerados como complementares relativamente ao trabalho desenvolvido ao nível hospitalar pela equipa de saúde e, nomeadamente, pelo EESIP, atuando na globalidade dos cuidados a prestar. Fundamentando, aquando de uma situação de doença, como é o caso da doença oncológica, é essencial que toda a família una as suas forças na luta contra esta crise. Muitas vezes, dada a complexidade da assistência a prestar pelos cuidadores (habitualmente mãe/pai), é necessário que se prolonguem situações de desemprego ou de baixas médicas de assistência à família, onde os rendimentos que se auferem ficam bastante distantes dos necessários à sobrevivência da família. Nestes casos, além da possível necessidade de apoio psicológico e emocional, estas famílias necessitam, ainda, de outros tipos de apoio como o económico e financeiro, na tentativa de dar resposta às solicitações mensais que a doença mais agrava. A todas estas necessidades o EESIP deve estar atento e providenciar a adequada resposta.

Ao nível da enfermagem, a ACREDITAR dispõe apenas dos cuidados prestados pelos enfermeiros do IPO de Lisboa e do trabalho voluntário que outros enfermeiros possam prestar, não dispondo de um enfermeiro próprio, para cuidados às crianças que vão passando pela associação. Nesta matéria e sendo função de um EESIP “*Cuida[r] da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p. 5) considera-se existir uma evidente lacuna neste âmbito. Ao

longo da sua permanência na ACREDITAR, as crianças/jovens e suas famílias, vão tendo necessidade de diversas intervenções por parte dos enfermeiros, não apenas das técnicas e relacionais que lhes são prestadas no hospital. Ao EESIP é, também, exigido que “*Adequ[e] o suporte familiar e comunitário*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.5). Ora, para adequar o suporte familiar e comunitário ao que são as reais necessidades destas crianças/jovens e famílias nesta fase das suas vidas, seria pertinente, além dos ensinamentos e da preparação para a alta realizados no IPO, desenvolver uma estratégia de adaptação a esta fase da vida. As exigências com que estas famílias se deparam, no período em que ocorre a saída do hospital (sobretudo na primeira alta), o voltarem a viver sem o controlo e vigilância dos enfermeiros, continuamente presentes no serviço, pode levar a que a adaptação das famílias a esta nova realidade seja outro momento de crise. Assim considera-se que a ACREDITAR poderia investir no que seria um importante e talvez determinante apoio aquando da transição hospital-casa, vendo-se esta função do EESIP como uma mais-valia para estas famílias e incutindo-se nesta associação mais um olhar para um problema ao qual se pensa ser necessário dar resposta. Acrescentando, a existência de um EESIP na ACREDITAR poderia também, ser encarada como um recurso de retaguarda disponível para estas crianças/jovens e famílias a ser utilizado em momentos do dia em que as mesmas estão emocional ou psicologicamente mais debilitados e esses recursos no IPO já não estão disponíveis.

2.1.2 – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

O segundo momento deste estágio decorreu na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Póvoa de Santa Iria no período de 30 de Abril a 13 de Junho de 2012.

Esta UCSP está inserida no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) 12 de Vila Franca de Xira, e pertence à freguesia da Póvoa de Santa Iria. Conta com cerca de 30 547 habitantes, de população essencialmente portuguesa e de classe média, dos quais 25 064 estão inscritos na UCSP da Póvoa de Santa Iria. Tem vários programas instituídos (saúde escolar, consulta de saúde infantil, vacinação, consulta de diabetes, saúde pública, entre outros) que tentam cobrir as várias faixas etárias da população e as suas

respetivas necessidades. Ao nível da educação para a saúde tem 3 projetos, são eles: sessões de preparação para o parto; curso de preparação para a maternidade e sessões de educação para a saúde/comemoração de dias mundiais na escola.

Fisicamente, esta UCSP está inserida num edifício recente, com 3 pisos onde funcionam diversas atividades nas várias salas e gabinetes, entre elas: gabinetes médicos, salas de enfermagem (ex.: sala do movimento para a preparação para o parto), salas de formação, de espera, receção, reuniões.

No que respeita aos recursos humanos conta com doze médicos, dez enfermeiros, cinco assistentes operacionais, oito administrativos, entre outros colaboradores (ex: psicólogo, higienista oral). Para a sua missão ser desempenhada satisfatoriamente, estabelece parcerias com várias instituições, nomeadamente, escolas, jardins-de-infância, ATL's lares de idosos, hospital Reynaldo dos Santos (Vila Franca de Xira), bombeiros, Junta de Freguesia, Câmara Municipal, etc.

No que concerne aos cuidados de saúde de nível primário, os ACES têm como missão *“garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 1183), concretamente, a área geográfica onde se encontram. O mesmo documento, acrescenta, ainda que, as unidades de cuidados de saúde personalizados, tal como a da Póvoa de Santa Iria, *“presta[m] cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmo”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 1184). Assim, após reunião com a equipa de enfermagem, definiram-se dois objetivos distintos, sendo que, em ambos, se pretendeu ir ao encontro da missão da UCSP e das necessidades encontradas.

Desde logo, o primeiro objetivo:

Promover o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade do bebé nas grávidas do terceiro trimestre e nas mães a amamentar.

A Organização Mundial de Saúde recomenda o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade, com vista a um crescimento, desenvolvimento e saúde em níveis ótimos (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2011). Em Portugal, o Observatório do Aleitamento Materno no seu relatório acerca do Registo do Aleitamento Materno (2012, p.4) aconselha *“A proteção, promoção e suporte ao aleitamento materno (...)”* como sendo *“(...) uma prioridade no que diz respeito à saúde pública (...)”*. Nesta

ótica, SARAIVA (2010, p. 1) acrescenta, ainda, que “*O enfermeiro, enquanto profissional próximo do utente, tem um importante papel na promoção do aleitamento materno*” pelo que uma intervenção nesta área está plenamente justificada.

Ao longo das consultas de saúde infantil, constatou-se serem várias as mulheres que, por iniciativa própria e, numa decisão não fundamentada, abandonavam o aleitamento materno antes dos 6 meses de idade dos seus bebés. Assim, para realização deste diagnóstico de situação, além da pesquisa bibliográfica, foi consultado o programa informático *Medicine One* (ANEXO I) onde estatisticamente, através da consulta dos processos clínicos de cada bebé se concluiu que apenas 36% das crianças acompanhadas nesta USCP chegaram aos 6 meses de idade alimentadas, exclusivamente, por leite materno, percentagem distante do preconizado pela OMS.

Desta forma, tendo em conta as orientações da OMS, anteriormente mencionadas, os dados levantados através do referido programa, bem como as necessidades mencionadas pela equipa, tornou-se pertinente a abordagem desta temática nesta população concreta. Para tal, elaborou-se um guia orientador para a promoção do aleitamento materno para consulta de saúde infantil (ANEXO II) com o objetivo de orientar, sistematizar e unificar as intervenções, independentemente do enfermeiro que realiza as consultas de saúde infantil, tendo sempre presente a adequação necessária às situações e características da unidade de cuidados (criança/família). Este guia contemplou os princípios de intervenção das unidades de saúde amigas dos bebés (uma adaptação da *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*, uma vez que esta unidade de cuidados de saúde é de ambulatório e não de internamento), um algoritmo para a promoção do aleitamento materno com os respetivos diagnósticos e ações de enfermagem, construídos em linguagem CIPE, bem como os resultados esperados e um glossário para clarificação de alguns conceitos. A seleção dos diagnósticos foi abrangente de forma a contemplar diversas situações. Realizou-se, também, uma reunião com a equipa de enfermagem para validar as informações constantes do guia e introduzir as alterações que considerassem pertinentes, ficando o mesmo disponível na UCSP para utilização no final do estágio. Para a sua realização o guia contou com o acompanhamento das Senhoras Enfermeiras orientadora e tutora de estágio cujas sugestões ao longo do mesmo foram essenciais. Assim, e sabendo que cabe ao enfermeiro proceder a uma intervenção promotora de saúde desde conhecer as intenções da mulher, desmistificar possíveis mitos relacionados com o aleitamento materno e proporcionar informação que

permita a tomada de uma decisão consciente e refletida (PEREIRA, 2006) é, ainda, da ação do EESIP alertar para a importância da vinculação afetiva mãe-bebé que se proporciona no ato de amamentar e promovê-la, favorecendo “(...) o estabelecimento do vínculo afectivo entre mãe e filho, criando uma ligação muito forte e precoce entre ambos, o que favorece o desenvolvimento da criança e o seu relacionamento com as outras pessoas” (SARAIVA, 2010, p. 46). Neste sentido, a realização deste guia possibilitou planejar várias intervenções, algumas das quais não diretamente relacionadas com a alimentação do bebé, mas com o afeto e criação de laços entre os pais e o bebé.

Prosseguindo as atividades neste âmbito, no contexto do curso de preparação para a maternidade que esta UCSP promove, realizou-se uma sessão de educação para a saúde, no âmbito do aleitamento materno em colaboração com a Senhora Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, responsável pela área da Saúde Materna. Sendo um curso já instituído, a participação no mesmo regeu-se pelas normas em vigor para as outras sessões pertencentes ao mesmo (horários, temas) e direcionou-se às mesmas grávidas do terceiro trimestre e companheiros já inscritos no curso, não prevendo qualquer inscrição específica para esta sessão pelo que a sua divulgação apenas se realizou oralmente nas sessões anteriores.

Para a sessão de educação para a saúde dirigida às grávidas do terceiro trimestre, definiram-se como objetivos: clarificar questões relativas ao aleitamento materno; explicar o funcionamento da amamentação e explicar questões práticas relacionadas com o aleitamento materno e apresentar medidas preventivas para eventuais dificuldades relacionadas com o aleitamento materno. Para dar resposta a estes objetivos abordaram-se como conteúdos, os mitos relacionados com o aleitamento materno, a anatomia da mama e os tipos de mamilos existentes, o funcionamento da amamentação, as vantagens do aleitamento materno, os tipos de leite, as posições corretas para amamentar, e para segurar no bebé, os reflexos envolvidos na amamentação, os sinais de uma boa pega, o “horário” (livre), a duração e a quantidade de leite ingerida pelo bebé e o aparecimento de eventuais problemas como o ingurgitamento mamário, o bloqueio dos ductos e a mastite e o que fazer caso tais problemas se manifestem.

Procedeu-se à avaliação da sessão de educação para a saúde cuja se encontra descrita no relatório da sessão de educação para a saúde (ANEXO III). Essa avaliação realizou-se

através de um questionário baseado numa escala de *likert* pela sua fácil e rápida aplicabilidade, subdividido em 5 grupos que contemplavam: 1- Muito Insuficiente, 2- Insuficiente, 3- Suficiente, 4- Bom, 5- Muito Bom e, proporcionou-se, um espaço para eventuais comentários ou sugestões. Das 6 mulheres inscritas no Curso de preparação para a maternidade, estiveram presentes nesta sessão 4 (=66,67%). Destas, 75% avaliaram globalmente a sessão no nível máximo. Relativamente ao desenvolvimento da sessão e ao cumprimento dos objetivos propostos, 50% avaliou a sessão no nível 4 e 50% avaliou a sessão no nível 5. No que concerne aos conteúdos abordados, ao seu interesse, ao tempo de exposição dado a cada um deles e à assimilação de conhecimentos no final da sessão, 100% das mulheres classificou a sessão no nível 5. Não houve comentários ou sugestões no local para tal disponibilizado.

Considerou-se, ainda, pertinente, a realização de um folheto informativo acerca do aleitamento materno para ser distribuído no curso de preparação para a maternidade, mas também nas consultas de saúde infantil funcionando como mais uma estratégia de promoção para a saúde, paralelamente ao guia e à sessão de educação para a saúde realizados. No folheto contemplaram-se informações como as vantagens do aleitamento materno para a mãe, para o bebé e para ambos, as diferentes posições para amamentar, como segurar no bebé para que o mesmo faça uma pega correta e como saber se o bebé está a fazer uma boa pega, o “horário” para amamentar e alguns contactos úteis (tanto da UCSP como de associações e linhas SOS de apoio ao aleitamento materno).

Ao longo do estágio e nas consultas de saúde infantil, utilizou-se, ainda, o Protocolo da UNICEF para observação da mamada, através da sua tabela, indicativa de como observar e avaliar uma mamada. A tabela aplicou-se a mães que recorreram à consulta de saúde infantil com o seu bebé pela primeira vez. Contudo, apenas se possibilitou a sua aplicação a três puérperas uma vez que todas as outras, aquando do momento da consulta tinham já amamentado os seus bebés. Desta população de três puérperas, apenas numa se identificaram, de acordo com os itens da escala, possíveis dificuldades. Porém, apesar dos ensinamentos realizados, esta mãe retirou o bebé da mama referindo que tentaria mais tarde, recusando uma intervenção neste âmbito. Durante o período de estágio, não houve nova oportunidade interventiva com a referida puérpera uma vez que a marcação de nova visita à UCSP ficou para além do término do estágio.

Ainda que este seja um tema bastante divulgado na sociedade, os resultados atingidos ainda estão longe dos, idealmente, esperados pelo que, intervenções neste âmbito continuam a ser necessárias e pertinentes.

Verificou-se que as atividades desenvolvidas foram de encontro às orientações resultantes da revisão sistemática da literatura onde para PANNU et al (2011), KERVIN, KEMP e PULVER (2010), GRAÇA, FIGUEIREDO e CONCEIÇÃO (2011), PEREIRA et al (2010), SIMONETTI et al (2012) e YANIKKERE et al (2009), as intervenções no âmbito do aleitamento materno, quer fossem em grupo, através do curso de preparação para o parto/parentalidade ou de sessões de educação para a saúde, quer fossem individuais, através das consultas e ensinios (das várias temáticas inerentes ao aleitamento materno, como os dez passos para o seu sucesso, ensino e demonstração da técnica) contribuíam para a promoção da amamentação. Concomitantemente, outros autores reforçam os resultados encontrados, tal como BRASILEIRO et al (2010) que refere que programas de incentivo ao aleitamento materno originam maiores índices de aleitamento materno. No mesmo sentido, NWOSU e EKE (2011) mencionam o conhecimento dos 10 passos anteriormente referidos, vitais para o sucesso da amamentação assim como influentes na prática do aleitamento materno exclusivo. Desta forma, considera-se que a sessão de educação para a saúde foi de encontro aos resultados encontrados revelando a sua importância no incentivo ao aleitamento materno assim como transmissor dos 10 passos essenciais para o sucesso da amamentação. Do mesmo modo, a realização para a consulta de um guia orientador para a promoção do aleitamento materno foi de encontro ao preconizado por CRICCOLIZZA (2009) que considera importante a diminuição, por parte dos enfermeiros, de mensagens inconsistente e portanto, necessário considerar-se a uniformização das ações e intervenções. Acrescenta-se, ainda que, a utilização do Protocolo da Unicef para avaliação da mamada, também se justifica com os resultados encontrados na pesquisa uma vez que contempla alguns dos 10 passos essenciais para o sucesso da amamentação. Concomitantemente, e uma vez que é exigido ao EE que atinja “(...) *as dimensões de educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento (...)*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2010, p. 2) compreende-se, facilmente, como as intervenções dos enfermeiros, com todas as suas explicações, devidamente fundamentadas, influenciam a duração do aleitamento materno (GRAÇA, FIGUEIREDO e CONCEIÇÃO, 2011). SARAIVA (2010, p. 211) acrescenta, ainda,

que “(...) é necessário desenvolver uma cultura do aleitamento materno, educar a população em geral sobre as vantagens e a importância da sua prática (...)” para que se possa incutir, definitivamente, a prática de aleitamento materno na nossa sociedade.

Através destas atividades, consideraram-se como adquiridas as competências “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” e “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” manifestadas através das unidades de competência,

“Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime de reinserção social da criança/jovem”, “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” e “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.3 e p.5).

Apreciou-se que, ao abordar esta temática e ao implementar as atividades anteriormente referidas, houve a oportunidade de, numa mesma intervenção, contribuir com informações, ensinamentos e estratégias promotoras de saúde, tanto para o bebé, como para a sua mãe, permitindo a aquisição de competências relacionais, através do estabelecimento da relação com as unidades de cuidados (bebé/família), essencial para valorização da informação transmitida, competências comunicacionais pela frequente procura de novos métodos de comunicação, dirigidos a cada família e competências teóricas, dada a pesquisa efetuada para suportar os conteúdos abordados. Na continuidade, o trabalho realizado apresentou-se como promotor da parentalidade e da vinculação entre a mãe e o bebé, facto reiterado por MAIA (2007, p.32) quando afirma “Ao proporcionar um momento único de contacto físico íntimo, a amamentação assegura não apenas a sobrevivência da criança, mas contribui para uma melhor vinculação e mais segura ligação entre mãe e filho”. Por outro lado, por incutir o ótimo desenvolvimento e crescimento dos bebés preconizado pelo OMS, assegurados, apenas através da amamentação (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2011). Assumiu-se que a sessão de educação para a saúde realizada se traduziu num importante ganho em saúde para a unidade de cuidados (bebé/família) dada a capacitação das mães para amamentar os seus bebés. Neste sentido, HOCKENBERRY (2006, p.11) afirma que “Os profissionais capacitam as famílias criando oportunidades para todos os

membros da família revelarem as suas atuais aptidões e competências e adquirirem novas (...)”, pelo que o envolvimento das famílias pelos profissionais de saúde e, nomeadamente, pelo EESIP é essencial para que estas se verifiquem.

Definiu-se como segundo objetivo:

Desenvolver competências no âmbito da vigilância em saúde infantil, próprias do EESIP.

Com o intuito de atingir este objetivo, considerou-se necessário integrar novos conhecimentos e competências durante as consultas de saúde infantil e compreender o papel do EESIP nas mesmas.

Inicialmente, e com um papel menos participativo, observou-se o funcionamento da consulta, a forma como era estabelecida a relação entre o enfermeiro e a criança/família e o encadeamento dado às temáticas a abordar. Progressivamente, foi-se ganhando autonomia não só ao nível da abordagem e dinâmica necessárias a este contexto de cuidados, como também, nos cuidados a prestar.

Na consulta de saúde infantil são vários os temas a abordar e os parâmetros a avaliar, tendo em conta o Programa-Tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2002). Com a presença das famílias para a realização do diagnóstico precoce, explicava-se qual a sua finalidade, a forma de aceder aos resultados, mas também, quais as valências disponíveis da UCSP e reforçava-se, junto das mesmas, a disponibilidade para as acompanhar ao longo do seu ciclo de vida, considerando a importância da vigilância desalúde. Caminhando-se na ótica de promoção de saúde, contemplavam-se os cuidados antecipatórios a vários níveis assim como identificação de problemas através das avaliações iniciais da criança, colhendo-se os dados antropométricos cujos resultados serviam, essencialmente, como fonte de diagnóstico e preditivos de intervenção. As temáticas versavam: o exame objetivo do recém-nascido (compreendendo o seu comportamento, o estado da sua pele e mucosas, tónus muscular, cabeça, olhos, coto umbilical e órgãos genitais); o desenvolvimento infantil, contemplando a especificidade de cada idade (e considerando, por exemplo, no caso dos bebés, as posições corretas para os deitar); a alimentação (desde a promoção do aleitamento materno exclusivo passando pela introdução de novos alimentos até mesmo à verificação do tipo de alimentos ingeridos – por entrevista – e da sua correção

ou reforço positivo, de acordo com o preconizado para a idade e tendo em conta as regras básicas da alimentação equilibrada baseadas na roda dos alimentos); os hábitos de higiene, na sua generalidade, considerando o banho, a higiene oral (como realizar a escovagem e em que momento do dia); o padrão vesical (alertando a família para as características e frequências das micções e observando a fralda nas diferentes mudas, com vista à deteção de eventuais alterações das características da mesma); o padrão intestinal (e sobretudo nos bebés, devido às cólicas habilitando as famílias para as manobras de alívio e técnicas de estimulação nos casos de obstipação, frequência e características das fezes); o vestuário (considerando no caso dos bebés não só a termorregulação ainda ineficaz, de forma a não os sobreaquecer, mas também não os desagasalhar demasiado, mas também, os produtos a utilizar na lavagem do mesmo); os hábitos de sono/repouso (incentivando à criação de rotinas antes da hora de se deitar); a segurança infantil (abordando-se o primeiro ano de vida, os toddlers, os pré-escolares e escolares, atendendo à sua frequência para cada idade de desenvolvimento e as formas de os prevenir), a atividade física, o afeto/estimulação (informando da importância da relação mãe-bebé e pai-bebé bem como do tipo de brinquedos adequados às várias fases de desenvolvimento); a vacinação e as possíveis reações (explicando às crianças as funções das vacinas e aos pais as possíveis reações que delas podiam advir e como agir).

De um modo geral, a avaliação do desenvolvimento infantil permite avaliar o risco de atraso no desenvolvimento. Dado que nesta UCSP essa avaliação não se baseava em nenhum teste ou escala de desenvolvimento, considerou-se pertinente, após a abordagem da temática com a equipa de enfermagem, introduzir o teste de Sheridan cujo, baseado em princípios de desenvolvimento (comportamento e adaptação social, audição e linguagem, visão e motricidade fina e postura e motricidade global) pretendia, neste contexto, a eventual realização de um diagnóstico precoce (SHERIDAN, 1977, p.1-2). Assim, procedeu-se a uma avaliação metódica do desenvolvimento infantil das 17 crianças que recorreram à consulta de saúde infantil. Neste sentido, e entre todos os resultados possíveis de serem encontrados, poderia identificar-se o atraso no desenvolvimento em *items* passíveis de serem estimulados pelos pais pelo que *“Pode fazer a diferença incentivar os pais a brincar com o seu filho de uma forma mais dirigida, ensinando-os a dirigir os seus estímulos e a saber que jogos usar”* (PINTO, 2009, p.687). Desta forma, a aplicação desta escala e a consequente instrução dos pais, constituiu-se como mais uma estratégia de promoção da saúde direcionada à criança, em

que se prediz o envolvimento da família, e considerou-se pertinente pois, apesar de não terem sido detetados problemas ao nível do desenvolvimento das crianças a quem foi aplicado, caso existissem, poderia evitar-se a sua perpetuação no tempo, intervindo o mais precocemente possível.

Neste sentido, através da realização das consultas de saúde infantil foi possível adquirir e integrar conhecimentos ao mobilizar, uma vez mais, uma das várias competências próprias do enfermeiro especialista *“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”*, mas agora através da unidade de competência *“Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.3).

Através deste objetivo desenvolveram-se competências além de teóricas, pela necessária pesquisa bibliográfica inerente à abordagem da consulta, práticas, que se referem ao estabelecimento de uma relação com a criança/família, manipulação de materiais necessários às consultas e resposta às diferentes necessidades que iam surgindo. Na sua continuidade, consideraram-se adquiridas competências no que concerne à promoção do desenvolvimento infantil e promoção da vinculação, veiculada através da promoção do aleitamento materno e, também, no que respeita à implementação do plano de saúde, estabelecido em parceria com as famílias e ao diagnóstico de situações de risco.

Relativamente aos jovens adolescentes, não foi possível prestar cuidados pois durante o período de estágio nenhum recorreu à consulta de saúde infantil.

2.2 Módulo II – Serviços de Medicina/Cirurgia

O segundo módulo de estágio, correspondente aos serviços de Medicina/Cirurgia, realizou-se na unidade de pediatria médica do piso 6, do HSM, que integra as unidades Pluridisciplinar Assistencial (UPA), Hematologia, Doenças Metabólicas e Neurologia, no período de 20 de Setembro a 31 de Outubro, num total de 180 horas de contacto.

O HSM está inserido no Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), EPE, do qual faz, também, parte o Hospital Pulido Valente. É no HSM que está integrado todo o

Departamento de Pediatria. Este tem capacidade para 145 crianças internadas distribuídas pelas várias especialidades. Concretamente, o serviço onde foi realizado este estágio, dispõe de quinze vagas, três das quais de isolamento. A proveniência das crianças internadas neste serviço é diversa, desde o Serviço de Urgência, à Consulta Externa, ao Hospital de Dia, até mesmo de outros serviços de internamento do hospital ou de outros hospitais. Do ponto de vista físico, é também, neste serviço que se encontra o Hospital de Dia das respetivas especialidades, assim como os enfermeiros que lhe dão apoio. Do ponto de vista dos recursos humanos é constituído por onze médicos e vários internos de medicina, catorze enfermeiros, cinco deles EESIP, nove assistentes operacionais, uma administrativa, dietista, assistente social, psicólogo, educadora, professora, entre outros colaboradores (ex: voluntários).

Ao nível hospitalar a prestação de cuidados é direcionada ao motivo da recorrência ao mesmo. Contudo, é também, importante que, mesmo em situação de doença (aguda ou crónica) se desenvolvam estratégias de prevenção da mesma mas, conjuntamente, se desenvolvam estratégias de promoção de saúde, utilizando o quotidiano das crianças no hospital para o fazer (ex: no início do dia abordando a questão da higiene corporal e oral, antes das refeições a higiene das mãos, à noite criando hábitos e rotinas antes de se deitarem, estimulando à manutenção de um padrão de sono, adequado à idade e ao desenvolvimento).

Nesta unidade muitas das crianças internadas, são portadoras de doenças crónicas. A OMS define doença crónica como “(...) *doenças de longa duração e progressão geralmente lenta (...)*” e acrescenta que “(...) *são de longe a principal causa de mortalidade no mundo(...)*” (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]). Dada a longa duração e progressão das doenças crónicas, existem outros problemas associados, aos quais é necessário estar-se atento para os poder prevenir, detetar e atuar atempadamente. Um desses problemas a que é necessário ter em conta, são os problemas orais a que as crianças estão, frequentemente, sujeitas com a ingestão da sua terapêutica habitual (a título de exemplo os xaropes), (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2006). No mesmo sentido, de acordo com a Circular Normativa nº01/DSE de 18 de Janeiro de 2005, as doenças orais são um dos mais relevantes problemas atuais da população infanto-juvenil (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2005). A mesma fonte acrescenta, ainda que, a OMS reitera esta preocupação apontando para 2020 “*metas para a saúde oral que exigem um reforço das acções de promoção da saúde e*

prevenção das doenças orais, e um maior envolvimento dos profissionais de saúde e de educação, dos serviços públicos e privados” (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2005, p.1). Enuncia-se, assim, o diagnóstico de situação.

Com o intuito de manter a linha orientadora da Promoção da Saúde e após discussão com a equipa do projeto a desenvolver e o mesmo ter sido considerado útil e de fácil aplicabilidade no contexto, definiu-se como objetivo:

Promover sessões de educação para a saúde no âmbito da higiene oral.

Segundo o Programa-Tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil *“Relativamente aos cuidados antecipatórios, os temas sugeridos poderão ser abordados individualmente ou em grupo, em diferentes contextos, nomeadamente (...) na distribuição de material informativo (folhetos)”* (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE 2005, p. 10).

Tal como se justificou anteriormente, os problemas orais são uma preocupação atual. Assim, para dar resposta a este objetivo, inicialmente, realizou-se uma visita ao serviço de estomatologia do mesmo hospital com o intuito de compreender o seu funcionamento e de que forma se poderia realizar a referenciação das crianças quando necessário. Posteriormente, realizaram-se as sessões de educação para a saúde acerca da higiene oral, sendo que, cada sessão se direcionou apenas a uma unidade de cuidados (criança/família) e foi repetida a diferentes unidades de cuidados.

