



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

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

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

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

**Elaborado por:** Marta Helena Marinho Machado

**Orientado por:** Mestre Isabel Quelhas

Porto, Maio de 2012



## RESUMO

O Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria visa promover o desenvolvimento pessoal e profissional, assegurando a aquisição de competências científicas, técnicas, humanas e culturais adequadas à prestação de cuidados especializados de Enfermagem, numa perspectiva de aprendizagem ao longo da vida, através da auto formação e da prática baseada na evidência. Pretende-se, com este trabalho, evidenciar as competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, adquiridas e desenvolvidas ao longo do Estágio, cuja actividade se desenvolveu no Centro de Saúde Senhora da Hora, Serviço de internamento de Pediatria da Unidade Local de Saúde de Matosinhos e no Serviço de Urgência do Hospital S.João.

Reflectir sobre a Vulnerabilidade da criança, constituiu uma preocupação transversal ao Estágio, traduzindo-se no fio condutor que condicionou a minha postura e reflexão no desenrolar do mesmo. A criança, pela sua imaturidade biológica, ética, social e afectiva, é um ser verdadeiramente dependente, frágil, vulnerável, e susceptível ao incumprimento dos direitos que lhe são inerentes como ser humano e, portanto, carecida de uma particular protecção. O contacto com realidades tão distintas, permitiu-me reflectir na e sobre a minha prática enquanto profissional de saúde e ser humano, e adequar os conhecimentos adquiridos à minha prática laboral.

Este trabalho demonstra assim a minha intervenção como Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, nos diversos contextos de estágio, tendo como principal objectivo evidenciar competências profissionais conducentes ao Grau de Mestre em Enfermagem.

*Palavras-Chave: Criança, Família, Competências, Cuidados de Enfermagem, Vulnerabilidade.*



## ABSTRACT

The Master in Nursing with specialization in Infant and Pediatrics Health, aims to promote personal and professional development, ensuring the acquisition of specific scientific, technical, human and cultural appropriate to the provision of skilled care nursing from the perspective of lifelong learning through self training and practice based on evidence. It is intended with this report, highlight the skills of an Infant and Pediatrics Health Nurse Specialist, acquired and developed over the probationary period, whose activity was developed at Centro de Saúde Senhora da Hora, Serviço de internamento de Pediatria da Unidade Local de Saúde de Matosinhos and Serviço de Urgência do Hospital S.João.

Reflect on the vulnerability of the child, was a crosscutting concern along the probationary period, resulting in the conducting wire that influenced my posture and reflection. The children, by his biological, ethical, social and emotional immaturity, are a truly dependent, fragile, vulnerable and susceptible to the breach of the rights that are inherent to humans and, therefore, require a particular protection. The contact with such different realities, allowed me to reflect on and about my practice as a health professional and human being, and adapt the acquired knowledge to my practice work

Therefore, this report emerges as a reflection of my intervention as an Infant and Pediatrics Health Nurse Specialist, in different care contexts, having as primary aim to highlight skills and professional abilities conducive to the Degree of Master of Nursing.

Keyword: *Child, Family, Competence, Nursing Care, Vulnerability.*



**AGRADECIMENTOS**

A todos os familiares, amigos e tutores que colaboraram neste meu percurso académico,

Ao meu Avô, pelo seu carinho e apoio incondicional

O meu muito **OBRIGADO!**



## | ABREVIATURAS E SIGLAS

AES – Acções de Educação para a Saúde;

APR – Apoio Pediátrico Referenciado;

APMI – Associação Portuguesa de Massagem Infantil;

Artº - Artigo;

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CS – Centro de Saúde;

CSSH - Centro de Saúde da Senhora da Hora;

DGS – Direcção Geral de Saúde;

EESIP - Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria;

EPE – Entidade Pública Empresarial;

ESIP - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria;

ECTS – European Credit Transfer System

Enf.<sup>a</sup> – Enfermeira;

H – Horas;

ICS – Instituto de Ciências da Saúde;

IFE – Instituto de formação em Enfermagem;

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica;

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

NHCJR – Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco;

PNV – Programa Nacional de Vacinação;

PrEP – Projecto de Enfermagem para a Parentalidade;

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;

SAM – Sistema de Apoio Médico;

SAPE – Sistema de Apoio à prática de Enfermagem;

SINUS – Sistema de Informação para Unidades de Saúde;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

UCP – Universidade Católica Portuguesa;

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos;

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais;

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

UPP – Urgência Pediátrica do Porto;

UPIP - Urgência Pediátrica Integrada do Porto;

OBS – Observação;

PaedCTAS – Pediatric Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale

Rn – Recém-nascido;

<b>  INDICE</b>	<b>PÁGINAS</b>
<b>0  INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1  CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO .....</b>	<b>17</b>
<b>2  AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1  COMPETÊNCIAS PREVIAMENTE ADQUIRIDAS .....</b>	<b>21</b>
<b>2.2   COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS .....</b>	<b>26</b>
<b>2.2.1  No DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS .....</b>	<b>29</b>
<b>2.2.2   No DOMÍNIO DA GESTÃO .....</b>	<b>48</b>
<b>2.2.3   No DOMÍNIO DA FORMAÇÃO .....</b>	<b>51</b>
<b>2.2.4   No DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>54</b>
<b>3  CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>57</b>
<b>4  REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>59</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>63</b>
ANEXO I – DINAMIZAÇÃO DA MASSAGEM INFANTIL.....	65
ANEXO II – GUIA DE ORIENTAÇÃO PARENTAL DO PNV.....	73
ANEXO III – DINAMIZAÇÃO DO CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO.....	91
ANEXO IV – ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “ PEDICULOSE NAS ESCOLAS”.....	95
ANEXO V – PÓSTER “SAÚDE ORAL - APRENDE A ESCOVAR OS TEUS DENTES”.....	160
ANEXO VI – ACÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS CRIANÇAS.....	163
ANEXO VII – ACÇÃO DE FORMAÇÃO “PROJECTO JOVENS EM RISCO”.....	169
ANEXO VIII - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS “PROJECTO JOVENS EM RISCO”.....	201
ANEXO IX – PÓSTER DO PROJECTO JOVENS EM RISCO – “INTERVENÇÃO NO S CENTROS DE SAÚDE”.....	219
ANEXO X - COMPROVATIVO DE FORMAÇÃO NA ULSM – SAÚDE ORAL.....	223
ANEXO XI – ACÇÃO DE FORMAÇÃO “ PNSO – PARA UM SORRISO PERFEITO”.....	227



## 0| INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, assistiu-se a uma evolução admirável do conhecimento da disciplina de enfermagem em geral, particularmente na área da saúde infantil e pediatria, a par da evolução de muitas outras ciências que com ela se inter-relacionam. Atendendo a esta perspectiva e na procura de qualidade e da excelência dos cuidados, facilmente se depreende a importância da formação contínua e especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, para a adaptação a uma sociedade em constante desenvolvimento.

A criança, pela sua imaturidade biológica, ética, social e afectiva, é um ser verdadeiramente dependente, frágil, vulnerável, e susceptível ao incumprimento dos direitos que lhe são inerentes como ser humano e, nesse sentido, carecida de uma particular protecção, que deverá ser tanto maior quanto mais vincada for a sua vulnerabilidade (Almeida, 2006).

Reflectir sobre a **VULNERABILIDADE DA CRIANÇA**, constituiu uma preocupação transversal ao Estágio, traduzindo-se no fio condutor que condicionou a minha postura e reflexão no desenrolar do mesmo.

Nesta linha de pensamento e no âmbito do 2º Ciclo de Estudos da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, no decorrer do 3º Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, surge o presente relatório final, como resultado do estágio desenvolvido na área da Saúde Infantil e Pediatria e como resposta à Unidade Curricular Relatório.

O Plano de Estudos do Curso teve a duração de três semestres, composto por uma componente curricular teórica e uma prática denominada “Estágio de Saúde Infantil e Pediatria”. Os estágios surgem como unidades de fusão entre as várias unidades curriculares e pressupõem a aplicação e desenvolvimento de conhecimentos adquiridos a nível das diversas unidades curriculares, demonstrando a sua flexibilidade de aplicação, motivada à prática, com a finalidade de aprimorar e desenvolver competências para a assistência de enfermagem avançada, procurando ir ao encontro das funções da Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

O presente Relatório tem como finalidade ser sujeito a discussão pública para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

A elaboração do mesmo representa, portanto, uma fusão das competências adquiridas ao longo do estágio e visa dar resposta aos objectivos gerais propostos no plano de estudos:

- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP);

- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

A sistematização estrutural deste trabalho compreende três capítulos. Num primeiro faço uma breve contextualização dos locais de estágio, incluindo a motivação para a escolha dos mesmos.

Num segundo capítulo, serão abordadas as competências adquiridas ao longo dos 7 anos de exercício profissional, no serviço de Neonatologia, motivo pelo qual obtive creditação de 5 ECTS, bem como as competências desenvolvidas ao longo do Estágio.

No sentido de proporcionar uma melhor compreensão do conteúdo apresentado, designadamente no que respeita às competências adquiridas, fez sentido e por uma questão de organização, dividir as competências tendo em conta as áreas/domínios do exercício profissional de enfermagem – prestação de cuidados, gestão, formação e investigação.

Assim sendo, em cada domínio serão apresentadas as competências adquiridas, os objectivos específicos e as actividades desenvolvidas ao longo de toda a unidade curricular do Estágio de Saúde Infantil e Pediatria, e conseqüente reflexão crítica, visando validar e demonstrar a aquisição das 29 competências descritas no plano de estudos.

O terceiro, e, último capítulo, integra as considerações finais do relatório.

Salvaguardo, que apesar de ter dividido o relatório em diferentes domínios no que concerne à aquisição de competências, estou consciente que os domínios são indissociáveis, e que todos se interligam e desenvolvem, promovendo o desenvolvimento da profissão e a excelência do desempenho dos profissionais.

Como metodologia adoptada realço o método descritivo-reflexivo com suporte na pesquisa bibliográfica.

Os objectivos específicos são parte de um todo, e contribuem para que os objectivos gerais sejam atingidos, estabelecendo o início do processo de planeamento, orientando o caminho a seguir e o que deverá ser alcançado. Neste contexto, os objectivos que pretendo atingir com este Relatório são:

- Aprimorar a capacidade de realização de relatórios;
- Patentear a capacidade de autocritica e auto-avaliação sobre as competências e objectivos alcançados durante o estágio;
- Demonstrar o processo de desenvolvimento de competências no decurso do Estágio, para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria;

- Servir de instrumento de avaliação;
- Responder a uma exigência curricular.



## 1| CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

A contextualização do local de Estágio permite um melhor enquadramento dos objectivos delineados e das competências a que me propus desenvolver.

Conforme consagrado no Plano de Estudos do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria – CPLEESIP, a unidade curricular de Estágio em Saúde Infantil e Pediatria, com uma creditação de 30 ECTS, corresponde a um total de 750 horas de trabalho, das quais 540 horas são de prestação de cuidados e as restantes 210 horas de trabalho individual do aluno.

Inserido na unidade curricular Estágio de Saúde Infantil e Pediatria, foi proposto desenvolver os estágios distribuindo-os por três módulos distintos:

- Módulo I – *Saúde Infantil* – que decorreu na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Centro de Saúde da Senhora da Hora, no período de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010.
- Módulo II – *Serviços de Medicina e Cirurgia em contextos de doença aguda e crónica* - que decorreu na Unidade Local de Saúde de Matosinhos Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano, no período de 4 de Outubro a 27 de Novembro de 2010.
- Módulo III – *Serviços de Urgência Pediátrica e Serviços de Neonatologia* - que decorreu no Serviço de Urgência Pediátrica do Porto, Hospital de São João, no período de 29 de Novembro a 23 de Dezembro de 2010.

Os estágios de módulo I e II, englobaram um total de 250 horas, das quais 180 corresponderam a horas de prestação de cuidados, distribuídas pelas 8 semanas do período em causa, de forma a serem realizados 3 a 4 turnos por semana, correspondendo a uma média de 21 a 28 horas semanais.

O estágio do módulo III, limitou-se ao Serviço de Urgência Pediátrica, visto ter obtido creditação a parte deste módulo. Neste sentido, o estágio correspondeu a um total de 125 horas, das quais 90 horas foram de prestação de cuidados.

Saliento que as horas de trabalho individual, não foram horas estagnadas, foram horas destinadas à pesquisa bibliográfica, à reflexão do trabalho desenvolvido e planeamento de estratégias para alcançar os objectivos propostos no estágio.

O horário executado ao longo de cada módulo, foi de encontro com o praticado nas Instituições e de acordo com o horário dos Enfermeiros Tutores. De forma a potenciar a aquisição de experiências, no contexto dos objectivos traçados, foi dado primazia aos turnos da Manhã e da Tarde.

Tendo em conta que exerço a minha actividade profissional no Hospital Pedro Hispano, as escolhas incidiram sobretudo nos locais de estágio da ULSM. Estas opções resultaram do meu

interesse em conhecer a realidade dos outros serviços da ULSM, bem como em desenvolver conhecimentos e habilidades relativos à articulação dos serviços a nível intra-hospitalar e na referenciação da criança/jovem com os Centros de saúde da área.

#### **CENTRO DE SAÚDE DA SR.<sup>a</sup> DA HORA, U.L.S.MATOSINHOS**

A Unidade Local de Saúde de Matosinhos, criada em 9 de Junho de 1999, é uma entidade pública empresarial, estabelecida pelo Decreto-Lei 233/2005 de 29 de Dezembro, sendo dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. A ULSM pretende obter a excelência na integração entre cuidados de saúde primários e cuidados diferenciados, constituindo um modelo de referência nacional desta integração.

O Centro de Saúde da S<sup>a</sup> da Hora (CSSH) pertence à Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) - Hospital Pedro Hispano, e abrange as localidades da Senhora da Hora, Guifões e Custóias. Na sua organização estrutural salienta-se: a Unidade de Saúde Familiar Lagoa, a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, a Unidade de Cuidados de Enfermagem e a Unidade de Cuidados na Comunidade. Distingue-se não somente pela existência de consultas de apoio especializado (Nutrição, Tele-dermatologia e Psicologia), como também, pelo Apoio domiciliário integrado e a Saúde Escolar.

A escolha do local de estágio prendeu-se com o facto de pertencer à mesma instituição onde exerço a minha actividade profissional e pela parceria que estabeleço com a equipa de profissionais no projecto de Acompanhamento do Prematuro no Domicílio. O CSSH destaca-se pelos inúmeros projectos que desenvolve para e na comunidade, pelo que considere ser um local de estágio potenciador de experiências diversas, permitindo assim um desenvolvimento de competências especializadas na área da saúde Infantil e Juvenil.

#### **SERVIÇO DE PEDIATRIA, U.L.S.MATOSINHOS**

O Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano é um serviço bem pensado e estruturado de raiz tendo em conta as necessidades das crianças/pais. Apresenta óptimos recursos materiais, de equipamento e tecnológico, para dar resposta, com qualidade, a todo o tipo de exigências que a nossa sociedade impõe no desenvolvimento harmonioso das crianças do século XXI.

O Departamento de Pediatria é um Departamento da Unidade Local de Saúde EPE, ao qual compete garantir serviços de âmbito da Pediatria Médica e da Neonatologia, assegurar investigação clínica e ensino pós-graduado no âmbito da especialidade e orientar a assistência à criança na área geográfica de influência na instituição.

A escolha do local para o estágio de módulo II, revelou-se acertada, o facto do Serviço de Pediatria pertencer ao mesmo Departamento onde exerço a minha profissão, permitiu-me contactar com uma realidade favorável ao meu processo de formação e desenvolvimento.