Segundo NEUMANN et al (2011) uma intervenção promotora de saúde oral como a exposição ao flúor pode ser eficaz na prevenção da cárie. Contudo, o autor sugere alargar a temática, podendo ser direcionada para a promoção da higiene oral. Em continuidade, podemos destacar da Circular Informativa nº 41/DSE de 26 de Setembro de 2002 que *“Da nossa estratégia preventiva destacamos as atividades de promoção de saúde e prevenção de doença, que incluem (...) a higiene oral, a administração de flúor em comprimidos e em soluto (...)”* (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2002, p.1). Assim, considerou-se que, do ponto de vista preventivo, tanto a promoção da higiene oral como a promoção da administração de flúor são importantes estratégias promotoras de saúde oral. Porém, ao longo deste módulo e por forma a dar resposta ao objetivo definido, decidiu-se orientar a intervenção para a promoção da higiene oral por se considerar que, sem bons hábitos de higiene incutidos, a utilização de flúor não será suficiente para a saúde oral.

As sessões de educação para a saúde no âmbito da higiene oral prepararam-se para 30 minutos e foram direcionadas para as crianças em idade pré-escolar e escolar pois considerou-se estarem numa fase em que começam a ser autónomos e a ter destreza manual para a realização destas atividades. Foram realizadas de forma metódica, dinâmica e interativa iniciando-se com a apresentação da preletora, da temática e dos objetivos da mesma e desenvolvendo-se a partir da aplicação da ficha “*Identificando hábitos/conhecimentos acerca da higiene oral*”, modelos A ou B, consoante a idade da criança e da observação dos dentes, registando-se o seu estado em folha própria. De seguida, e de acordo com os resultados encontrados através da ficha aplicada e da observação do estado dos dentes, clarificaram-se questões acerca da higiene oral e realizaram-se sessões de ensino, baseadas na *check-list* de ensinios desenvolvida para o efeito. O método da escovagem dos dentes foi um dos pontos onde incidiu a sessão de educação para a saúde. Num momento posterior reviram-se os conceitos abordados e, finalmente, validaram-se os conhecimentos, através da grelha de observação realizada para o efeito, cuja atendia as diferentes etapas da correta técnica da escovagem dos dentes e onde se assinalavam as demonstradas pela criança, esclareceram-se as dúvidas. Distribuiu-se, ainda, um folheto informativo acerca da higiene oral, contemplando os objetivos da escovagem dos dentes, as diferentes fases, a técnica correta da escovagem dos dentes e algumas informações gerais, mas complementares a uma correta higiene oral.

Com o constrangimento do estado de saúde das crianças internadas nas idades definidas, desenvolveram-se as sessões de educação para a saúde a 4 crianças/famílias.

Através do registo do estado dos dentes, observou-se que, das 4 crianças, apenas uma não tinha qualquer dente cariado. Das três crianças que não possuíam a integridade dos dentes, uma delas possuía metade dos seus dentes cariados. Este facto foi comunicado à equipa médica que procedeu, de imediato, ao encaminhamento da criança para a consulta de estomatologia, ficando a consulta marcada para o dia seguinte, revelando-se, assim, uma intervenção pertinente e que constituiu um ganho em saúde ao permitir a esta criança uma intervenção, o mais precocemente possível, e uma vigilância mais apertada a este nível.

Compreende-se, através do instrumento de avaliação da sessão de educação para a saúde construído para o efeito, que duas crianças demonstraram 50% das etapas

necessárias a uma eficaz escovagem dos dentes e as duas restantes demonstraram 60% das mesmas pelo que se concluiu que esta foi uma intervenção importante, mas que carece de novas oportunidades interventivas pela equipa de enfermagem afim de reforçar positivamente os ensinamentos realizados com vista a apropriação dos conhecimentos na sua totalidade por parte das crianças/famílias. A referida avaliação encontra-se mencionada no relatório da sessão de educação para a saúde (ANEXO IV). Quanto à divulgação dos resultados, considerou-se que as passagens-de-turno seriam o método mais adequado para o fazer, dado o elevado número de formações em serviço já existentes e a pouca disponibilidade por parte dos profissionais para permanecerem nos locais, fora do tempo de serviço. No final do estágio disponibilizou-se o trabalho realizado, que ficou instituído no serviço por ser, comprovadamente, pertinente e para que a sua implementação pudesse continuar a ser feita pelos enfermeiros do serviço.

No Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem definiu-se a parceria de cuidados como *“Modelos de cuidados de enfermagem pediátrico que reconhece os pais como parceiros activos e valoriza as suas capacidades como prestadores de cuidados à criança/jovem”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011, p. 14). Assim, tendo-se capacitado as famílias acerca da temática (uma vez que as sessões de educação para a saúde foram realizadas à unidade de cuidados) e sendo as famílias parceiras dos profissionais de saúde na arte de cuidar das suas crianças, a necessidade de reforço dos ensinamentos realizados, fora do ambiente hospitalar, bem como a vigilância da sua realização pode contar com a colaboração das famílias.

Através do trabalho desenvolvido e da consecução do objetivo definido, possibilitou-se o alcance de novas competências, próprias do EESIP, assim como a sedimentação e integração de outras. A saber, *“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”* e *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”* expressas através das unidades de competência *“Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime de reinserção social da criança/jovem”*, *“Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”* e *“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.3 e p.5).

Todas estas competências inerentes ao EESIP explicitaram competências ao nível do diagnóstico e implementação de um plano de saúde e da gestão do mesmo, em parceria com a família, com vista a um elevado nível de saúde. Também no que se refere às competências comunicacionais, quer com a criança, quer com a família, reconheceu-se que se acrescentou desenvolvimento à competência, no entanto, é fundamental apostar no seu aperfeiçoamento.

Com o segundo objetivo delineado pretendeu-se a aquisição de competências de uma forma mais global, sendo ele:

Desenvolver competências, próprias do EESIP, na prestação de cuidados à criança/família com doença crónica e doença aguda.

Com este objetivo quis-se prestar cuidados de uma forma direta e efetiva às crianças/famílias internadas. O planeamento dos cuidados por quem estava responsável considerava a utilização da metodologia do processo de enfermagem em todas as suas etapas e no estabelecimento de parcerias com a criança e família. *“O Processo de Enfermagem indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e interrelacionadas para a sua realização” (...)* *“fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área”*, (GARCIA e NÓBREGA, 2009, p.189). Neste sentido, e tendo em conta uma importante etapa do processo de enfermagem – a apreciação –, os dados da passagem de turno e as observações iniciais revelavam-se cruciais à prossecução das intervenções a realizar. Na continuidade, apesar das observações e identificação de necessidades realizadas, interpelava-se a família de forma a ir ao encontro das suas reais necessidades. Segundo MENDES e MARTINS (2012, p. 114) *“A natureza da relação que se estabelece no seio da equipa implica a negociação do envolvimento dos pais (...)”*. No mesmo sentido, MENDES (2012, p.9) acrescenta que *“A parceria em pediatria não pode ficar circunscrita a um apurar de hábitos da criança a que pretendemos dar resposta com a participação da mãe, mas ela prescreve que conheçamos a família que cuida, como cuida, quais são as suas possibilidades, os seus limites de atuação e que forças ela é capaz de mobilizar para resolver problemas de saúde”*. Contudo, é essencial não esquecer que apesar de se assumir como fulcral a negociação, a comunicação a ela subjacente também se revela igualmente importante. Desta forma, mostra-se óbvio que, apesar de as crianças estarem hospitalizadas e os enfermeiros serem responsáveis pelos

seus cuidados, *“O profissional dá apoio e reforça a capacidade da família de encorajar e promover o seu próprio desenvolvimento”* (HOCKENBERRY, 2006, p. 10), pelo que, envolver a família nos cuidados à criança que ela tão bem conhece, indo de encontro às necessidades individuais de cada criança/família, tal como nos indica o Modelo de Promoção de Saúde, torna-se fundamental no seu processo de recuperação.

Na continuação, considerou-se, ainda, como aspeto fundamental, a gestão da dor uma vez que esta constitui *“o principal motivo para a procura de cuidados de saúde”* e provoca *“sofrimento e (...) redução da qualidade de vida”* (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2008, p.1), tentando-se erradicar toda e qualquer dor que a criança pudesse sentir. De seguida, auxiliava-se a criança/família nos diferentes cuidados que se iam revelando como necessários que, para além dos procedimentos técnicos inerentes passavam, também, pela realização de diferentes ensinamentos, quer fossem relacionados com a patologia subjacente, quer fossem oportunidades para a promoção da saúde.

Ao longo do turno, encaminhavam-se, também, as crianças para as atividades lúdicas que se iam desenvolvendo com a colaboração de uma educadora de infância, sempre presente no período da manhã. As atividades lúdicas e, concretamente a brincadeira, também fazem parte das funções de um EESIP onde se pretende a maximização da saúde da criança e em que SHERIDAN (1990, p.11) enuncia *“Brincar é tão necessário ao pleno desenvolvimento do organismo de uma criança, seu intelecto e personalidade, como alimento, prevenção de doenças e acidentes (...)”*, pelo que se devem procurar momentos lúdicos com as crianças por forma a tentar reduzir o impacto dos fatores stressores inerentes ao internamento (ansiedade da separação, perda de controlo, lesão corporal e dor) e transversais a todas as faixas etárias (ao longo do ciclo de desenvolvimento da criança, cada um vai-se revelando como mais marcante, funcionando como importantes crises que as crianças têm que ultrapassar) (HOCKENBERRY, 2006).

Dentro das várias competências exigidas ao EE, pressupõe-se que oriente e aconselhe os utentes de quem cuida, demonstrando espírito crítico quando identifica a necessidade de acompanhamento por alguns dos seus utentes (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010). Concomitantemente, prevê-se que o EESIP estabeleça e mantenha com a comunidade, as redes de suporte que permitam à criança ter o apoio de que necessita. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010). Neste sentido e realizando-se, este estágio,

numa unidade hospitalar, torna-se importante que o enfermeiro disponha de uma rede de contatos que lhe permita referenciar a criança/família para outros profissionais de saúde, sejam eles prestadores de cuidados como os enfermeiros ou outros como psicólogo, assistente social, etc., podendo este encaminhamento revelar-se como um importante ganho em saúde. Este tipo de articulação e referência, nomeadamente com os centros de saúde, realizou-se procedendo-se ao encaminhamento das crianças/famílias nas quais, no momento da alta se considerou necessitarem, ainda, de algum tipo de acompanhamento ou vigilância. Esta articulação realizou-se através do envio de cartas de alta, de acordo com o protocolo instituído no serviço bem como através da realização de contactos telefónicos em que se falou, diretamente, com as responsáveis pela área da saúde infantil, informação disponível nos serviços decorrente de um projeto realizado.

É, também, preconizado que o EE desempenhe um papel de gestor de cuidados, tanto ao nível da gestão do seu tempo e das suas atividades no turno com a criança/família, mas ainda que tenha a capacidade de gerir os vários recursos (humanos e materiais) necessários e disponíveis no serviço tendo sempre em vista o nível máximo da qualidade de cuidados (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010). Desta forma, e uma vez que das 180h pertencentes a este módulo, apenas algumas eram destinadas à gestão dos recursos, realizou-se uma observação participada na referida área e desenvolveu-se uma reflexão crítica (ANEXO V) acerca da mesma através da qual foi possível clarificar o quão importante pode ser um EE a gerir os recursos de um serviço pois, sendo ele um perito na área, melhor conseguirá determinar as necessidades e o caminho a desenvolver para as satisfazer. Possibilitou-se, ainda, experienciar diferentes situações no que respeita à gestão dos recursos e compreender a sua dinâmica e exigência, motivo pelo qual esta observação se pode encarar como uma importante ferramenta neste percurso académico permitindo a amplificação dos conhecimentos.

Realizou-se, ainda, um dia de observação no Hospital de Dia (de Hematologia). Segundo a Carta da Criança Hospitalizada, *“A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia.”* (2008, p.7). Assim, através da observação realizada, compreendeu-se a importância do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros neste âmbito, cuidando da criança com doença controlada, sendo um apoio de retaguarda para as famílias, munindo-as de estratégias que facilitem a prestação de

cuidados nos seus domicílios em diferentes situações e permitindo um apoio a estas crianças/famílias mais direcionado e especializado às suas necessidades.

Ao longo do dia de observação, foi possível verificar a confiança que as famílias e mesmo as crianças/jovens depositam na enfermeira que ali exerce funções e a relação de proximidade que mantêm e que é fruto do trabalho desenvolvido ao longo de muitos anos. Os portadores de doenças crónicas criam hábitos e rotinas no controlo da sua doença e na forma como preferem ver as suas necessidades satisfeitas. Para quem exerce funções num Hospital de Dia, este “ir ao encontro das reais necessidades” para manter a autonomia destas crianças/jovens e famílias e a disponibilidade constante para a ajuda na resolução dos vários problemas que lhes vão surgindo, são outra mais-valia destes serviços cujo objetivo é a prestação de cuidados de saúde de forma programada e por isso, com tempo para a adequar a cada individualidade e necessidade concreta.

Assim, visando-se as competências do EESIP a atingir com o trabalho desenvolvido, consideram-se adquiridas *“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”* através das unidades de competência *“Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”*, *“Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados”* e *“Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.4).

A consecução do presente objetivo permitiu a aquisição de competências no contexto da prática que se revelaram como fulcrais neste percurso académico e, concomitantemente, na materialização do mesmo. Este possibilitou desenvolver a capacidade de identificar e agir em situações, particularmente, complexas como a gestão da dor e os cuidados de enfermagem prestados a crianças com diferentes patologias cuja abordagem pelo EESIP se patenteia como uma particular e distinta resposta às necessidades.

2.3 Módulo III – Serviços de Urgência e Neonatologia

O terceiro módulo de estágio, correspondente aos Serviços de Urgência e Neonatologia, decorreu no SUP e na UCIN, respetivamente, ambos do HDE, num total de 180 horas de contacto, 90 em cada um dos referidos serviços.

O HDE integra o Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC), EPE, do qual fazem, também, parte o Hospital de São José, o Hospital de Santo António dos Capuchos, o Hospital de Santa Marta, o Hospital Curry Cabral e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa. A missão do CHLC é prestar cuidados de saúde diferenciados, atuando em articulação com as várias unidades de saúde que o integram (CENTRO HOSPITALAR LISBOA CENTRAL).

2.3.1 Serviço de Urgência Pediátrica

O primeiro momento deste módulo decorreu no SUP no período de 12 de Novembro a 7 de Dezembro de 2012.

O SUP do HDE recebe, anualmente, cerca de 250 000 crianças. É constituído por trinta e um enfermeiros, dezasseis assistentes operacionais, catorze administrativos e uma equipa de limpeza. A equipa médica é constituída por especialistas em diferentes áreas, desde a pediatria médica, cirúrgica, ortopedia/traumatologia, otorrinolaringologia, neurologia, pedopsiquiatria, estomatologia, imagiologia, anestesiologia, patologia clínica.

Fisicamente, é constituído por 2 espaços distintos, que podemos diferenciar como pediatria médica e pediatria cirúrgica. Na ala da pediatria médica encontram-se os serviços de admissão e diversas salas (de espera com fraldário e WC, de triagem, de reanimação, de internamento, de aerossóis, de tratamentos, de arrefecimento e para bebés até aos 6 meses, gabinetes médicos, entre outras). A ala da pediatria cirúrgica é, também, constituída por várias salas, de ressalvar, as de traumatologia, otorrinolaringologia, pequena cirurgia, internamento de curta duração com duas unidades de internamento e gabinetes de observação.

O SUP deve ser entendido como um recurso de retaguarda ao qual os cuidadores só deverão recorrer, quando esgotados os recursos anteriores. Neste sentido CALDEIRA et al (2006, p. 2) afirma que *“Os serviços de urgência estão pensados para proporcionar assistência médica descontínua e concreta”* demonstrando que as habituais idas ao serviço de urgência motivadas por doenças próprias da infância, devem ficar fora dessas recorrências. Acrescenta ainda que deve ficar *“a cargo dos Cuidados de Saúde Primários e do médico assistente, o seguimento regular da criança saudável bem como resolver, encaminhar e orientar correctamente as situações não urgentes”*, (CALDEIRA et al, 2006, p.2). Assim, optou-se por ir ao encontro de situações, claramente de urgência, e intervir nesse sentido, em detrimento de outras também presentes num serviço de urgência, mas que não se caracterizam como tal.

Na adolescência, período de transição entre a infância e a idade adulta, verifica-se um rápido desenvolvimento a todos os níveis, sendo forte a sua necessidade de independência, um importante fator predisponente para que os adolescentes assumam comportamentos de risco e que sejam considerados como um grupo de risco no consumo de drogas (HOCKENBERRY, 2006).

Atualmente, e após a consulta de dados concretos do SUP do HDE (ANEXO VI), verificou-se um aumento do número de jovens que dão entrada por consumo de drogas. A referir, durante o ano de 2011, 5,37% das recorrências a este serviço foi por intoxicação por consumo de drogas. No primeiro semestre de 2012 esse número atingia já os 9,9%, verificando-se quase uma duplicação de casos. No Plano Nacional contra a droga e as toxicodependências pode, ainda, constatar-se que existe uma emergência de novas drogas e um aumento dos policonsumos (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2005). Desta forma, e após discussão com a equipa de enfermagem, considerou-se pertinente abordar a temática do consumo de drogas e, concretamente, a sua prevenção, num contexto onde a sua incidência é cada vez maior, servindo ambos os factos supra citadas como diagnósticos de situação.

Neste sentido, definiu-se como objetivo:

Promover a saúde do adolescente no âmbito da prevenção das intoxicações por consumo de drogas em contexto de urgência pediátrica.

Para operacionalizar o trabalho desenvolvido, e apesar da prévia discussão com a equipa de enfermagem, considerou-se pertinente a aplicação de um questionário aos enfermeiros do serviço com o objetivo de identificar a quem dirigir a temática, que tipo de informação transmitir e de que forma o fazer. Através do referido questionário, constatou-se que o grupo-alvo à abordagem da temática selecionada pelos enfermeiros foram os pais, o tipo de informação a transmitir foram os sinais de alerta e que essa transmissão de informação deveria ser realizada através de um *poster* e de um folheto.

Considerando-se todos estes factos e assumindo-se que “*A atitude dos profissionais deve ser no sentido de os apoiar, [aos pais] encorajando-os e fornecendo-lhes os conhecimentos necessários para que sejam de facto os primeiros prestadores de cuidados aos seus filhos, também, na saúde*” (DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2004, p. 5) revelou-se importante instruir os pais dos adolescentes acerca dos sinais de alerta para o consumo de drogas. Nesse sentido, realizou-se um *poster* para alertar os pais, com o objetivo de ser afixado na sala de espera para facilitar a leitura pelo grupo-alvo (pois a sala de espera é a sala onde, à partida, permanecem mais tempo), além de permitir o esclarecimento de dúvidas, posteriormente, quando contactassem com um profissional de saúde. O folheto realizou-se com o objetivo de ser distribuído no momento da triagem, quando os cuidadores manifestassem vontade em saber mais sobre a temática, ou nos casos em que jovens recorressem ao SUP por consumo de drogas, ser distribuído aos seus cuidadores para os deixar mais atentos aos sinais que poderiam indiciar o consumo das mesmas.

Ambos os documentos ficaram na posse do Senhor Enfermeiro orientador para que pudessem ser implementados. Contudo, dada a existência no CHLC de um gabinete de comunicação e imagem, todos os trabalhos realizados para divulgação ao exterior têm que ser autorizados pelo referido gabinete, motivo pelo qual, à data do término do estágio, o *poster* ainda não estava afixado e o folheto ainda não podia ser distribuído.

A orientação dada à temática a abordar vai de encontro ao estudo desenvolvido por HUANG et al (2012) onde se afirma a eficácia de um programa de prevenção no uso de drogas. Neste caso concreto, as intervenções realizadas (*poster*, folheto) não se compreendem como um programa de prevenção no uso de drogas, mas antes algumas atividades que poderão estar contempladas num programa. Assim, pode compreender-se que, a realização de programas preventivos do consumo de drogas, tal como a

orientação dos cuidadores para estratégias de prevenção do consumo de drogas, podem ser importantes aliados na prevenção do seu consumo pelos jovens.

Tendo em conta as competências do EESIP atingidas com a realização deste trabalho, consideram-se: *“Assiste a criança/jovem, na maximização da sua saúde”* e *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem”* através das unidades de competência *“Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem”* e *“Promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.5).

Com o objetivo de envolver os enfermeiros do serviço no trabalho realizado e uma vez que foram os próprios enfermeiros a dar resposta aos questionários acerca da temática, procedeu-se à divulgação do trabalho. Para isso, preparou-se uma sessão de formação sob o tema *“A adolescência e o consumo de drogas – abordagem da temática no SUP HDE”*, cujo relatório se encontra em anexo (ANEXO VII), publicitando-a através de documento próprio da instituição hospitalar, afixado em local próprio e com a antecedência necessária. No final, para proceder à sua avaliação, aplicou-se um questionário com uma escala de *likert* e um espaço para comentários ou sugestões apurando-se os seguintes resultados: presentes 29% da totalidade dos enfermeiros, dos quais 18,2% avaliaram globalmente a sessão e o seu desenvolvimento no nível 3, 54,5% avaliaram a sessão no nível 4 e 27,3% avaliaram a sessão no nível 5. Relativamente ao cumprimento dos objetivos propostos, 81,8% avaliaram a sessão no nível 4 e 18,2% avaliaram a sessão no nível 5. No que concerne aos conteúdos da sessão de formação e ao interesse dos temas abordados, 45,5% avaliaram a sessão no nível 4 e 63,6% avaliaram a sessão no nível 5. Relativamente à utilidade dos temas e à sua pertinência neste contexto de cuidados, 27,3% avaliaram a sessão no nível 4 e 72,7% avaliaram a sessão no nível 5. Quanto ao espaço reservado aos comentários ou sugestões, apenas dois dos enfermeiros presentes se manifestaram referindo *“Tema bastante pertinente tanto para o serviço como para os dias de hoje”* e *“Formação aos profissionais acerca das drogas mais frequentes (bloom, salvia) por forma a promover a qualidade dos cuidados de enfermagem ao adolescente”*.

Desta forma, tornou-se evidente a pertinência da temática, em ambas as direções. Para os pais, de forma a melhor protegerem os seus filhos, a despertarem a sua atenção para as substâncias atualmente comercializadas em lojas legalmente abertas e às quais os seus filhos recorrem, avivando-os para os sinais que se podem considerar de alerta ao consumo das drogas e como devem intervir.

Para os profissionais de saúde e, nomeadamente, para os enfermeiros cuja exigência na aptidão e prontidão nos cuidados ao adolescente, pelo consumo de drogas, é essencial, no que se refere às substâncias, atualmente, comercializadas nas *smartshops*, a realização deste trabalho possibilitou a apresentação das realidades atuais do consumo de drogas pelos jovens, temática conhecida (dada a incidência atual), mas ainda não desenvolvida pelos profissionais, indo de encontro a uma competência comum do EE em que “*Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade*”, manifestada através da unidade de competência “*Planeia programas de melhoria contínua*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p. 6) cujo objetivo foi lançar um repto importante para a verdadeira melhoria da qualidade de cuidados, envolvendo-os numa temática atualmente bastante incidente, mas pouco divulgada.

Optou-se, ainda, pela realização de uma observação participada, em detrimento de uma prestação de cuidados diretos dada a limitação temporal previamente definida para a realização do módulo de estágio e a necessidade de tempo para a realização das atividades que respondessem ao objetivo definido.

Contudo, com a referida observação, possibilitou-se a compreensão do papel do EESIP nos vários “postos” de trabalho. Ao nível da triagem, a importância do contacto rápido, mas com um olhar atento e uma observação criteriosa que possibilite colher o maior número de dados. Ao nível da sala de tratamentos, a importância da competência técnica, mas essencialmente, da relacional, exigindo-se uma maior proximidade entre o enfermeiro e a criança/família para que seja possível cuidar e intervir adequadamente. Ao nível do posto de trabalho da cirurgia, onde é essencial o estabelecimento da relação com a criança/família, mas onde a explicação dos procedimentos a realizar e dos cuidados a ter no domicílio, tendo em conta, o estágio de desenvolvimento da criança é essencial na compreensão do mesmo e preditor do seu sucesso. Por fim, ao nível do serviço de observação (SO) onde, apesar da vigilância exigida aos profissionais, é

essencial tranquilizar as famílias dada a ansiedade gerada pelo ambiente desconhecido que se associa à incerteza da gravidade da situação.

Assim, consideraram-se atingidas com esta atividade as competências: *“Assiste a criança/jovem, na maximização da sua saúde”*; *“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”* e *“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem”* através das unidades de competência *“Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacitação para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem*, envolvendo as famílias na participação dos cuidados, *“Diagnostica, precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem”* identificando as diferentes doenças decorrentes características da infância, *“Reconhece situações de instabilidade das funções vitais”*; *“Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem optimizando as respostas”*; *Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”*, utilizando estratégias comunicacionais e linguagem adequadas (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.3-5).

2.3.2 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O segundo momento deste módulo decorreu na UCIN, no período de 10 de Dezembro de 2012 a 18 de Janeiro de 2013.

A UCIN é constituída por 8 camas de Cuidados Intensivos e 8 camas de Cuidados Intermédios, o que as diferencia é a presença (em cuidados intensivos) de ventilador. Geograficamente, esta unidade recebe bebés do Centro Sul e Ilhas e, concomitantemente com o HSM, recém-nascidos do foro cirúrgico.

Do ponto de vista físico, é constituída por vários gabinetes e salas, entre as quais: sala de trabalho, de isolamento (atualmente utilizada, provisoriamente, para a extração de leite), de cuidados intensivos, copa de leites, entre outras.

No que respeita aos recursos humanos, o serviço é constituído por trinta e sete enfermeiros, doze médicos, um dos quais permanentemente presente, oito assistentes operacionais, uma secretária de unidade e a restante equipa multidisciplinar constituída por profissionais não permanentes nem exclusivos da Unidade, mas que dão apoio à mesma (assistente social, fisioterapia, terapia da fala, pedopsiquiatria, psicóloga). Relativamente à presença dos pais, a unidade autoriza a permanência de um dos cuidadores no período das 0-8h e de ambos ao longo do restante dia tal como é preconizado na Carta da Criança Hospitalizada *“Uma criança hospitalizada tem o direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado”* (INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA, 2008, p. 7).

No que concerne à realidade da Neonatologia, a chegada de um filho prematuro acarreta consigo a angústia da incerteza no que se refere ao futuro daquele bebé, assim como ao futuro daquela família que, depois de passar por uma experiência como esta ficará, certamente, diferente. Numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, os profissionais que nela trabalham tentam contornar o impacto causado pelo ambiente envolvente e pela fragilidade emocional das famílias. OLIVEIRA (2006) reitera afirmando que *“A UCIN é com certeza um lugar carregado de conotações, onde se vivem muitas emoções e onde o tempo é medido em gramas, dias de ventilação, quantidades de leite que o bebé já consegue mamar”*. Assim, ZEN e CECHEETTO (2008) afirmam que o *“acolhimento no ambiente da U[C]IN, muitas vezes, é de extrema importância pois proporciona proteção, afeto e certa segurança à família que poderá ser incluída na sistematização da assistência de enfermagem”*. Neste sentido, e após discussão e articulação com a equipa de enfermagem, procurou-se abordar uma temática, que fosse de encontro ao que são as necessidades dos bebés e dos seus cuidadores, nomeadamente, a necessidade de se sentirem úteis e valorizados, adequando ao contexto e ao serviço. Para dar resposta à questão e argumentando que *“não é de se admirar que o vínculo afetivo entre pais e filhos esteja comprometido, decorrente do longo período de internação, das rotinas impostas pela instituição, pelas condições clínicas da mãe do próprio bebé (...)”*, (TRONCHIN e TSUNECIRO, 2005) e assumindo que *“O ambiente hospitalar tem sido apontado como importante fator no enfraquecimento do vínculo mãe-recém-nascido”* (ZEN e CECHEETTO, 2008) ponderou-se uma temática que operasse no sentido contrário. Para tal, considerou-se a promoção do aleitamento materno como um importante tema a apreciar neste âmbito

dadas todas as vantagens que apresenta (nutricionais – contendo todos os nutrientes essenciais; - biológicas – contendo os fatores anti-infecciosos; - económicas – uma vez que é gratuito; - psicológicas – permitindo o contacto íntimo entre o recém-nascido e a mãe, facilitando o estabelecimento da vinculação; - maternas – facilitando a sua recuperação), tal como afirmam AGUIAR e SILVA (2011) *“Para além dos nutrientes fundamentais para o crescimento, desenvolvimento e necessidades energéticas, o leite materno contém ainda uma série de componentes associados ao sistema imune, como anticorpos maternos e componentes bioactivos”*.

Alicerçando, *“A educação para a gestão eficaz da amamentação, pelos profissionais de saúde nas primeiras semanas pós-parto é uma estratégia potenciadora de amamentação”* (AGUIAR e SILVA, 2011) pelo que a temática do aleitamento materno tão bem se adequa a este contexto e realidade

Desta forma, definiu-se como objetivo para este módulo:

Promover nas mães o aleitamento materno/alimentação por leite materno em contexto de Cuidados Intensivos Neonatais.

Tal como já foi mencionado neste relatório, a OMS preconiza a amamentação exclusiva até aos 6 meses de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2011). De ressaltar que, em bebés prematuros, este facto se mantém, contudo, por vezes, existem situações em que os bebés prematuros não se podem alimentar, sendo necessário optar-se pela alimentação parentérica, alternativa que não se abordará ao longo do presente trabalho. Na continuidade da alimentação por leite materno, BRAGA, ALMEIDA e LEOPOLDINA (2012) afirmam mesmo que o leite das mães de bebés prematuros tem características diferentes dos leites das mães de bebés de termo uma vez que vai ao encontro das necessidades específicas destes bebés. SARAIVA (2010, p.145) acrescenta, ainda, que *“O crescimento e o desenvolvimento dos recém-nascidos pré-termo tem sido um objeto constante da sua assistência, sendo a nutrição um dos componentes fundamentais”* Porém, existem dois fatores que podem funcionar como condicionantes à ingestão de leite materno pelo bebé. Desde logo, o facto de o bebé não poder sair da incubadora e portanto, não poder ser amamentado. O segundo fator é a inexistência de leite na mama da mãe quando esta deixa de ser estimulada. Assim, o trabalho desenvolvido, teve o intuito de apoiar as mães na amamentação/alimentação por leite materno, consoante os seus bebés pudessem ser colocados à mama ou caso não

pudessem sair da incubadora, pudessem ser alimentados de leite materno pela sonda nasogástrica. Contemplaram-se, ainda, as situações em que os bebês, no momento atual, não pudessem ser alimentados, incentivando-se, estimulando-se e ensinando-se as mães à extração e conservação do leite materno para administrações futuras.

Para dar resposta a este objetivo, diferenciaram-se duas situações: as mães que amamentavam e as mães que não o podiam fazer, mas que queriam guardar o seu leite. No caso das mães que amamentavam, utilizou-se o Protocolo da Unicef para avaliação da mamada, com o intuito de detetar eventuais erros/problemas/dificuldades para que a intervenção se dirigisse ao problema identificado. A intervenção realizada baseou-se numa *check-list* de ensinamentos, previamente, realizada e transversal aos vários erros/problemas/dificuldades para que, independentemente do problema identificado, pudesse estar contemplado nesta *check-list*. Posteriormente, num segundo momento, por forma a dar espaço à apropriação da informação transmitida, voltou a aplicar-se o Protocolo da Unicef para avaliação da mamada com o objetivo de identificar se o erro/problema/dificuldade tinha sido já ultrapassado e intervir desta forma circular, até nenhum ser encontrado.

No caso das mães que, por impossibilidade da criança, não poderiam, neste momento, amamentar, mas que queriam extrair e conservar o seu leite, optou-se por fazer um reforço positivo explicando-se qual a importância de manter a lactação, a importância do leite materno e como se processa a extração e a conservação de leite, fazendo-se um acompanhamento na primeira extração para correção de eventuais erros e advertindo-se as mães para eventuais problemas mamários que poderiam surgir, caso não realizassem a técnica de forma correta.

Assim, de uma forma geral, considerou-se que as sessões de educação para a saúde (relatório em anexo – ANEXO VIII) foram desenvolvidas de uma forma metódica, individualizada e interativa através de 4 momentos distintos: num primeiro momento em que se apresentou a preleitora e foi questionada a mãe se aceitaria a nossa intervenção, dada a identificação de algumas dificuldades (no caso das mães que amamentavam) ou se questionava a mãe quais seriam as suas intenções acerca do seu leite materno e caso, mostrasse vontade de o extrair e conservar, realizava-se a intervenção; num segundo momento, e depois de aceite a intervenção, explicava-se como se poderia ultrapassar a dificuldade encontrada (no caso das mães que

amamentavam) ou era explicado o método de extração e conservação de leite materno; num terceiro momento, dando-se a oportunidade de colocar dúvidas e validar os ensinamentos realizados, em ambas as situações e, finalmente, num quarto momento, aplicando-se, novamente, o Protocolo da Unicef para observação da mamada determinando a eficácia ou necessidade de reforço dos ensinamentos realizados (no caso das mães que amamentavam) e no caso das mães que procederam à extração e conservação de leite, questionando-se acerca de possíveis dificuldades/dúvidas para realização de nova intervenção, caso fosse necessário.

As sessões de educação para a saúde planejaram-se para um total de 25 minutos recorrendo ao método/técnica pedagógica expositivo, interrogativo e observação. No total, dirigiram-se a quatro mães uma vez que, nas restantes situações, fosse pela ausência ou limitada permanência das mães na unidade, fosse pela gravidade do estado de saúde da criança e portanto a desadequação da abordagem da temática nesse período, não foi possível dirigi-las a um maior número de mães.

Procedendo-se à avaliação destas sessões de educação para a saúde pode referir-se que, todas elas foram pertinentes e ajustadas às necessidades dos interlocutores. No caso das mães que amamentavam, nos dois casos em que foram desenvolvidas as sessões de educação para a saúde, existiam, inicialmente, algumas dificuldades que, após os ensinamentos realizados, foram ultrapassadas, pelo que se constatam ganhos em saúde. No caso das mães que, por condicionantes, optaram pela extração e conservação do leite materno, em ambos os casos os ensinamentos foram apreendidos e a técnica utilizada foi corretamente desempenhada, não existindo qualquer alteração quer ao nível da mama, quer ao nível do mamilo, tal como pôde ser avaliado na folha para tal construída.

Desta forma, e considerando, novamente, os resultados encontrados na revisão sistemática da literatura realizada, mencionada anteriormente, nos quais, PANNU et al (2011), KERVIN, KEMP e PULVER (2010), GRAÇA, FIGUEIREDO e CONCEIÇÃO (2011), PEREIRA et al (2010), SIMONETTI et al (2012) e YANIKKERE et al (2009) identificam diferentes intervenções promotoras de saúde relativamente à temática do aleitamento materno, também neste contexto se intentou a aplicabilidade dos resultados obtidos e a consequente abordagem do mesmo, compreendendo-se a importância e pertinência dos ensinamentos realizados neste âmbito. No mesmo sentido, e tendo em conta a perspetiva de AMARAL (2009, p. 86), *“É realmente muito importante promover o*

aleitamento materno a um recém-nascido prematuro internado numa unidade neonatal” assim, todas as intervenções realizadas estão plenamente justificadas.

Aquando do término do estágio, todos os documentos foram disponibilizados ao serviço com vista à sua implementação e consequente melhoria dos cuidados neste âmbito.

No que toca às competências do EESIP, consideram-se atingidas *“Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde através da implementação, em parceria, de um plano de saúde, do diagnóstico e intervenção precoces nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem”* manifestada pela unidade de competência *“Implementa e gere, em parceria, um plano promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”* e *“Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem promovendo a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais”* manifestada através da unidade de competência *“Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime de reinserção social da criança/jovem”, “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”* e *“Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.3 e p.5).

Realizou-se, também, uma observação participada ao nível da prestação de cuidados do EESIP, dado o limite temporal deste módulo de estágio e da complexidade exigida ao nível da UCIN. A este nível importou transferir algumas competências do EE e próprias do EESIP para este contexto. A profissão de Enfermagem sustenta-se, incontornavelmente, no processo de enfermagem pelo que, uma vez mais as suas metodologias estiveram presentes ao longo dos cuidados planeados, apesar de não se realizar uma prestação de cuidados direta, mas apenas uma observação participada. A transmissão de segurança, do sentimento de utilidade, de confiança, a partilha de conhecimento, a interação com as famílias e a respetiva repartição do poder, a negociação, o respeito pela tomada de decisão das famílias sempre com vista ao desenvolvimento da criança subentendendo o envolvimento dos seus familiares, estiveram presentes nas intervenções realizadas (MENDES, 2012).

Através de todos estes cuidados, possibilitou-se a aquisição de uma competência específica do EESIP, a saber *“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”* manifestada através da unidade de competência *“Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.4).

Considerou-se pertinente destacar um importante cuidado (entre tantos outros) ao nível da Neonatologia - a realização do método canguru - contemplando, assim, a unidade de competência do EESIP *“Providência cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p.4). Segundo SARAIVA (2010, p. 159) o *“Método «canguru» é um tipo de assistência neonatal que implica contacto «pele a pele» ”*, acrescentando, ainda, que *“Humaniza e aperfeiçoa o cuidado perinatal”, “Permite a estabilidade fisiológica”, “Diminui a permanência hospitalar” e “Diminui o risco de infecção hospitalar”* (SARAIVA, 2010, p. 160). Constatou-se, de facto, nas mães que o praticaram, o desenvolvimento do vínculo afetivo com os bebés, mostrando-se mais ligadas aos mesmos. Nos bebés também se observaram repercussões, nomeadamente, ao nível dos sinais vitais, transmitidos pela monitorização permanente desses bebés. Neste sentido, através da observação participada realizada acerca do papel do EESIP numa UCIN, possibilitou-se a aquisição, de novas competências, próprias do EESIP, a saber *“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”*, presente através da unidade de competência *“Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2010, p. 4).

Desta forma, ao longo do percurso desenvolvido, adquiriram-se competências a vários níveis. Ao nível relacional e comunicacional, através da interação estabelecida com as famílias e dos ensinamentos realizados. Ao nível dos conhecimentos teóricos e práticos, dada a singularidade e riqueza do contexto, quer no âmbito da diversidade das patologias, das particularidades familiares e da tecnologia envolvida.

3– CONCLUSÃO

Neste capítulo será realizada uma síntese do trabalho desenvolvido anteriormente.

Com a realização deste trabalho, e através da pesquisa e estudo desenvolvidos e das atividades realizadas possibilitou-se a aquisição e sedimentação de conhecimentos na área da saúde infantil e pediátrica e conseqüentemente, o alcance das competências inerentes a um EESIP.

A temática central deste trabalho – *Promoção da Saúde* - apesar de abrangente, revelou-se muito pertinente e, suficientemente flexível no que respeita à sua abordagem ao longo dos diferentes módulos de estágio e, concludentemente, dos diferentes contextos onde os módulos foram realizados.

Ao longo **módulo I** e através da observação realizada na associação ACREDITAR e da respetiva reflexão, compreendeu-se a importância da articulação de um EESIP com uma instituição de recurso comunitário em que o envolvimento da família a todos os níveis, assim como a articulação com profissionais de diferentes especialidades e áreas conduziu a uma melhoria nos cuidados prestados à criança/família que atravessam fases, especialmente difíceis nas suas vidas. Na continuidade do módulo, mas relativamente aos cuidados prestados na UCSP, após a realização do diagnóstico de situação, considerou-se pertinente promover o aleitamento materno exclusivo, tal como é preconizado pela OMS, dada a reduzida percentagem de mães que o fazem, realizando para tal um guia orientador da consulta de saúde infantil por forma a orientar, sistematizar e unificar as intervenções de todos os enfermeiros que a realizassem e uma sessão de educação para a saúde que apreciasse vários subtemas relativos ao aleitamento materno. Neste âmbito as grávidas avaliaram a sessão de educação para a saúde quanto ao seu desenvolvimento, cumprimento de objetivos propostos, conteúdos abordados, interesse, tempo de exposição e assimilação de conhecimentos entre os níveis 4-5. Realizou-se, ainda, vigilância de saúde infantil, ao longo das consultas efetuadas, através dos ensinamentos promotores e de maximização da saúde e da avaliação do desenvolvimento das crianças. Todas estas atividades permitiram o desenvolvimento teórico na área de especialização e das respetivas competências relacionais, comunicacionais e práticas analogamente essenciais à prática de um EESIP.

Relativamente ao **módulo II**, através da realização do diagnóstico de situação considerou-se pertinente abordar a temática da saúde oral e concretamente, a promoção da higiene oral. Assim, desenvolveram-se sessões de educação para a saúde, individuais a cada unidade de cuidados (criança/família), considerando-se ser a forma mais educativa de o fazer. Para dar suporte às sessões de educação para a saúde, construíram-se os instrumentos de avaliação dos conhecimentos pré e pós sessão e a respetiva *check-list* de ensinios na qual se baseava a sessão. Revelaram-se, ainda, adquiridas competências ao nível da implementação e gestão do plano de saúde das diferentes famílias e dos cuidados a prestar, tendo em vista a diminuição do impacto dos fatores stressores causados pela hospitalização, assim como a sedimentação de competências comunicacionais e relacionais. Com vista à aquisição de competências próprias do EESIP realizou-se, também, uma prestação de cuidados diretos às crianças/famílias internadas nesse período quer fossem portadores de doenças crónicas, quer atravessassem um período de doença aguda sempre com vista ao envolvimento das famílias nos cuidados, à negociação dos mesmos, capacitando-os e considerando-os verdadeiramente parceiros nas intervenções a desenvolver.

No que concerne ao **módulo III** e, concretamente, em relação ao serviço de urgência pediátrica, após a realização do diagnóstico de situação, considerou-se pertinente promover a saúde do adolescente no âmbito da prevenção das intoxicações por consumo de drogas, através da instrução dos pais acerca dos sinais de alerta veiculados pelo *poster* e folheto realizados. Considerou-se, ainda, pertinente, apresentar o trabalho desenvolvido aos enfermeiros do serviço, abordando a temática de forma a muni-los de conhecimentos acerca da mesma. Desta forma, através das atividades desenvolvidas, preconizou-se a proteção dos jovens pelos pais neste âmbito, bem como a aptidão dos enfermeiros aquando da necessidade de intervenção. Com vista a dar resposta ao presente objetivo, a intervenção realizada foi planeada de forma alargada e numa linguagem acessível para que as mesmas não se apresentassem como limitações ao trabalho desenvolvido. As atividades realizadas permitiram o desenvolvimento de competências teóricas, mas também, comunicacionais, ambas de encontro às exigidas aos EESIP. Na continuidade do módulo, mas relativamente ao estágio na unidade de cuidados intensivos neonatais, considerou-se pertinente promover nas mães o aleitamento materno/alimentação por leite materno, apoiando-as no processo de amamentação ou na extração e conservação do leite materno, através dos ensinios

apresentados na *check-list* construída para o efeito. Para as mães em quem foi realizada a intervenção, fosse nos casos em que as mães já amamentavam mas apresentavam dificuldades, fosse no caso das mães que optaram pela extração de leite, os ensinamentos e intervenções realizadas, permitiram a dissipação de dúvidas por parte das mesmas e a aquisição de competências quer ao nível da extração e conservação do leite, sem consequências para a mãe e/ou criança. Todas as atividades realizadas permitiram a mobilização de competências teóricas e relacionais, bem como a sedimentação de competências comunicacionais, mobilizadas ao longo dos vários módulos de estágio e todas elas essenciais a um EESIP.

A observação participada, realizada em ambos os momentos do módulo III, permitiram a apropriação de estratégias no que concerne aos diferentes cuidados e intervenções a prestar pelo EESIP.

Em suma, encarou-se que as atividades realizadas permitiram, de uma forma abrangente, a apreensão dos conhecimentos e saberes inerentes ao EESIP, bem como, de uma forma concreta, dada a temática desenvolvida e explorada ao longo do mesmo, a promoção de cuidados antecipatórios e promotores da saúde das crianças/famílias.

Como **pontos fortes** do trabalho realizado podem considerar-se além dos benefícios que o mesmo trouxe para as diferentes crianças/famílias nas diferentes áreas de atuação, o despertar do interesse pelos enfermeiros nas áreas em que se desenvolveram os projetos e as mudanças na forma que os mesmos o abordarem, face às sugestões mencionadas através dos referidos trabalhos e o próprio conhecimento para o contexto e para a autora.

Ao longo deste percurso, podem compreender-se como **limitações**, a inexperiência da autora na área da especialidade, a sobrecarga de horas de trabalho (somando às horas laborais as de estágio) e a falta de oportunidade durante o período de estágio e até à data de entrega deste relatório para a afixação do *poster* e para a distribuição do folheto realizados ao longo do módulo III.

Quanto a **sugestões** posso referenciar o interesse futuro na participação de novos projetos na área da promoção da saúde e, nomeadamente, no âmbito do aleitamento materno, bem como a prontidão na procura de novos conhecimentos e formações ao nível do serviço onde exerço funções, tanto para enfermeiros como para outros grupos-

alvo. Os momentos de reflexão e partilha entre equipa serão, também, incitados com o intuito de debater os assuntos para com eles continuar a aprender.

4– REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACREDITAR – *Relatório de Atividades 2011*. [Lisboa]: ACREDITAR, 2012. 17p.
- AGUIAR, Hélder; SILVA, Ana Isabel – ALEITAMENTO MATERNO: A Importância de Intervir. *Acta Médica Portuguesa*. 24 (2011) 889-896.
- AHMED, Azza – Role of the Pediatric Nurse Practitioner in Promoting Breastfeeding for Late Preterm Infants in Primary Care Settings. *Journal of Pediatric Health Care*. 24:2 (2010) 116-122.
- AMARAL, Nádea – *PARECRIA DOS CUIDADOS ENTRE ENFERMEIRAS E PAIS DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS INTERNADOS: a visão das enfermeiras*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem orientada pela Professora Doutora Maria do Céu Barbieri de Figueiredo e apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto em 2009. Texto policopiado. <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20148/2/Dissertao%20mestrado%20Parceria%20de%20cuidados%20entre%20enfermeiras%20e%20pais%20de%20recmnascidos%20prematuros%20internados.pdf> 21-01-13 22:00.
- AWANO, Masayo; SHIMADA, Keiko – Development and evaluation of a self care program on breastfeeding in Japan: A quasi-experimental study. *International Breastfeeding Journal*. 5 (2010) 9.
- BARROS, Luísa – *Psicologia pediátrica – Perspectiva desenvolvimentista*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi, 2003. 220p.
- BENNER, Patrícia – *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Edição Quarteto, 2001. 295p.
- BIBLIOTECA VIRTUAL DA SAÚDE. Descritores Mesh. <http://regional.bvsalud.org/php/decsws.php> 15-12-13 09:00.
- BORRERO-PACHÓN, Maria; OLOMBRADA-VALVERDE, Ana; ALEGRIA, Maria – Papel de la enfermería en el desarrollo de la lactancia materna en un recién nacido pretérmino. *Enfermería Clínica*. 20:2 (2010) 119-125.
- BRAGA, Patrícia; ALMEIDA, Camila; LEOPOLDINA, Isadora – Percepção Materna do Aleitamento no Contexto da Prematuridade. *Revista Enfermagem Centro Oeste Mineiro* 2:2 (2012) 151-158

- BRASILEIRO, Aline [et al.] – The impact of breastfeeding promotion in women with formal employment. *Caderno Saúde Pública*. 28:9 (2010) 1705-1713.
- CALDEIRA, Teresa [et al.] – O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 37:1 (2006) 1-4.
- CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL – Missão, Visão, Valores e Objetivos. www.chlc.min-saude.pt 17-01-13 21:00.
- CHAREPE, Zaida – O IMPACTO DOS GRUPOS DE AJUDA MÚTUA NO DESENVOLVIMENTO DA ESPERANÇA DOS PAIS DE CRIANÇAS COM DOENÇA CRÓNICA: Construção de um Modelo de Intervenção Colaborativa. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem orientada pelo Professor Doutor Luís Miguel Vicente Afonso Neto e apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa em 2011. Texto policopiado
- CRICCO-LIZZA, Roberta – Rooting for the Breast Breastfeeding Promotion in the NICU. *MCN*. 34:6 (2009) 356-364.
- GARCIA, Telma; NÓBREGA, Maria – Processo de Enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 13:1 (2009) 188-193.
- GRAÇA, Luís; FIGUEIREDO, Maria; CONCEIÇÃO, Maria – Contributions of the nursing intervention in primary healthcare for the promotion of breastfeeding. *Revista latino-Americana de Enfermagem*. 19:2 (2011) 429-436.
- HOCKENBERRY, Marilyn – *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª ed. Rio Janeiro: Mosby, 2006. 1303p.
- HUANG, Chiu-Mieh [et al.] – Integrating life skills into a theory-based drug-use prevention program: effectiveness among junior high student in Taiwan. *Journal of School Health*, 82:7 (2012) 328-335.
- INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA – Carta da Criança Hospitalizada. 4ª ed. Lisboa, 2008, 16p.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – Código de ética do CIE para enfermeiras (os). 2012. 12p. http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/Cod_e%20of%20Ethics%202012%20for%20web.pdf 30-12-12 11:30.

- KERVIN, Beth; KEMP, Lynn; PULVER, Jackson – Types and timing of breastfeeding support and its impact n mothers' behaviours. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 46 (2010) 85-91.
- MAIA, Maria – *O papel do enfermeiro num estudo de adesão ao aleitamento materno*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem orientada pela Prof. Doutora Zaida Azeredo e apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar em 2007. Texto policopiado. <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7178/2/Tese.pdf> 19-05-12 22:20.
- MENDES, Maria – *Enfermeiros e pais em parceria na construção do bem-estar da família*. Repositório da Universidade do Minho: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/11750/1/Enfermeiros%20e%20pais%20em%20parceria%20na%20constru%20c3%a7%20c3%a3o%20do%20bem-estar%20da%20fam%20c3%adlia.pdf>. 27-12-12 23:00.
- MENDES, Maria; MARTINS, Maria – Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série: 6 (2012) 113-121.
- NEUMANN, A. [et al.] – Impact of an oral health intervention on pre-school children under 3 years of age in a rural setting in Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 47 (2011) 367-372.
- NWOSU, Udochi; EKE, Reginald – Knowlegde and practice of exclusive breastfeeding: effects of health promotion intervention in Nigeria. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 10:6 (2011) 657-664.
- OLIVEIRA, Ana – *Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais*. <http://www.nascerprematuro.org/content/view/47/54/> 10-01-13 18:00.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. [Lisboa]: Ordem dos Enfermeiros, 2001. 12p.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Especializados de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. [Lisboa]: Ordem dos Enfermeiros, 2011. 14p.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das Competências Comuns ao Enfermeiro Especialista*. [Lisboa]: Ordem dos Enfermeiros, 2010. 10p.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. [Lisboa]: Ordem dos Enfermeiros, 2010. 5p.
- ORFÃO, Adelaide – *Registo do Aleitamento Materno. Relatório Julho 2010-Junho 2011*. [Lisboa]: DGS/Divisão de Saúde Reprodutiva, 2012. 26p.
- PANNU, P. [et al.] – The effectiveness of health promotion materials and activities on breastfeeding outcomes. *Acta Paediatrica*. 100 (2011) 534-537.
- PENDER, Nola; MURDAUGH Carolyn; PARSONS, Mary – *Health Promotion in Nursing Practice*. 5ª ed. Jersey: Pearson Education, Inc., 2006. 367p.
- PEREIRA, Maria Adriana – *ALEITAMENTO MATERNO – Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação: Resultados de um estudo experimental*. Loures: Lusociência, 2006. 299p.
- PEREIRA, Rosane [et al.] – Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. *Caderno Saúde Pública*. 26:12 (2010) 2343-2354.
- PINTO, Mónica – Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa da Clínica Geral*. 25 (2009) 677-687.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes – *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-Tipo de Actuação/Direção Geral de Saúde*. 2ª ed. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2002. Orientações técnicas 12, 48p.
- PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes – *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica/Direção Geral da Saúde* – Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2004. Orientações Técnicas 14 Vol. I, 48p.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Divisão de Saúde Reprodutiva – *Registo ao Aleitamento Materno*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2012. 26p.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº 28/2008: D.R.: I Série, 38, 2008-02-22 (2008), 1182-1189.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCD de 18 de Junho. [Lisboa]: Direção-Geral da Saúde, 2008, 16p.

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº 09/DSE de 19 de Julho. [Lisboa]: Direção-Geral da Saúde, 2006, 8p.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº01/DSE de 18 de Janeiro. [Lisboa]: Direção-Geral da Saúde, 2005, 49p.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Circular Informativa nº 41/DSE de 26 de Setembro [Lisboa]: Direção-Geral de Saúde, 2002, 2p.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde – *Plano Nacional contra a droga e as toxicodependências 2005-2012*. www.min-saude.pt 13-11-12 21:00.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Lei nº 48 de 24 de Agosto de 1990: D.R.: I Série A. (1990), p.3452-3459.
- SARAIVA, Helena – *Aleitamento Materno – Promoção & Manutenção*. Lisboa: Lidel, 2010. 224p.
- SHERIDAN, Mary – *Children's developmental progress from birth to five years: the stycar sequences*. 5ª ed. Nfer Publishing Company Ltd, 1977. 74p.
- SHERIDAN, Mary – *Brincadeiras espontâneas na primeira infância: do nascimento aos seis anos*. Brasil: Editora Manole, 1990. 81p.
- SIMONETTI, Valentina [et al.] – A structured telephonic counseling to promote the exclusive breastfeeding of healthy babies aged to zero to six months: A pilot study. *International Journal of Nursing Practice*. 18 (2012) 289-294.
- TOMEY, Ann; ALLIGOOG, Martha – *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ªed. Loures: Lusociência, 2004.701p.
- TRONCHIN, Dayse; TSUNECHIRO, Maria Alice – A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 58:1 (2005) 49-54.
- VILELAS, José – *Investigação. O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo, 2009, 213p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO] – *Chronic diseases*. http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/ 01-10-12 23:00
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO] – *CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION*. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf 11-01-13 11:00.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO] – *Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere.*
<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding> 08-05-2012 11:00.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO] – *Health promotion.*
http://www.who.int/topics/health_promotion/en/ 11-01-13 10:00.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO] – *The Ottawa Charter for Health Promotion - First International Conference on Health Promotion.*
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html> 29-12-12 16:00.
- YANIKKEREM, Emre [et al.] – Breast-feeding knowledge and practices among mothers in Manisa, Turkey. *Midwifery*. 25 (2009) 19-32.
- ZEN, Nátali; CECHETTO, Fátima – Assistência de enfermagem à família em unidade de tratamento intensivo neonatal: um estudo de revisão da literatura. *Revista Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica*. 8:2 (2008) 83-89.