A nível profissional permitiu-me acompanhar o percurso do recém-nascido transferido da Neonatologia e, conseqüentemente, acompanhar a família. Compreender este trajecto constituiu uma mais-valia para o meu dia-a-dia enquanto enfermeira num Serviço de

Neonatologia, fazendo-me questionar e reflectir sobre as minhas atitudes e intervenções, factor que me levou a alterar algumas práticas com vista à melhoria da qualidade dos serviços que presto.

#### **SERVIÇO DE URGÊNCIA DE PEDIATRIA DO HOSPITAL S.JOÃO**

O Serviço de Urgência de Pediatria, inserido no Hospital de São João, é o único na Área Metropolitana do Porto, sendo este um Hospital Central, abrange toda a região Norte. Presta assistência directa à população de Bonfim, Paranhos, Campanhã, Aldoar, Matosinhos e Maia. Actua como centro de referência para os distritos do Porto, abrangendo uma população de cerca de 3 milhões de pessoas.

A Urgência Pediátrica do Hospital de S. João, agora denominada por urgência Pediátrica do Porto (UPP), está integrada na rede UPIP (Urgência Pediátrica Integrada do Porto), que foi projectada com o objectivo de dar uma resposta eficaz a crianças e adolescentes com doença aguda na cidade do Porto, articulando os vários níveis de cuidados existentes de modo a oferecer a melhor assistência no local mais apropriado.

A UPIP integra Centros de Saúde, Hospitais com atendimento Pediátrico referenciado e a Urgência Pediátrica do Porto.

Tendo em conta que o estágio do módulo III se resumiu a 90 horas de prestação de cuidados, fez sentido a escolha de um Serviço de Urgência de Pediatria num Hospital central e de referência no Grande Porto.

Passada esta experiência, penso que se fechou um ciclo, em que todos os módulos se interligam. As crianças/Jovens e família em situação de doença aguda e/ou crónica recorrem ao Centro de Saúde ou à Urgência consoante as situações com que se deparam, e daí são encaminhadas para Internamentos de Pediatria ou para Continuidade dos Cuidados no Domicilio.

Compreender esta dinâmica e toda a resposta dos cuidados de saúde constituiu um factor potenciador de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e profissional.



## 2| AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

No presente capítulo serão abordadas as competências previamente adquiridas no decurso do meu exercício profissional bem como as desenvolvidas e aprimoradas ao longo do Estágio. Neste sentido e partindo do conteúdo funcional da categoria de enfermeiro especialista descrito no REPE Art.º 9º, nº 6, assim como, na Carreira de Enfermagem (Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro Art.º 7º), e com vista a uma abordagem mais esquematizada, as **29 Competências**, conforme constam no plano de estudos, foram agrupadas em 4 Domínios: **Prestação de Cuidados; Gestão de Cuidados; Formação e Investigação.**

Para Benner (2001), a *competência* caracteriza-se por “*um sentimento de mestria e pela capacidade de lidar com e gerir as muitas contingências da enfermagem clínica*”, à qual a Ordem dos Enfermeiros (2003,p.24), refere, como sendo um “*fenómeno multidimensional, complexo*” e é definido como “*a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional*”.

A competência não se resume a um saber ou a um saber fazer, pois a competência é sempre considerada de acordo com determinada situação profissional. Entende-se por situação profissional um conjunto de funções, actividades, tarefas técnicas, humanas, organizacionais, que o indivíduo assegura, não somente no próprio local de trabalho, mas também na relação com os outros.

Pode ser, portanto, definida como um **saber mobilizar** em tempo oportuno, conhecimentos que foram adquiridos através da formação, **saber integrar** seleccionando e integrando o que pode ser útil para se executar uma actividade profissional ou concretizar um projecto e **saber transferir**, pois ser competente significa mais do que um bom executante, pressupõem a existência de capacidades de assimilação e de integração, assim como de fazer evoluir a situação de trabalho na qual se opera (Benner,2001).

### 2.1| COMPETÊNCIAS PREVIAMENTE ADQUIRIDAS

Considerando a definição de competência descrita anteriormente pretendo, portanto, demonstrar as competências que considero possuir, reflectindo sobre a minha prática profissional.

Exerço a minha actividade profissional no Serviço de Neonatologia da Unidade local de Saúde de Matosinhos desde 1 de Junho de 2005, motivo pelo qual me foi atribuída creditação de 90 horas de prestação de cuidados respeitantes ao Módulo III, serviço de Neonatologia.

Saliento que as horas que me foram creditadas, não foram horas estagnadas, permitiram-me uma maior reflexão sobre a minha prática profissional, a detecção de necessidades formativas junto da minha equipa e implementação de novas práticas de trabalho, com vista ao alcance da excelência e qualidade dos cuidados de enfermagem.

Importa portanto, contextualizar o meu local de trabalho de forma a expor as competências que os quase 7 anos de experiência me permitiram adquirir.

De uma forma pessoal, o local onde presto cuidados de enfermagem representa para mim algo mais do que “o meu local de trabalho”. É lá que me identifico como enfermeira, é lá que está o centro dos meus interesses profissionais e é lá que sinto poder concretizar os meus ideais de enfermeira, como profissional ao serviço dos nossos semelhantes. E, neste caso, os “outros” são pequenos seres humanos que em muito elevada percentagem sucumbiriam à agressividade de um meio para cujas características não lhes foi dado tempo para se prepararem. Que missão mais sublime pode desejar uma enfermeira que a de ser chamada a contribuir com os seus saberes e cuidados para cuidar de seres tão indefesos? Que alegria maior do que, anos depois, revê-las, sentindo-as como se suas o fossem?

A nível estrutural, o Serviço de Neonatologia da ULSM pertence ao Departamento da Mulher e da Criança da ULSM, engloba o Serviço de Pediatria, o Bloco de Partos, o Serviço de Obstetrícia, o Serviço de Ginecologia e o Serviço das Grávidas de risco.

São critérios de admissão na UCIN: Recém-nascido Pré-termo e de Termo com patologia neonatal; Malformações congénitas; Síndrome de Dificuldade Respiratória/Necessidade de Ventilação Assistida; Asfixia Neonatal; Recém-nascido com necessidade de transferência para outros hospitais do foro cirúrgico.

Os recém-nascidos internados, são admitidos através da Emergência de Pediatria, via INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica, Bloco de Partos e Obstetrícia, Bloco Operatório, Serviço de Pediatria ou APR ( Apoio Pediátrico Referenciado).

Como método de trabalho destaco o Método de Cuidados Globais e de Enfermeira de Referência. O horário praticado é o horário de roulement, que ocasionou a organização de equipas constituídas de acordo com as competências pessoais e profissionais.

#### ..... **NO DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS** .....

Aqui presto uma variedade de cuidados de enfermagem ao Recém-nascido (Rn) doente e aos grandes prematuros, de entre os quais destaco:

- Preparação da unidade para o acolhimento do Rn;
- Acolhimento dos pais no serviço;
- Cuidados ao Rn em ventilação espontânea ou ventilado mecanicamente (aspiração de secreções, colheita asséptica de secreções brônquicas, ventilação assistida...);
- Aplicação de diversas formas de monitorização das funções vitais;
- Execução de colheitas de sangue venoso e arterial;
- Colaboração e colocação de cateteres centrais de abordagem periférica;
- Colaboração e execução de desmame ventilatório e extubação do tubo oro/endotraqueal;

- Transporte do Rn para realização de exames complementares de diagnóstico;
- Transporte do Rn para outro Hospital, quando estáveis;
- Preparação da alimentação parentérica com norma asséptica;
- Preparação e administração da terapêutica instituída;
- Utilização de linguagem CIPE e do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE);
- outros...

Pelos cuidados acima descritos e que presto no meu quotidiano, pela imprevisibilidade de situações que surgem e pela especificidade dos cuidados que um Rn prematuro carece, julgo possuir **Capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas.**

Considerando a especificidade do próprio serviço, facilmente se compreende a importância da comunicação com os pais, no estabelecimento de uma relação empática e de ajuda, assim como com os recém-nascidos, que embora a sua imaturidade limite a comunicação é essencial nesta fase tão precoce do ciclo vital.

Realço o papel que me cabe, enquanto enfermeira, na admissão do Rn/ Família no serviço. O nascimento de uma criança é geralmente motivo de grande felicidade e alegria para os Pais e restante família. Quando, porém, algo corre mal ao RN, ou porque nasceu antes de ter atingido *in utero* a sua plena maturidade, ou pela ocorrência de qualquer doença, a felicidade transforma-se em angústia e enorme preocupação.

Constitui para mim, um contínuo desafio, de acordo com as características e circunstâncias de cada situação, encontrar o justo equilíbrio entre a informação adequada e a necessária no primeiro contacto com os pais/família. Neste sentido, procuro **Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família.**

Só através de uma atitude de abertura, poderemos contribuir para fortalecer o vínculo com a família, diminuindo, por consequência, os riscos de dano no desenvolvimento do Recém-nascido. Tentando não esquecer a agressividade e impessoalidade que envolve a técnica de cuidados, preocupo-me em criar um clima relacional gerado de uma compreensão empática com a díade RN/pais, através de uma comunicação atenta e adaptada à realidade familiar.

Assim sendo, julgo possuir **conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relaciono-me de forma terapêutica** com os mesmos, **respeitando as suas crenças e a sua cultura.**

Na implementação da Filosofia de Cuidados que passa por uma Parceria de Cuidados, a equipa de enfermagem desenvolveu e continua a desenvolver a competência de comunicação, relação de ajuda, ensino e de trabalho em equipa, ao mesmo nível que qualquer competência técnica.

Acredito que só promovendo a parceria de cuidados através de um processo de “negociação “ entre enfermeira/Pais e RN, se conseguem ultrapassar as contínuas dificuldades do trabalho e

das situações que se vivencia no dia-a-dia. Importa, portanto, favorecer a vinculação e minorar os efeitos do internamento na família, aproveitando também todas as oportunidades para o ensino dos cuidados familiares a dar continuidade, no domicílio, aquando a alta do RN.

No meu quotidiano efectuo, ainda, a referenciação dos Rn aos enfermeiros de família dos CS. Tratando-se de Rn prematuros com idade gestacional inferior a 35semanas, inseridos na área geográfica da ULSM é efectuada uma visita domiciliária nas primeiras 24horas após alta, conjuntamente com o enfermeiro de família.

Este acompanhamento do prematuro e interligação com a equipa de enfermagem comunitária visa a promoção da inserção do Rn prematuro no seio familiar o mais precocemente possível, bem como, o esclarecimento de dúvidas que, muito comumente surgem, quando os pais se sentem sozinhos e desamparados.

### ..... No DOMÍNIO DA GESTÃO .....

A gestão dos cuidados de Enfermagem implica garantir a qualidade, promovendo a humanização. A qualidade deve ser uma preocupação permanente de todos, pois é um fio condutor de evolução humana. Esta evolução não se faz em grandes saltos, mas em muitos e pequenos passos que constituem o segredo do desenvolvimento permanente.

O desempenho com responsabilidade e competência da minha actividade profissional, aliado à confiança que em mim foi depositada, permitiu assumir o cargo de responsável de turno e como tal, desenvolver competências em **Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área da EESIP e Exercer supervisão do exercício profissional na área da EESIP**. No desempenho deste cargo desenvolvi a minha actividade na gestão de recursos materiais, equipamentos, recursos humanos e de cuidados de enfermagem.

A área de gestão dos serviços de enfermagem aspira orientar de forma concreta, oportuna e conveniente, os recursos humanos, materiais e técnicos existentes num determinado período de tempo e realidade contextual, tendo como meta a finalidade da organização.

A gestão de recursos materiais nas instituições de saúde, é considerada primordial para garantir o suprimento de todas as áreas da organização ao menor custo possível de forma que a prestação dos seus serviços não tenha interrupções prejudiciais nos serviços que executam.

Assim, o meu desempenho baseia-se em: Sensibilizar a equipa para a correcta utilização do material; Promover a conservação e a melhor utilização de materiais e equipamentos disponíveis, de acordo com as normas estabelecidas e fornecidas pelos fabricantes; Sempre que detectado ou comunicado anomalias de materiais e equipamentos providencio os pedidos de substituição ou arranjo; Efectuar pedidos de abastecimento de materiais à farmácia e aos armazéns de aprovisionamento, respeitando os limites de stocks pré-estabelecidos; Comunicar à Sra. Enfermeira Chefe as anomalias de materiais e equipamentos.

---

## No Domínio da Formação

---

Avaliar e reflectir sobre a minha actividade profissional é uma actividade que tento desenvolver, de modo a consciencializar-me das minhas necessidades de formação.

A integração de novos elementos na equipa de enfermagem é da responsabilidade dos enfermeiros de referência do serviço, bem como dos chefes de equipa com mais anos e experiência de serviço.

Porém ao longo do meu percurso, tive a possibilidade de **Colaborar na integração de novos profissionais**, assim como acompanhar alunos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Devido à especificidade dos cuidados que presto, sinto uma grande exigência na aquisição e manutenção dos conhecimentos técnicos e científicos, o que me remete para a necessidade de participação quer como formanda, quer como formadora na formação em serviço.

No exercício da minha profissão procuro **Manter, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional**, bem como **Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros**.

O serviço de Neonatologia caracteriza-se por ser dinâmico, com inúmeros projectos de serviço e que investe na formação contínua dos seus constituintes.

Nos últimos três anos, participei como formadora nos seguintes temas: *Relação ajuda*”, *“Dinâmicas familiares - Modelo parceria cuidados Anne Casey e Modelo de avaliação familiar Calgary”* e *“Responsabilidade partilhada no cuidar no Serviço de Neonatologia”*.

No plano de formação para 2011, foi-me sugerido efectuar duas formações, que se realizarão no segundo semestre do ano corrente, uma acerca do uso de óxido nítrico no tratamento da Hipertensão Pulmonar do Rn e outra sobre a massagem infantil adaptada ao Rn prematuro. De modo a ir ao encontro das expectativas em mim depositadas, para a realização das formações procuro sustentar a minha prática na melhor evidência possível.

Dado o meu gosto pela formação, colaborei nos projectos de serviço: *“Acompanhamento do prematuro no domicilio”* onde efectuei referenciação dos Rn com os Centros de saúde e planeei os domicílios e o *“Hospital Amigo do Bebê”*. Integro ainda o grupo de actualização do manual terapêutico do serviço e o grupo de implementação e parametrização do SAPE 10G.

Inserido ainda no contexto de formação em serviço, em 2009, o Serviço de Neonatologia e o Serviço de Pediatria, organizaram as 1<sup>as</sup> Jornadas de Enfermagem em Pediatria e Neonatologia, subordinada ao tema – *“A criança sob o olhar de quem cuida”*, onde podemos contar com a presença da Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Anne Casey do Royal College of Nursing, entre os muitos distintos convidados. Nestas Jornadas além de aperfeiçoar a competência de comunicação a audiências especializadas como prelectora, integrei o grupo de Comissão Científica da mesma.

Tendo em conta a importância de formação, frequentei cursos que permitiram a melhoria dos meus cuidados e sua aplicação na vida diária, entre os quais: Curso de Instrutores de

massagem infantil – APMI, Curso de Urgências Obstétricas e Neonatais-IFE, Curso de Comunicação- ULSM, Suporte Base de Vida Pediátrico, além dos cursos considerados obrigatórios a todos os funcionários da ULSM, para o processo de Acreditação Hospitalar.