ANEXOS

ANEXO I

Autorização consulta de dados do programa informático *Medicine One*

Diana Catarina de Paiva Rama
Rua Morgado da Póvoa, nº 5, 5A
Póvoa de Santa Iria 2625-229

Pedido Deferido
A Enf. Interlocutora
Há: João Gomes
7/5/2012
ACES XII - Póvoa de Santa Iria
Enf.ª M.ª João Gomes
Interlocutora Enfermagem

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da
Póvoa de Santa Iria

DATA: 2012.05.05

Exma. Senhora Coordenadora de Enfermagem,

Venho por este meio, pedir autorização para a consulta e utilização de dados estatísticos do programa Medicine One, para efeitos da realização de trabalhos académicos, no âmbito do estágio que me encontro a realizar nesta Unidade de Cuidados de Saúde da Póvoa de Santa Iria inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Agradecendo desde já a V/melhor colaboração,

Subscrevo-me,

De V. Exas

Atenciosamente

Diana Rama

ANEXO II

Guia orientador para a promoção do aleitamento materno para a consulta de saúde infantil

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

*Guia Orientador da Consulta de Saúde Infantil
para a Promoção do Aleitamento Materno*

Inserido no Módulo I do Estágio de Saúde Infantil e Pediátrica – Cuidados de Saúde
Primários



<http://bebe.abril.com.br/materia/refluxo-em-recem-nascidos>

Tutor de Estágio: Professora Doutora Zaida Charepe
Orientador de Estágio: Enfermeira Maria Soledade Estribio

Realizado por: Diana Rama

Lisboa, Junho de 2012

ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

OMS – Organização Mundial de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	7
1. FUNDAMENTAÇÃO	9
2. PRINCÍPIOS DA INTERVENÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE AMIGAS DOS BEBÉS	11
3. ALGORITMO PARA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO	13
4. ORIENTAÇÃO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL	15
GLOSSÁRIO	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

INTRODUÇÃO

Nos nossos dias, a promoção da excelência de cuidados é uma constante, contudo essa excelência nem sempre se verifica. É imperioso que se continue a caminhar para uma prática refletida baseada nos conhecimentos científicos que se vão adquirindo no sentido de otimizar as nossas práticas.

No que diz respeito à prática de enfermagem, além da importância que o saber claramente ocupa, essa prática tem que ser sempre acompanhada de um ajustamento à situação da pessoa de quem cuidamos nesse momento.

Desta forma, a realização deste guia tem como objetivo a orientação das intervenções dos enfermeiros da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) no âmbito da promoção do aleitamento materno, no sentido de as sistematizar e unificar, independentemente do enfermeiro que realiza as consultas de saúde infantil, tendo sempre presente a adequação necessária às situações e características das pessoas de quem cuidamos.

Para a sua realização procedeu-se a um diagnóstico de situação, através do programa informático Medicine One relativamente ao número de crianças alimentadas exclusivamente de leite materno até aos seis meses de idade e abordou-se a equipa relativamente a este tema. Constatou-se que, relativamente a esta temática – aleitamento materno – o número de crianças exclusivamente amamentadas até aos 6 meses é cerca de 36%. Constatou-se, ainda, que não existe nenhum documento orientador em que cada enfermeiro se possa apoiar para melhor intervir neste âmbito.

O presente guia foi elaborado segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ¹), versão beta 2 uma vez que esta UCSP virá a utilizar esta linguagem padronizada em todos os seus programas de saúde.

1. FUNDAMENTAÇÃO

O aleitamento materno continua a ser a forma mais adequada de proporcionar às crianças e, nomeadamente, aos bebés a melhor alimentação e proteção de eventuais infeções ou doenças. A OMS mantém a recomendação relativamente ao aleitamento exclusivo até aos 6 meses de idade visto ser o único que permite um crescimento e desenvolvimento em níveis ótimos.²

O sucesso da amamentação depende de vários fatores, entre eles, a transmissão de informação, inicialmente à grávida e, posteriormente, à puérpera e mãe. Porém, é essencial que fique bem patente que essa informação tem que ser fornecida numa linguagem clara e perceptível, ajustada a cada pessoa e deve ser clarificada sempre que se considere necessário.^{3:49}

A decisão de amamentar não se toma no momento do parto nem após o mesmo. Deve ser uma decisão ponderada (pelo casal ou só apenas pela mulher) tendo em conta diferentes aspetos desde a sua cultura ao nível de conhecimentos que possui relativamente à alimentação mais adequada ao bebé.^{3:55} Outro ponto muito relevante no que respeita à decisão de amamentar prende-se com o conhecimento de casos ou até mesmo experiências bem ou mal sucedidos que influenciarão e de forma marcante a decisão da mulher. Por tudo isto, é durante o período da gravidez que a mulher deve começar a ser elucidada de todos os benefícios do aleitamento materno, seja para o seu bebé, como para si própria e clarificada no que são as suas ideias para que possa tomar uma decisão refletida e possa, *à posteriori* vivenciar, saudavelmente, esta experiência. De ressaltar, contudo, que, apesar de considerarmos essencial esta intervenção no período pré-natal, esta deve intensificar-se com o nascimento do bebé por forma a apoiar as mães neste processo e a ajudá-las a adaptarem-se a esta nova tarefa.

Assim, é ao enfermeiro que cabe proceder a uma intervenção promotora de saúde desde conhecer as intenções da mulher, desmistificar possíveis mitos relacionados com o aleitamento materno e proporcionar informação que permita a tomada de uma decisão consciente e refletida.^{3:64} O enfermeiro deve, ainda, alertar para a importância da vinculação afetiva mãe-bebé que se proporciona no ato de amamentar.

Em conclusão, e assumindo toda a importância do ato de amamentar, torna-se crucial que todas as mulheres possuam conhecimento, acompanhamento e apoio neste

âmbito, pelo que a construção de um guia orientador de boa prática permite a abordagem ao tema de uma forma metódica por todos os enfermeiros, tendo em vista a evidência disponível.

2. PRINCÍPIOS DA INTERVENÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE AMIGAS DOS BEBÉS⁴

1. Ter uma política de promoção de aleitamento materno, afixada, a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde
2. Dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política
3. Informar todas as grávidas e puérperas sobre as vantagens da prática do aleitamento materno
4. Informar as grávidas da importância de iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento
5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente
6. Informar as mães que não devem dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno, a não ser que seja por indicação médica
7. Explicar a importância de mãe e bebé praticarem o alojamento conjunto
8. Dar de mamar sempre que o bebé queira
9. Informar da importância de não dar tetinas ou chupetas aos bebés amamentados ao peito, até que esteja bem estabelecida a lactação
10. Encorajar a criação/integração de/em grupos de apoio ao aleitamento materno, referenciando as mães com dificuldades.

Adaptado de *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés* (OMS/UNICEF)

Baseando-me no que a *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés* proclama e considerando não estar totalmente adaptada ao que é a realidade comunitária, formulei algumas alterações começando, desde logo, pelo seu título. Ora, se pretendemos uma única direção no que são os cuidados de enfermagem, não podemos satisfazer-nos com algo dirigido especificamente aos hospitais. Daí, adaptar o título original para o proposto e direcionar as respetivas intervenções para o âmbito da comunidade.

No seguimento, no ponto 3. considero que deve acrescentar-se ao grupo das grávidas as puérperas, uma vez que nunca será de mais relembrar quais as suas vantagens e, só com este fato, vamos estar a motivar estas mães e a reavivar na sua memória a importância da amamentação.

No ponto 4. e uma vez que os profissionais de saúde desta UCSP não estarão com estas mulheres no momento do parto, não poderão ajudá-las a iniciarem o aleitamento materno nos primeiros trinta minutos de vida do bebê, mas devem sim informar estas mães da sua importância para que as próprias fiquem despertas para este fato e possam mesmo solicitá-lo, caso os profissionais de saúde presentes no local do parto não o façam.

Relativamente ao ponto 6. considere pertinente ajustar este princípio para *“informar as mães de que não devem dar”* pois não serão as enfermeiras desta UCSP que irão oferecer algum alimento ou líquido ao recém-nascido, mas pode antes ser qualquer pessoa com as quais a mãe da criança se relaciona logo, será mais importante definir que devemos informar a mãe.

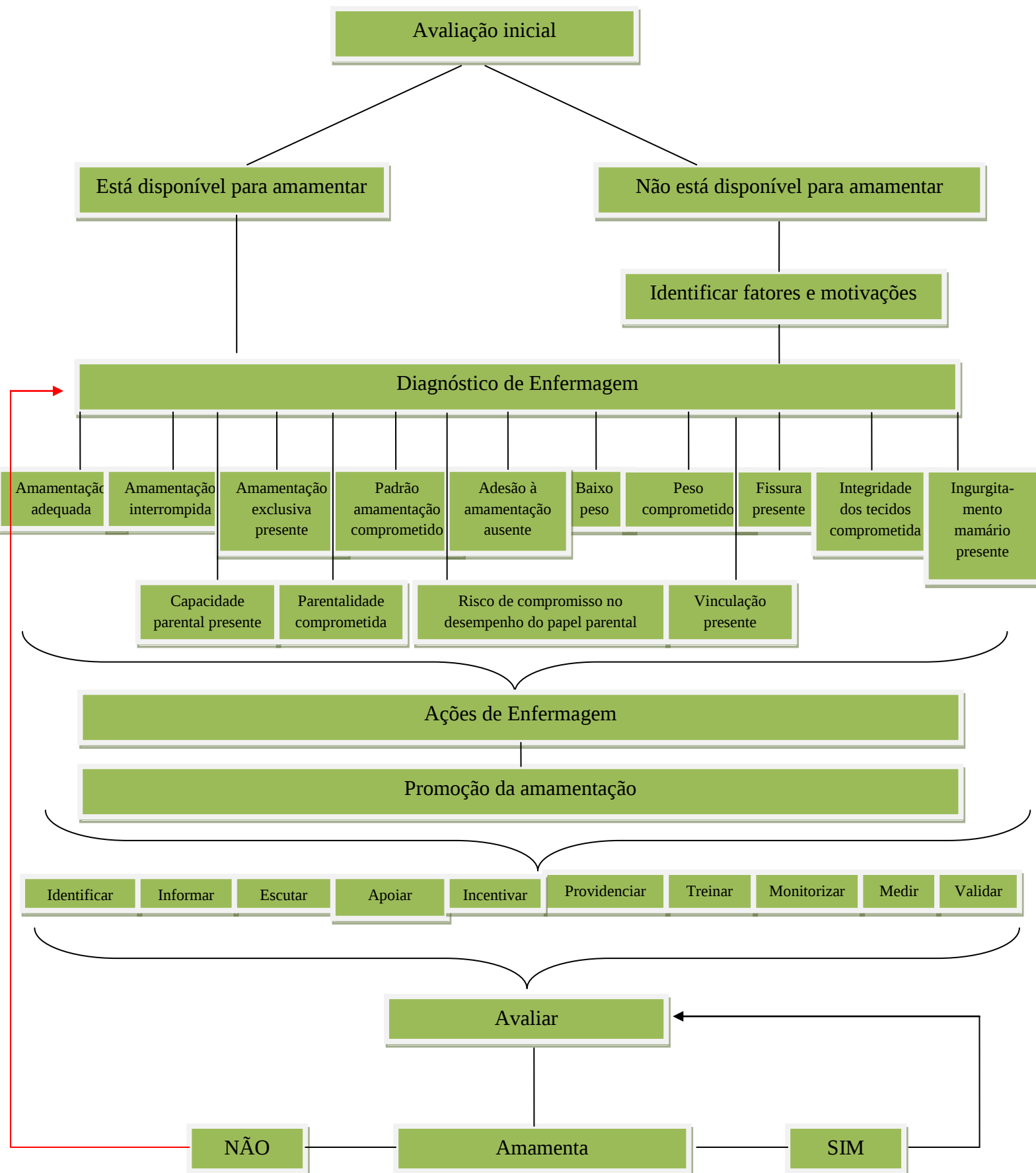
No que concerne ao ponto 7. e clarificando que nesta UCSP não há oportunidade para a permanência sob a forma de alojamento dos utentes, não seria possível a prática de alojamento conjunto. Assim, optei por definir nos princípios supra citados *“explicar a importância”* de ambos o fazerem.

Ao nível hospitalar e, nomeadamente num internamento onde as utentes são puérperas e cujas suas crianças podem ter dificuldade em fazer uma boa pega ou simplesmente recusar a mama, pode ser necessário a existência de tetinas ou chupetas para as acalmar em alguns momentos. Por outro lado, no caso das UCSP, onde as crianças vão para se proceder à vigilância de saúde, deteção e encaminhamento de situações onde se verifiquem eventuais alterações, não existe a necessidade destes objetos pelo que, o que é essencial é informar as mães do quão desaconselhado é o fornecimento de tetinas e chupetas antes do estabelecimento da lactação.

Finalmente, no que respeita ao ponto 10., o que considero ser importante é encorajar as mães a criar ou integrar grupos de apoio no que respeita à amamentação quando estas têm dificuldades e procedendo sempre, simultaneamente, a um acompanhamento da situação.

Desta forma, considero que os 10 princípios inicialmente enunciados ficam mais direcionados e mais próximos do que é a realidade comunitária.

3. ALGORITMO PARA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO



4. ORIENTAÇÃO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

No que respeita à amamentação, é essencial que se informe, monitorize e valide os conhecimentos transmitidos. Assim, sugerem-se, de seguida, alguns diagnósticos e respetivas ações e resultados esperados na tentativa de facilitar a identificação dos eventuais problemas relacionados com a amamentação.

a. Diagnóstico de Enfermagem

✓ Amamentação adequada

Ações de Enfermagem

- ✓ Apoiar processo de tomada de decisão
- ✓ Elogiar a mãe
- ✓ Pesar a criança na consulta
- ✓ Reforçar disponibilidade para esclarecer dúvidas
- ✓ Reforçar positivamente o esforço demonstrado
- ✓ Reforçar sobre relação entre amamentação/vinculação mãe-criança
- ✓ Vigiar mama

Resultado de Enfermagem

- ✓ Amamentação efetiva

b. Diagnóstico de Enfermagem

✓ Amamentação interrompida

Ações de Enfermagem

- ✓ Avaliar capacidade de compreensão dos ensinamentos realizados
- ✓ Avaliar necessidades de ensino acerca da amamentação
- ✓ Ensinar à mãe técnicas de extração, conservação e transporte do leite materno
- ✓ Ensinar sobre características do leite materno
- ✓ Ensinar sobre importância de alimentar o recém-nascido por copo em alternativa à amamentação

- ✓ Ensinar sobre relação entre amamentação/vinculação mãe-criança
- ✓ Ensinar sobre técnica de amamentação
- ✓ Escutar a mãe nas suas dificuldades acerca da amamentação
- ✓ Identificar fatores dificultadores da amamentação
- ✓ Identificar motivos para interrupção da amamentação
- ✓ Incentivar a amamentação
- ✓ Instruir a mãe acerca das vantagens da amamentação
- ✓ Pesar criança na consulta
- ✓ Providenciar material de leitura acerca da amamentação
- ✓ Reforçar as capacidades da mãe para amamentar
- ✓ Reforçar disponibilidade para esclarecer dúvidas
- ✓ Vigiar mama

Resultado de Enfermagem

- ✓ Amamentação presente

c. Diagnóstico de Enfermagem

- ✓ **Amamentação exclusiva presente**

Ações de Enfermagem

- ✓ Apoiar a mãe na amamentação
- ✓ Apoiar processo de tomada de decisão
- ✓ Elogiar a mãe
- ✓ Ensinar técnica de extração, conservação e transporte do leite materno
- ✓ Pesar criança na consulta
- ✓ Providenciar material informativo acerca do aleitamento materno
- ✓ Reforçar disponibilidade da equipa para esclarecer dúvidas
- ✓ Reforçar importância da relação entre amamentação/vinculação mãe-bebé
- ✓ Reforçar positivamente esforço demonstrado
- ✓ Supervisionar amamentação
- ✓ Validar técnica de amamentação
- ✓ Vigiar mama

Resultado de Enfermagem

- ✓ Amamentação exclusiva presente

d. Diagnóstico de Enfermagem

- ✓ **Padrão amamentação comprometido**

Ações de Enfermagem

- ✓ Avaliar barreiras de adesão à amamentação
- ✓ Avaliar capacidade para amamentar
- ✓ Avaliar necessidades de ensino acerca da amamentação
- ✓ Avaliar resposta aos ensinamentos efetuados
- ✓ Determinar causa do comprometimento
- ✓ Ensinar à mãe técnica de extração, conservação e transporte do leite materno
- ✓ Ensinar sobre características do leite materno
- ✓ Ensinar sobre importância de alimentar o recém-nascido por copo em alternativa à mama
- ✓ Ensinar sobre técnica de amamentar
- ✓ Ensinar sobre vantagens da amamentação
- ✓ Explicar a importância de manter a amamentação exclusiva
- ✓ Instruir a mãe acerca da amamentação
- ✓ Negociar com a mãe, a suspensão dos suplementos ou da diversificação alimentar, caso a criança esteja a aumentar devidamente o peso
- ✓ Pesar criança na consulta
- ✓ Reforçar capacidades para continuar a amamentar
- ✓ Reforçar disponibilidade da equipa caso surjam dúvidas
- ✓ Treinar técnica de amamentar
- ✓ Validar conhecimentos
- ✓ Vigiar mama

Resultado de Enfermagem

- ✓ Amamentação efetiva

e. Diagnóstico de Enfermagem

- ✓ **Adesão à amamentação ausente**

Ações de Enfermagem

- ✓ Apoiar na decisão de amamentar
- ✓ Avaliar barreiras de adesão à amamentação
- ✓ Avaliar capacidade de compreensão dos ensinamentos realizados
- ✓ Avaliar necessidades de ensino acerca da amamentação
- ✓ Ensinar sobre características do leite materno
- ✓ Ensinar sobre relação entre amamentação/vinculação mãe-criança
- ✓ Escutar a mãe nas suas dificuldades acerca da amamentação Incentivar a amamentação
- ✓ Instruir a mãe acerca das vantagens da amamentação
- ✓ Providenciar material informativo acerca da amamentação

Resultado Esperado

- ✓ Adesão à amamentação presente

f. Diagnóstico de Enfermagem

- ✓ **Peso baixo**

Ações de Enfermagem

- ✓ Avaliar necessidades de ensino acerca da amamentação
- ✓ Encorajar mãe a manter a amamentação
- ✓ Ensinar sobre nutrição da mãe
- ✓ Ensinar técnicas de amamentação
- ✓ Ensinar técnica de posicionamento do bebê, após a alimentação
- ✓ Ensinar técnica de posicionamento que facilite a amamentação
- ✓ Monitorizar necessidade de iniciar suplemento
- ✓ Pesar criança na consulta, semanalmente
- ✓ Providenciar apoio emocional
- ✓ Providenciar suplemento de leite ao bebê
- ✓ Reforçar a adesão à amamentação
- ✓ Reforçar as capacidades da mãe na amamentação
- ✓ Reforçar a importância de uma alimentação adequada da mãe enquanto amamenta

- ✓ Supervisionar adaptação do bebê à mama
- ✓ Validar técnica de posicionamento após a alimentação da criança

Resultado de Enfermagem

- ✓ Peso em nível esperado

g. Diagnóstico de Enfermagem

- ✓ **Peso comprometido**

Ações de Enfermagem

- ✓ Avaliar necessidades de ensino acerca da amamentação
- ✓ Avaliar necessidade de oferecer suplemento de leite ao bebê
- ✓ Encorajar mãe a manter a amamentação
- ✓ Ensinar sobre nutrição da mãe
- ✓ Monitorizar necessidade de iniciar suplemento
- ✓ Pesar criança na consulta, semanalmente
- ✓ Reforçar adesão à amamentação
- ✓ Reforçar as capacidades da mãe na amamentação
- ✓ Reforçar a importância de uma alimentação adequada da mãe enquanto amamenta
- ✓ Supervisionar adaptação do bebê à mama
- ✓ Validar técnica de amamentação
- ✓ Validar técnica de posicionamento após alimentação da criança
- ✓ Validar técnica de posicionamento que facilite a amamentação

Resultado de Enfermagem

- ✓ Peso normal

h. Diagnóstico de Enfermagem

- ✓ **Fissura presente**
 - Mamilo

- Direito
- Esquerdo

Ações de Enfermagem

- ✓ Ensinar mãe acerca da sucção do bebê
- ✓ Ensinar mãe cuidados a ter com as mamas
- ✓ Ensinar mãe cuidados a ter com os mamilos
- ✓ Ensinar mãe sinais de boa adaptação à mama
- ✓ Ensinar mãe sobre prevenção de fissuras
- ✓ Examinar mamas
- ✓ Examinar mamilos
- ✓ Informar acerca das características dos soutiens a utilizar
- ✓ Informar sobre dispositivos auxiliares
- ✓ Informar sobre a importância de alternar posicionamentos
- ✓ Vigiar mamilo
- ✓ Vigiar secreção mamária

Resultado de Enfermagem

- ✓ Fissura ausente

i. Diagnóstico de Enfermagem

- ✓ **Integridade dos tecidos comprometida**
 - Mama
 - Direito
 - Esquerdo
 - Mamilo
 - Direito
 - Esquerdo

Ações de Enfermagem

- ✓ Ensinar mãe acerca de cuidados a ter com as mamas
- ✓ Ensinar mãe diferentes posições para amamentar
- ✓ Examinar mamas
- ✓ Examinar mamilos
- ✓ Explicar mãe importância de iniciar a amamentação, alternando as mamas
- ✓ Explicar mãe importância de retirar todo o leite da mama, após mamada
- ✓ Explicar mãe importância de esvaziar a mama que oferece ao bebê

- ✓ Informar acerca das características dos soutiens a utilizar

Resultado Esperado

- ✓ Integridade dos tecidos presente

j. Diagnóstico de Enfermagem

- ✓ **Ingurgitamento mamário presente**

- Mama
 - Direita
 - Esquerda

Ações de Enfermagem

- ✓ Aplicar calor
- ✓ Aplicar frio
- ✓ Assistir na técnica da amamentação
- ✓ Ensinar mãe acerca de cuidados a ter com as mamas
- ✓ Ensinar mãe acerca de cuidados a ter com os mamilos
- ✓ Ensinar mãe sobre técnica de amamentação
- ✓ Ensinar sobre técnica de massagem
- ✓ Examinar mamas
- ✓ Examinar mamilos
- ✓ Explicar mãe importância de iniciar a amamentação, alternando as mamas
- ✓ Explicar mãe importância de retirar todo o leite da mama, após mamada
- ✓ Explicar mãe técnica de extração do leite após mamada
- ✓ Informar acerca das características do vestuário a utilizar, nomeadamente, dos soutiens
- ✓ Informar sobre importância da ingestão de líquidos
- ✓ Vigiar mama

Resultado Esperado

- ✓ Ausência de ingurgitamento mamário

k. Diagnóstico de Enfermagem

- ✓ **Capacidade parental presente**

Ações de Enfermagem

- ✓ Elogiar pais
- ✓ Reforçar as capacidades dos pais para desempenharem o seu papel
- ✓ Reforçar a amamentação
- ✓ Reforçar a importância de criar hábitos e rotinas no bebê
- ✓ Supervisionar a relação com o bebê
- ✓ Supervisionar a troca da fralda
- ✓ Validar com os pais a técnica do banho
- ✓ Validar com os pais conhecimentos acerca de medidas de segurança e prevenção de acidentes
- ✓ Validar com os pais os cuidados a prestar ao coto umbilical
- ✓ Validar com os pais os sinais de fome

Resultado de Enfermagem

- ✓ Capacidade parental efetiva

1. Diagnóstico de Enfermagem

- ✓ **Parentalidade comprometida**

Ações de Enfermagem

- ✓ Avaliar capacidades de compreensão dos pais
- ✓ Avaliar comportamento durante a consulta
- ✓ Determinar importância do pai e da mãe no desenvolvimento adequado do bebê
- ✓ Ensinar aos pais a técnica de banho
- ✓ Ensinar aos pais medidas de segurança e prevenção de acidentes
- ✓ Ensinar aos pais os cuidados a ter com o coto umbilical
- ✓ Ensinar aos pais os sinais de fome
- ✓ Ensinar sobre posicionamento do recém-nascido
- ✓ Envolver pais nos cuidados ao bebê
- ✓ Explicar sobre importância da relação mãe-bebê
- ✓ Facilitar capacidade para desempenhar papel parental
- ✓ Informar sobre importância do brinquedo para o desenvolvimento psicomotor do bebê
- ✓ Informar sobre produtos de higiene mais adequados à pele do bebê
- ✓ Informar sobre vestuário adequado ao bebê

- ✓ Instruir os pais acerca da importância da troca da fralda
- ✓ Instruir sobre a importância de criar hábitos e rotinas no bebê
- ✓ Promover a adesão à vacinação
- ✓ Promover a amamentação
- ✓ Supervisionar a troca de fralda
- ✓ Validar com os pais a técnica do banho
- ✓ Validar com os pais conhecimentos acerca de medidas de prevenção de acidentes
- ✓ Validar com os pais os cuidados a prestar ao coto umbilical
- ✓ Validar com os pais os sinais de fome

Resultado de Enfermagem

- ✓ Parentalidade efetiva

m. Diagnóstico de Enfermagem

- ✓ **Risco de compromisso no desempenho do papel parental**

Ações de Enfermagem

- ✓ Apoiar os pais nas suas dificuldades
- ✓ Ensinar acerca da importância da relação pais-bebê
- ✓ Identificar necessidades dos pais
- ✓ Providenciar orientação antecipada aos pais
- ✓ Reforçar as capacidades dos pais para desempenharem o seu papel
- ✓ Supervisionar relação como bebê
- ✓ Supervisionar competências demonstradas pelos pais
- ✓ Validar conhecimentos

Resultado de Enfermagem

- ✓ Parentalidade efetiva

n. Diagnóstico de enfermagem

- ✓ **Vinculação presente**

Ações de Enfermagem

- ✓ Apoiar pais
- ✓ Determinar importância do pai e da mãe no desenvolvimento adequado do bebê
- ✓ Elogiar pais
- ✓ Instruir sobre vantagens da amamentação
- ✓ Reforçar importância da relação entre amamentação/vinculação mãe-bebê
- ✓ Reforçar capacidades dos pais desempenharem o seu papel

Resultado de Enfermagem

Vinculação efetiva

GLOSSÁRIO¹

Aplicar	Distribuir: Dar utilização prática a alguma coisa
Apoiar	Assistir: Ajudar social ou psicologicamente alguém a ser bem sucedido, a evitar que alguém ou alguma coisa fracasse, a suportar o peso, a manter-se em posição e a aguentar
Assistir	Atender: Fazer parte do trabalho com ou para alguém
Avaliar	Avaliar: Estimar a dimensão, qualidade ou significado de alguma coisa Determinar: Processo contínuo de medir o progresso ou extensão em que os objetivos estabelecidos foram atingidos
Determinar	Ação: Encontrar ou estabelecer algo de modo preciso
Elogiar	Relacionar: Expressar aprovação ou admiração por alguém ou alguma coisa
Encorajar	Apoiar: Dar confiança ou esperança a alguém
Ensinar	Informar: Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde
Envolver	Comportamento Interativo: Ação de empenhamento e demonstração de interesse para com os outros indivíduos e vontade de ajudar os outros
Escutar	Comunicação: Fazer o esforço de ouvir o outro, ouvir atentamente o que os outros dizem, prestar atenção e responder a outros
Examinar	Observar: Inquirir ou olhar atentamente para algo ou alguém a fim de estabelecer a presença, ausência ou suas características
Explicar	Informar: Tornar alguma coisa compreensível ou clara para alguém
Facilitar	Assistir: Tornar alguma coisa mais fácil para alguém
Identificar	Avaliar: Estabelecer sistematicamente a identidade de alguém ou de alguma coisa
Incentivar	Promover: Levar alguém a atuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém por uma atividade
Informar	Ação: Comunicar alguma coisa a alguém
Instruir	Ensinar: Fornecer informação sistematizada a alguém, sobre como fazer alguma coisa

Monitorizar	Determinar: Escrutinar em ocasiões repetidas ou regulares, alguém ou alguma coisa
Negociar	Contratar: Conferenciar com alguém no sentido de alcançar um compromisso ou acordo
Pesar	Medir: Verificar o peso de alguma coisa ou de alguém e expressá-lo em números
Promover	Assistir: Ajudar alguém a começar ou a progredir nalguma coisa
Providenciar	Distribuir: Aprontar alguma coisa para alguém
Reforçar	Apoiar: Fortalecer alguma coisa ou alguém
Supervisionar	Monitorizar: Inspeccionar o progresso de alguém ou alguma coisa
Treinar	Instruir: Desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa
Validar	Observar: Estabelecer a exatidão, qualidade ou condição de alguma coisa
Vigiar	Monitorizar: Averiguar minuciosamente alguém ou alguma coisa de forma repetida e regular ao longo do tempo

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP), Versão Beta 2.** 1ª ed., Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2.
- ² World Health Organization [WHO] (2011) - *Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere*. Obtido a 8 de Maio de 2012, de <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding>.
- ³ PEREIRA, Maria Adriana – **ALEITAMENTO MATERNO – Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação – Resultados de um estudo experimental.** 1ª ed., Loures: Lusociência, 2006, ISBN: 972-8930-21-6, p. 49, 55, 64.
- ⁴ LEVY, Leonor e BÉRTOLO, Helena – **Manual de Aleitamento Materno.** Edição Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional e Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. 2002, ISBN: 96436, p. 14-15.
- ⁵ PESTANA, V. Algoritmo para a avaliação do desenvolvimento da criança: Guia Orientador de Boa Prática: Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança dos 0 aos 5 anos In **Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I.** Ordem dos Enfermeiros, 2010. ISBN: 978-989-8444-00-4. Vol. I, p.73.
- ⁵ CHAREPE, Z. Algoritmo para a intervenção em Esperança: Guia Orientador de Boa Prática: Promoção da Esperança nos pais de crianças com doença crónica. In **Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume III.** Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-989-8444-01-1. Vol. III, p.15.

ANEXO III

Relatório da sessão de educação para a saúde “Aleitamento Materno”

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

Relatório da Sessão de Educação para a Saúde

Inserido no Módulo I do Estágio de Saúde Infantil e Pediátrica – Cuidados de Saúde
Primários



<http://www.blogdobaby.com.br>

Realizado por: Diana Rama

Lisboa, Junho de 2012

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

Relatório da Sessão de Educação para a Saúde

Inserido no Módulo I do Estágio de Saúde Infantil e Pediátrica – Cuidados de Saúde
Primários



<http://www.blogdobaby.com.br>

Docente Responsável: Professora Doutora Zaida Charepe
Orientador de Estágio: EESIP: Maria Soledade Estribio

Realizado por: Diana Rama

Lisboa, Junho de 2012

ÍNDICE

1.	NOTA INTRODUTÓRIA	7
2.	PLANEAMENTO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	9
3.	AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAUDE	11
	ANEXOS	13
ANEXO I	<i>Diapositivos da Sessão de Educação para a Saúde</i>	15
ANEXO II	<i>Folheto “O que deve saber sobre...Aleitamento Materno”</i>	35
ANEXO III	<i>Questionário da avaliação da Sessão de Educação para a Saúde</i>	39

1. NOTA INTRODUTÓRIA

Para dar início às atividades a desenvolver ao longo do estágio do módulo I, realizou-se um diagnóstico de situação e delineou-se o projeto de estágio. Nesse projeto definiram-se dois grandes objetivos, um dos quais “*Promover o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade dos bebés nas grávidas do terceiro trimestre e mães a amamentar*”. Com o intuito de dar resposta ao referido objetivo, uma das atividades propostas foi participar no Curso de preparação para a maternidade, já desenvolvido pela Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, com uma sessão de educação para a saúde acerca da temática do aleitamento materno.

Assim e tendo a sessão de educação para a saúde como objetivo geral “*Sensibilizar as grávidas para a importância do Aleitamento Materno*” definiram-se vários objetivos específicos e conteúdos a abordar no sentido de promover a adesão destas grávidas ao Aleitamento Materno e a sua respetiva manutenção.

De referir que, sendo um Curso já instituído e com vários temas a abordar, esta sessão de educação para a saúde tinha que se reger pelas mesmas normas que outras sessões, pelos mesmos horários e pelos temas habitualmente abordados nos cursos anteriores.

Desta forma planeou-se uma sessão de educação para a saúde que fosse de encontro aos subtemas (dentro do aleitamento materno) em que as grávidas revelam maiores necessidades, desenvolvendo-se uma apresentação em *power-point* e finalmente, aplicando-se um questionário de avaliação da sessão de educação para a saúde para aferir em que medida tinham sido satisfeitas as suas necessidades e de que forma se poderiam melhorar futuras sessões de educação para a saúde.

2. Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde acerca do Aleitamento Materno inserida no Curso de preparação para a maternidade

Objetivo geral:

- Sensibilizar as grávidas para a importância do Aleitamento Materno

Etapas	Objetivos	Conteúdos	Método/técnica pedagógica	Tempo	Formador
Introdução	- Apresentar o tema da formação	- Acolhimento aos formandos - Apresentação da formadora e da metodologia de trabalho	Expositivo	1 min	Diana Rama/Enf ^a Maria João Gomes
Desenvolvimento	- Clarificar questões relativamente ao Aleitamento Materno (A. M.) - Explicar como funciona a amamentação - Explicar questões práticas relacionadas com o Aleitamento Materno - Apresentar medidas preventivas para eventuais dificuldades relacionadas com o Aleitamento Materno	- Aleitamento Materno: ○ Mito ou Realidade ○ Vantagens do A. M. ○ Anatomia da mama e tipos de mamilos ○ Como funciona a Amamentação ○ Tipos de leite ○ Posições para amamentar ○ Como segurar no bebé ○ Reflexos do bebé ○ Sinais de boa pega ○ Horário, duração e quantidade ○ Eventuais problemas	- Interrogativo - Expositivo com recurso a <i>data show</i> e <i>powerpoint</i>	30 min.	Diana Rama/Enf ^a Maria João Gomes
Considerações Finais	- Rever conceitos	- Revisão dos conceitos apresentados ao longo da sessão	- Expositivo com recurso a <i>data show</i> e <i>powerpoint</i>	5 min.	Diana Rama/Enf ^a Maria João Gomes
Avaliação	- Compreender o impacto dos conteúdos apresentados - Compreender o nível de conhecimentos adquiridos durante a formação - Validar conhecimentos - Esclarecer dúvidas	- Avaliação formativa - Questionário de avaliação da Sessão de Educação para a Saúde (avaliação global da sessão e relativamente aos conteúdos)	Interrogativo	10 min	Diana Rama/Enf ^a Maria João Gomes

3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Para proceder à avaliação desta sessão de Educação para a Saúde optou-se por realizar um questionário com:

- uma escala de likert pela sua fácil e rápida aplicabilidade
- um espaço para comentário ou sugestões que as participantes considerassem pertinente mencionar e que não estivesse contemplado na avaliação através da escala.

Desta forma o nível de satisfação subdividiu-se em 5 grupos:

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

Das 6 mulheres inscritas no Curso de preparação para a maternidade, estiveram presentes nesta Sessão de Educação para a Saúde 4 (66,67%). Destas 75% avaliaram globalmente a sessão no nível máximo. Relativamente ao desenvolvimento da sessão e ao cumprimento dos objetivos propostos, 50% avaliou a sessão no nível 4 e 50% no nível 5. Por fim, relativamente aos conteúdos abordados, ao seu interesse, ao tempo de exposição dado a cada um deles e à assimilação de conhecimentos no final da sessão, 100% das mulheres classificou a sessão no nível 5.

Não houve nenhum comentário ou sugestão feito no local disponibilizado para tal.

Distribuiu-se, ainda, por todas as presentes um folheto informativo referente à temática abordada.

ANEXOS

ANEXO I

Diapositivos da Sessão de Educação para a Saúde



Curso de Mestrado em enfermagem –
Área de Especialização de Saúde Infantil
e Pediátrica

Aleitamento Materno



<http://www.fdgplab.com.br>

Trabalho elaborado por: Diana Rama
Orientador: Enfe. M. Soledade Estribio
Revisto por: Enfe. Maria João Gomes
Docente: Prof. Doutora Charepe Zaida

Póvoa de Santa Iria, Junho de 2012

© Universidade Nova de Lisboa

Objetivos

- Apresentar vantagens do aleitamento materno para o bebé, para a mãe e para ambos
- Apresentar anatomia da mama e tipos de mamilo
- Explicar como funciona a amamentação
- Diferenciar tipos de leite
- Instruir sobre diferentes posições para amamentar, formas de pegar no bebé

Objetivos

- Instruir sobre reflexos do bebé
- Apresentar sinais de boa pega
- Regras da amamentação
- Informar sobre eventuais problemas que podem surgir

Mito ou Realidade?

- Para produzir mais leite, devo beber mais leite
- Mamas pequenas não produzem leite suficiente
- Se não amamentar o primeiro filho, não conseguirei amamentar os seguintes
- É normal que a amamentação seja sempre dolorosa
- A produção de leite só começa passados 3 dias

Mito ou Realidade?

- A mãe deve lavar os mamilos antes de cada amamentação
- Actualmente, o leite artificial já é como o materno
- Se um bebé mama muito e o intervalo entre cada mamada é curto, significa que o leite não é suficiente ou é fraco
- Um bebé com diarreia não deve ser amamentado

Mito ou Realidade?

- Em cada mamada os bebés devem mamar 15 minutos em cada mama
- As mães que fazem cesariana não podem amamentar
- O intervalo entre cada mamada deve ser de 3 horas.

Vantagens do Aleitamento Materno

- Para o bebê:
 - Previne infecções e doenças
 - Proporciona um crescimento e desenvolvimento saudáveis
 - É facilmente digerido
 - Protege o bebê de alergias
 - Permite uma melhor adaptação a outros alimentos

LEVY (2002:8)

Vantagens do Aleitamento Materno

- Para a mãe:
 - Está sempre pronto e à temperatura adequada
 - É grátis
 - Permite que o útero recupere mais rapidamente
 - Previne o cancro da mama

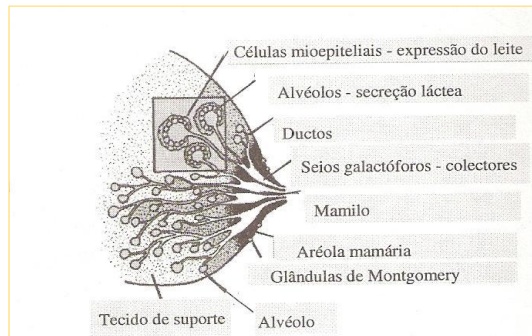
LEVY (2002:8)

- Para ambos:
 - Facilita a vinculação e relação afetiva bebé-mãe

GALVÃO (2006:16)

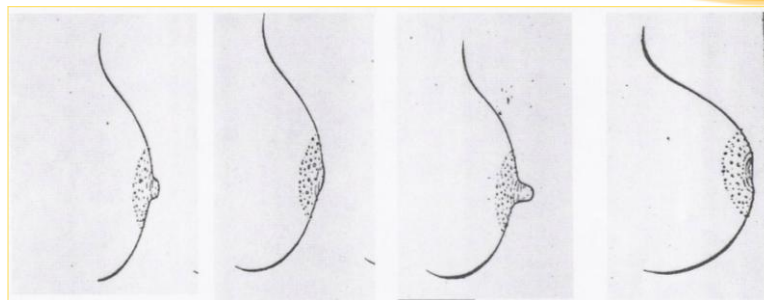
Anatomia da Mama

- É constituída por :



LEVY (2002: 20)

Tipos de Mamilos



Comum

Raso

Proeminente

Invertido

Como funciona a Amamentação

- É na gravidez que se dá o aumento dos ductos e alvéolos causando o desenvolvimento mamário
- O aleitamento é controlado por numerosas glândulas endócrinas, nomeadamente, a prolactina e a ocitocina e é influenciado pela sucção e pelas emoções maternas
- Ao mamar, o bebé faz com que impulsos sensoriais vão do mamilo até ao cérebro

LEVY (2002: 20)

Como funciona a Amamentação

- Como resposta, a hipófise (hormona) produz 2 hormonas:
 - Prolactina
 - ✓ Incentiva a produção de leite
 - ✓ Vai através do sangue para a mama e faz com que haja produção de leite (para a mamada seguinte)
 - ✓ É produzida à noite; portanto amamentar durante a noite é essencial para que se mantenha a produção de leite
 - ✓ Causa na mãe sonolência e relaxamento, pelo que mesmo a amamentar de noite, é capaz de descansar
 - ✓ Suprime a ovulação pelo que amamentar pode adiar uma nova gravidez

LEVY (2002:22)

Como funciona a Amamentação

- Ocitocina

- ✓ É produzida mais rapidamente que a prolactina
- ✓ Vai através do sangue para a mama e produz a contração das células musculares, fazendo com que o leite que está nos alvéolos flua até aos ductos para os seios galactóforos, sendo este reflexo chamado de ejeção
- ✓ Faz com que o leite que já está na mama, flua para esta mamada
- ✓ Se este reflexo não funciona bem, o bebé pode ter dificuldade em receber o leite (parecendo que as mamas deixaram de produzir leite)
- ✓ É esta hormona que provoca a contração do útero (ajudando-o a recuperar) e que ajuda a reduzir as perdas de sangue

LEVY (2002:23)

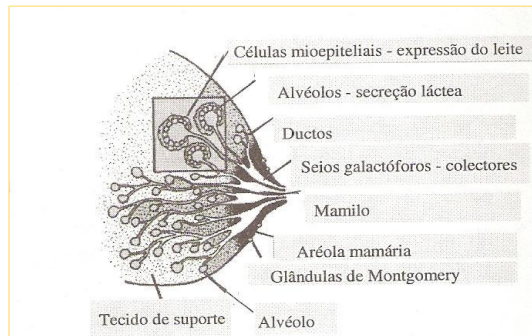
Como funciona a Amamentação

- Assim:

- A produção do leite é, também, controlada dentro da mama, pelo que se o leite é deixado na mama, esse fator vai fazer com que deixe de se produzir leite nessa mama
- A mãe precisa de ter o bebé junto a si para que todos estes processos se mantenham continuando, assim, a produzir leite. Mães que amamentam sob stress podem bloquear o reflexo de descida do leite.
- Para que se mantenha a produção de leite é, também, necessário que o bebé continue a mamar das 2 mamas
- Na mama que o bebé mais mama, mais leite se produzirá

LEVY (2002: 25-26)

Anatomia da Mama



LEVY (2002: 20)

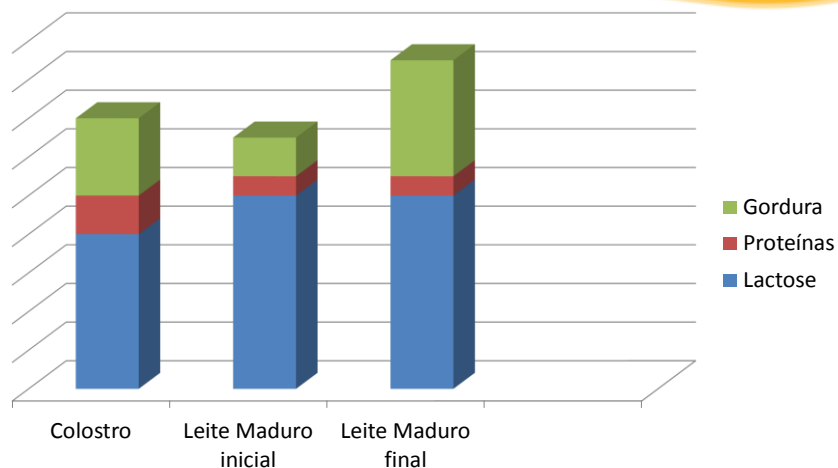
Tipos de leite

- Colostro: funciona como a primeira proteção que a mãe passa ao bebê. Mantém-se durante 2 a 3 dias. É rico em:
 - Anticorpos,
 - Fatores de proteção,
 - Imunoglobulina (nomeadamente a A, que protege de bactérias e vírus)
 - Minerais, proteínas
- Leite maduro: ótimo para o crescimento e desenvolvimento saudáveis do bebê

GALVÃO (2006: 35)

GALVÃO (2006: 36)

Tipos de leite



LEVY (2002: 16)

Posições para Amamentar

- Todas são adequadas desde que a mãe esteja confortável e o bebê mame.
- O mais importante é que:
 - A mãe se posicione confortavelmente (almofadas, apoios de pés, etc)
 - Mantenha uma postura correta, com as costas bem apoiadas e direitas
 - Disfrute, agradavelmente, do momento

Posições para Amamentar

- Posição sentada (forma tradicional)



Posições para Amamentar

- Posição invertida



Posições para Amamentar

- Posição deitada



Como segurar no bebê

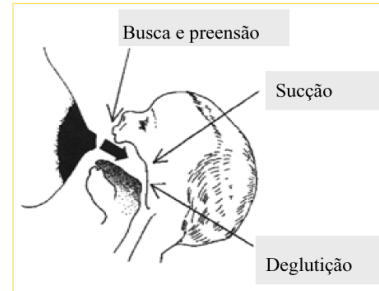
- Corpo do bebê junto ao da mãe, apoiando a sua cabeça e nádegas
- Cabeça e corpo do bebê alinhados
- Face do bebê de frente para a mama e nariz de frente para o mamilo

GALVÃO (2006:45)

Reflexos do Bebê

- **Ao mamar, o bebê apresenta:**

- Reflexo de Busca e Prensão
- Reflexo de Sucção
- Reflexo de Deglutição



LEVY (2002: 26)

Sinais de Boa Pega

- **Para que a haja uma boa adaptação à mama, o bebê deve:**
 - Ter a boca bem aberta e bochechas arredondadas
 - Ter o queixo a tocar na mama
 - Ter o lábio inferior virado para fora
 - Mamar na aréola e não no mamilo
 - Apresentar uma sucção lenta e profunda

LEVY (2002:16) ; GALVÃO (2006:45)

Sinais de Boa Pega



<http://ggestar.blogspot.pt>

Horário e Duração

- Horário
 - Sempre que o bebé tem fome
 - Num “REGIME LIVRE”
- Duração
 - Variável
 - O importante é perceber se o bebé está, de facto, a obter leite da mama

OMS/UNICEF (2002: 16)

Eventuais Problemas

- **Ingurgitamento mamário:**

- Mamas tensas e brilhantes
- Dolorosas
- Difícil retirada do leite

Solução:

- ✓ Retirar leite da mama (se bebê não conseguir mamar, retirar manualmente ou com a ajuda da bomba)
- ✓ Massajar levemente com a ponta dos dedos
- ✓ Passar com o chuveiro com água morna
- ✓ Manter procedimento até que as mamas fiquem moles

LEVY (2002:30)

Eventuais Problemas

- **Bloqueio dos ductos:**

- Quando os canais que drenam o leite ficam obstruídos
- Dor numa parte da mama
- Local avermelhado
- Causas: roupas apertadas (soutien), pancada na mama, leite espesso, criança não suga daquela parte da mama.

Solução

- ✓ Amamentar em diferentes posições
- ✓ Fazer leve pressão com os dedos no sentido do mamilo para ajudar a esvaziar a mama
- ✓ Roupas largas e soutien que apoie, mas não comprima

LEVY (2002:32)

Eventuais Problemas

- **Mastite:**

- Mama vermelha
- Quente com tumefação
- Dolorosa
- Mulher: tem febre, sensação de mal-estar
- Causa: ducto bloqueado, leite não drenado, ingurgitamento mamário

grave → INFEÇÃO

LEVY (2002:34)

Eventuais Problemas

Solução

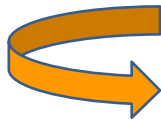
- ✓ Repouso
- ✓ Retirar leite manualmente ou com bomba
- ✓ Continuar a amamentar do lado não afetado
- ✓ Bem dentro de 1-2 dias

LEVY (2002:34)

Eventuais Problemas

- **Mamilos dolorosos e/ou gretados:**

- Principal causa: má adaptação do bebé à mama
- Doloroso
- Pode levar a mãe a amamentar menos tempo ou com menor frequência
- Para o bebé: mau porque não lhe permite retirar leite suficiente



Diminuição da produção de leite

LEVY (2002: 34)

Eventuais Problemas

Solução:

- ✓ Corrigir posição em que o bebé mama
- ✓ Verificar sinais de boa pega
- ✓ Não lavar os mamilos várias vezes ao dia
- ✓ Não interromper a mamada, caso tenha que o fazer, colocar um dedo dentro da boca do bebé

LEVY (2002: 35)

Bibliografia

- GALVÃO, Dulce – **Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes**. 1ª ed., Loures: Lusociência, 2006, ISBN: 972-8930-11-9
- LEVY, Leonor e BÉRTOLO, Helena – **Manual de Aleitamento Materno**. Edição Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional e Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. 2002, ISBN: 96436
- PEREIRA, Maria Adriana – **ALEITAMENTO MATERNO – Importância da Correção da Pega no Sucesso da Amamentação – Resultados de um estudo experimental**. 1ª ed., Loures: Lusociência, 2006, ISBN: 972-8930-21-6
- WHO e UNICEF – **ACONSELHAMENTO EM AMAMENTAÇÃO: Um curso de treino**. São Paulo, 1997, S/ISBN
- ¹ **Aleitamento Materno**, folheto do Centro de Saúde de Algés, 2005

ANEXO II

Folheto “O que deve saber sobre...Aleitamento Materno”

Uma boa adaptação à
mama (boa pega) é
essencial ao **SUCESSO**
da amamentação:

- Boca bem aberta e bochechas arredondadas
- Queixo do bebé toca na mama
- Lábio inferior virado para fora
- Bebé mama na aréola e não no mamilo
- Sucção é lenta e profunda,



Contatos úteis:

- **Mama Mater**—associação de Aleitamento Materno de Portugal:
214 532 019 ou 917 557 950
- **SOS Amamentação**:
213 880 915 ou 913 540 900
- www.leitematerno.org
- www.amamentar.net
- **UCSP Póvoa de Santa Iria**—
219540100



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Saúde Infantil e Pedlatria

Elaborado por: Diana Rama

Orientador: Enfe. M. Soledade Estribio

Docente: Prof. Doutora Zaida Charepe

¹<http://www.blogdobaby.com.br>

² www.gravidadematernidade.com.br

³<http://ggestar.blogspot.pt>

Manual de Aleitamento Materno, edição Comité Português para a UNICEF

O que deve saber sobre ...

Aleitamento Materno



Póvoa de Santa Iria, 2012

Aleitamento Materno

Posições para amamentar

Vantagens para o bebé:

- ☐ Previne infeções e doenças
- ☐ Proporciona um crescimento e desenvolvimento saudáveis
- ☐ É facilmente digerido
- ☐ Protege o bebé de alergias
- ☐ Permite uma melhor adaptação a outros alimentos

Vantagens para a mãe:

- ☐ Está sempre pronto e à temperatura adequada
- ☐ É grátis
- ☐ Permite que o útero recupere mais rapidamente
- ☐ Previne o cancro da mama

Vantagens para ambos:

- ☐ Facilita a vinculação e a relação afetiva bebé-mãe



1 - Posição Sentada (tradicional)

2 - Posição invertida

3 - Posição deitada

Mas lembre-se ...

... O mais importante é que a mãe:

- ☐ Se posicione confortavelmente
- ☐ Esteja bem recostada e com as costas direitas
- ☐ Disfrute agradavelmente do momento

Como segurar no bebé?

- ☐ Mãe deve segurar o bebé com o corpo junto ao seu, apoiando a sua cabeça e nádegas
- ☐ Cabeça e corpo do bebé alinhados.
- ☐ Face do bebé de frente para a mama e nariz de frente para o mamilo

Horário

- ☐ Livre
- ☐ Duração pouco significativa, o importante é a satisfação do bebé

ANEXO III

Questionário da avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Denominação do Curso: Curso de preparação para a maternidade

Designação da ação: Aleitamento Materno

Local: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Póvoa de Santa Iria

Data: 4 de Junho de 2012

O presente questionário é anónimo e serve apenas para a equipa de formadores aferir em que medida satisfaz as suas expectativas e melhorar o rendimento relativamente a futuras sessões de educação para a saúde. Neste sentido agradecemos que responda de forma sincera, às seguintes questões.