### **No Domínio da Investigação**

Ao longo dos anos de exercício profissional no Serviço de Neonatologia, desenvolvi competências no domínio da Investigação, na medida em que pude **Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP.**

Participei no projecto de serviço – *A Dor em Neonatologia*, onde após um período de dois anos (2006-2007) de implementação, de monitorização e de controlo da dor, através de medidas não farmacológicas e farmacológicas (Sacarose), foi desenvolvido um trabalho de investigação para mensurar a opinião dos profissionais de saúde e dos pais dos Rn internados, em relação às intervenções implementadas. Este estudo permitiu validar as medidas de controlo da dor promovidas, bem como, modificar atitudes e posturas de todos os profissionais de saúde que contactam directamente com os Rn.

Na procura da qualidade dos cuidados que presto com o Rn, recorro com frequência à pesquisa em Base de Dados fidedignas, na procura de evidência que sustente a minha prática.

Consciente dos conhecimentos adquiridos no decurso do exercício profissional, na pesquisa da melhor prática baseada na evidência e na contínua participação e investimento na formação académica e profissional, procuro incorporar na prática os resultados de investigação válidos como forma de suporte ao meu processo de tomada de decisão.

### **2.2 | COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS**

Ao longo deste percurso, preocupei-me de uma forma particular e mais aprofundada, em reflectir e compreender a criança, sob o ponto de vista da sua **VULNERABILIDADE**, sendo esta, a temática que veiculou a minha postura e reflexão no decorrer dos estágios.

Assim sendo, pretendi desenvolver competências de **Reflexão na e sobre a minha prática, de forma crítica** e na **Avaliação e adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada.**

Em muitos momentos da minha vida, profissional e pessoal, reflecti sobre a criança como ser com direitos. Serão de facto estes direitos atendidos e salvaguardados? Será que nos cuidados de enfermagem que prestamos diariamente às crianças, reflectimos nas mesmas como um todo indissociável do meio em que estão inseridas, da família, da cultura e da comunidade? Onde começam os direitos da criança e onde começam os direitos dos pais como prestadores de cuidados? Prestamos atenção ao ser Humano que é, à sua **vulnerabilidade**, e até mesmo, arrisco afirmar – à sua dupla vulnerabilidade, quando confrontadas com situações de doença ou violadas nos seus direitos constitucionais?

Ao longo desta minha experiência, como estagiária da especialidade de saúde infantil e pediatria, confrontei-me com algumas dificuldades, mas também muitas alegrias decorrentes

da especificidade do contacto com crianças e jovens. E estas foram algumas das questões com que me debati e que de certa forma me proporcionaram momentos de muita introspecção.

Porém, no percurso do mesmo, deparei-me com situações de maus tratos infantis. Esta reflexão emergiu, também, após o contacto com essa dura realidade.

Numa situação de doença, a criança/jovem torna-se duplamente vulnerável. Vulnerável por ser criança/jovem e vulnerável pela sua situação de doença, que carece de cuidados especializados. Aliás, por muitos anos se subentendeu que vulneráveis seriam somente “*os deficientes mentais, as crianças, os idosos e os institucionalizados de qualquer ordem*”, considerando assim vulneráveis todos cuja autonomia se encontra reduzida ou minorada de forma provisória ou definitiva. (Nunes, 2006,p.207)

Neste sentido, procurei agir tendo em conta a criança como um ser com direitos, focando a minha actuação na promoção da sua autonomia e na sua participação nos cuidados.

Porém, no caso específico das crianças e jovens, estes não têm sua autonomia totalmente formada. As pessoas que com eles lidam, podem auxiliá-los no desenvolvimento da autonomia, desde que lhes seja dada oportunidade (Lowden, 2002). Preservar a vulnerabilidade do outro, não é fazer por ele, pois isso só tornaria mais vulnerável e dependente. Preservar a vulnerabilidade do outro é potenciar e promover a sua própria autonomia, visto que, o princípio da autonomia se refere à capacidade das pessoas na tomada de decisões a respeito de seu próprio futuro. Isto sugere que este seja o mais fundamental dos princípios morais relacionados ao indivíduo e à sociedade (Lowden, 2002).

Durante o internamento a criança/jovem é confrontada com inúmeras situações estranhas ao seu quotidiano que vão amplificar a sua vulnerabilidade. Muitas destas situações são potenciadas pelo despreparo ou até mesmo distração dos seus cuidadores. “*O déficite da sua preparação para uma adequada relação com a sua circunstância de criança doente, vulnerada abre as portas para acções de poder, de agressão, de agires menos dignos e menos consonantes com a condição de dignidade que lhes impende*” (Almeida,2006,p242)

Segundo o mesmo autor, neste contexto pode mesmo existir uma tripla vulnerabilidade da criança: o estar doente, o ser criança que por si só constitui uma vulnerabilidade e o ter “*em seus ombros, o peso dos cuidadores (pais e profissionais de saúde) descuidados na sua formação ética específica*”. (Almeida,2006,p242)

A criança/jovem necessita de uma direcção, um apoio que a auxilie nas situações à qual se encontra exposta, para poder participar nas tomadas de decisão que lhe dizem respeito, nomeadamente as referentes ao seu corpo, relativamente aos procedimentos a que tem de ser submetida, como as punções, os cateterismos, e outros.

Neste sentido, promovi a presença dos pais e a sua participação nos cuidados à criança durante as intervenções que realizei, realcei a importância da presença de objectos ou brinquedos familiares significativos, utilizei estratégias não farmacológicas de minimização da dor, expliquei os procedimentos através da exemplificação em bonecos, nos pais ou mesmo

em mim própria. Evitei, também, realizar procedimentos dolorosos no quarto ou na sala de brinquedos, de forma a respeitar o espaço da criança.

Contudo, apesar do esforço em prevenir e minimizar a separação dos pais, muitas foram as situações em que estes não permaneceram junto das crianças/jovens durante a realização de procedimentos e até mesmo durante o internamento, alegando motivos emocionais, emprego, situações familiares conflituosas, entre outros.

Procurando colmatar estas situações, dirigi a minha atenção para a criança, redobrando os ensinamentos relativos aos procedimentos, promovendo desde cedo (e desde que adequado à faixa etária) a autonomia da criança. Privilegiei de igual forma, momentos de descontração com estas crianças de maneira a não se sentirem sozinhas, referenciando-as à Educadora Infantil e apresentando-as aos “companheiros” de quarto, tendo em conta a faixa etária em se encontram.

Neste sentido compreendi a importância da admissão da criança num serviço de Pediatria, na medida em que constitui o primeiro contacto com os profissionais de saúde e com o próprio serviço. Procurei esclarecer as dúvidas, explicar a dinâmica do serviço aos pais, mas também, às crianças/jovens (dependendo da sua faixa etária), fazendo com que estas se sentissem incluídas no seu próprio processo de doença e internamento.

A comunicação emerge então, como uma nova problemática - o direito à informação – que constitui um direito transversal a todos os seres humanos e que assume uma maior dimensão numa situação de doença.

O facto das crianças não terem conhecimento sobre as suas condições de saúde, dificulta a sua compreensão e o seu envolvimento com o tratamento. O sentir-se ouvida, compreendida e levada em consideração, faz transparecer que os outros (profissionais de saúde) se preocupam com o seu bem-estar (Marrach e Kahhle,2003).

Mas perante situações de emergência infantil, reflectimos sobre a vulnerabilidade da criança, e a nossa? Não serão os enfermeiros, também, vulneráveis quando confrontados com situações, como por exemplo, de maus-tratos? Como se separa o enfermeiro prestador de cuidados, do ser humano que se revolta com essas situações? Como se encaminha estas crianças, como podemos ajudá-las tendo consciência dos limites da nossa acção?

De facto, comumente a vulnerabilidade *“entende-se como sendo dos “outros” e raramente do próprio agente”*, porém, a consciencialização da nossa vulnerabilidade é fundamental para se compreender o próprio exercício da autonomia (Anjos,2006,p.174).

Na realidade, e de forma sumária, não é suficiente existir Declarações sobre os direitos, nem de falar de protecção da vulnerabilidade, é fundamental criar condições para que os direitos sejam exercidos e que cada profissional assumam a tarefa de excelência do seu agir profissional na protecção e promoção dos direitos das crianças.

Parafrazeando Nunes (2006,p.218): “Ora, o que existe de mais frágil que a vida e mais protector do que os cuidados?”

## 2.2.1| No DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A “Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem...” (Art.º 4º n.º1 do REPE). Por cuidados de enfermagem entende-se “...as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais...” (Art.º 4º n.º4 do REPE).

Nesta linha de pensamento e de acordo com o REPE (DL nº 161/96 de 4 de Setembro), ao enfermeiro especialista é-lhe reconhecida “*competência científica, técnica e humana para prestar além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.*” Compete ainda ao mesmo, o aprofundamento do conhecimento e a aquisição de competências num domínio específico da enfermagem, que o capacite de uma maior compreensão e um amplo entendimento na área da sua especialidade.

Saliento ainda, que o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, sendo detentor de um profundo entendimento sobre as respostas da criança/jovem aos processos de vida e problemas de saúde e capaz de implementar o processo de enfermagem adequado às necessidades reais da criança/jovem/família, poderá ser entendido como, e segundo a linha de pensamento de Benner (2001), num **perito** na concepção e gestão dos cuidados à criança/jovem e família

A Prestação de Cuidados incorpora “a *promoção da saúde, colheita de dados, planeamento, execução, avaliação e comunicação e relações interpessoais*” (OE, 2003). Falar de prestação de cuidados, é, portanto, falar do cuidar em enfermagem. Assim sendo, pretendo expor o trabalho desenvolvido na prestação de cuidados ao longo dos módulos de estágio, bem como evidenciar as competências desenvolvidas nos mesmos.

### COMPETÊNCIAS

| Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;

### OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

| Desenvolver Competências relacionais e de comunicação com a díade Criança/Jovem e família.

### ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

- Comuniquei de forma assertiva com a família, promovendo o estabelecimento de uma relação empática, de confiança e parceria;
- Comuniquei com a criança e família de forma apropriada, tendo em conta o estágio de desenvolvimento, a sua cultura e ao contexto assistencial;

- Criei uma relação terapêutica com a criança/família/prestadores de cuidados.

#### **REFLEXÃO CRÍTICA**

Patente nos domínios das competências definidas por Benner (2001), ou mesmo nas funções descritas no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, 1996), a vertente da comunicação com os clientes é uma das principais competências no processo de prestação de cuidados de enfermagem.

Na competência comunicacional interferem as características individuais, como a sensibilidade, a variedade dos actos de fala e a nossa própria expressividade. Constitui um processo de escuta activa que requer a capacidade de ouvir não só o que é dito, como o que não é dito, pois é a consciência destes recursos que promove a nossa competência no diálogo. (Neto, 2003).

Considerando a comunicação como a base da relação ajuda, facilmente se depreende o quão é importante para a Enfermagem. Implica identificação, reconhecimento e mobilização das capacidades individuais no estabelecimento de estratégias de colaboração, adaptação e negociação do processo de cuidados.

Um dos grandes entraves da comunicação é sermos maus ouvintes! O criar um ambiente propício ao processo de comunicação, é muito mais do que ter uma sala para consultas, para efectuar colheita de dados numa admissão, para tranquilizar uma mãe numa situação de urgência... É escutar, acolher e intervir somente quando necessário, pois muito se diz quando simplesmente estamos presentes para ouvir.

Este foi, sem dúvida, um desafio transversal a todos os módulos de estágio.

O apresentar-me, o perguntar o nome de cada membro da família presente, o questionar e registar o nome pelo qual a criança/jovem prefere ser tratado, o uso de uma abordagem mais formal com os pais, evitando apelida-los de “mãe” ou “pai”, a garantia de confidencialidade e sigilo, constituíram algumas das minhas actuações para o estabelecimento de um ambiente propício e eficaz à comunicação.

Neste sentido, adequiei a linguagem e a comunicação com a criança, consoante a idade e o seu desenvolvimento cognitivo, recorrendo a estratégias de comunicação verbais e não verbais, com recurso à brincadeira como linguagem universal das crianças.

Ao longo destes pequenos momentos, ou mais especificamente “brincadeiras”, constatei na prática, a quantidade de informação que se consegue obter quando se partilham estes instantes com as crianças. Algumas destas informações remetem-se aos cuidados de higiene, à alimentação, à percepção que têm da sua doença e à satisfação da sua curiosidade, referente aos cuidados de enfermagem.

De facto, há uma certa tendência para subvalorizar o que a criança diz, como fonte de informação fidedigna, mas, em meu entender, devemos ponderar como elemento igualmente valioso na avaliação que fazemos das suas necessidades.

Durante o internamento hospitalar ou de urgência, raras são as situações em que as crianças/jovens e a família não se sentem desamparados. A comunicação e a informação constituem instrumentos essenciais para potenciar a adaptação da díade face à hospitalização. Daí que a minha actuação incidiu em informar e orientar a criança/jovem e família, em tempo oportuno, fomentando a sua autoconfiança, para que eles próprios fossem capazes de gerir as suas emoções.

Ao longo do Estágio, apercebi-me de que a informação relativa ao estado de saúde da criança/jovem, permitia aos pais adquirir algum controlo sobre a situação de doença dos filhos, tornando o processo de adaptação face ao internamento/situação de doença menos penoso.

Porém, é inegável que a informação fornecida referente à situação actual da criança/jovem e aos cuidados de enfermagem depende das capacidades comunicacionais e das limitações profissionais de cada um. Foi minha preocupação desenvolver as minhas competências comunicacionais, nunca esquecendo de que em fases de maior vulnerabilidade e instabilidade emocional, os pais/cuidadores seleccionam a informação que querem ouvir, sobrevalorizando pequenas palavras, consoante a informação que pretendem.

Como maior dificuldade, destaco o relacionamento com o adolescente. No seu próprio “mundo”, consideram-se adultos mas agem como crianças, por vezes irreflectidas. Nesse seu mundo, comum a tantos outros adolescentes, utilizam monossílabos por vezes incompreensíveis no nosso dialecto.

Para o estabelecimento de uma relação terapêutica com os mesmos, baseei-me na compreensão das suas dificuldades em expressar-se, em respeitar os seus silêncios e a mostrar-me disponível para os ouvir quando se sentissem preparados, evitando os juízos de valor e proporcionando-lhes oportunidades de falar sem a presença dos pais.

No contacto com o adolescente deparei-me ainda com alguns dilemas relacionados com visões diferentes de um mesmo problema: a visão do adolescente e a visão dos pais. Na procura do esclarecimento de cada situação, fomentei a ambos a possibilidade de expressarem as suas percepções, numa atmosfera aberta e imparcial.

A promoção de uma relação empática, de confiança e parceria, o saber ouvir e comunicar eficazmente com a criança/família e a utilização de linguagem adequada ao nível de desenvolvimento da família, facilitaram todo este percurso, tornando gratificante o processo de comunicação.

Mas no final de tudo, o que de mais sincero pode existir, do que o sorriso das crianças com quem nos relacionamos? Por tudo acima descrito e por toda a experiência que vivenciei, julgo que a competência comunicacional foi, sem dúvida, a mais desenvolvida ao longo do Estágio, bem como a mais gratificante.

**COMPETÊNCIAS**

- | Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
- | Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara.
- | Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;

**OBJECTIVOS ESPECÍFICOS**

- | Potenciar a aquisição de conhecimentos e habilidades no desempenho do papel parental, pelos pais/cuidadores;
- | Aprofundar conhecimentos e desenvolver habilidades relativas à promoção da adaptação da criança/família, ao processo de doença e hospitalização;

**ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

- Promovi a auto-estima e valorização dos progressos dos pais;
- Promovi a parentalidade;
- Participei e dinamizei as aulas de Massagem Infantil;
- Participei e dinamizei o cantinho da amamentação;
- Elaborei o Guia de Orientação Parental sobre o PNV;
- Analisei e compreendi o impacto da doença nos processos familiares e intervi em situações de alteração;
- Promovi a maximização do potencial crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e família;
- Realizei visitas domiciliárias.

**REFLEXÃO CRÍTICA**

A construção da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), permitiu sistematizar focos de atenção de enfermagem relacionados com a intervenção na família, com relevância para o papel parental e parentalidade. Este desenvolve-se ao longo do ciclo vital e modifica-se de acordo com as fases de crescimento e desenvolvimento da criança, daí que, cuidar de um recém-nascido, de uma criança em idade pré-escolar, escolar ou de um adolescente, implica responsabilidades parentais diferentes.

De acordo com a CIPE (Versão Beta 2,p.43) a parentalidade é uma acção de tomar conta com as características específicas: *“assumir a responsabilidade de ser mãe e / ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o desenvolvimento e o crescimento das crianças, interiorização e das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos do papel parental”*.

Capacitar os pais com conhecimentos, para o exercício da sua função parental de forma assertiva é um dos grandes desafios da enfermeira especialista em saúde infantil. Neste sentido, tudo o que possa ser efectuado para auxiliar esse processo é uma mais-valia para o bem-estar da criança/jovem, família e comunidade.

Importa assim, informar os pais sobre os comportamentos da criança/jovem, nas situações previsíveis do seu desenvolvimento e dotá-los de conhecimentos que serão promotores da parentalidade.

Partindo do princípio de que eu, como futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, possuirei uma maior responsabilidade a nível dos cuidados que presto à criança/jovem/família, considero de extrema relevância saber intervir precocemente junto dos mesmos, assim como, identificar os vários factores de risco que poderão afectar o seu desenvolvimento, de forma a desencadear acções que visem dotar os pais de competências parentais.

Tendo como base os Enunciados Descritivos da Política de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (artº3.2,p.12), *“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”*, e consciente do stress e ansiedade causado pela hospitalização às crianças/jovens e família, procurei maximizar os benefícios potenciais da mesma.

O receio e medo de um mau prognóstico colocam os pais numa situação de extrema vulnerabilidade. As crianças são dependentes dos seus pais, no que concerne aos cuidados físicos, formação educacional e social. Mas, numa situação de doença e hospitalização, algumas destas funções são, momentaneamente, assumidas pelos enfermeiros. Esta perda de funções potencia sentimentos de frustração e comprometimento do papel parental assim como a perda de controlo por parte dos pais, no que refere aos cuidados familiares.

Esta perda de controlo foi visível não somente nos pais, mas também nas crianças/jovens, daí que procurei minimiza-la promovendo a liberdade de movimentos, mantendo as rotinas da criança/jovem, possibilitando e incentivando a permanência da pessoa significativa e de objectos familiares e incentivando a criança/jovem ao autocuidado, promovendo assim a sua autonomia.

Alguns estudos sobre as necessidades da criança hospitalizada, apontam para a permanência dos pais 24 horas junto das crianças, na participação nos cuidados às mesmas (na higiene, temperatura, etc.), em actividades lúdicas e poder ainda participar nas tomadas de decisão relativamente à doença e hospitalização (Quiles & Carrillo, 2000).

Foi neste sentido, que o cuidado centrado na família e não somente na criança, constituiu um dos focos da minha atenção ao longo do Estágio. Para tal, além de promover a parentalidade e o trabalho em parceria, investi na promoção da adaptação da criança/jovem e família à hospitalização, maximizando os benefícios potenciais da mesma. A minha intervenção baseou-se na capacitação da criança/jovem e família, concebendo não somente, oportunidades para

estas revelarem as suas aptidões, como também, para adquirirem novas competências e conhecimentos, através de ensinamentos de educação para a saúde pertinentes e adequadas às necessidades identificadas.

Nesta perspectiva, relativamente ao atendimento da criança, centrei-me em estratégias pertinentes para trabalhar com as famílias, procurando abordar a importância do papel parental na promoção de competências e da saúde da criança/jovem, privilegiando os momentos de “descontracção” com as crianças/jovens e família, como momentos adequados para essa mesma aprendizagem.

Com agrado apercebi-me de que, a própria dinâmica e gestão dos serviços onde estagiei, minimiza o comprometimento do papel parental, dado que incentiva os pais a prestarem os cuidados, quer seja pela avaliação da temperatura corporal, na administração de terapêutica oral, rectal e inalatória, na alimentação, na higiene, quer seja pela negociação dos cuidados, em que os pais são incluídos no tratamento dos seus filhos, “trabalhando” em parceria com a equipa de enfermagem. Tal parceria capacita os pais de uma certa autonomia, que em casos de maior ansiedade e angústia julgam perder.

A carta da criança hospitalizada enfatiza que o direito aos melhores cuidados é um direito basilar, particularmente para as crianças (Levy, 1996). Sendo necessário compreender que a criança, para além das necessidades de saúde *“apresenta outras para as quais requeiram respostas especiais e acções interdisciplinares: a carência afectiva devida à separação do meio familiar; adaptação à instituição; à preparação para se integrar na família, na escola e no meio social, quando sair do hospital”* (Gonzalez, 2000,p.285).

Em contexto de módulo I, tive a possibilidade de integrar no Projecto de Enfermagem para a Parentalidade – o Projecto Bem-me-quer (PrEP). Este tem como finalidade e relevância a promoção das competências no exercício da parentalidade na área geográfica de assistência do CSSH. Providencia a todos os pais/prestadores de cuidados, da área do CS, a informação, recursos e suporte necessários aos cuidados da criança, num ambiente óptimo, que encoraja o seu crescimento e desenvolvimento.

Inserido neste projecto, destaco as aulas de massagem infantil como momentos de partilha únicos. Além de beneficiar a criança no que respeita às técnicas de alívio de cólicas, ao fortalecimento da vinculação mãe/filho, ao relaxamento e à interacção da criança com o meio, também permite aos pais expor as suas dúvidas, receios e medos, proporcionando um momento de convívio e troca de experiências entre os pais.

Considerando que sou instrutora de massagem infantil (certificada pela Associação Portuguesa de Massagem Infantil – APMI), facilmente se depreende que a minha motivação para participar nestas sessões era grande, e tendo em conta que a técnica da massagem não constituía dificuldade para mim, privilegiei os momentos de descontracção com os pais para os escutar procurando compreender e colmatar as suas dúvidas e receios, através de ensinamentos de educação para a saúde.

Constitui, portanto, uma óptima oportunidade para discutir problemas e dissolver algumas dúvidas parentais, colmatando as suas necessidades com ensinamentos especializados, no que é entendido como um fórum de discussão parental (Lorenz, Moyses & Surguy, 2005; Moyses, 2005). Surge também como um incentivo à participação do pai, contrariando a natureza do *Cuidar*, na sua maioria remetido ao papel da mulher como mãe (Pooley, 2009).

Ao longo destas sessões encorajei os pais a comunicarem com o seu bebé e a toca-los de uma forma positiva, ou seja, de uma forma gentil e amorosa, para que pudessem beneficiar de todas as vantagens que tem para oferecer: o relaxamento muscular, a redução das cólicas e melhores padrões de sono e alimentação

Na tentativa de colmatar uma das maiores dificuldades expressas pelos pais – *“como lidar com os ciúmes dos filhos mais velhos”*, elaborei, conjuntamente com a minha colega de estágio, um panfleto com uma história da massagem – *“A massagem do tempo – uma história contada pelo toque”*, com o propósito de aquando realização da massagem no domicílio, as mães pudessem incluir os filhos mais velhos, contando uma história enquanto massajam o Rn, e desta forma cativar e inserir os filhos no quotidiano do mais recente membro da família. (anexo I)

Ainda inserido neste projecto, tive a oportunidade de efectuar algumas visitas domiciliárias. Muito embora as efectue no meu dia-a-dia, revelou-se uma experiência diferente mas útil, visto que, constatei que as incertezas e dúvidas das mães, quer de Rn prematuros, quer de Rn de termo, são as mesmas.

Tal constatação fez-me reflectir sobre a minha prática, modificando-a na medida em que tendo escutado as dúvidas mais comuns das mães nos domicílios, nas consultas de saúde infantil e juvenil e nas aulas de massagem infantil, direcionei os ensinamentos no exercício da minha actividade profissional para algumas das dificuldades expressas pelos pais dos Rn ao longo dos estágios.

Sendo minha pretensão capacitar os pais com conhecimentos e habilidade no que concerne ao exercício da parentalidade, ainda no âmbito das consultas de saúde infantil e juvenil, deparei-me com uma realidade e objecto de preocupação por parte dos profissionais de saúde, que é a não adesão à vacinação infantil por parte dos pais. Na realidade, ainda se observa um número elevado de crianças que não cumprem o Programa Nacional de Vacinação (PNV).

Partindo do pressuposto de que a colaboração dos pais é *“fundamental para o cumprimento do PNV, devendo ser-lhes prestada toda a atenção, informação e cuidados que garantam o acesso e adesão universais à vacinação”* (DGS,2006,p.69), foi elaborado um Guia de Orientação Parental sobre o PNV. (anexo II)

O objectivo deste guia é fornecer informações acerca do PNV, definindo o que são as vacinas, bem como, de que forma protegem as crianças/jovens e adultos. Foi ainda incluído um item relacionado com os cuidados no domicílio com a criança após administração vacinal, visto suscitar muitas dúvidas por parte dos pais.

No âmbito do módulo III, consciente do curto tempo de permanência das crianças/jovens e família no serviço de urgência, necessitei de reajustar algumas das estratégias potenciadoras da parentalidade. Para tal, considerando a triagem como o primeiro contacto entre os profissionais de saúde e a criança/jovem e família no Serviço de urgência, pude desenvolver alguns ensinamentos de educação para a saúde relativos à Higiene Oral, à Febre; à Amamentação, à Massagem infantil (por situações de cólicas no Rn), à Prevenção de acidentes e à importância de administração de antipirético pelo risco de convulsão febril. Estes ensinamentos surgiram das necessidades detectadas e também verbalizadas pelos pais, permitindo os mesmos adquirir conhecimentos e autonomia para o exercício da sua parentalidade.

Saliento que, por vezes, em tempo de maior afluência à urgência, não foi possível efectuar todos os ensinamentos desejados, mas usufruindo do facto de ser aluna, propus-me a efectuar os que achei mais pertinentes e necessários no gabinete de enfermagem aquando dos tratamentos às crianças. Alguns pais, por exaustão, foram relutantes aos ensinamentos, mas com agrado verifiquei que constituíam uma minoria, sendo que a maioria dos pais agradeciam todos os ensinamentos apreendidos.

De facto, possuía uma ideia errada, no que concerne aos ensinamentos que um enfermeiro pode efectuar num serviço de urgência. Em meu entender, a afluência de crianças/jovens e família que recorrem a um serviço tão específico como este, não permitiria tempo nem disponibilidade para muitos ensinamentos, mas com apreço constatei e experienciei que não passava de uma ideia pré-concebida.

Transversal a todos os módulos de estágio, persistem as dúvidas das mães respeitantes ao aleitamento materno e à amamentação, daí que, conheci os cantinhos de amamentação nos diferentes locais de estágio.

Realço a minha experiência no Serviço de urgência, onde foi possível evidenciar alguns sinais de desidratação, em recém-nascidos alimentados com leite materno exclusivo. Fez sentido, encaminhar estas mães para o cantinho de amamentação, observar os sinais de uma pega eficaz e intervindo quando necessário. Esta intervenção potenciou as mães de conhecimentos e habilidades relativos à amamentação, e logo à estimulação do seu papel parental.

O facto de ter realizado o curso de conselheira da amamentação nível I, fez com que me tornasse mais desperta relativamente aos problemas relacionados com o aleitamento materno.

Sem dúvida, a minha experiência profissional aliada aos conhecimentos adquiridos ao longo das unidades curriculares da Saúde Infantil e Pediatria constituíram uma mais-valia na medida em que providenciaram um suporte teórico que sustentou a minha actuação e prática.

Os cantinhos de amamentação, essencialmente os da ULSM, dispõem de conselheiras da amamentação, entre as quais, enfermeiras que apoiam e reforçam ensinamentos às mães. Aqui deparei-me com algumas lacunas nos cartões do cantinho de amamentação relativamente aos horários, pelo que, foi elaborado um novo, com as correcções actualizadas. (*anexo III*)

**COMPETÊNCIAS**

- | Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- | Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;
- | Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- | Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;

**OBJECTIVOS ESPECÍFICOS**

- | Desenvolver competências na assistência especializada à criança/jovem e Família nos diversos contextos de estágio;
- | Integrar/conhecer na dinâmica das instituições e nas equipas multidisciplinares;
- | Aprofundar conhecimentos e habilidades relativos aos diagnósticos, planeamento, intervenção e avaliação de enfermagem nos processos de assistência especializada à criança/família;
- | Aprofundar e aplicar conhecimentos e habilidades relativos ao processo de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil
- | Desenvolver competências específicas na prevenção e promoção da saúde da criança.

**ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

- Integrei e conheci a equipa de saúde multidisciplinar;
- Conheci e compreendi a estrutura física e organizacional dos serviços;
- Assisti crianças/jovens e família segundo as várias etapas do Processo de Enfermagem;
- Desenvolvi competências na área da saúde escolar;
- Diminuí a possibilidade de lesão corporal ou dor;
- Promovi estilos de vida saudáveis, efectuando educações para a saúde à criança/jovem, de acordo com as necessidades individuais detectadas;
- Promovi a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde;
- Utilizei a linguagem classificada (CIPE) e, como instrumento de registo, o documento padrão adoptado pelos serviços.

**REFLEXÃO CRÍTICA**

No processo de crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil, determinadas lesões e doenças condicionam e obrigam a ida da criança/jovem e família, ao Centro de saúde, ao serviço de urgência e ao internamento num serviço de Pediatria. Torna-se portanto, fundamental conhecer o desenvolvimento e crescimento infantil e juvenil, assim como, conhecer as características anatomo-fisiológicas das crianças/jovens, para que assistência às

mesmas, em situações de doença, seja eficaz e assegurada. As unidades curriculares leccionadas aliadas à experiência profissional foram uma mais-valia neste percurso, permitindo-me desenvolver uma assistência especializada nos diversos módulos de estágio.

Durante o estágio, procurei integrar-me na dinâmica dos serviços, desenvolver todas as actividades inerentes ao exercício profissional de Enfermagem, de acordo com o funcionamento instituído, bem como, prestar cuidados de acordo com referenciais teóricos, mantendo espírito crítico relativamente ao processo de prestação de cuidados.

Durante este meu percurso, não tive dificuldade em adaptar-me às equipas multidisciplinares e à dinâmica das mesmas. O facto de alguns módulos de estágio terem-se desenvolvido na mesma instituição onde exerço a minha actividade profissional, tornou este trajecto de integração mais acessível, pelo facto de estar familiarizada com os horários, com os protocolos de actuação e com a própria dinâmica da instituição. No entanto, enalteço a recepção por parte dos profissionais de enfermagem do Serviço de Urgência, que embora numa instituição com dinâmicas diferentes da minha realidade, tão bem me acolheram, proporcionando-me vários momentos de aprendizagem.