Para o preencher considere a seguinte escala em que:

1-Muito Insuficiente	2-Insuficiente	3-Suficiente	4-Bom	5-Muito Bom
----------------------	----------------	--------------	-------	-------------

Assinale com uma X (cruz) a classificação que considera adequada a cada afirmação:

Avaliação global da sessão	1	2	3	4	5
Globalmente, avalio a sessão de educação para a saúde em:					
Considero que o desenvolvimento da sessão foi adequado às minhas necessidades de formação					
Considero que os objetivos propostos foram cumpridos					

Relativamente aos conteúdos	1	2	3	4	5
Considero os temas abordados interessantes					
Considero que os temas abordados têm utilidade					
Considero que o tempo dedicado à exposição foi o necessário					
Sinto-me mais esclarecida relativamente ao tema da amamentação					

Sinto-me mais esclarecida relativamente ao tema da amamentação					
--	--	--	--	--	--

Comentários ou sugestões que queira fazer:

Obrigada pela sua colaboração

ANEXO IV

Relatório da sessão de educação para a saúde “Higiene Oral”

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

Relatório da Sessão de Educação para a Saúde

Inserido no Módulo II do Estágio de Saúde Infantil e Pediátrica – Serviço de
Internamento Pediátrico



<http://www.higienepessoal.net/saude-oral-na-infancia-2>

Realizado por: Diana Rama

Lisboa, Outubro de 2012

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

Relatório da Sessão de Educação para a Saúde

Inserido no Módulo II do Estágio de Saúde Infantil e Pediátrica – Serviço de
Internamento Pediátrico



<http://www.higienepessoal.net/saude-oral-na-infancia-2>

Docente: Professora Doutora Zaida Charepe

Orientador: EESIP Maria Eduarda Gonçalves

Realizado por: Diana Rama

Lisboa, Outubro de 2012

ÍNDICE

1	NOTA INTRODUTÓRIA	7
2	PLANEAMENTO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	9
3	AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAUDE	11
	ANEXOS	13
ANEXO I	<i>Registo do estado dos dentes</i>	15
ANEXO II	<i>Identificando hábitos/conhecimentos acerca da higiene oral... Modelo A e Modelo B</i>	19
ANEXO III	<i>Check-list de ensinios</i>	25
ANEXO IV	<i>Grelha de observação da técnica de escovagem dos dentes</i>	33
ANEXO V	<i>Folheto “Promovendo a ... Higiene Oral</i>	37

1. NOTA INTRODUTÓRIA

Através do diagnóstico de situação realizado neste módulo II, identificou-se a necessidade de abordar a temática da higiene oral. Nesse sentido, definiu-se como objetivo “*Promover Sessões de Educação para a Saúde no âmbito da higiene oral*”. Com o intuito de dar resposta a este objetivo, propôs-se intervir junto das crianças/famílias com doença crónica para a promoção da higiene oral realizando as referidas sessões.

A sessão de educação para a saúde foi dinâmica e interativa, desenvolvendo-se, essencialmente, em 4 momentos:

- o primeiro em que se apresentava a preletora, a temática da sessão de educação para a saúde e os seus objetivos;
- o segundo em que se aplicava a ficha “*identificando hábitos/conhecimentos acerca da higiene oral*” modelo A ou B, consoante a idade da criança, em que se observavam os dentes e se registava o seu estado em folha própria, em que eram clarificadas questões acerca da higiene oral e em que se explicava como se realizava a escovagem dos dentes;
- o terceiro em que eram revistos os conceitos abordados no segundo momento;
- e, finalmente, o quarto momento em que se validavam conhecimentos, esclareciam dúvidas e se distribuía o folheto informativo sobre a temática.

2. Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde: “Higiene Oral”

Objetivo geral:

- Promover sessões de educação para a saúde no âmbito da higiene oral

Etapas	Objetivos	Conteúdos	Método/técnica pedagógica	Tempo	Formador
Introdução	- Apresentar a preletora - Apresentar o tema da sessão de educação para a saúde - Apresentar a dinâmica da sessão de educação para a saúde - Apresentar os objetivos da sessão	- Apresentação da formadora, da sessão de educação para a saúde e seu objetivo e da metodologia de trabalho	Expositivo	2 min	Diana Rama
Desenvolvimento	- Aplicar ficha “identificando hábitos/conhecimentos acerca da higiene oral”, modelo A ou B, consoante a idade da criança - Observar os dentes e registar em folha própria o seu estado - Clarificar questões relativamente à higiene oral - Explicar como se realiza a escovagem dos dentes	- Higiene Oral: - o Escova de dentes (tamanho, renovação) - o Nº de escovagens diárias - o Tempo de escovagem - o Técnica de escovagem - o Sequência de escovagem - o Visita ao dentista - o Porção de dentífrico - o Supervisão e auxílio dos pais	Interrogativo Expositivo	20 min.	Diana Rama
Considerações Finais	- Rever conceitos	-Revisão dos conceitos apresentados ao longo da sessão	Expositivo	5 min.	Diana Rama
Avaliação	- Validar conhecimentos - Esclarecer dúvidas - Distribuir folheto informativo	- Avaliação formativa através da demonstração pelas crianças, com a ajuda dos pais, consoante a sua idade, da técnica de escovagem dos dentes	Demonstrativo	2 min	Diana Rama

3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Para proceder à avaliação desta sessão de educação para a saúde, optou-se por construir uma grelha de observação que contemplasse todas as etapas da correta técnica da escovagem dos dentes e assinalar quais as demonstradas pelas crianças no final da sessão.

Com o constrangimento do estado de saúde das crianças internadas nas idades definidas, apenas foi possível desenvolver as sessões de educação para a saúde a quatro crianças/famílias.

Apesar das quatro crianças/famílias a quem foi realizada a sessão de educação para a saúde identificarem, quase na totalidade, todo o material necessário à escovagem dos dentes e os momentos do dia em que o devem fazer, quanto à técnica e sequência da escovagem essa percentagem ficou mais distante. Apenas duas crianças demonstraram, no final da sessão, 50% das etapas necessárias a uma eficaz escovagem dos dentes e as restantes duas demonstraram 60% das mesmas, pelo que se concluiu que foi uma intervenção importante, mas que carece de nova oportunidade interventiva face aos resultados obtidos.

Com os dados obtidos, através do registo do estado dos dentes, pôde observar-se que, das 4 crianças, apenas 1 não tinha dentes cariados e, num caso concreto, havia uma criança que, dos seus 20 dentes, 10 estavam cariados. Transmitiu-se este facto à equipa médica e procedeu-se ao encaminhamento da criança para a consulta de estomatologia, ficando com consulta marcada para o dia seguinte.

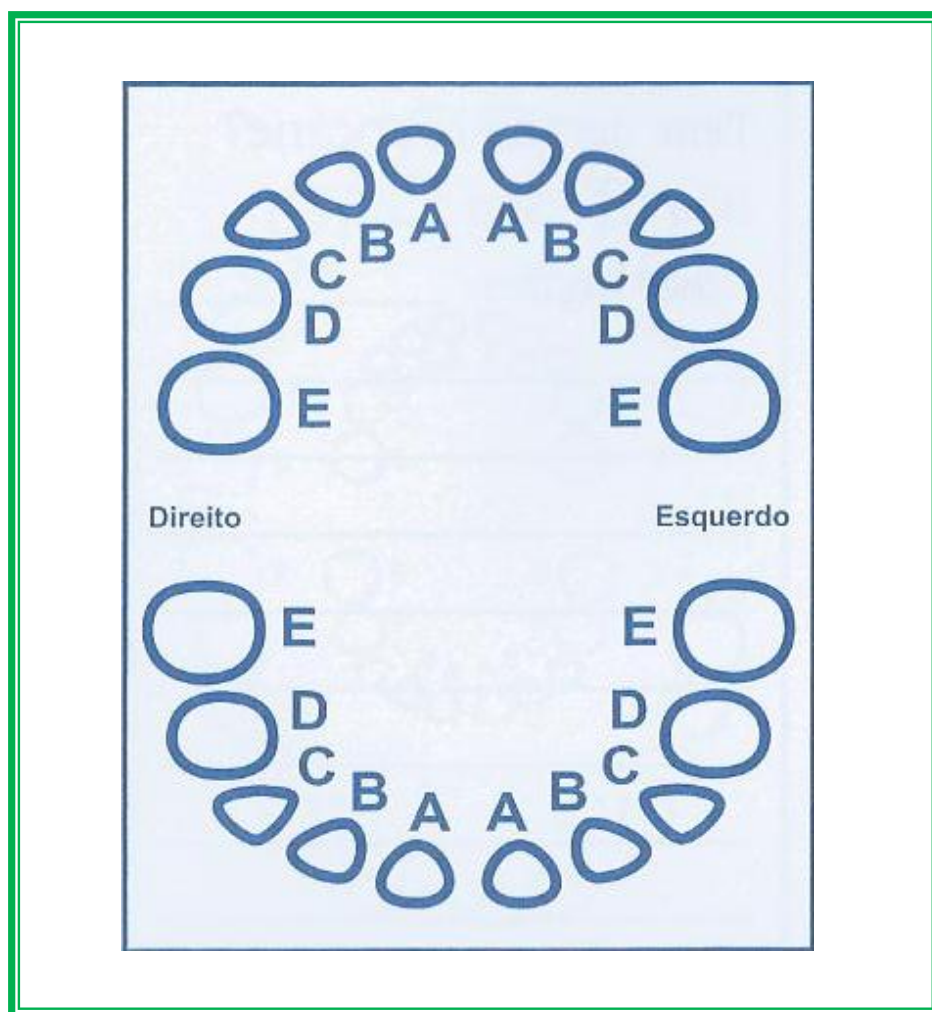
Distribuiu-se, ainda, um folheto informativo às crianças/famílias com informação geral e específica para cada faixa etária com figuras ilustrativas de algumas das várias etapas da correta escovagem dos dentes afim de dar algum suporte visual caso surja alguma dúvida nesse sentido.

ANEXOS

ANEXO I

Registo do estado dos dentes

Registo do estado dos dentes



Legenda de registo



Dente são



Dente perdido



Dente cariado



Dente obturado

ANEXO II

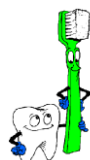
Identificando hábitos/conhecimentos acerca da higiene oral...

Modelo A e Modelo B

Identificando hábitos/conhecimentos acerca da higiene oral ...

Modelo A

- Qual o material necessário para lavares os dentes? Faz um círculo à volta das imagens corretas.



- Quando é que lavas os dentes? Faz um círculo à volta das imagens corretas.



Obrigada pela tua participação!

Referências eletrônicas:

- <http://hawaiiidermatology.com/desenho/desenho-de-dentes-e-escova-de-dentes-pintado-e-colorido-por-drarose-.htm>
- <http://www.netdentista.com/2007/12/a-primeira-pasta-de-dentes.html>
- http://br.photaki.com/picture-copo-de-vidro-com-escova-de-dentes_182699.htm
- <http://www.belezaemrevista.com/2011/03/fuga-ao-tema-quer-fazer-escova-qual-o.html>
- <http://www.ideiajovem.com/carrinho-infantil/>
- <http://boutique.plushtoy.fr/Peluche-Hello-Kitty-27-cm-Robe-Rose>
- <http://dailuscolor.wordpress.com/2012/04/02/dica-shampoo-johnson/>
- <http://tempestadideias.wordpress.com/tag/pastilha-elastica/>
- <http://pensardiversidade.blogspot.pt/2010/04/acordei-2010.html>
- <http://pdivulg.blogs.sapo.pt/11184.html>
- <http://www.ancorador.com.br/recreacao-esporte/brinacadeiras-africanas-heranca-africana-nas-brincadeiras-de-criancas>
- http://osaldeoes.blogspot.pt/2008_06_01_archive.html
- http://www.clinicacrianca.com/2012_04_01_archive.html
- <http://www.cliquebeleza.net/confira-os-beneficios-da-natacao-na-infancia/>

Identificando hábitos/conhecimentos acerca da higiene oral ...

Modelo B

Responde às seguintes questões de uma forma sincera.

- Que material é necessário para lavar os dentes?

R: _____

- Quantas vezes se devem lavar os dentes por dia? E quando?

R: _____

- E tu, quantas vezes lavas os dentes por dia? Nunca te esqueces?

R: _____

- Já foste ao dentista?

R: _____

- Quando foi a última vez que lá foste?

R: _____

Obrigada pela tua participação!

ANEXO III

Check-list de ensinios acerca da higiene oral

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

Higiene Oral

Trabalho inserido no Módulo II – Pediatria Médica do Hospital de Santa Maria –
Unidade Pluridisciplinar Assistencial, Hematologia, Doenças Metabólicas e
Neurologia



<http://www.higienepessoal.net/saude-oral-na-infancia-2>

Docente: Professora Doutora Zaida Charepe

Orientador: EESIP Maria Eduarda Gonçalves

Realizado por: Diana Rama

Lisboa, 6 de Outubro de 2012

Breve fundamentação da temática

A Saúde Oral é essencial para a saúde em geral¹. Sabe-se que na nossa sociedade é um dos maiores problemas da população infanto-juvenil² pelo que a sua promoção continua a ser uma importante área de intervenção.

Proceder a uma correta higiene oral não é apenas passar a escova pelos dentes durante alguns segundos. Proceder a uma correta higiene oral deve contemplar a remoção de restos alimentares, a remoção da placa bacteriana e a remineralização dos dentes, devendo ser sempre ajustada à faixa etária da criança. Assim, a higiene oral pretende alcançar uma boa saúde oral prevenindo várias complicações como cáries, gengivites, periodontites, mau-hálito, entre outras.

O ser humano é um animal de hábitos pelo que, inculcar nas crianças desde logo o hábito de procederem à escovagem dos dentes, o gosto pelo cuidado da sua boca e o hábito de realizar a vigilância da saúde oral poderá proporcionar futuramente uma melhor saúde oral na população.

Para estas sessões de educação para a saúde defini como público-alvo as crianças em idade escolar e pré-escolar e as suas respetivas famílias.

A escolha das crianças em idade pré-escolar pode ser sustentada por vários fatores. Por um lado, com o objetivo de preservar a dentição decídua e aprender e integrar hábitos saudáveis pela sua componente rotineira. Por outro lado, do ponto de vista do desenvolvimento biológico, estas crianças têm já um melhor controlo da motricidade fina, pelo que são já capazes de realizar a escovagem dos dentes (ainda que necessitem de auxílio na mesma). São crianças que adotam os valores morais dos seus pais e que utilizam a imitação em muitas das suas ações diárias, pelo que, mais facilmente também lhe é inculcado o hábito da escovagem dos dentes³.

No que concerne à opção das crianças em idade escolar, esse facto prende-se: com o melhor controlo da motricidade fina, pelo que podem já realizar autonomamente a escovagem dos dentes, apenas com a supervisão dos familiares; com o desenvolvimento do seu autoconceito da sua auto-estima e consequentemente, das autoperceções, ao integrar o hábito de manter a boca limpa e do conforto que esse facto lhe trás, quererá mantê-lo pela sua vida fora. Nesta fase há ainda a acrescentar que, com o aparecimento da dentição definitiva, será necessário estar inculcado o hábito de realizar a escovagem dos dentes com o objetivo de os manter saudáveis³.

Neste sentido, delineei como objetivo geral promover sessões de educação para a saúde no âmbito da higiene oral à criança com doença crónica e famílias e como objetivo específico intervir junto das crianças com doença crónica e família para a promoção da higiene oral, aproveitando o internamento destas crianças/famílias para

intervir não só no tratamento da sua doença, mas também em algo determinante para a sua saúde em geral.

Check-list de ensinos acerca da higiene oral^{1, 4, 5, 6, 7}

- **Informações Gerais**

- A escolha da escova de dentes deve sempre contemplar o tamanho da boca (bebé, criança, etc.)
- A escovagem dos dentes deve ser realizada:
 - 2x/dia, uma delas obrigatoriamente ao deitar
 - Durante 2-3 min
 - Com técnica: pequenos movimentos vibratórios horizontais ou circulares, com pressão adequada
 - Com uma sequência para que não fiquem dentes sem serem lavados
- É essencial promover a escovagem dos dentes com dentífricos fluoretados
- A escova de dentes é pessoal e intransmissível e a sua troca deve ser feita sempre que os pêlos da escova comecem a ficar danificados
- A primeira visita ao dentista deve acontecer durante o primeiro ano de vida da criança (a partir do aparecimento do primeiro dente)

- **0-3 anos**

- Até erupção do 1º dente:
 - Limpar as gengivas com gase húmida, pelo menos uma vez por dia
- A partir da erupção do 1º dente:
 - Optar por escovas macias
 - A porção de dentífrico a utilizar é semelhante à do 5º dedo da criança
 - Escove cerca de 5 vezes cada dois dentes

Notas:

- Está totalmente desaconselhado a utilização de chupetas ou biberons com mel ou líquidos açucarados

- **3-6 anos**

- A escovagem deve ser realizada, progressivamente, pela criança, devidamente supervisionada e auxiliada pela família que continua a ser a principal responsável por esta tarefa
- Optar por escovas macias
- A porção de dentífrico a utilizar é semelhante à do 5º dedo da criança
- A partir desta idade pode ser aconselhada a administração de flúor (em comprimidos ou gotas), mas só a crianças com alto risco de cárie dentária e com indicação médica
- A escovagem deve ser feita cerca de 5 vezes para cada dois dentes

- **A partir dos 6 anos**

- A escovagem deve ser realizada pela criança, mantendo-se a necessidade de supervisão até que esta possua a destreza manual necessária à realização desta tarefa
- Escolher uma escova macia ou média
- A porção de dentífrico a utilizar é a semelhante a uma ervilha ou até 1 cm
- Escove cerca de 10 vezes cada dois dentes
- A partir do momento em que a criança possua destreza manual deve iniciar a utilização de fio dentário diariamente, antes da escovagem dos dentes

Referências bibliográficas

¹ Direção Geral da Saúde (2011) - **Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – Plano B.**

² Direção Geral da Saúde – Saúde escolar: Áreas de intervenção em Saúde Oral, Obtido em 30 de Setembro de 2012, de www.dgs.pt

³ Hockenberry, Marilyn J. (2006) *Wong Fundamentos de ENFERMAGEM PEDIÁTRICA*. 7ª ed. Rio de Janeiro : Elsevier Editora Lda.

⁴ Direção Geral da Saúde – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – **Escovagem dos Dentes Como Fazer**

⁵ Direção Geral da Saúde – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – **Fio Dentário Como Utilizar**

⁶ Ordem dos Médicos Dentistas – Folhetos Educativos – **Saúde Oral na Criança**

⁷ Ordem dos Médicos Dentistas – Folhetos Educativos – **Saúde Oral na Grávida e no Bebê**

ANEXO IV

Grelha de observação da técnica de escovagem dos dentes

Grelha de observação da técnica de escovagem dos dentes

- Assinalar quais as etapas da escovagem dos dentes demonstradas pela criança



1



2



3



4



5



6



7



8



9



10

ANEXO V

Folheto “*Promovendo a ... Higiene Oral*”

Informações Gerais

- A escova de dentes deve contemplar o tamanho da boca do bebé/criança
- A escovagem deve ser realizada
 - ~ 2x/dia (uma delas obrigatoriamente antes de deitar)
 - ~ com sequência, técnica e pressão adequadas
 - ~ durante 2-3 min
- A escova de dentes é pessoal e intransmissível e deve ser trocada sempre que os pêlos da escova comecem a ficar danificados
- Utilize dentífricos fluoretados
- Faça a primeira visita ao dentista durante o primeiro ano de vida do seu bebé e siga as suas instruções



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

Elaborado por: Diana Rama

Orientado por: EESIP Maria Eduarda Gonçalves

Docente: Prof. Doutora Zaida Charepe

- <http://www.higienepessoal.net/saude-oral-na-infancia-2>
- <http://draceliabordin.zip.net/ortodontiapediatria/>
- <http://sergiomunespersonal.blogspot.pt/2012/06/dentes-saudaveis.html>
- <http://www.rte-jas.rct-sc.br/mulheres/halitose/desenv.htm>
- www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia-da-saude/saude+oral/higieneoral.htm
- Direção Geral de Saúde – Saúde escolar: Áreas de intervenção em Saúde Oral, Obtido em 30 de Setembro de 2012, de www.dgs.pt
- Direção Geral de Saúde (2011) - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – Plano B
- Direção Geral de Saúde – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – Escovagem dos Dentes Como Fazer
- Direção Geral de Saúde – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – Fio Dentário Como Utilizar
- Ordem dos Médicos Dentistas – Folhetos Educativos – Saúde Oral na Criança
- Ordem dos Médicos Dentistas – Folhetos Educativos – Saúde Oral na Grávida e no Bebê
- <http://peribal-hi-pi.com/blog-imagens/772611/gd/131758817104Pintura-pareda-consultorio-dentista-infantil-smurfs-escova-e-pasta-saude-bucal-consulta.jpg>

Promovendo a...



Higiene Oral

Lisboa, Outubro de 2012

Higiene Oral

A Saúde Oral é essencial para a saúde em geral.

Inculcar hábitos de higiene oral nas crianças desde o seu nascimento é determinante para o seu sucesso ao longo da vida.



Objetivos da escovagem dos dentes:

- 2 Remoção de restos alimentares
- 2 Remoção da placa bacteriana
- 2 Remineralização dos dentes
- 2 Prevenção do aparecimento de cáries, gengivites, periodontites, mau-hálito.



Fases da higiene oral, consoante idade da criança:

- 2 Até à erupção do 1º dente limpe as gengivas do bebé com gaze húmida, pelo menos uma vez por dia



• 2 A partir da erupção do 1º dente até aos 3 anos

- opte por escovas macias
- a porção de dentífrico a utilizar é semelhante à unha do 5º dedo da criança
- Escove cerca de 5 vezes cada dois dentes



• 2 3-6 anos

- opte por escovas macias
- A porção de dentífrico a utilizar é semelhante à unha do 5º dedo da criança
- deixe a criança realizar, progressivamente a escovagem dos dentes, mas continue a supervisioná-la e a auxiliá-la
- Escove cerca de 5 vezes cada dois dentes

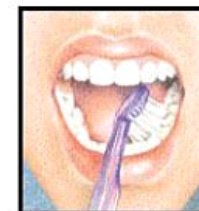
• 2 A partir dos 6 anos

- Opte por escovas macias ou médias
- A escovagem deve ser realizada pela criança com supervisão, até que possua a destreza manual necessária para realizar eficazmente esta tarefa
- A porção de dentífrico a utilizar é semelhante a uma ervilha ou até 1 cm
- Escove cerca de 10 vezes cada dois dentes
- A partir do momento em que possui destreza manual, deve iniciar a utilização de fio dentário, antes da escovagem dos dentes

Como realizar a escovagem



- 1 Posicione a escova em um ângulo ao longo da linha da gengiva. Faça movimentos vibratórios. Repita o movimento para cada dente.



- 2 Escove a superfície interna de cada dente, usando o movimento descrito na Etapa 1.



- 3 Escove a superfície de mastigação de cada dente.



- 4 Use as pontas das cerdas para escovar a parte de trás de cada dente.



- 5 Não esqueça de escovar a língua.

ANEXO V

Reflexão Crítica “Observação participada na gestão dos recursos”

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

Reflexão Crítica

Observação participada na gestão de recursos

Trabalho inserido no Módulo II – Pediatria Médica do Hospital de Santa Maria –
Unidade Pluridisciplinar Assistencial, Hematologia, Doenças Metabólicas e
Neurologia

Docente: Professora Doutora Zaida Charepe

Orientador: EESIP Maria Eduarda Gonçalves

Realizado por: Diana Rama

Lisboa, 28 de Outubro de 2012

Índice

	Pág.
1. NOTA INTRODUTÓRIA	5
2. CICLO DE GIBBS	7
a) Descrição	7
b) Sentimentos	8
c) Avaliação	9
d) Análise	10
e) Conclusão	10
f) Plano de ação	11
3. NOTA CONCLUSIVA	13

1. NOTA INTRODUTÓRIA

A presente reflexão surge da necessidade de pensar de uma forma metódica acerca da observação participada na área da gestão dos recursos do serviço de Pediatria onde me encontro a estagiar: Unidade Pluridisciplinar Assistencial, Doenças Metabólicas, Hematologia e Neurologia.

Esta será desenvolvida através do ciclo de Gibbs e das suas várias etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e plano de ação.

2. CICLO DE GIBBS

a. Descrição

A realizar estágio na referida unidade desde o dia 20 de Setembro, encontro-me, desde então, a fazer o que se pode chamar uma observação participada na área da gestão dos recursos.

Sabemos, atualmente, que todos os recursos são limitados e escassos, pelo que, mais do que nunca têm que ser preservados. Refiro-me não só aos recursos materiais, que tendem a ser cada vez mais estreitos, mas também aos recursos humanos que colaboram nos serviços que, além de demarcados, carecem de um olhar atento por forma a manter o seu bem-estar físico, psíquico e emocional. Hoje, mais do que nunca, temos que ser enfermeiros para nós próprios e para os nossos pares para que nos possamos manter saudáveis e aptos a cuidar de quem de nós necessita.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) visa, de uma forma geral, promover a saúde, prevenir complicações e promover o bem-estar e o autocuidado da criança/família. Ora, para que seja possível a sua dedicação máxima nos objetivos mencionados, é necessário que outras tarefas fiquem a cargo de outras pessoas (que também poderão ser EESIP, mas a quem é pedida uma visão mais geral e global das situações).

No serviço onde me encontro a estagiar, existem vários EESIP. Desde os que se encontram apenas na prestação de cuidados e cuja principal função passa pela gestão dos mesmos, através das diferentes prioridades que estabelecem e do nível de conhecimentos que possuem para desempenhar o seu papel, até, ao caso da minha orientadora, que tem a função de prestar cuidados às crianças/famílias e organizar o serviço no que são as suas necessidades (preparar um plano de formação de encontro às necessidades da equipa, distribuir as várias crianças/famílias pelo enfermeiros presentes no turno, acompanhar as famílias no que são, individualmente, as suas necessidades e proceder ao seu encaminhamento, pedir material, terapêutica, organizar o carro de terapêutica, organizar os locais onde se encontram os consumíveis de forma a estar tudo criteriosamente arrumado, guardado e dentro do que são as validades estabelecidas, etc.). É certo que a experiência proporciona uma bagagem repleta de capacidades e

valor, mas deixa por vezes pouco visível e palpável um trabalho tão estruturante na manutenção do correto funcionamento dos serviços.

Assim, e gerindo o serviço de uma forma equitativa, quando é realizada a distribuição das crianças/famílias pelos enfermeiros presentes no turno, têm que ser contempladas todas as tarefas de cada enfermeiro em detrimento de um olhar apenas para o número de crianças/famílias.

b. Sentimentos

Ao longo destas semanas, pude acompanhar e participar nalguns momentos dos anteriormente referidos. Como já referi é um trabalho de retaguarda pouco valorizado, mas tão importante como a prestação de cuidados. Na minha perspetiva, considero mesmo que, a segunda fase do trabalho, ou seja a prestação de cuidados, só pode funcionar na sua plenitude e efetividade se, a fase anterior estiver, devidamente, organizada.

Se eu me perguntar a mim mesma, qual a pertinência de um EESIP a gerir os recursos de um serviço em detrimento de prestar os cuidados especializados que ele tão bem saberá desenvolver, a resposta parece-me simples. Só alguém capaz de perceber as reais necessidades das crianças/famílias a quem se prestam cuidados, é capaz de preparar, antecipar e antever o que é necessário fazer antes da chegada desse momento.

Considero-me satisfeita por perceber e ter aprendido a valorizar este trabalho de retaguarda. Na azáfama do dia-a-dia, por vezes não compreendemos o quão difícil se pode tornar gerir/organizar um serviço. Não compreendemos, muitas vezes esta complexidade, porque tudo chega até nós já realizado e ficamos sem perceber o caminho que foi necessário trilhar para atingir tal objetivo. Através desta observação participada, através das explicações que me foram sendo dadas e dos motivos pelos quais determinadas ações assim o eram, aprendi a valorizar este trabalho.

Neste momento compreendo a importância deste trabalho de bastidores que se torna uma peça fundamental na engrenagem da organização dos serviços, com o intuito de, aquando do momento da prestação de cuidados diretos e efetivos, tudo possa fluir.