Foi gratificante assistir criança/jovens nos diversos contextos de estágio e contactar com realidades tão distintas, onde os focos de atenção do enfermeiro assumem dimensões tão diferentes. O sentimento não emerge das inúmeras patologias ou condições que condicionaram as crianças/jovens a recorrer aos serviços de saúde, mas sim pelos desafios que cada faixa etária e cada uma das etapas do processo de enfermagem, colocam ao profissional de enfermagem.

Neste sentido e no âmbito do módulo I, foi interessante observar a dinâmica das consultas de saúde infantil e juvenil e, mais ainda quando tive a oportunidade de as realizar, perfazendo um total de 28 consultas efectuadas, abrangendo sobretudo a faixa etária dos 0-1ano e 5-6 anos de idade.

Tendo em conta as orientações da DGS, a ULSM possui um Guia da consulta de saúde infantil, permitindo a uniformização das consultas. De imediato, constatei o quanto as consultas são facilitadas por este documento, focando os aspectos essenciais do desenvolvimento psico-motor da criança. Porém apercebi-me que existem consultas mais abrangentes tendo em consideração a experiência da enfermeira que as efectua, este factor validou a minha percepção acerca da importância de uma enfermeira especialista em Saúde Infantil e Juvenil nestes contextos. Foram momentos únicos onde desenvolvi competências na avaliação do desenvolvimento e crescimento da criança/jovem.

Sempre que pertinente, intervi em questões ou ensinamentos oportunos tendo em conta as dúvidas dos pais e das crianças/jovens. Estes ensinamentos basearam-se essencialmente na prevenção de acidentes, alimentação e introdução de novos alimentos, higiene oral, cuidados à pele e importância do cumprimento do PNV.

Relativamente à vacinação, tive a oportunidade de administrar as vacinas de acordo com o PNV e efectuar ensinamentos relativos às possíveis reacções adversas, bem como esclarecer as “falsas crenças” nesta área.

O CSSH providencia a vacinação das crianças institucionalizadas na Casa do Caminho, pelo que pude acompanhar a enfermeira responsável pela vacinação destas crianças e conferir os boletins individuais de saúde de forma a planificar a vacinação e o cumprimento do PNV.

Administrei um total de 23 vacinas, as incluídas no PNV e as extra plano. De facto, constatei que na maioria das vezes, embora englobasse custos monetários, os pais assumiam a vacinação extra-plano.

Verifiquei que a maior percentagem de incumprimento do PNV compreende as idades dos 5-6 anos e 10-13 anos, situação esta que o CSSH tenta colmatar através da saúde escolar. Destaco ainda, os adolescentes, como o grupo etário com maior atraso no esquema vacinal.

Desperta para o facto de existirem cada vez mais comportamentos de risco entre os jovens e adolescentes, nomeadamente no que se refere ao sedentarismo, maternidade e paternidade precoces, consumo de álcool, drogas e tabaco, efectuei ensinamentos adequados aos jovens/adolescentes e família, no sentido da promoção da saúde, promovendo a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde. Ao longo deste processo não descurei a opinião e encorajei o questionamento de dúvidas por parte do jovem/adolescente, bem como desmistificação de determinadas situações, como as relacionadas com os anticonceptivos orais.

Uma das oportunidades de estágio mais enriquecedoras que vivenciei, foi a possibilidade de participar na Saúde Escolar. Considerei esta experiência o factor surpresa no decurso desta etapa. É inegável a importância da Enfermagem neste âmbito, assim como, a importância da existência de um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria nesta área.

Efectivamente, podem ser prevenidos ou minimizados grande parte dos problemas de saúde e comportamentos de risco, relacionados com o ambiente e os estilos de vida, através das estratégias do Programa Nacional de Saúde Escolar. E na ausência de uma enfermeira nas escolas, que certamente seria o ideal, o enfermeiro de saúde escolar assume um papel fundamental na promoção da saúde da criança e do jovem.

Inserido no contexto de saúde escolar foi sugerido a elaboração de três acções de educação para a saúde no domínio do projecto da pediculose, direccionada para os educadores, pais e alunos, suprimindo assim uma necessidade formativa/informativa expressa pelos Estabelecimentos de ensino, do Agrupamento de escolas de Guifões. *(anexo IV)*

Os objectivos das AES incidiram, sobretudo: em desmistificar o conceito de Pediculose; Informar sobre os principais sinais e sintomas da Pediculose; explicar as principais vias de transmissão da Pediculose; instruir sobre medidas a adoptar para diagnosticar um caso de Pediculose; instruir sobre medidas a adoptar no tratamento da Pediculose, relacionadas com a aplicação dos anti – parasitários; instruir sobre medidas a adoptar no tratamento da Pediculose,

relacionadas com o acondicionamento e higienização de roupas, brinquedos e outros objectos e incentivar a adopção de medidas preventivas, como estratégia de combate e erradicação da Pediculose. O método pedagógico utilizado foi o Expositivo, com auxílio das técnicas de exposição e demonstração. As acções de educação para a saúde neste âmbito foram gratificantes, permitindo um contacto directo com os pais, alunos, educadores e professores, e desta forma, uma compreensão mais directa das dificuldades sentidas pelos mesmos.

A comunicação, a capacidade e habilidade em planear e executar acções de educação para a saúde e a consciencialização dos problemas que afectam as crianças em idade escolar foram, sem dúvida, algumas das competências que mais mobilizei.

Em contexto de serviço de pediatria tive a possibilidade de efectuar a admissão da criança/família no serviço e compreendi que exige uma capacidade de organização e gestão de de prioridades de forma a minimizar o impacto da hospitalização. Porém, esta gestão de prioridades é por vezes dificultada pelo número acrescido de admissões num mesmo turno. Visto que, de momento, o serviço não dispõe impresso o guia de acolhimento actualizado, preocupei-me em reforçar a informação fornecida no primeiro contacto.

Compreender a parceria e a negociação dos cuidados, exercer a minha prática com base nesse modelo e gerir o meu tempo na prestação de cuidados em função dos hábitos e horários da criança no domicílio, foi um desafio para mim.

No meu dia-a-dia, presto cuidados a recém-nascidos que pela sua imaturidade cardiorespiratória necessitam de monitorização contínua, que de certa maneira “assegura-nos” a sua estabilidade. Confrontada com crianças de diferentes faixas etárias, diferentes problemas de enfermagem e diferentes comportamentos por parte dos pais no que respeita ao cuidar dos seus filhos, admito que senti a “falta” da monitorização e das rotinas que desenvolvo no meu quotidiano por não conseguir, inicialmente, gerir os cuidados e me sentir insegura.

Tendo consciência dessa minha limitação inicial, procurei desenvolver e adequar estratégias, reflectindo sobre a actuação da Enf.<sup>a</sup> Tutora, no que concerne à gestão dos cuidados de enfermagem. Tal reflexão permitiu-me ultrapassar este obstáculo, e experienciar o papel da Enf.<sup>a</sup> Especialista em ESIP, num serviço de Pediatria. Assisti um total de 47 crianças, de diversas faixas etárias, em situações de doença aguda e crónica.

A colheita de dados efectuada no momento de admissão é fundamental. Foi motivador perceber que este momento decorre num local adequado, permitindo assim à criança/jovem e família exporem as suas dúvidas, inseguranças e dificuldades em privado, favorecendo a relação terapêutica com a enfermeira que os acolhe.

O contributo dos pais é basilar *“na recolha de informação dos aspectos psicossociais da criança”*, isto é, as rotinas diárias, hábitos de higiene, alimentares e de estudo, relações familiares e relações com os pares, podendo ser utilizados na *“recuperação e seu restabelecimento, partindo do pressuposto de que os pais são quem melhor conhece os seus filhos, quem consegue compreendê-los e dar resposta às suas necessidades essenciais”*.

(Palomo, 2000, citado por Quiles & Carrillo,p.184). Uma comunicação efectiva entre profissionais/crianças, profissionais/pais, é factor determinante da vivência emocional durante a hospitalização, visto que *“qualquer pessoa que se relacione com o paciente, de forma mais ou menos estreita, pode incidir em seu nível de ansiedade”* (Kuik, 2000, citado por Quiles & Carrillo,p.184).

Acompanhar a criança ao bloco operatório, exige do enfermeiro uma capacidade de comunicação extrema que pressupõem lidar com a ansiedade e insegurança da criança e dos pais/prestadores de cuidados. O meu desempenho incidiu em fornecer informação relevante, apresentar a família e a criança/jovem aos colegas do bloco, explicar o procedimento cirúrgico à criança com recurso de estratégias como as de demonstração e exemplificação em bonecos e até em mim própria, assim como promover a permanência da mãe/pai junto da criança até ao último momento possível.

Considerando que estas estratégias foram desenvolvidas no período pré-operatório, promovi de igual forma, numa fase pós-operatória, a permanência dos pais na sala de recobro de forma a colmatar a ansiedade destes e minimizar a insegurança e receio das crianças/jovens.

Ao longo do estágio, promovi estilos de vida saudáveis, através da realização de diversos ensinios, consoante as necessidades individuais detectadas. Uma das necessidades ou deficit de conhecimento detectada durante os cuidados de higiene diário das crianças/ jovens, foi relativo à correcta escovagem dos dentes. Com sentido de promover a Saúde Oral, elaborei um poster alusivo à correcta técnica de escovagem dos dentes. (*anexo V*)

O regresso a casa vivencia-se com um misto de sentimentos ambíguos, significa o retorno da criança/jovem e família ao seu quotidiano normal, e simultaneamente vislumbra-se o medo e receio dos pais em falhar no cuidado dos seus filhos no domicílio. Para que a família e a criança/jovem adoptasse com segurança os cuidados, efectuei ensinios de acordo com as necessidades, com o objectivo de dotar a família e, sempre que possível, a criança e o adolescente, de estratégias e conhecimentos, que permitissem assumir a continuidade dos cuidados no domicílio.

No âmbito do módulo III, constatei como a triagem de enfermagem permite uma autonomia acentuada da profissão, exigindo de igual forma, uma grande responsabilidade a quem a faz. Permite acolher, assistir, e ensinar a criança e família, exigindo uma confiança acrescida por parte de toda a equipa multidisciplinar, acreditando e aceitando o discernimento do enfermeiro que tria.

Compreendi a dinâmica da triagem e efectuei triagem a 80 crianças/jovens com base no Sistema de Triagem PaedCTAS – Pediatric Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale.

Foi neste contexto que tomei conhecimento do conceito de triagem avançada, ou seja, da autonomia do enfermeiro para desenvolver uma série de intervenções já protocoladas, antes da avaliação médica. Sendo a febre, a diarreia, os vómitos, a limpeza ineficaz das vias aéreas,

alguns dos focos mais comuns e facilmente identificados. O enfermeiro tem autonomia para administrar antipiréticos, soro de rehidratação oral, analgesia de primeira linha, Oxigenoterapia e de monitorizar electrocardiograficamente, bem como gerir, em parceria com os pais, a reavaliação da criança na sala de triagem.

Ao assistir as crianças/jovens na sala de observação (OBS), experienciei uma maior proximidade com os pais, onde a angústia do prognóstico é visível nas suas posturas e faces. Incidi a minha actuação no conforto da criança, na promoção do papel parental e na comunicação.

A permanência na sala de pequena cirurgia foi curta, mas repleta de experiências. Concretamente, onde prestei mais cuidados às crianças e jovens foi no gabinete de enfermagem (ou sala de tratamentos). As técnicas em si, não constituíram dificuldade para mim, mas foi com agrado que me apercebi do cuidado dos enfermeiros em minimizar a dor, quer seja através da técnica de distração, relaxamento ou da administração oral de glicose 30% às crianças até 1 ano de idade (uma opção não muito consensual em alternativa à sacarose) mas aparentemente de igual eficácia.

De facto, de uma forma transversal ao Estágio, constituiu minha preocupação incluir na colheita de dados, a história da dor – considerada o 5º sinal vital. Segundo Metzger (2002.p.160) *“a qualidade da avaliação da dor depende da riqueza das informações obtidas junto do utente”*. Também para este autor *“a avaliação da dor deve basear-se em critérios precisos que constem de um processo bem estruturado, de forma a ser conhecido por todos e que cada um possa reproduzir”*. Daí que, sistematicamente avaliei e monitorizei a dor, através de escalas e métodos mais adequadas à idade e estágio de desenvolvimento das crianças e intervi sempre que necessário no alerta e detecção de alteração do padrão comportamental no que respeita à dor.

Ainda comum a todos os módulos, procurei aprofundar conhecimentos acerca da articulação entre os Hospitais e Centros de Saúde e respectiva referenciação das crianças/jovens, bem como, providenciar informações sobre os recursos existentes na comunidade, nomeadamente as linhas Saúde 24 e SOS Amamentação.

Na ULSM os registos de enfermagem são efectuados de acordo com a linguagem CIPE, utilizando dois sistemas de registo de informação: SINUS e SAPE. O SINUS, embora possa ser consultado em meio hospitalar, adequa-se aos Centros de Saúde uma vez que, incide na consulta de desenvolvimento infantil e juvenil e no PNV. No SAPE, são inseridos os focos de enfermagem relativos à criança/jovem, levantados os respectivos diagnósticos e intervenções de enfermagem, formulando assim o Plano de Cuidados Individual.

Uma vez inserido no SAPE, toda a informação referente à criança/jovem fica registada e acessível quer em meio hospitalar como em meio comunitário, permitindo uma permuta de informação e registo mais completo do processo da criança.

No serviço de Pediatria é, ainda, efectuado um contacto telefónico prévio com a enfermeira de família e efectuada uma carta de alta/transferência onde se inclui os parâmetros mais importantes como: motivo de internamento, tratamento e cuidados de enfermagem efectuados e/ou a continuar, e algumas observações sempre que pertinentes, nomeadamente a necessidade de apoio da assistente social.

Os registos no SAPE não constituíram novidade para mim, porém o serviço de pediatria modificou o seu aplicativo, adaptando-o ao SAPE10g (aplicativo já adaptado ao serviço de neonatologia). Comparativamente ao anterior, este aplicativo evidencia mais a prática de enfermagem, dando uma maior visibilidade dos cuidados de enfermagem, uma vez que consiste numa estratégia privilegiada de prestação de cuidados de qualidade, que impõe aos profissionais o desafio contínuo do exercício de uma prática reflexiva.

Inclui uma parametrização detalhada dos diagnósticos e focos de intervenção de enfermagem, como a parentalidade, a ligação mãe-filho, a escala de quedas, o desenvolvimento infantil, o conforto, a dor, entre outros. Desta forma, permite a existência de um registo de qualidade e sistemático das intervenções autónomas de enfermagem. Possibilitando de igual forma, a sua utilização como uma ferramenta de suporte para a tomada de decisão e permitindo uma divulgação efectiva dos resultados obtidos pela acção dos enfermeiros, com a obtenção de dados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

No serviço de urgência ainda não se encontra parametrizado o SAPE e portanto, os registos são feitos em suporte de papel. Os registos de enfermagem são anexos ao episódio de urgência e por conseguinte ao processo da criança/jovem. A carta de transferência é efectuada única e exclusivamente em situações de transferência inter-hospitalar, não existindo portanto uma referência com os centros de saúde.

#### **COMPETÊNCIAS**

| Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;

| Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;

#### **OBJECTIVOS ESPECÍFICOS**

| Desenvolver competências de assistência à criança e família, em situações de especial complexidade;

#### **ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

- Colaborei e identifiquei situações de risco social e familiar, procedendo ao seu encaminhamento;
- Assisti crianças em situações de maus-tratos.
- Desenvolvi competências práticas de actuação nas situações de emergência;
- Assisti crianças/adolescente na sala de emergência;

- Geri adequadamente as situações de stress;

#### REFLEXÃO CRÍTICA

A definição de complexidade e as situações complexas dependem do contexto prático em que emergem, não tanto dependentes da situação em si, mas essencialmente das estratégias de *coping* do profissional, da criança e da família, para lidar com a situação.

No decurso do estágio, deparei-me com situações de maus-tratos infantis. Não é novo o meu interesse e preocupação pela problemática dos maus tratos infantis, porém, foi a primeira vez que contactei directamente com estas situações, o que exigiu uma maior reflexão e pesquisa.

A consulta de saúde infantil e juvenil no Centro de Saúde, é extremamente rica no que respeita à quantidade de informação que se consegue recolher. Neste contexto, além de conseguir perceber o estado geral da saúde da criança, também percepcionei as dificuldades dos pais no desenvolvimento e adequação do seu papel parental.

Foi no âmbito da consulta de saúde infantil e juvenil, que me deparei com uma situação de maus tratos por negligência. Admito que nesse momento, embora tenha efectuado os ensinamentos que julguei pertinentes e observado sob um olhar mais atento a criança na busca de outros sinais de perigo, senti-me impotente.

O vivenciar situações complexas em que é necessário proceder ao encaminhamento das crianças/famílias para outras equipas especializadas como a Assistente Social, não é uma situação completamente nova para mim, uma vez que o faço no exercício da minha actividade profissional.

Porém, a suspeita e a detecção dos casos de maus tratos infantis, constituem ainda um desafio para muitos profissionais de saúde, o que leva a que sejam diagnosticados e tratados apenas com base em sinais orgânicos evidentes. Porém, na maioria das vezes, as crianças não apresentam evidências físicas, sendo as alterações comportamentais as mais frequentes (Sanderson, 2005).

Actualmente os abusos sexuais infantis começam a ter uma maior visibilidade social (Azevedo & Maia, 2006). Mas, ainda persiste uma série de falsas crenças que impedem que a sociedade encare este problema com a devida gravidade e solvibilidade. Superar estas crenças e falsas ideias, torna-se fulcral para que seja possível abordar esta temática de forma adequada e atempada (López, 2000; Del Campo, 2000; Cordeiro, 2003; Fávero, 2003; Sanderson, 2005).

Nesta linha de pensamento e com o propósito de apelar aos utentes do CSSH para a problemática dos maus tratos, foi elaborada uma acção de sensibilização sobre os direitos da criança no Dia Mundial da Criança. Foram elaborados pósteres alusivos aos direitos das crianças e afixados nas salas de espera de cada módulo do centro de saúde. Na sua composição não foram esquecidos os aspectos multiculturais, enquadrando em cada poster crianças de etnias diferentes. Foram ainda distribuídos livros contendo os direitos

fundamentais de acordo com a convenção dos direitos da criança e distribuídos pelas crianças que compareceram no CSSH. (*anexo VI*)

Em ambos os módulos II e III, deparei-me com situações de maus tratos, nomeadamente o abuso sexual infantil. Ao longo destas situações, experienciei sentimentos de revolta, impotência e frustração gerados pelo próprio convívio com estas crianças e a família. Embora não fossem situações novas, não consegui deixar de pensar no que sentiriam estas crianças, que são violadas nos seus direitos constitucionais. O quanto vulneráveis, sozinhas e amedrontadas se deverão sentir, quando na maioria das vezes o abuso parte de um familiar directo, por aqueles em quem confiam e se sentem seguros.

Estes sentimentos fizeram-me ponderar acerca da importância de um trabalho multidisciplinar qualificado e diferenciado, pois na prática constatei a existência de uma série de dificuldades que os profissionais de saúde, tanto no âmbito hospitalar como comunitário, possuem em identificar situações de maus-tratos às crianças.

Compreendi, portanto, que o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, detentor do seu saber enquanto especialista, de competências, experiência profissional, de uma responsabilidade acrescida junto das famílias e do seu olhar mais atento nas crianças, deve receber formação específica nesta área no sentido de estarem sensibilizados e informados para a necessidade e dever de reconhecerem os sinais de alerta e de risco dos maus-tratos.

Ter consciência do limite das nossas acções, constitui uma virtude na profissão de enfermagem. A nenhum profissional isolado se pode atribuir a responsabilidade de diagnóstico. Mas para tal, torna-se imperioso a detecção precoce destes casos, ou seja, de uma forma atempada e correcta, pois tristemente, na maioria das vezes a primeira intervenção ocorre quando os danos são graves e irreversíveis para a criança e família.

Perante uma confirmação de maus-tratos, constitui um dever notificar às entidades competentes, quer sejam as Entidades Policiais ou as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, a forma de notificação às entidades competentes depende de instituição para instituição, pelo que cabe a cada profissional informar-se acerca da forma de actuação para ir ao encontro das normas e protocolos institucionais.

Foi neste sentido que conheci como se processam estas situações a nível inter e intra-hospitalar e como se referenciam estas crianças. Compreendi todo o processo de encaminhamento da criança vítima de maus tratos, desde a sua admissão na triagem num serviço de urgência, à observação pelo médico Legista, até à transferência para uma unidade de internamento e/ou instituição e acompanhei estas crianças ao longo do internamento.

No contexto de internamento, a minha actuação cingiu-se em ajudar a criança a recuperar da agressão sexual. Apoiei a criança através do elogio, da simpatia, da disponibilidade, evitando quaisquer complexos de culpa, escutei e observei as atitudes da criança com vista a compreendê-la e apoiei a família no processo de recuperação. No entanto, não foi possível acompanhar a criança/família no seu posterior encaminhamento dado o termino do estágio.

No contexto do serviço de urgência, não tive a possibilidade de contactar com estas crianças após a triagem, não por não querer, mas pela rapidez e sigilo com que estes casos são tratados. Não pude deixar de me sentir vulnerável perante estas crianças, e, constatei que a restante equipa multidisciplinar sentia o mesmo.

Embora num âmbito e teor diferente, considerei a assistência da criança na sala de emergência como uma situação complexa. Compreendi, neste contexto, o quanto é fundamental o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, enquanto detentor de experiência, habilidades e competências, ou seja, um saber ser, saber estar, saber fazer e saber saber numa área tão específica como a da saúde infantil e pediátrica. São estes e os enfermeiros mais experientes que assumem a assistência da criança/jovem na sala de emergência.

Constatei na prática, o papel e responsabilidade que assumem na liderança da equipa, na prestação dos cuidados emergentes, na delegação das tarefas, no controle e verificação diária da terapêutica e reposição de stock, e não menos importante, no apoio emocional da criança/jovem e família.

Durante o estágio, destaco ainda algumas situações que considerei complexas, entre as quais a prestação de cuidados directos a três crianças na sala de emergência: uma por trauma (Atropelamento - que me fez contactar com o plano duro, colar cervical, etc.) e duas por emergência neurológica (uma por convulsão febril e outra em mal-epilectico).

A experiência em traumatologia foi nova para mim, é uma área que não domino, no que respeita à prática. Assim sendo, preocupei-me em acompanhar todo o processo desde a admissão na sala de emergência, à realização de exames complementares de diagnóstico até ao Bloco Operatório.

Em todo este percurso que me propus efectuar, não descurei a comunicação com uma adolescente que se encontrava consciente e orientada, procurei apoiá-la e tranquilizá-la explicando os procedimentos a que estava a ser submetida. Em outras situações teria encorajado a permanência de um familiar junto da mesma, porém nesta situação específica, a adolescente encontrava-se sozinha.

Destaco como um dos momentos mais significativos, a assistência a uma criança de 5 anos em mal-epilectico. Ao contrário das restantes crianças que se encontravam estabilizadas desde a admissão pelo INEM, esta criança foi admitida estabilizada mas num instante reverteu essa situação, correndo o risco de graves lesões neurológicas. Pude acompanhá-la até a sala de OBS e posterior transferência para a UCIP para procederem a manobras mais invasivas.

Percepcionar o sofrimento daquela mãe, cuja reacção se baseava num misto de estupefacção e agonia ao ver a sua filha convulsivar durante mais de 1 hora foi, em meu entender, desolador. O que se diz a uma mãe nestas circunstâncias? Procurei tranquilizá-la, explicando os procedimentos e assumindo uma postura de presença e apoio. Entre muitas experiências que vivenciei, apercebi-me que por vezes um olhar, um toque é o necessário e suficiente para os pais se sentirem compreendidos.

**COMPETÊNCIAS**

|Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;

| Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica;

**OBJECTIVOS ESPECÍFICOS**

| Desenvolver competências de reflexão crítica sobre a dinâmica assistencial especializada à criança/família

| Integrar e respeitar os princípios éticos, deontológicos e responsabilidade profissional, na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família.

**ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

- Respeitei e promovi os princípios éticos universais;
- Respeitei a Deontologia Profissional;
- Utilizei como quadro de referência para o exercício profissional, o Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos da Ordem dos Enfermeiros;
- Respeitei o enquadramento legal que rege a profissão (REPE);
- Respeitei a carta dos direitos da criança hospitalizada;
- Mantive uma atitude autocrítica e reflexiva;
- Favoreci momentos de reflexão crítica com a enfermeira tutora e outros profissionais;
- Elaborei um portfolio de Estágio;
- Observei de forma crítica o papel do enfermeiro Especialista em ESIP.

**REFLEXÃO CRÍTICA**

Só uma atitude autocrítica e reflexiva contínua, potencia o desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo nessa perspectiva para a minha evolução e crescimento como ser humano e profissional de saúde. Este relatório visa, essencialmente, demonstrar essa capacidade de reflexão.

A observação crítica do papel da Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria e a reflexão sobre a prática dos cuidados à criança/jovem e família nos diversos contextos de Estágio, relacionando-a com as perspectivas teóricas propostas durante o curso, foram uma actividade constante e muitas vezes partilhada e discutida com as tutoras de estágio.

Como para uma vida em sociedade, carece a cada indivíduo a observação e cumprimento de determinadas normas de conduta, de acordo com as Leis em vigor e os princípios éticos universais, o exercício de uma profissão implica duplamente o respeito às normas, uma vez que o profissional, além do dever de observância das regras aplicadas a todos os cidadãos, deve actuar de acordo com as orientações normativas específicas e inerentes ao exercício da actividade profissional.

Ao longo das reflexões que desenvolvi neste relatório, julgo que se depreende a preocupação que tive, em manter uma contínua actualização e desenvolvimento de conhecimentos tendo em vista a promoção do meu exercício profissional.

O contacto com novas realidades aliado a um certo amadurecimento pessoal e profissional, fruto da experiência e de uma atitude reflexiva, permitiram-me desenvolver competências na fundamentação da minha prática atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades éticas.

Cabe a cada enfermeiro a responsabilidade pelo seu próprio desempenho no exercício da profissão, em consonância com a evolução científica e as competências adquiridas com a experiência, na promoção da sua autonomia e no reconhecimento do limite das suas funções e competências.

O Código Deontológico, o enquadramento jurídico da profissão, os enunciados da Ordem dos Enfermeiros, a convenção dos direitos das crianças, a carta dos direitos da criança hospitalizada, entre outros, constituíram princípios orientadores da minha prática.

Assim como no exercício da minha profissão, ao longo do Estágio tomei decisões fundamentadas na evidência científica respeitando a autonomia e o direito á auto determinação, garanti e salvaguardei os direitos da defesa da dignidade humana, bem como empreguei os instrumentos legais que apoiam os cuidados de saúde (consentimento informado, representante legal, entre outros).

Perante as situações complexas vivenciadas, no que concerne aos maus-tratos, experienciei alguns conflitos éticos decorrentes da constatação com dessa dura realidade. Questionei-me sobre de que maneira poderia ajudar a criança. Como conseguiria separar a enfermeira detentora de saberes referentes aos direitos da criança, ao código deontológico que rege a minha prática..., do ser Humano que sou, que sente, que também é vulnerável, que se angústia, que se preocupa, mas acima de tudo, que se revolta com estas situações! Necessitei, sem dúvida de muita introspecção, para lidar com tais situações. Reconheci as minhas limitações e agi consciente das implicações éticas da minha prática.

A Elaboração de um portfólio permitiu o desenvolvimento de competências de análise e reflexão. Na sua composição, reuni artigos de investigação relevantes, protocolos do serviço, bem como, apontamentos de algumas situações mais particulares.

### **2.2.2 | No DOMÍNIO DA GESTÃO**

No domínio da gestão, compete ao enfermeiro especialista gerir *“os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”*, bem como adaptar *“a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados”* (OE, 2010)

**COMPETÊNCIAS**

- | Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP.
- | Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;
- | Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área da EESIP;
- | Exercer supervisão do exercício profissional na área da EESIP;
- | Colaborar na integração de novos profissionais.

**OBJECTIVOS ESPECÍFICOS**

- | Participar nas actividades de gestão de cuidados assistenciais à criança/jovem e família;

**ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

- Conheci e reflecti sobre o papel do enfermeiro especialista na dinâmica organizacional dos serviços;
- Analisei e reflecti sobre os Métodos de trabalho de Enfermagem em cada módulo de estágio;
- Realizei entrevistas informais aos Enfermeiros Tutores;
- Conheci os modelos de gestão de cuidados, de recursos humanos, de materiais e de informação;
- Colaborei na Gestão de recursos humanos e materiais;
- Zelei pela segurança dos clientes e profissionais;
- Observei a integração de novos elementos nas equipas de enfermagem;

**REFLEXÃO CRÍTICA**

Prestar os melhores cuidados com os recursos disponíveis, constitui um dos objectivos fundamentais da gestão dos recursos de saúde. Cabe a todos os profissionais implicados na prestação de cuidados gerir e mobilizar os recursos disponíveis e necessários para a qualidade dos cuidados, bem como reconhecer os limites da sua actuação.

Neste sentido, compreendo que os enfermeiros são necessários na gestão das unidades de cuidados uma vez que são eles que fazem a ligação entre as pessoas/clientes e a organização das instituições. Pelo lugar que ocupam na prestação de cuidados e muito pela formação, têm uma capacidade singular para identificar problemas e apresentar propostas, no sentido da resolução prática dos mesmos.

Ao longo deste percurso procurei compreender e observar o papel do enfermeiro especialista na gestão dos recursos materiais, humanos e dos cuidados de enfermagem, de forma a obter uma referência e um exemplo para reger a minha prática. Os momentos de reflexão com os enfermeiros tutores foram determinantes para a minha evolução, na medida em que fomentaram a partilha de informação e esclarecimento de dúvidas.

Observei e acompanhei a integração de novos elementos nas equipas de enfermagem, assim como de alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Constatei a existência de guias de acolhimento e manuais de integração que permitem uma uniformização da integração, constituindo uma mais-valia para o enfermeiro recém-admitido.

Apercebi-me, da importância da supervisão na orientação, apoio e formação dos enfermeiros, nomeadamente no que respeita a capacitá-los para lidarem com situações complexas e imprevisíveis que surgem na prática profissional.

No que respeita à gestão dos recursos humanos, procurei conhecer a metodologia de elaboração dos planos de trabalho, no decurso dos diferentes contextos de estágio. Percepcionei o quanto é crucial gerir uma equipa de enfermagem de acordo com as competências de cada um, tendo em conta o grau de complexidade que a situação clínica da criança impõe.

Comum a todos os módulos, a gestão dos recursos humanos e materiais é da responsabilidade do Enfermeiro Chefe, embora na maioria das vezes seja delegado aos Enfermeiros Especialistas ou de Referência.

Constatei que a existência de sistemas de gestão de material informatizados, de pedidos de medicação online, permite ao enfermeiro uma gestão mais cautelosa, atempada de todo o material, evitando o consumo excessivo de papel, os extravios dos pedidos e a ruptura de stock.