Posso até justificar como, do ponto de vista comparativo, foi importante esta observação. No serviço onde exerço funções é, habitualmente, cada um dos elementos que está na prestação de cuidados o responsável por gerir grande parte dos recursos do dia-a-dia, desde acompanhar de forma autónoma e singular as famílias e diagnosticar as suas necessidades, procedendo, posteriormente, aos seu encaminhamento, organizar o carro de terapêutica, rever o carro de urgência e garantir a validade dos seus materiais/fármacos, pedir terapêutica, pedir por vezes material, etc. Esse facto, diminui-nos tempo no que é a prestação de cuidados efetiva aos doentes/famílias e deixa-nos, muitas vezes, com o sentimento apenas de tarefa realizada e não de cuidados prestados. Com esta observação compreendi o quão benéfico pode ser alguém, que está tão dentro do que são as reais necessidades, gerir e adaptar os recursos existentes. Ainda gostaria de realçar outro aspeto que me parece totalmente pertinente - a forma como deve ser realizada a distribuição das crianças/famílias pelos enfermeiros presentes no turno -. No serviço onde desempenho funções, a distribuição é feita semanalmente, muitas vezes, na sexta-feira anterior para a semana seguinte, o que nos causa, em algumas situações, alguma exaustão no que se refere à pessoa/família a quem prestamos cuidados. Não se relaciona só com o volume de trabalho, mas na maioria das vezes, com a carga emocional que esse trabalho (e portanto esses cuidados) acarreta. Aqui no serviço a distribuição é realizada diariamente, para cada turno, e é sempre tida em conta a continuidade de cuidados, mas também a necessidade que cada enfermeiro tem na interrupção de cuidados dirigidos àquela criança/família. Este facto parece-me essencial visto ser-nos solicitada uma prestação de cuidados sem barreiras, sem entraves e com total disponibilidade para o doente/família.

c. Avaliação

Tudo foi proveitoso e de aprendizagem nesta observação pois pude compreender alternativas aos métodos que conhecia e que já não me pareciam ser os melhores. Considero que esta observação participada me permitiu desenvolver competências na área da gestão que me possibilitam estar mais apta a organizar as diferentes solicitações que vão surgindo no nosso dia-a-dia na prestação de cuidados.

Clarifiquei o quão importante pode ser um Enfermeiro Especialista gerir os recursos de que um serviço dispõe pois, sendo ele um perito na área, melhor conseguirá determinar as necessidades e o caminho a desenvolver para as satisfazer.

d. Análise

Nesta experiência tudo me parece ter corrido bem. Cada tarefa foi-me sendo explicada e justificada pela minha orientadora e foi-me sendo possível integrar cada situação. O facto de ter participado, juntamente com a minha orientadora, nestas tarefas, permitiu-me perceber *in loco* como se procede em cada situação e o que é preciso contornar para que o resultado final seja o pretendido. Se um enfermeiro já está cansado da solicitação de uma família, por serem tão apelativos ou pela complexidade da situação (e tem esse direito), então deve ser-lhe permitida uma mudança, ficando a cuidar de outras famílias.

Parece-me que o sentido que delinee para esta observação foi alcançado. Vi, refleti e integrei o que me permitirá, em situações semelhantes perceber como e por quê se tomam determinadas decisões e se fazem determinadas ações. Foi mais uma aprendizagem adquirida num contexto concreto, mas que poderá ser transposta para outras situações.

e. Conclusão

Fazendo uma retrospectiva do trabalho desenvolvido até aqui e portanto, contemplando as observações, mas essencialmente as aprendizagens por elas possibilitadas, posso concluir que esta foi uma atividade marcante no percurso de alguém que pretende adquirir competências de EESIP para o ser no verdadeiro significado da nomenclatura.

Não me parece que algo mais pudesse ter feito uma vez que este é um estágio de 180h em que o meu grande foco foi a prestação de cuidados, ficando os cargos de gestão menos contemplados.

f. Plano de ação

Futuramente, pretendo manter-me permeável a todos os ensinamentos que me queiram prestar, mesmo nas situações em que, à partida me possa parecer nada mais haver a adquirir. Apesar de já trabalhar, compreendo que cada serviço tem as suas particularidades e formas de funcionamento, mas considero ser útil adaptá-la a outros contextos quando essa forma de trabalho resulta.

Considero terem sido situações de crescimento pessoal e estar apta, neste momento, a ser um vetor transmissor deste tipo de informação aos colegas, com o objetivo de ser uma tarefa mais valorizada, melhor compreendida e que poderá ser orientada com vista a excelência de cuidados.

3 NOTA CONCLUSIVA

Com a realização deste trabalho tive a oportunidade de experienciar diferentes situações no que respeita à gestão dos recursos e de melhor compreender a sua dinâmica e exigência. Sinto que foi uma mais-valia no meu percurso académico esta oportunidade de observação participada, uma vez que amplificou os meus conhecimentos da área e a forma de atuação.

O facto de refletir acerca deste assunto, de uma forma metódica e redigida, também me permitiu refletir sobre este assunto não ficando apenas pela opinião não fundamentada do mesmo.

ANEXO VI

Autorização consulta de dados do programa informático *SONHO*

Diana Catarina de Paiva Rama
Rua Morgado da Póvoa, nº 4, R/C Dtt
Póvoa de Santa Iria 2626-229

Centro Hospitalar de Lisboa Central – Serviço de Urgência
do Hospital Dona Estefânia

DATA: 2012-11-15

Exmo. Senhor Coordenador de Enfermagem,

Venho por este meio solicitar autorização para a consulta e utilização de dados estatísticos do programa informático *SONHO*, para efeitos da realização de trabalhos académicos, no âmbito do estágio que me encontro a realizar neste Hospital inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

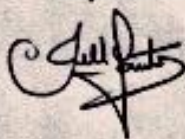
Agradecendo desde já a V/ melhor colaboração,

Subscrevo-me,

De V. Exas

Atenciosamente,

ANTÓNIO MALTA
Enfermeiro Chefe



Diana Rama

ANEXO VII

Relatório da sessão de formação “A Adolescência e o consumo de Drogas – Abordagem da temática no Serviço de Urgência Pediátrica do HDE”

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

Relatório da Sessão de Formação

Inserido no Módulo III do Estágio no Serviço de Urgência Pediátrica no Hospital de
Dona Estefânia



Realizado por: Diana Rama

Lisboa, Dezembro de 2012

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

Relatório da Sessão de Formação

Inserido no Módulo III do Estágio no Serviço de Urgência Pediátrica no Hospital de
Dona Estefânia



Docentes Responsáveis: Professora Doutora Zaida Charepe/Professora Doutora
Margarida Lourenço

Orientador de Estágio: EESIP Pedro Neto

Realizado por: Diana Rama

Lisboa, Dezembro de 2012

ÍNDICE

1.	NOTA INTRODUTÓRIA	7
2.	PLANO DE SESSÃO	9
3.	AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	11
ANEXOS		13
ANEXO I	<i>Questionário acerca da “Prevenção das intoxicações por consumo de drogas”</i>	15
ANEXO II	<i>Divulgação da Sessão de Formação</i>	19
ANEXO III	<i>Diapositivos “A adolescência e o consumo de drogas: abordagem da temática no SUP do HDE</i>	23
ANEXO IV	<i>Folheto “ A adolescência e o consumo de drogas: sinais de alerta”</i>	31
ANEXO V	<i>Poster “A adolescência e o consumo de drogas: sinais de alerta”</i>	35
ANEXO VI	<i>Questionário da avaliação da Sessão de Formação</i>	39

1. NOTA INTRODUTÓRIA

Para o estágio do módulo III – Serviço de Urgência, desenvolveu-se um novo projeto de estágio. O diagnóstico de situação realizou-se através da utilização dos programas informáticos do Centro Hospitalar Lisboa Central, acedendo, especificamente, ao Serviço de Urgência Pediátrica, de questionários dirigidos aos enfermeiros do serviço e, também, da pesquisa bibliográfica. Nesse projeto definiu-se como objetivo *“Promover a Saúde do adolescente no âmbito da prevenção das intoxicações por consumo de drogas em contexto de urgência pediátrica”* e para o atingir efetuaram-se um poster e um folheto e, no final do estágio, realizou-se uma sessão de formação onde foi abordada a temática com os enfermeiros do contexto e validados o poster e o folheto.

Para que o trabalho desenvolvido pudesse ser mais um instrumento a utilizar pelos enfermeiros, o objetivo geral da Sessão de Formação foi “Apresentar aos enfermeiros o trabalho desenvolvido ao longo do estágio no serviço de urgência pediátrica do Hospital de Dona Estefânia”.

2. Planeamento da Sessão de Formação acerca da “Adolescência e o Consumo de Drogas – Abordagem da temática no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia”

Objetivo geral:

- Apresentar aos enfermeiros o trabalho desenvolvido ao longo do estágio no serviço de urgência pediátrica do Hospital de Dona Estefânia

Etapas	Objetivos	Conteúdos	Método/técnica pedagógica	Tempo	Formador
Introdução	- Apresentar o tema da formação	- Acolhimento aos formandos - Apresentação da formadora e da metodologia de trabalho	Expositivo	1 min	Diana Rama
Desenvolvimento	- Enquadrar a temática - Explicar como foi realizado o diagnóstico de situação alertando os enfermeiros para a realidade do consumo das substâncias lícitas - Apresentar poster e folheto realizados - Apresentar as substâncias, habitualmente, consumidas pelos adolescentes e respetivos grupos, efeitos e preços	- Promoção da Saúde - Prevenção de intoxicações por consumo de substâncias lícitas - Sinais de alerta a apresentar aos pais dos adolescentes.	- Expositivo com recurso a <i>powerpoint</i>	16 min.	Diana Rama
Considerações Finais	- Rever conceitos apresentados acerca da temática	- Revisão dos conceitos apresentados ao longo da sessão	- Expositivo com recurso a <i>powerpoint</i>	1 min.	Diana Rama
Avaliação	- Compreender o impacto dos conteúdos apresentados - Esclarecer dúvidas	- Avaliação formativa - Questionário de avaliação da Sessão de Formação (avaliação global da sessão, dos conteúdos e do formador)	Interrogativo	2 min	Diana Rama

3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Para proceder à avaliação desta sessão de formação, optou-se por realizar um questionário com:

- a escala de likert pela sua célere aplicabilidade.
- um espaço para comentário ou sugestões que considerassem pertinentes mencionar e que não estivessem contemplados na avaliação através da escala.

Desta forma o nível de satisfação subdividiu-se em 5 grupos:

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

Dos 31 enfermeiros pertencentes a este serviço, estiveram presentes 9 (29% da totalidade dos enfermeiros) e ainda 2 alunas da Licenciatura em Enfermagem. Destes 18,2% avaliaram globalmente a sessão e o seu desenvolvimento no nível 3, 54,5% avaliaram a sessão no nível 4 e 27,3% avaliaram a sessão no nível 5. Relativamente ao cumprimento dos objetivos propostos, 81,8% avaliaram a sessão no nível 4 e 18,2% avaliaram a sessão no nível 5.

No que concerne aos conteúdos da sessão e ao interesse dos temas abordados, 45,5% avaliaram a sessão no nível 4 e 63,6% avaliaram a sessão no nível 5; quanto à utilidade dos temas e à sua pertinência neste contexto de cuidados, 27,3% avaliaram a sessão no nível 4 e 72,7% avaliaram a sessão no nível 5; quanto ao tempo dedicado à exposição da temática (20 min), 18,2% avaliaram a sessão no nível 2, 9,1% no nível 3, 54,5% no nível 4 e 18,2% no nível 5.

Finalmente, no que respeita à avaliação do formador, e tendo como itens a avaliar a clareza na exposição, o domínio das matérias ministradas e a motivação inculcada nos formandos, 54,5% avaliaram a sessão no nível 4 e 45,5% avaliaram a sessão no nível 5.

No espaço reservado aos comentários ou sugestões, houve apenas duas pessoas que quiseram manifestar-se referindo *“Tema bastante pertinente tanto para o serviço como para os dias de hoje”* e *“Formação aos profissionais acerca das drogas mais frequentes (bloom, salvia) por forma a promover a qualidade dos cuidados de enfermagem ao adolescente”*.

Distribui-se, ainda, informação adicional acerca de quais os vários “grupos” das substâncias habitualmente consumidas pelos adolescentes e disponíveis nas *smart shops*, dos tipos de substâncias pertencentes a cada “grupo” e os respetivos preços e efeitos.

ANEXOS

ANEXO I

Questionário acerca da “Prevenção das intoxicações por consumo de drogas”

Hospital Dona Estefânia – Serviço de Urgência Pediátrica**Questionário**

O presente questionário surge no âmbito do Estágio do Módulo III do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Tem como objetivo a recolha de dados sobre a temática “Prevenção das intoxicações por consumo de drogas” cuja finalidade é identificar a pertinência do tema neste contexto de cuidados, a existência de dificuldades na sua abordagem, o grupo a quem deverá ser dirigido e qual a melhor forma de o divulgar.

Todos os dados recolhidos serão para utilização, exclusivamente, académica e institucional. O seu preenchimento é individual, livre e respeita as regras de anonimato.

Identificação

Idade: _____ Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

Tempo de exercício profissional: _____

Tempo de exercício profissional no Serviço de Urgência Pediátrica: _____

Enfermeiro Generalista ☐ Enfermeiro Especialista ☐

Funções de chefe de equipa: Sim ☐ Não ☐

Área temática: “Prevenção das intoxicações por consumo de drogas”

Assinale com um X, a resposta que considera mais pertinente para cada afirmação.

1. Considera a área temática pertinente num Serviço de Urgência Pediátrica?	Sim ☐ Não ☐
---	---

1. Dado o aparecimento constante de novas drogas e o aumento dos policonsumos, considera que esta temática deveria ser abordada com maior frequência num serviço de urgência pediátrica?	Sim ☐ Não ☐
2. Sente dificuldades quando necessita de abordar a temática?	Sim ☐ Não ☐
3. Se sim, por que considera sentir essas dificuldades?	Tema pouco explorado no contexto ☐ Tema de pouco interesse ☐ Tema difícil de abordar ☐ Outra ☐ Qual? _____
4. A quem deve ser dirigida a abordagem acerca da temática em questão?	Pais e/ou representantes legais ☐ Adolescentes ☐ Pais e/ou representantes legais e adolescentes ☐ Outros ☐ Quem? _____
5. Ao transmitir aos pais os sinais que podem indiciar o consumo de drogas, considera estar a atuar na prevenção de futuros consumos e/ou intoxicações?	Sim ☐ Não ☐
6. Na sua opinião, qual a melhor forma de divulgar aos pais os sinais de alerta que podem indiciar o consumo de drogas?	Folheto ☐ Poster ☐ Sessão de educação para a saúde ☐ Outra? Qual? _____

ANEXO II

Divulgação da Sessão de Educação para a Saúde

A adolescência e o consumo de drogas

Abordagem da temática no SUP HDE

DATA: 04 de Dez. 2012

Hora: 16:00

Destinatários: Enfermeiros do SUP

Local: Sala de Reuniões do SUP

Formador: Diana Rama (AEESIP) sob a Orientação do EESIP Pedro Neto

Duração: 20 minutos

ANEXO III

*Diapositivos “A adolescência e o consumo de drogas: abordagem da temática
no SUP do HDE”*



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL EPE



UNIVERSIDADE CATÓLICA
PORTUGUESA INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

A ADOLESCÊNCIA E O CONSUMO DE DROGAS

Abordagem da temática no SUP HDE

Realizado por: Diana Rama

Orientado por: EESIP Pedro Neto

Docente: Prof. Doutora Zaida Charepe/Prof. Doutora Margarida Lourenço

Lisboa, 4 de Dezembro de 2012

A adolescência e o consumo de drogas

Abordagem da temática no SUP HDE

- Objetivo:
 - “Apresentar aos enfermeiros o trabalho desenvolvido ao longo do estágio no serviço de urgência pediátrica do Hospital de Dona Estefânia”

A adolescência e o consumo de drogas

Abordagem da temática no SUP HDE

- Enquadramento da temática

Promoção da saúde



Prevenção das
intoxicações por
consumo de drogas

3

A adolescência e o consumo de drogas

Abordagem da temática no SUP HDE

- Diagnóstico de Situação

Dados estatísticos

Programas informáticos do HDE



Questionários

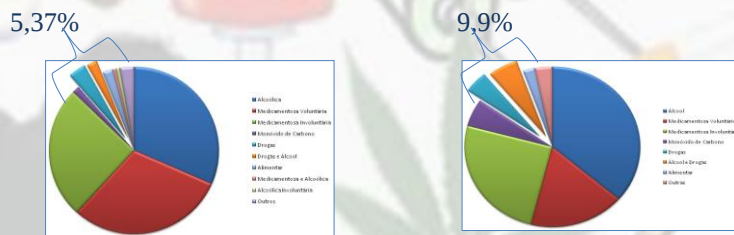
Realizados aos Enfermeiros do SUP do HDE

4

A adolescência e o consumo de drogas

Abordagem da temática no SUP HDE

- Resultados
 - Dados estatísticos do SUP HDE

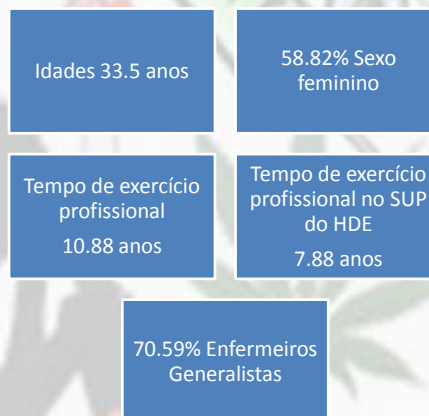


5

A adolescência e o consumo de drogas

Abordagem da temática no SUP HDE

- Resultados (cont.)
 - Questionários: Caracterização da amostra

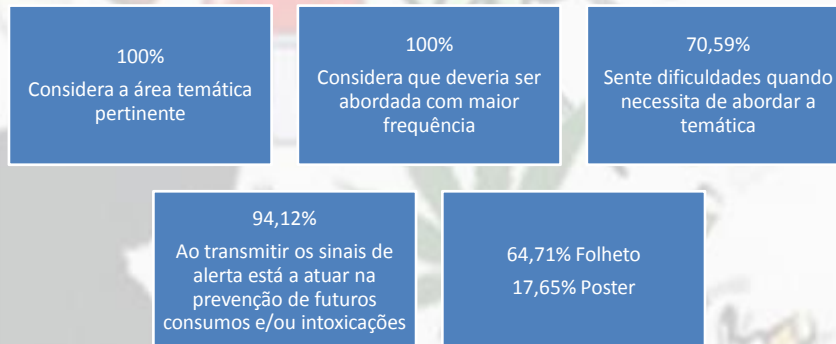


6

A adolescência e o consumo de drogas

Abordagem da temática no SUP HDE

- Resultados (cont.)
 - Questionários: Conteúdo

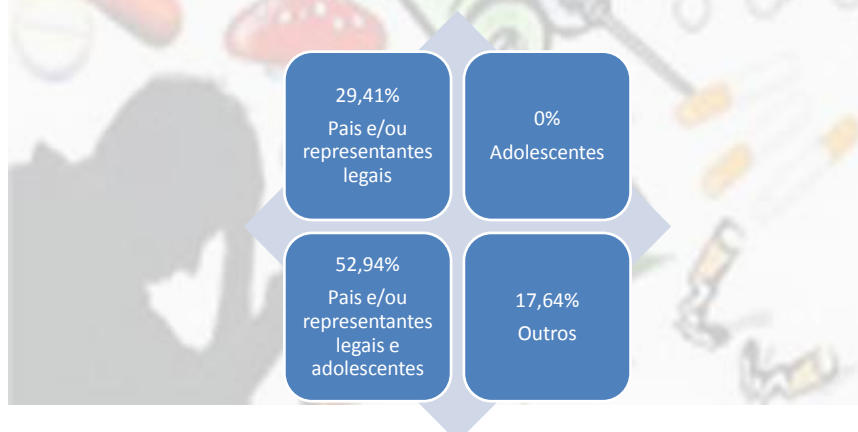


7

A adolescência e o consumo de drogas

Abordagem da temática no SUP HDE

- Resultados (cont.)
 - Questionários: Conteúdo



8

9

10

A adolescência e o consumo de drogas

Abordagem da temática no SUP HDE

- Referências bibliográficas

- Coelho, M. et al (2012) 150 anos da Pediatria Portuguesa e Meio Século de Urgências Pediátricas: Casuística do Hospital de Dona Estefânia
- Direção Geral de Saúde (2005) – **Plano Nacional contra a droga e as toxicodependências 2005-2012** Obtido a 13 de Novembro de 2012, de www.min-saude.pt.

11

Obrigada pela atenção!!



<http://pt.depositphotos.com/4853027/stock-photo-Cannabis-leaf.html>

12

ANEXO IV

Folheto “ A adolescência e o consumo de drogas: sinais de alerta”

É importante deixar claro que os comportamentos que se iniciam na fase da adolescência tendem a perpetuar-se na idade adulta pelo que, a promoção de saúde nesta etapa da vida e, concretamente, a prevenção de comportamentos de risco pode ser tão marcante no futuro e tão influenciada pelos pais.

Se identificou algum dos sinais de alerta no seu filho, aborde-o nesse sentido e peça ajuda se for caso disso.

Contactos úteis

- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM): 112
- Linha Intoxicações - Centro de Informação Antivenenos (CIAV): 808 250 143
- Linha SOS Sida: 800 20 10 40
- Linha Vida SOS Droga: 1414
- Saúde 24: 808 24 24 24



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

Elaborado por: Diana Rama

Orientado por: EESIP Pedro Neto

Docente: Prof. Doutora Zaida Charepe

- Associação Humanidades - Manual de Prevenção do Uso de Drogas para mediadores.
- Cavalgente, M., et al (2008) - Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 12(3), pp. 555-559
- Frentz, D., et al (2011) - Prevalência de consumo de drogas ilícitas e ilícitas por sexo e idade de escolares de oitava série do ensino fundamental de Porto Alegre/RS. *XII Salão de Iniciação Científica PUQRS*
- Guia de sobrevivência às drogas e às noites. Obtido a 13 de Novembro de 2012, de http://www.idt.pt/PT/CentroDocumentacao/MateriaisPrevencao/Documents/Guia/2008/Guia_noites.pdf
- Lockenberg, M., et al (2005) - Wong Fundamentos de ENFERMAGEM PEDIÁTRICA, 7ª ed. Rio de Janeiro: Mosby.
- <http://www.livsaude.com.br/conteudo/medicina-do-e-adolescente.html>
- <http://www.google.com/imgres?q=adolescente+consumir+drogas&um=1&hl=pt-PT&sch=99&oin=839&om=isch&onig=9091PBQLNWSRM&imgref=http://seriespaulo.blogspot.com/2011/04/uso-de-medicina-por-adolescentes.html%3Fm%3D0&ocid=OXS0047RAILM&imgurl=http://1.bp.blogspot.com/>
- <http://jornalilho.wordpress.com/2007/06/05/o-que-leva-um-adolescente-a-consumir-drogas/>
- <http://www.colégioascolinhas.pt/ocossocolegio/na11/no2/tomada-de-decisao-vocacional-no-9o-ano-a-importancia-da-escola-e-da-familia/>
- <http://a-verdade-e-essencialoamor.blogspot.pt/2011/11/como-falar-de-sexo-com-os-filhos.html>
- <http://www.idt.pt/PT/Substancias/CogumelosMagicos/Paginas/Hist%C3%B3rico.aspx>
- <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index373PT.html>
- Lissauer, T., et al (2009) - Manual Ilustrado de pediatria, 3ª ed. Rio de Janeiro: Mosby
- Lamas, D., et al (2003) - Garantia e independência dos seus filhos: como responder às perguntas sobre drogas para pais e educadores de jovens dos 13-16 anos. Instituto da Droga e de Alcoólo Dependência
- Paiva, F., et al (2009) - Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. *Psicologia em Estudo* 14(1), p. 177-183



SERVIÇO DE
URGÊNCIA
PEDIÁTRICA

A adolescência e o consumo de drogas sinais de alerta



Lisboa, Novembro de 2012

A adolescência

A adolescência é o período de transição entre a infância e a idade adulta e caracteriza-se, essencialmente, por uma mudança biológica, social e psicológica, que coloca os adolescentes num grupo mais propenso ao consumo de drogas.

O consumo de drogas nesta fase da vida pode ser feito com diferentes motivações:

- Procura de **novas experiências** e de diversão
- **Necessidade de aceitação** pelos seus pares
- **Eliminação** de pensamentos ou **memórias desagradáveis**
- **Controlo de stress**
- **Transgressão de regras** e desejo de testar limites
- **Desafio à autoridade**
- **Desejo de afirmação**
- **Informação incorreta** ou ausência de informação



SINAIS DE ALERTA

São vários os sinais que podem indiciar o consumo de drogas pelos adolescentes e aos quais os pais devem estar atentos:

- **Alterações do comportamento**
- **Isolamento**
- **Desinteresse e desmotivação** pelas atividades escolares e/ou desportivas
- **Ocorrência de faltas e atrasos** na escola
- **Dificuldades de concentração**, memória e raciocínio
- **Pedidos de dinheiro** frequentes
- **Frequente roubo ou perda de objetos** pessoais
- **Posse de objetos estranhos** como filtros de cigarros, mortalhas, pratos queimados, tubos de papel chamuscado, colheres queimadas, comprimidos, sacos de plástico de tamanho muito reduzido
- **Efeitos secundários** das drogas (genericamente): euforia, sonolência, sensação de relaxamento e de segurança, confiança, agressividade, fobia, tremores, calambres, vertigens, insónia, náuseas, vômitos, dilatação pupilar, ataques de pânico, alterações da consciência e da linguagem, ideias paranoias, ciãose, crises convulsivas, paragem cardíorrespiratória.

A importância dos sinais de alerta

Além da gravidade dos efeitos secundários, o consumo de drogas pode ter consequências muito graves no adolescente, entre elas:

- Doenças sexualmente transmissíveis
- Gravidez não planeada
- Surtos psicóticos
- Suicídio

A família é considerada como um pilar importante na prevenção de comportamentos de risco. Neste sentido, os pais devem saber sempre onde está o seu filho, com quem está, conhecer os seus amigos, o que fazem nos tempos livres e como gastam o seu dinheiro. Todos estes esforços que demonstram o suporte e envolvimento parentais, podem revelar-se importantes ferramentas ao nível da promoção da saúde do adolescente e, consequentemente, da prevenção dos comportamentos de risco



Aparecimento de NOVAS DROGAS

O aparecimento de novas drogas surge na proporção aproximada de uma por semana.

A sua comercialização, cada vez mais facilitada através das *smartshops*, *headshops* ou mesmo através da internet, também ajuda a este constante aparecimento e venda das mesmas.

Entre as várias drogas (cocaína, heroína, crack, LSD) surgem agora outras como os **cogumelos mágicos** e os **herbicidas**. Estes, considerados como sazonais por serem mais frequentes no Outono, como são ingeridos oralmente, podem ser secos e armazenados para serem consumidos todo o ano.