Não restam dúvidas quanto à importância dos sistemas de informação e particularmente da informação de Enfermagem no âmbito da saúde, no que respeita a decisões clínicas, continuidade e qualidade de cuidados, para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão (OE, 2007).

Neste sentido, o SAPE facilita o registo de informação, conduzindo a uma prática consciente, com produção contínua de informação objectiva, passível de tratamento estatístico. Os dados recolhidos podem ser utilizados pelos diferentes níveis de gestão, com início na gestão de cuidados realizados diariamente pelos enfermeiros e fazer uma divulgação real de resultados obtidos.

Desta forma é possível criar indicadores de qualidade que promovem o desenvolvimento da investigação, a monitorização contínua da qualidade, direccionem a formação, influenciem o financiamento e a tomada de decisões em relação às políticas de saúde.

Neste percurso, zelei pela segurança do ambiente, dos clientes e profissionais e sempre que confrontada com riscos efectivos ou potenciais, mobilizei os recursos adequados para a sua resolução.

Saliento a importância da prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde, sendo um dever e boa prática de todos os profissionais, e acredito que é um aspecto que

necessita de ser continuamente trabalhado e supervisionado pelos responsáveis dos grupos de controlo de infecção de cada instituição.

### 2.2.3 | NO DOMÍNIO DA FORMAÇÃO

A modificação da concepção de saúde, as transformações sociais e culturais, juntamente com o desenvolvimento tecnológico, têm obrigado a enfermagem a alterar o seu agir profissional (Espiney, 2004). Neste sentido, a formação contínua e autónoma, bem como, a promoção do desenvolvimento profissional e pessoal, assume primordial importância no desenvolvimento da profissão.

No exercício da sua profissão, os enfermeiros contribuem na área da formação, nomeadamente, *“organizando, coordenando, executando, supervisando e avaliando a formação dos enfermeiros”* (Art.º 9º nº5 do REPE), bem como, *“promovendo e participando nos estudos necessários à reestruturação, actualização e valorização da profissão de enfermagem”* (Art.º 9º nº6 do REPE).

#### COMPETÊNCIAS

- | Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
- | Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
- | Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- | Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- | Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;
- | Promover a formação em serviço na área de EESIP.

#### OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- | Reconhecer necessidades formativas nos diversos contextos de estágio;
- | Promover, de forma contínua, o auto desenvolvimento pessoal e profissional.

#### ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

- Verifiquei as necessidades de formação nos contextos de estágio;
- Partilhei momentos de reflexão e projectos nas Orientações Tutoriais;
- Elaborei e realizei uma acção de formação sobre os maus tratos infantis – “Projecto Jovens em Risco”
- Elaborei uma acção de formação sobre o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral - PNPSO;
- Mobilizei os conhecimentos teóricos adquiridos durante o curso;

- Efectuei uma visita de estudo a uma instituição de acolhimento de crianças;

#### **REFLEXÃO CRÍTICA**

Para excelência dos cuidados que presto, procuro investir no meu aperfeiçoamento profissional e no desenvolvimento das várias competências inerentes à prática da enfermagem com qualidade.

Neste percurso, foi meu propósito integrar na prática não só a minha experiência individual, mas a melhor evidência na área da Saúde Infantil e Pediatria. Assim, tal como explicitado ao longo do relatório, a pesquisa bibliográfica foi sempre uma estratégia de formação, que me acompanhou no decorrer do estágio.

No contexto do módulo I, conforme relatado anteriormente, confrontei-me com uma situação de maus tratos por negligência infantil. Consciente de que não se tratava do meu local de trabalho, procurei obter respostas acerca das diligências que se deveriam agilizar, junto da Enfermeira de Família. Estas respostas não foram suficientes para mim, mas tive a noção dos limites da minha acção enquanto aluna. Mas se por um lado a minha acção é limitada num contexto de estágio, também é privilegiada na medida em que me possibilita planear formações e desenvolver acções de educação para a saúde pertinentes.

Perante a verbalização e observação das dificuldades dos enfermeiros de família na referenciação de crianças em risco e seu devido acompanhamento, elaborei (conjuntamente com a colega de estágio) um projecto de intervenção na comunidade – “Projecto Jovens em Risco”, com a finalidade de dotar de conhecimentos e sensibilizar os enfermeiros para a problemática dos maus tratos, através de uma formação ao grupo de pares. (*anexo VII*)

Foi ainda elaborado e distribuído no final da acção de formação, constituindo assim uma operacionalização do próprio projecto, um Instrumento de colheita de dados, tipo Check-list, de acordo com as directrizes da Direcção Geral de Saúde, publicadas no Documento Técnico Maus Tratos em Crianças e Jovens – Intervenção da Saúde (2008), e que visa constituir apenas uma orientação para o diagnóstico, afigurando-se necessário investigar a presença de vários sinais, em simultâneo, assim como verificar a congruência das justificações apresentadas para que a situação tenha ocorrido. (*anexo VIII*)

Este projecto além de sensibilizar os profissionais para a temática, serviu de ponto de partida e estruturação de um NACJR no CSSH. De forma a facilitar a compreensão da articulação do mesmo com as restantes instâncias de emergência infantil, foi elaborado um fluxograma de encaminhamento e referenciação das crianças/jovens vítimas de maus-tratos no âmbito do Centro de Saúde. (*anexo IX*)

Considerando como um factor potenciador de experiência e conhecimento foi-me proporcionada uma visita de estudo à Casa do Caminho. A Casa do Caminho é uma instituição particular de solidariedade social que acolhe crianças em perigo, vítimas de maus tratos, negligência ou quaisquer outras formas de violação do seu desenvolvimento ou dos seus direitos. Tem como objectivo, no âmbito nacional, o acolhimento temporário de crianças com

idades compreendidas dos 0 aos 3 anos, até à sua adopção ou tutela ou até ao reequilíbrio da situação familiar.

Os temas abordados na Sessão de Esclarecimento sobre a funcionalidade, especificidade de atendimento e intervenção da Casa do Caminho foram: a Articulação do Tribunal com a Casa do Caminho, o Acolhimento da Criança na Casa do Caminho, a Permissividade de Visitas à Criança na Casa do Caminho, a importância do estabelecimento do Perfil Psicológico dos futuros Pais Adoptivos, a Despedida da Criança da Casa do Caminho, Particularidades Jurídicas da Adopção e a Importância do Acompanhamento Psicológico na Criança Institucionalizada.

Em meu entender, todos os profissionais de saúde que prestam cuidados directos às crianças/jovens, devem conhecer os recursos da comunidade na área da emergência infantil. Além de permitir a aquisição de novas experiências na formação pessoal e profissional, permite contactar com uma realidade muito actual do “mundo das crianças”.

No âmbito do módulo II, decorrente do contacto com as crianças/jovens, percepcionei, como já referido anteriormente que a higiene oral era, de certa forma descuidada, pelo que durante a prestação de cuidados promovi a mesma através da exemplificação da correcta escovagem dos dentes. Tendo constatado este deficit de conhecimentos por parte das crianças/jovens e família, foi-me sugerido realizar uma acção de formação para a equipa de enfermagem, de forma a actualizarem os seus conhecimentos perante a Saúde Oral e assim uniformizarem os ensinamentos que efectuem diariamente às crianças/jovens e família.

Tendo consciência de que eu própria necessitava de adquirir conhecimentos mais sólidos na área da promoção da saúde oral, participei na formação a decorrer na ULSM, sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, que incluía nos seus objectivos a promoção da Higiene Oral da criança e jovem. (*anexo X*)

De facto, devido à sua elevada prevalência, as doenças orais constituem um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil. Porém, se adequada e atempadamente prevenidas, as cáries e as doenças periodontais, podem ser tratadas, com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes (DGS, 2005).

Na formação/acção que efectuei aos pares, incidi fundamentalmente na sensibilização da problemática da saúde oral em Portugal, nos procedimentos relativos à higiene oral de acordo com a faixa etária, à técnica de escovagem e ao cheque dentista. (*anexo XI*)

Em todas as formações desenvolvidas, efectuei a respectiva avaliação e relatório da sessão, considerando que somente através dos mesmos poderei avaliar o meu desempenho, assim como o sucesso da formação.

A experiência adquirida na minha profissão aliada à confiança que as equipas de enfermagem manifestaram em mim, como aluna da especialidade de ESIP, permitiu-me contribuir para algumas aprendizagens e aquisição de competências das mesmas, bem como, para a reflexão conjunta de algumas práticas e situações, nomeadamente acerca dos cuidados ao Rn.

De uma forma transversal, preocupei-me em consultar protocolos de actuação e planos de formação, de modo a compreender de uma forma mais abrangente a dinâmica da formação em cada serviço.

Ressalvo a importância das unidades curriculares leccionadas durante o primeiro e segundo semestre do curso, que muito contribuíram para o estabelecimento de uma base científica na prática dos cuidados de enfermagem.

#### **2.2.4 | NO DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO**

Enquanto ciência, a enfermagem procura alcançar uma consistência de saberes, necessitando por isso de uma convenção de conhecimentos, cientificamente corroborados. Todavia é constatável que, sendo a enfermagem uma ciência que lida directamente com o ser humano, utilize as outras ciências para desenvolver e crescer enquanto ciência.

Segundo Collière (2003), embora a prática de cuidados de enfermagem seja a base, a pedra angular da construção de um saber, ela não se poderia privar do esclarecimento das ciências(...) A concepção de um trabalho científico e racional, desde que os princípios científicos invadiram todos os sectores de actividade, interpela também a profissão de enfermagem por vários lados com esta invasão científica.

A investigação define-se, portanto, como um processo organizado de pesquisa que tem por base a utilização de metodologia científica com vista à obtenção de novos conhecimentos. Investigar é por definição procurar algo, é um caminhar para novos conhecimentos, é antes de mais um espírito, uma atitude de questionamento constante, inerente à própria profissão de enfermagem.

#### **COMPETÊNCIAS**

- | Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
- | Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
- | Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.
- | Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
- | Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- | Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP.

**OBJECTIVOS ESPECÍFICOS**

| Colaborar e promover a investigação em contexto de estágio.

| Optimizar competências para o exercício profissional, baseado na evidência, na área da EESIP.

**ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

- Identifiquei áreas de interesse, passíveis de serem investigadas;
- Utilizei as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados;
- Utilizei o conhecimento científico no planeamento e execução dos cuidados de enfermagem;
- Mantive uma atitude auto-critica permanente;
- Interpretei, organizei e divulguei dados provenientes da evidência que contribuíram para o conhecimento e desenvolvimento da Enfermagem;

**REFLEXÃO CRÍTICA**

É mediante a investigação, que novos conhecimentos se desenvolvem e que não são mais do que instrumentos essenciais para a evolução da enfermagem. Ao longo dos anos, a enfermagem tem procurado conquistar o seu estatuto de ciência, mediante a construção de um corpo próprio de conhecimentos, consignados nas teorias de enfermagem.

É inegável que o exercício da Investigação em Enfermagem se adapta nas várias áreas da Enfermagem, como na área da prestação de cuidados, gestão, formação, educação entre outras, sendo essencial para o desenvolvimento e ampliação do conhecimento em enfermagem, contribuindo para a excelência da mesma enquanto disciplina e profissão, proporcionando ganhos em saúde.

Actualmente, a prática de enfermagem avançada constitui num desafio para a profissão. Constitui um dever para o enfermeiro especialista, sustentar a sua prática e a sua tomada de decisão, baseado não somente na sua experiência mas também em sólidos e fidedignos padrões de conhecimento.

Durante este percurso, senti necessidade de obter informações mais sólidas e fidedignas na tentativa de dar resposta às situações complexas com que me deparei. Assim sendo, procurei sustentar a minha prática e a minha actuação enquanto profissional de saúde e futura enfermeira especialista com base no conhecimento resultante da investigação mais actual.

Considero que, uma prática baseada na evidência constitui um pré-requisito para a preeminência e consistência dos cuidados prestados, assim como para a optimização dos resultados de Enfermagem obtidos.

Em enfermagem, a pesquisa progride num compasso célere, sendo a resposta às questões ou a solução de problemas relevantes para a profissão, a finalidade da mesma. “ *Quando falamos de ciências referimo-nos não só aos conceitos fundadores e organizadores da ciência, mas*

*também à metodologia que permite, através do processo da investigação, validar, verificar ou elaborar essa mesma ciência* "(Serralheiro, 2005).

Neste sentido, várias foram as situações em que senti necessidade de recorrer à pesquisa bibliográfica, bem como, pesquisar em bases de dados como a MEDLINE e o CINAHL, de forma a apoiar a minha prática e adequar a prática à evidência.

A maioria das pesquisas incidiu, sobretudo, na fundamentação das Acções de Educação para a Saúde, patente no enquadramento teórico das mesmas, na Parentalidade, nos Maus Tratos Infantis e, no grande fio condutor do Estágio – a Vulnerabilidade.

Acredito que, só questionando a nossa prática, elaborando estratégias quando confrontados com situações complexas ou novas de enfermagem e operacionalizando-as de forma a resultar em orientações para a prática, é que a enfermagem evoluirá enquanto profissão e ciência.

Nesta linha de pensamento, considero que a investigação ocupa um lugar de destaque na formação dos enfermeiros, havendo uma profunda vontade em desenvolver suportes que garantam a continuidade do desenvolvimento de projectos, tendo em vista a visibilidade da produção científica, assegurando a utilização dos resultados (Amendoeira, 2009).

Consciente da importância em fomentar pesquisa e a formação nas equipas de enfermagem, no módulo I foi elaborado um dossier para a equipa de enfermagem, com as pesquisas que julguei pertinentes e adequadas e que sustentaram todos os trabalhos efectuados neste âmbito. No módulo II, já existia um dossier denominado "prática baseada na evidência" elaborado pelas anteriores colegas de estágio. Neste sentido foram acrescidas e anexadas todas as pesquisas efectuadas e relevantes. O objectivo principal foi promover a investigação em serviço, criando hábitos de pesquisa e formação em equipa.

### 3| CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reflectir sobre a prática torna-se motivo de orgulho e enriquecimento pessoal e profissional.

A elaboração do presente relatório permitiu-me reflectir sobre a minha actuação como enfermeira e sobre os acontecimentos mais relevantes decorrentes na unidade curricular Estágio em Saúde Infantil e Pediatria. Possibilitou-me reflectir de igual forma sobre a actividade e o papel dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria em busca de um modelo para reger a minha prática.

Constanei na prática que, de facto, o “Especialista” é *“o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”* (OE, 2010).

A escolha dos locais de estágio revelou-se acertada, permitiu-me contactar com uma realidade favorável ao meu processo de formação e desenvolvimento. Como campos de estágios, penso que foram ricos nas oportunidades e experiências que proporcionaram.

Foi minha pretensão ao efectuar este Relatório Final de Estágio, proporcionar uma visão o mais fidedigna possível da experiência formativa que vivenciei, bem como relatar a intencionalidade das actividades desenvolvidas. As reflexões relatadas sobre as diferentes realidades emergiram de uma profunda introspecção, que potenciaram mudanças muito positivas e, julgo, evolutivas para o meu crescimento pessoal e profissional. Ressalvo que os obstáculos ou mesmo fragilidades sentidos no decurso do Estágio, foram experienciados como desafios e oportunidades de crescimento e desenvolvimento, visto que permitiram identificar e mobilizar recursos na procura das melhores soluções, promovendo, desta forma, a aquisição de competências.