ANEXO V

Poster “A adolescência e o consumo de drogas: sinais de alerta”

A ADOLESCÊNCIA E O CONSUMO DE DROGAS

Sinais de Alerta

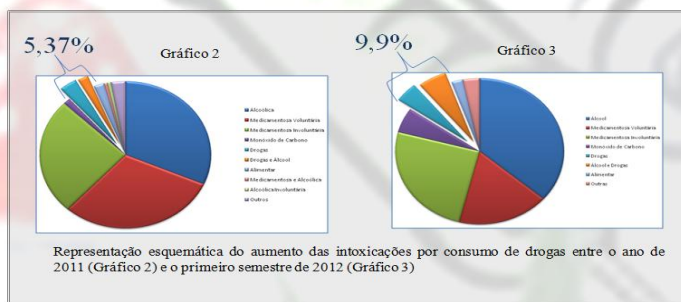
RAMA *, Diana ; NETO **, Pedro; CHAREPE***, Zaida
Serviço de Urgência Pediátrica

A adolescência é o período de transição entre a infância e a idade adulta em que se verifica um rápido desenvolvimento a todos os níveis (físico, cognitivo, social, emocional). Nesta fase, o adolescente tem uma forte necessidade de independência, uma predisposição para assumir comportamentos de risco, a sensação de indestrutibilidade e uma grande necessidade de aprovação pelo seu grupo de pares, tentando por vezes, feitos arriscados. Todos estes motivos colocam os adolescentes no maior grupo de risco ao consumo de drogas.¹

Coelho et al refere que, entre os anos 2000 e 2008, as intoxicações por substâncias de abuso, corresponderam a 0,01% da recorrências por substâncias de abuso ². Mais recentemente, num estudo realizado em 36 países europeus, concluiu-se que Portugal se aproxima da média europeia no que se refere ao consumo de drogas. O seguinte gráfico representa a evolução do consumo de drogas ilícitas cuja representatividade estudantil, relativamente à população portuguesa é de 84% e em que a média de idades foi de 15,9 anos ³.



Relativamente ao grupo acidente pessoal/intoxicação a realidade do serviço de urgência pediátrica do Hospital de Dona Estefânia, encontra-se representada nos gráficos seguintes.



Da análise dos gráficos 2 e 3, podemos constatar que em 2011, 5,37% das recorrências ao serviço urgência foram devido à intoxicação por consumo de drogas e que, durante o primeiro semestre de 2012, esse valor atinge já os 9,9%.

Neste sentido, por se verificar um aumento do consumo de drogas, dos policonsumos e uma emergência de novas drogas ⁴, torna-se essencial nortear os pais/cuidadores destes adolescentes para os sinais de alerta que possam indiciar o consumo de drogas e as suas possíveis consequências.

Sinais de Alerta

- Alterações do comportamento
- Isolamento
- Desinteresse e desmotivação pelas atividades escolares e/ou desportivas
- Ocorrência de faltas e atrasos na escola
- Dificuldades de concentração, memória e raciocínio
- Pedidos de dinheiro frequentes
- Frequente roubo ou perda de objetos pessoais
- Posse de objetos estranhos como filtros de cigarros, mortallas, pratas queimadas, tubos de papel chamuscado, colheres queimadas, comprimidos, sacos de plástico de tamanho muito reduzido.

GRAVES CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE DROGAS

- Doenças sexualmente transmissíveis
- Gravidez não planeada
- Surtos psicóticos
- Suicídio
- Depressão
- Doenças de transmissão sanguínea

Bibliografia:

- ¹ Hockenberry, M. et al (2006) – Wong Fundamentos de ENFERMAGEM PEDIÁTRICA. 7ª ed. Rio Janeiro: Mosby
- ² Coelho, M. et al (2012) 150 anos da Pediatria Portuguesa e Meio Século de Urgências Pediátricas: Casuística do Hospital de Dona Estefânia
- ³ The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (2011). The 2011 ESPAD Report Substance Use Among Students in 36 European Countries. Obtido a 16 de Novembro de 2012, de http://www.idi.pt/PT/Investigacao/Documents/Relatorio/The_2011_ESPAD_Report_FULL.pdf
- ⁴ Direção Geral de Saúde (2005) – Plano Nacional contra a droga e as toxicodependências 2005-2012. Obtido a 13 de Novembro de 2012, de www.min-saude.pt
- Associação Humanidade – Manual de Prevenção do Uso de Drogas para mediadores
- Cavalcante, M. et al (2008) – Adolescência, álcool e drogas: revisão na perspetiva da promoção da saúde. Esc Anna Nery Rev Enferm, 12(3), pp. 555-559
- Frantz, D. et al (2011) – Prevalência de consumo de drogas lícitas e ilícitas por sexo e idade de escolares de oitava série do ensino fundamental de Porto Alegre/RS. XII Salão de Iniciação Científica PUCRS
- Guia de sobrevivência às drogas e às moitadas. Obtido a 13 de Novembro de 2012, de http://www.idi.pt/PT/CentroDocumentacao/Materiais/Prevencao/Documents/Guia%20guia_voitas.pdf
- Lissauer, T. et al (2009) – Manual ilustrado de pediatria. 3ª ed. Rio Janeiro: Mosby
- Lamas, D. et al (2003) – Garantir a independência dos seus filhos: como responder às perguntas sobre drogas para pais e educadores de jovens dos 13-16 anos. Instituto da droga e da toxicodependência
- Paiva, F. et al (2009) – Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. Psicologia em Estudo 14(1), p. 177-183

* Enfermeira, ** Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, *** Professora Doutora Enfermeira

ANEXO VI

Questionário da avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Denominação da sessão: A adolescência e o consumo de drogas: Abordagem da temática no SUP do HDE.

Local: Sala de Reuniões do SUP

Data: 4 de Dezembro de 2012

O presente questionário é anónimo e serve apenas para os formadores aferirem em que medida satisfizeram as suas expectativas e poderem melhorar o rendimento relativamente a futuras sessões de educação para a saúde. Neste sentido agradecemos que responda de forma sincera, às seguintes questões.

Para o preencher considere a seguinte escala em que:

1-Muito Insuficiente	2-Insuficiente	3-Suficiente	4-Bom	5-Muito Bom
----------------------	----------------	--------------	-------	-------------

Assinale com uma X (cruz) a classificação que considera adequada a cada afirmação:

Avaliação global da sessão	1	2	3	4	5
Globalmente, avalio a sessão de educação para a saúde em:					
Considero que o desenvolvimento da sessão foi adequado					
Considero que os objetivos propostos foram cumpridos					

Relativamente aos conteúdos	1	2	3	4	5
Considero os temas abordados interessantes					
Considero que os temas abordados têm utilidade					
Considero que o tempo dedicado à exposição foi o necessário					

Considero que o trabalho desenvolvido é pertinente neste contexto de cuidados					
---	--	--	--	--	--

Avaliação do formador	1	2	3	4	5
Foi claro na sua exposição					
Dominava as matérias ministradas					
Conseguiu motivar os formandos					

Comentários ou sugestões que queira fazer:

Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO VIII

Relatório da sessão de educação para a saúde “Aleitamento Materno/Alimentação por leite materno”

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

Relatório da Sessão de Educação para a Saúde

Inserido no Módulo III do Estágio de Saúde Infantil e Pediátrica – Unidade de
Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Dona Estefânia



<http://prematividade.com/amamentacao/1o-de-agosto-dia-mundial-da-amamentacao.html>

Realizado por: Diana Rama

Lisboa, 14 de Janeiro de 2013

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

Relatório da Sessão de Educação para a Saúde

Inserido no Módulo III do Estágio de Saúde Infantil e Pediátrica – Unidade de
Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Dona Estefânia



<http://prematividade.com/amamentacao/1o-de-agosto-dia-mundial-da-amamentacao.html>

Docente: Professora Elisabete Nunes

Orientador de Estágio: EESIP Ivete Monteiro

Realizado por: Diana Rama

Lisboa, 14 de Janeiro de 2013

ÍNDICE

		Pág.
1	NOTA INTRODUTÓRIA	7
2	PLANEAMENTO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	9
3	AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAUDE	11
ANEXOS		13
ANEXO I	<i>Protocolo da UNICEF para avaliação da mamada</i>	15
ANEXO II	<i>Check-list de ensinios</i>	19
ANEXO III	<i>Registo de observação das mamas e mamilos</i>	31

1. NOTA INTRODUTÓRIA

Numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais a envolvência do ambiente aliada à imensa carga emocional pela qual as famílias estão a passar, incita à intervenção no que se refere ao seu sentido de utilidade e importância na vida dos seus bebés. Promover o aleitamento materno nas mães destes bebés pode ser uma das intervenções. Desta forma, delineou-se como objetivo para este estágio *“Promover nas mães o aleitamento materno/alimentação por leite materno nos bebés em contexto de Cuidados Intensivos Neonatais.*

Com o intuito de dar resposta ao referido objetivo, propôs-se apoiar as mães na amamentação/alimentação por leite materno realizando sessões de educação para a saúde que fossem de encontro às necessidades identificadas previamente.

As sessões de educação para a saúde realizaram-se de forma individualizada e interativa, através de 4 momentos distintos:

- num primeiro momento, apresentava-se a formadora, referia-se à mãe que, por observação anterior se tinham identificado algumas dificuldades (através do Protocolo da Unicef para avaliação da mamada) e se estava disposta a aceitar a nossa intervenção nesse âmbito (no caso das mães que não podiam amamentar) ou, no caso das mães que não podiam amamentar, questionavam-se acerca do que seriam as suas intenções acerca do leite materno e, se mostrassem vontade de o extrair e conservar, procedia-se à nossa intervenção;

- num segundo momento, e depois de a mãe aceitar a nossa intervenção, explicava-se, às mães que queriam amamentar, o que se tinha identificado como dificuldade e como se poderia ultrapassar e, às mães cuja única opção fosse a extração de leite, explicava-se qual o método de a realizar e como se poderia conservar;

- num terceiro momento, em que era dada a oportunidade de a mãe colocar outras dúvidas que possuísse e em que eram validados os ensinamentos realizados;

- finalmente, num quarto momento, era novamente aplicado o Protocolo da Unicef para avaliação da mamada e identificava-se a necessidade, ou não, de nova

intervenção e, no caso das mães que apenas procediam à extração e conservação de leite, eram questionadas acerca de possíveis dificuldades/dúvidas encontradas e realizava-se nova intervenção, caso fosse necessário.

Para desenvolver a temática, houve dois constrangimentos significativos: desde a gravidade do estado de saúde de alguns bebês como a permanência limitada de algumas mães na unidade pelo que só foi considerada a pertinência da temática em 4 situações.

2. Planeamento da Sessão de Educação para a Saúde: “Aleitamento Materno/Alimentação por leite materno”

Objetivo geral:

- Promover nas mães e aleitamento materno/alimentação por leite materno nos bebés em contexto de Cuidados Intensivos Neonatais

Etapas	Objetivos	Conteúdos	Método/técnica pedagógica	Tempo	Formador
Introdução	- Apresentar o motivo da proposta de intervenção	- Apresentação da formadora - Apresentação das dificuldades identificadas	Expositivo	1 min	Diana Rama
Desenvolvimento	- Apresentar a forma de resolver os problemas identificados, justificadamente (quando amamentam) - Demonstrar e apresentar como se realiza a extração e conservação de leite materno (quando não amamentam)	- Aleitamento Materno: - o Vantagens do A. M. - o Funcionamento da Amamentação - o Tipos de leite - o Posições para amamentar - o Como segurar no bebé - o Reflexos do bebé - o Sinais de boa pega - o Métodos de extração de leite - o Conservação de leite - o Eventuais problemas mamários	- Interrogativo - Expositivo	20 min.	Diana Rama
Considerações Finais	- Rever conceitos - Validar conhecimentos	- Revisão/Validação dos conceitos	- Interrogativo - Expositivo	2 min.	Diana Rama
Avaliação	- Identificar conhecimentos adquiridos	-Avaliação dos conhecimentos adquiridos através do Protocolo da Unicef para avaliação da mamada (quando amamentam) -Avaliação dos conhecimentos acerca da extração leite materno (quando não amamentam)	Observação	2 min	Diana Rama

3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Para realizar a avaliação da sessão de educação para a saúde, optou-se por aplicar novamente o Protocolo da Unicef para avaliação da mamada para identificar eventuais ganhos em saúde nas mães que amamentaram. Nas mães que procederam à extração do leite, fizeram-no através da bomba elétrica pelo que, foi apenas necessário explicar qual o funcionamento da mesma e observar o estado das mamas de forma a verificar a correta utilização da mesma.

Das quatro mães a quem foi possível dirigir a sessão de educação para saúde, duas delas amamentaram os seus bebés, as restantes duas, dado que não o podiam fazer, optaram por realizar a extração do leite através de bomba e procederem à sua conservação para o poderem oferecer aos seus bebés em momentos posteriores.

Nas mães que amamentavam, identificaram-se as dificuldades através do Protocolo referido. Na primeira mãe, as dificuldades manifestadas prendiam-se com a postura corporal, com a sucção do bebé e com o tempo gasto na mesma. Desenvolveram-se intervenções nesse sentido, tendo em conta as preconizadas na *check-list* e, numa avaliação posterior pôde constatar-se que os ensinamentos tinham sido apreendidos e as dificuldades ultrapassadas. Na segunda mãe em quem foi aplicado o Protocolo, as dificuldades estavam relacionadas com a postura corporal, com as respostas do bebé à mama, com o vínculo emocional entre a mãe e o bebé e com a sucção do bebé. Desta forma, foram desenvolvidas intervenções uma vez mais baseadas na *check-list* e, posteriormente, foi realizada a avaliação. Contudo, constatou-se que, apesar de terem sido ultrapassadas algumas das dificuldades inicialmente manifestadas, existiam outras que se mantinham pelo que foi realizada nova intervenção e nova avaliação. Nesta terceira observação pôde verificar-se que as dificuldades tinham sido ultrapassadas.

Desta forma, pode afirmar-se que as intervenções realizadas foram pertinentes e eficazes, havendo, assim, ganhos em saúde.

Relativamente às mães que não podiam amamentar e sendo, por isso, a sessão de educação para a saúde mais direcionada para a alimentação por leite materno foi, inicialmente, explicada às mães a importância de oferecerem aos seus bebés o seu leite e da importância de manterem o processo de lactação para quando os bebés pudessem

mamar. Assim, e considerando os constrangimentos, anteriormente apresentados, foi realizada a sessão de educação para a saúde a duas mães e foi-lhes explicado todo o processo de extração e conservação de leite materno. Posteriormente foi realizada a primeira extração numa sala, atualmente direcionada para o efeito, com acompanhamento para que se pudessem corrigir eventuais erros. Concomitantemente, advertiram-se, ainda, acerca dos eventuais problemas mamários que poderiam surgir no caso de não procederem à extração total do leite ou caso se verificasse má adaptação da bomba à mama. Num momento posterior, as mães foram questionadas acerca do estado das mamas (que possibilitava identificar uma má técnica de extração de leite) e foi realizada a observação das mesmas.)

Em suma, pode concluir-se que as intervenções realizadas produziram efeitos positivos uma vez que permitiram às mães ultrapassar as suas dificuldades com vista a um melhor desempenho da amamentação ou permitindo a extração do seu leite eficazmente, sempre com vista ao melhor para os bebés e mães e consequentemente para toda a famílias.

ANEXOS

ANEXO I

Protocolo da UNICEF para avaliação da mamada

Protocolo da UNICEF para avaliação da mamada

Como observar e avaliar uma mamada

Nome da mãe: _____

Data: ____/____/____

Nome do bebê: _____

Idade do bebê: _____

(Sinais entre parênteses apenas para recém-nascidos)

<i>Amamentação vai bem</i>	<i>Possíveis dificuldades</i>
POSTURA CORPORAL	
☐ Mãe relaxada e confortável ☐ Bebê próximo de frente para a mama ☐ Cabeça e corpo do bebê alinhados ☐ O queixo do bebê toca a mama ☐ (Nádegas do bebê apoiadas) ☐ A mãe segura a mama em forma de pinça	☐ Ombros tensos deitada sobre o bebê ☐ Bebê longe da mãe ☐ O queixo do bebê não toca na mama ☐ O queixo do bebê não toca na mama ☐ (Só o ombro ou a cabeça apoiada)
RESPOSTAS	
☐ O bebê procura a mama quando sente fome ☐ (O bebê rola e busca a mama) ☐ O bebê explora a mama com a língua ☐ Bebê calmo e alerta na mama ☐ Bebê mantém a pega ☐ Sinais de ejeção leite (vazamento, cólicas uterinas)	☐ Nenhuma resposta à mama ☐ (Não busca a mama) ☐ Bebê não interessado na mama ☐ Bebê inquieto ou a chorar ☐ Bebê escorrega da mama ☐ Não há sinais de saída de leite
VÍNCULO EMOCIONAL	
☐ Carrega de forma segura e confiante ☐ Atenção da mãe face a face ☐ Muito toque materno	☐ Nervosa ou carrega vacilante ☐ Contacto olho no olho ausente ☐ Pouco toque ☐ Sacudir várias vezes o bebê
ANATOMIA	
☐ Mamas macias após a mamada ☐ Mamilos exteriorizados, protrácteis ☐ Pele aparentemente saudável ☐ Mamas parecem arredondadas	☐ Mamas ingurgitadas e duras ☐ Mamilos achatados ou invetidos ☐ Fissuras ou vermelhidão da pele ☐ Mamas parecem esmagadas ou caídas
SUCÇÃO	
☐ Boca bem aberta ☐ Lábio inferior virado para fora ☐ Língua acomodada à volta da mama ☐ Bochechas arredondadas ☐ Mais aréola por cima da boca do bebê ☐ Sugadas lentas e profundas, episódios e pausas ☐ Pode ouvir-se a deglutição	☐ Boca pouco aberta aponta para a frente ☐ Lábio inferior virado para dentro ☐ Língua do bebê não visível ☐ Bochechas tensas ou para dentro ☐ Mais aréola abaixo da boca do bebê ☐ Apenas sugadas rápidas ☐ Ouvem-se ruídos altos, mas não a deglutição
TEMPO GASTO NA SUCÇÃO	
☐ O bebê solta a mama O bebê sugou por _____ minutos	☐ A mãe retira o bebê da mama

Notas: Adaptado com permissão de "B-R-E-A-S-T - Feeding Observation Form". H.C. Armstrong, Training Guide in Lactation Management, New York, IBFAN e UNICEF 1992.

ANEXO II

Check-list de ensinios acerca do Aleitamento Materno/Alimentação por leite materno no contexto da prematuridade

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

*Aleitamento Materno/Alimentação por Leite
Materno no contexto da prematuridade*

Módulo III – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Dona
Estefânia



<http://prematuridade.com/amamentacao/1o-de-agosto-dia-mundial-da-amamentacao.html>

Docente: Professora Elisabete Nunes

Orientador de Estágio: EESIP Ivete Monteiro

Realizado por: Diana Rama

Lisboa, 4 de Janeiro de 2013

Breve fundamentação da temática

A OMS aconselha a prática do aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida do bebê devendo, a partir daí, manter-se o aleitamento materno como complemento à restante alimentação da criança, até pelo menos aos dois anos com vista a um crescimento e desenvolvimento adequados da criança ¹. No mesmo sentido, a Direção Geral da Saúde acrescenta, através do Plano Nacional de Saúde Reprodutiva, que o aleitamento materno é a forma alimentar ideal para todos os recém-nascidos, sejam eles de termo ou prematuros ².

A prematuridade pode acarretar várias consequências para a criança, a referir desde logo, a difícil adaptação à vida extra-uterina e a imaturidade dos órgãos. Assim, é importante que os progenitores desenvolvam e fortaleçam os seus laços afetivos com a criança, dando-lhes além do carinho, amor, apoio necessários, a melhor alimentação possível de forma a facilitar a sua favorável evolução ³. Contudo, a imaturidade da criança pode impedir o processo de amamentação, sendo necessário encontrar alternativas, como a alimentação por leite materno. Devem, nessas situações, estimular-se as mães a proceder à extração e utilização do leite materno uma vez que as características deste são diferentes das características do leite de uma mãe de um bebê de termo, indo de encontro às necessidades singulares destes bebês ³.

Assim, delineei como objetivo geral, promover nas mães o aleitamento materno/alimentação por leite materno nos bebês em contexto de Cuidados Intensivos Neonatais e como objetivo específico apoiar as mães na amamentação/alimentação por leite materno com o intuito de contribuir para a inversão dos atuais dados da OMS que indicam que, de uma maneira geral, são menos de 40% as crianças com menos de seis meses exclusivamente amamentadas, o que não vai ao encontro das orientações desta mesma organização ⁴.

Pretendo com este trabalho promover nas mães o aleitamento materno/alimentação por leite materno, vendo-a como um mais-valia para o bom desenvolvimento e crescimento destes bebês, além de contribuir fortemente para a vinculação entre ambos.

Dentro dos vários itens abordados na check-list, serão abordados os identificados como necessários através da tabela de observação da mamada da UNICEF e os que as mães manifestam como dificuldade, no caso de amamentarem e, nas mães que não o possam fazer, mas que pretendem alimentar os seus bebés com leite materno serão abordados os manifestados como necessários.

Check-list de ensinos acerca da amamentação/alimentação por leite materno^{5,6,7}

• **Informações Gerais:**

- Lavar bem as mãos
- Procurar um local confortável e descontraído
- Se não puder estar com o seu bebé, mantenha uma fotografia dele perto de si e observe-a
- Faça uma massagem na mama, com a ponta dos dedos e em movimentos circulares para ajudar o leite a fluir
- Use água quente e detergente e esterilize todos os materiais que utilizar (peças da bomba, biberon)

• **Vantagens do aleitamento materno**

- Para o bebé
 - Previne infeções e doenças
 - Proporciona um crescimento e desenvolvimento saudáveis
 - É facilmente digerido
 - Protege o bebé de alergias
 - Permite uma melhor adaptação a outros alimentos
- Para a mãe
 - Está sempre pronto e à temperatura adequada (no caso da amamentação)
 - É grátis
 - Permite que o útero recupera mais rapidamente
 - Previne o cancro da mama
- Para ambos
 - Facilita a vinculação e a relação afetiva mãe-bebé

• **Funcionamento da amamentação (hormonas produzidas pela hipófise)**

- Prolactina
 - Incentiva a produção de leite, permitindo-o na mamada seguinte
 - Produzida durante a noite pelo que a amamentação noturna é importante para que se mantenha a lactação

- Causa sonolência e relaxamento pelo que, mesmo que amamente durante a noite é capaz de descansar
- Suprime a ovulação pelo que amamentar durante a noite pode adiar uma nova gravidez
- Ocitocina
 - Permite o reflexo de ejeção que faz com que o leite que se encontra na mama, flua para esta mamada
 - Quando este reflexo não é eficaz pode parecer que as mamas deixaram de produzir leite
 - Provoca a contração do útero (ajudando-o a recuperar)
- **Tipos de leite**
 - Colostro
 - 1ª proteção do bebé (anticorpos, fatores de proteção, imunoglobulina, minerais, proteínas)
 - Leite maduro
 - Ótimo para o crescimento e desenvolvimento saudáveis do bebé com quantidades de gordura, proteínas e lactose
- **Posições para amamentar**
 - Confortável
 - Costas apoiadas e direitas
- **Como segurar no bebé**
 - Corpo do bebé junto ao da mãe, apoiando a sua cabeça e nádegas
 - Cabeça e corpo do bebé bem alinhados
 - Face do bebé de frente para a mama e nariz de frente para o mamilo
- **Reflexos do bebé**
 - Busca e Preensão
 - Sucção
 - Deglutição
- **Sinais de Boa Pega**
 - Boca bem aberta e bochechas arredondadas
 - Queixo a tocar na mama

- Lábio inferior virado para fora
- Mamar na aréola e não no mamilo
- Apresentar uma sucção lenta e profunda

• Métodos de extração de leite

- Extração Manual
 - Fazer “pinça” com os dedos indicador e polegar, na aréola superior e inferior respetivamente e posteriormente fazer pressão contra as costelas para permitir a ejeção do leite
 - O leite deve ser retirado dos vários segmentos da mama pelo que a pressão na mama deve ser feita em vários sentidos.
 - A técnica não deve doer, caso isso aconteça não está a ser desempenhada corretamente
 - Até ao início da saída do leite, podem passar alguns minutos (1-2min)
 - Alternância entre mamas
- Extração com bomba manual
- Extração com bomba elétrica – única que permite a extração de todo o leite

• Conservação de leite materno

- Temperatura ambiente: 6h
- No frigorífico (0-4°): 48h
- No congelador: até 3 meses

• Eventuais problemas mamários

- Ingurgitamento mamário
 - Mamas tensas e brilhantes
 - Dolorosas
 - Difícil retirada de leite
- ➔ Solução
 - ✓ Retirar leite da mama
 - ✓ Massajar levemente com a ponta dos dedos
 - ✓ Passar o chuveiro com água morna
 - ✓ Manter procedimento até que as mamas fiquem moles

○ Bloqueio dos ductos

- Bloqueio dos canais que drenam o leite
- Dor numa parte da mama
- Vermelhidão local
- Causas: soutien apertado, pancada na mama, leite espesso, criança não suga daquela mama

➔ Solução

- ✓ Amamentar em diferentes posições
- ✓ Fazer leve pressão com os dedos no sentido do mamilo para ajudar a esvaziar a mama
- ✓ Usar roupas largas e soutien que apoie, mas não comprima as mamas

○ Mastite

- Mama vermelha, dolorosa, quente e com tumefação
- Mulher com febre, sensação de mal-estar
- Causas: ducto bloqueado, leite não drenado, ingurgitamento mamário grave → infecção

○ Mamilos dolorosas e/ou gretados

- Originada pela má pega do bebé
- Dolorosa
- Não permite que o bebé ingira a totalidade de leite que o satisfaz e pode levar a mãe a amamentar por menos tempo em relação ao desejável.

➔ Solução

- ✓ Corrigir posição de amamentação
- ✓ Garantir a boa pega
- ✓ Não lavar as mamas várias vezes por dia
- ✓ Não interromper abruptamente a mamada e quando for necessário colocar um dedo dentro da boca do bebé

Referências bibliográficas

- ¹ World Health Organization [WHO] (2011) - ***Exclusive breastfeeding for six months best for babies*** everywhere. Obtido a 8 de Maio de 2012, de <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding>
- ² Direção Geral da Saúde (2008) – Plano Nacional de Saúde Reprodutiva, Obtido em 30 de Dezembro de 2012, de www.dgs.pt
- ³ Braga, P. et al (2012). ***Percepção Materna do Aleitamento no Contexto da Prematuridade***. R. Enferm. Cent. O. Min., nº 2, Vol. 2, Mai-Ago. Obtido a 14 de Dezembro de 2012, de <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/177/298>
- ⁴ World Health Organization [WHO] (2012) – 10 facts on breastfeeding. Obtido a 30 de Dezembro de 2012, de <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en>
- ⁵ Levy, L. e Bértolo, H. ***Manual de Aleitamento Materno***. Edição Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional e Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. 2002, ISBN: 96436
- ⁶ Galvão D. – ***Amamentação bem sucedida: alguns factores determinantes***. 1ª ed., Loures: Lusociência, 2006, ISBN: 972-8930-11-9
- ⁷ www.leitematerno.org, acedido a 29 de Dezembro de 2012

ANEXO III

Registo de observação das mamas e mamilos

Registo de Observação das mamas e mamilos

Nome: _____ **Data:** _____

Mama direita



Alterações identificadas:

- Mama:

- Mamilo:

Mama esquerda



Alterações identificadas:

- Mama:

- Mamilo:

Imagem: <http://www.andreferraovargas.com.br/cirurgia-plastica-reducao-mama.html>