Foi minha intencionalidade durante o Estágio, reflectir sobre a **VULNERABILIDADE DA CRIANÇA**, o que exigiu uma reflexão aprofundada sobre a criança e os seus direitos. A criança necessita que os seus direitos e necessidades sejam satisfeitos, sendo fundamental que as características ambientais sejam favoráveis e as oportunidades lhes sejam oferecidas.

Compreendi que *não basta* ter Declarações sobre os direitos: é preciso proteger esses direitos e criar condições para que sejam exercidos; *não basta* ter regulação sobre os deveres dos profissionais: é mandatório que exista controlo profissional e também que cada um assuma a tarefa de excelência do seu agir profissional; *não basta* falar de protecção da vulnerabilidade: é imperativo agir de forma protectora, cumprindo o encargo confiado face a um ser vulnerável, que pode perecer a menos que os cuidados de alguém, imputado responsável, o assegurar (Nunes,2006,p218).

Como maior fragilidade, destaco o contacto com situações e crianças vítimas de maus tratos. De facto, o contacto com tão cruéis e desumanas situações, direccionou, o meu pensamento para a defesa dos direitos da criança e isso espelhou-se nas reflexões e actividades desenvolvidas.

Percepcionar o sofrimento das crianças, fez-me experienciar sentimentos de ambiguidade relativos ao envolvimento emocional e expressão das emoções junto dos utentes e até mesmos dos colegas e equipa de saúde. Tais sentimentos possibilitaram um desenvolvimento acrescido de competências comunicacionais que, de certa forma, me fizeram crescer não só como Profissional, mas também como ser Humano.

Dos momentos mais gratificantes que experienciei, destaco o sorriso e o “obrigada” da criança/família no momento da alta, substituindo o receio e a insegurança estampados nos seus rostos durante a admissão num serviço e até mesmo numa consulta de Enfermagem. São estes pequenos momentos que justificam todo o esforço.

No âmbito deste curso, não posso deixar de referir que os meus recursos profissionais saíram enriquecidos, visto que adquiri novos conhecimentos e desenvolvi competências sobretudo nos domínios da formação, supervisão de cuidados de enfermagem e da investigação. Acredito, no entanto, que ainda tenho um longo percurso até alcançar os meus ideais e aspirações como profissional de Enfermagem.

Sintetizando, penso que com tudo acima descrito e reflectido ao longo do relatório, consegui aplicar os meus **conhecimentos e demonstrar capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares**, num contexto alargado e multidisciplinar;

Julgo ter demonstrado **capacidade para integrar conhecimentos**, e em **lidar com questões complexas**, incluindo soluções e emitindo juízos em situações de informação limitada ou incompleta, assim como, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais resultantes dessas soluções e desses juízos;

Fui capaz de **comunicar as minhas conclusões, os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes**, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Nesta linha de pensamento, considero que os objectivos propostos no plano de estudos do 3º Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria para o presente relatório foram alcançados.

*“Uma vida fácil nada ensina. O que conta é a aprendizagem: o que aprendemos e como crescemos”* Richard Bach

#### 4| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- |Almeida, F. (2006). **Vulnerabilidade na prática clínica da saúde da criança**. Revista Brasileira de Bioética Volume 2: Nº 2. Pag:237-247. Disponível em: [www.ceb.com.pt/page3.php](http://www.ceb.com.pt/page3.php)
- |Amendoeira, J. (2009, Janeiro/Junho). **Ensino de Enfermagem: Perspectivas de Desenvolvimento**. Pensar Enfermagem , pp. 2-12.
- |Anjos, M. (2006). **A vulnerabilidade como parceira da autonomia**. Revista Brasileira de Bioética Volume 2: Nº 2. Pag:173-186. Disponível em: [www.ceb.com.pt/page3.php](http://www.ceb.com.pt/page3.php)
- |Azevedo, M. & Maia, A. (2006). **Maus-tratos à Criança**. Lisboa: Climepsi Editores.
- |Bachion, M. (2005), **Comunicação e o processo de enfermagem** – São Paulo, Editora Manole Ltda, Associação Brasileira de Enfermagem – Secção São Paulo (ABEn – SP), In: A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem, ISBN: 85-204-2196-2.
- |Benner, P. (2001). **De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na prática de Enfermagem** (Edição comemorativa) – Coimbra, Quarteto Editora, ISBN – 972-8535-97-X.
- |Collière, M. F. (2003). **Cuidar... a primeira arte da vida** (2 ed.). Loures: Lusociência. 2003: 107
- |Conselho Internacional de Enfermeiros (2003) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. CIPE/ICNP: versão Beta 2. 3.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- |Cordeiro, M. (2003). **Venha conhecer o Lobo Mau...**Lisboa: Publisher Team.
- |Del Campo, A. (2000). **Prevención de Abusos Sexuales a Menores: Evaluación de una Intervención Preventiva en educación Primaria**. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade de Salamanca, Espanha. Disponível em: [www.ulusofona.pt](http://www.ulusofona.pt)
- |Direcção Geral da Saúde (2008). **MausTratos em Crianças e Jovens: Intervenção da Saúde** –Documento Técnico.2008:1-79.
- |Direcção Geral da Saúde (2010). **Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral**. Circular Normativa nº 14/DSPPS/DCVAE .2010: 1-3.
- |Direcção Geral da Saúde (2010). **Programa Nacional VacinaçãoI**. Circular Normativa nº 08/DT .2005: 1-74.

|Espiney, L. (2004, Dezembro). **Implementação do Processo de Bolonha a nível nacional**. Dezembro 10, 2009, disponível em: [http://www.fap.pt/file/fapbolonharelnacionais/Bolonha\\_Enfermagem.pdf](http://www.fap.pt/file/fapbolonharelnacionais/Bolonha_Enfermagem.pdf)

|Estatuto da Ordem dos Enfermeiros - aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e Republicado por Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro.

|Fávero, M. (2003). **Sexualidade Infantil e Abusos Sexuais a Menores**. Lisboa: Climepsi.

|Gonzalez, O., (2000), **Las Necesidades Educativas del niño hospitalizado**, Revista Inclusão, 1, pp. 53-66.

|Levy, M., (1996), **Os Direitos da Criança Hospitalizada**, Acta Pediátrica Portuguesa, 27, 4, pp. 655-657.

|Lowden, J. (2002) **Children's rights: a decade of dispute**. Journal of Advanced Nursing (JAN), United Kingdom, v. 37, n. 1, p. 100-7. Disponível em: [www.journalofadvancednursing.com](http://www.journalofadvancednursing.com)

|Lorenz L, Moyse K & Surguy H. (2005) **The Benefits of Baby Massage**. Paediatric Nursing. 17(5): 15-20.

|Marrach, L.; Kahhle, E. (2003). **Saúde e doença: o que pensam e sentem as crianças hospitalizadas e suas mães acompanhantes**. Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 73-84. Disponível em: [www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php)

|Moyse K. (2005). **Baby Massage and Baby Play: promoting touch and stimulation in early childhood**. Paediatric Nursing; 17(5): 30-34.

|Neto, L.(2003). Dez Questões Sobre o Modelo Comunicacional da Gestão Coordenada das Significações (CMM) - Pensar Enfermagem, Vol.7, Nº1, 1º Semestre.

|Metzger, C.(2002). **Cuidados de Enfermagem e Dor**. Lusociência, p. 160-161. Loures.

|Nunes, L. (2006). **Usuários dos Serviços de Saúde e os seus direitos**. Revista Brasileira de Bioética Volume 2: Nº 2. Pag:201-219. Disponível em: [www.ceb.com.pt/page3.php](http://www.ceb.com.pt/page3.php)

|Ordem dos Enfermeiros, (2002). **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**, Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos. Divulgar - Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

|Ordem dos Enfermeiros (2003), **Competências do enfermeiro de cuidados gerais** – Lisboa, Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem, p24

|Ordem dos Enfermeiros (2006). **Investigação em Enfermagem**. Tomada de Posição, Lisboa, 26 Abril de 2006 disponível <http://www.ordemenfermeiros.pt>

|Ordem dos Enfermeiros (2006). **Investigação em Enfermagem**. Tomada de Posição, Lisboa, 26 Abril de 2006 disponível <http://www.ordemenfermeiros.pt>

|Ordem dos Enfermeiros (2010). – **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista** Ordem dos Enfermeiros, Art.º7. disponível <http://www.ordemenfermeiros.pt>

|Ordem dos Enfermeiros (2010). – **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem**. Ordem dos Enfermeiros, Art.º7. disponível <http://www.ordemenfermeiros.pt>

|Pinto, C.; Figueiredo, M<sup>a</sup>. (1995) – **Cuidar da Criança Doente**. In: Revista Técnica de Enfermagem Nursing. (Dez. 1995 :8 -15);

|Quiles, J., e Carrillo F., (2000), **Hospitalización Infantil**, Madrid, Biblioteca Nueva, pp. 3-50.

|Pooley C. ( 2009) **The Right Touch**. Paediatric Nursing. N<sup>o</sup>9.

|Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1998). Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado e Republicado por Lei n<sup>o</sup> 111/2009 de 16 de Setembro

|Sanderson, C. (2005). **Abuso Sexual em Crianças: Fortalecendo Pais e Professores Para Proteger Crianças de Abusos Sexuais**. (F. Oliveira, Trad). São Paulo: M. Books do Brasil Editora. (Original publicado em 2004)

|Serralheiro, E. (2005). **Identificação, organização, operacionalidade, análise e desenvolvimento de conceitos**. Porto.

|Sirgado, M. (2006). Prevenção de abusos e negligência em relação às crianças. **Folha informativa: Instituto de Apoio à Criança – Projecto de Rua**, 44, 1-15. CARVALHO, E. C.;

#### **World Wide Web:**

|<http://www.dgs.pt>

|<http://www.ordemosenfermeiros.pt>

|<http://www.acs.min-saude.pt>

|<http://www.portaldasaude.pt>



## | ANEXOS



## **ANEXO I**

### **DINAMIZAÇÃO DA MASSAGEM INFANTIL;**



## Enquadramento Teórico

### Massagem Infantil

.....  
 .....  
 As sessões de massagem infantil são percebidas como um palco ideal para a partilha de momentos familiares, beneficiando a aproximação, ligação e vinculação segura entre pais e bebés (Moyses, 2005). Nesta sessão familiar, o Enfermeiro utiliza um boneco simulador para exemplificar as técnicas de massagem, transmitindo aos pais conhecimentos que autogarão a sua autonomia. É uma ótima oportunidade para discutir problemas e dissolver algumas dúvidas parentais, colmatando as suas necessidades com ensinamentos especializados, no que é entendido como um fórum de discussão parental (Lorenz, Moyses & Surguy, 2005; Moyses, 2005). Surge também como um incentivo à participação do pai, contrariando a natureza do *Cuidar*, na sua maioria remetido ao papel da mulher como mãe (Pooley, 2009). O conceito de ligação é muito familiar aos Enfermeiros de Pediatria. A existência de ligação entre a tríade torna-se a característica mais importante para o correcto desenvolvimento infantil e vinculação entre os mesmos, confirmando estudos a hipótese de na sua inexistência o bebé nem sobreviver ou afectar gravemente a sua capacidade de aprendizagem futura (Moyse, 2005; Pooley, 2009). Estas sessões de Massagem, auxiliam a construção de uma calorosa e afectiva relação entre pais e bebé, no sentido de constituir o primeiro passo para o seu equilíbrio emocional e psicológico em adulto bem como nas suas relações futuras. O Enfermeiro encoraja os pais a verbalizarem com o seu bebé e a toca-los de uma forma positiva, ou seja, gentil e amorosa, para que possam beneficiar de todas as vantagens que tem para oferecer: o relaxamento muscular, a redução das cólicas, a melhoria da circulação e melhores padrões de sono e alimentação (Pooley, 2009; Lorenz, Moyses & Surguy, 2005).

Através da massagem os pais podem comunicar com os 5 sentidos, estimulando sentimentos de confiança e de protecção (Lorenz, Moyses & Surguy, 2005), constituindo um palco de excelência no sentido de o Enfermeiro os dotar de competências cuidativas do seu filho.



.....  
 .....  
 :: Moyses K. Baby Massage and Baby Play: promoting touch and stimulation in early childhood. Paediatric Nursing. 2005; 17(5): 30-34.

:: Lorenz L, Moyses K & Surguy H. The Benefits of Baby Massage. Paediatric Nursing. 2005; 17(5): 15-20.

:: Pooley C. The Right Touch. Paediatric Nursing. 2009: 9.



Enf.<sup>a</sup>  
 Alexandra  
 Correia

# MASSAGEM DO TEMPO

UMA HISTÓRIA CONTADA PELO TOQUE...

| Curso de Massagem Infantil



**Era uma vez um grande sol amarelo...**

(com uma mão no ombro, a outra mão faz círculos no sentido dos ponteiros do relógio nas costas)

**...que aqueceu o mundo inteiro...**

(fazer raios a sair para os lados)

**Mas olha, nuvens estão a aparecer e taparam o sol...**

(fazer pequenos círculos com as almofadas dos dedos)

**Depois veio o vento...**

**A soprar cada vez com mais força...e mais força...e mais força...**

(deslize a mão de um lado para o outro, com mais força...mais força)

**...até que o vento se transformou num tornado e furacão...**

(começar nos ombros e fazer movimentos circulares com as almofadas dos dedos)

**Depois vieram os relâmpagos ...**

(fazer relâmpagos com os dedos)

**E a trovoada...**

(bater nas costas com as mãos)

**Depois veio a chuva...**

(começar nos ombros e deslizar até ao fundo das costas com os dedos)

**E choveu com mais força...e mais força...**

(menos movimentos mas com mais força)

**...até que a chuva se transformou em granizo... e mais granizo...**

("brincar" com a ponta dos dedos nas costas...com mais e mais força)

**Depois começou a nevar e tudo ficou lindo e branco...**

(carregar suave e lentamente nas costas)

**E a única coisa que se via era um gato a subir para o telhado...**

(fazer pegadas nas costas a utilizar a palma da mão)

**Finalmente apareceu o nevoeiro e tudo ficou tranquilo...**





### |Dinamização das Sessões de Massagem Infantil





## **ANEXO II**

### **GUIA DE ORIENTAÇÃO PARENTAL DO PNV**



## **:: Enquadramento Teórico ::**

### **Guia de Orientação Parental sobre o Programa Nacional de Vacinação**

A vacinação tem um papel fulcral no sucesso da prevenção da morbilidade e da mortalidade infantil (DGS,2006) e quando associada a uma vigilância adequada a nível dos cuidados de saúde primários, forma uma combinação imprescindível para o desenvolvimento saudável da criança. Ainda de acordo com a DGS (2006) “o Programa Nacional de Vacinação (PNV) é um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal. Apresenta um esquema de vacinação recomendado que constitui uma “receita universal”. A sua importância a nível da prevenção de doenças infecto-contagiosas, essencialmente em lactentes e em crianças durante a primeira infância é inquestionável, no entanto e ainda se verificam muitos incumprimentos do mesmo. Esta é uma situação preocupante, não só a nível Nacional como a nível Mundial, uma vez que, “cerca de dois milhões de crianças morrem anualmente por doenças evitáveis com uma a três doses da vacina”(Pugliesi, Tura & Andreazzi, 2010). Somente taxas de cobertura vacinais de cerca de 95%, permitem obter imunidade de grupo (DGS, 2006).

De acordo com Ferreira (2006), os incumprimentos face ao PNV, “correspondem aproximadamente a 11% da população infantil e deve-se sobretudo a factores culturais e étnicos (somente 42% de crianças de etnia cigana cumprem o PNV), negligência (45%), a intercorrências infecciosas (42%) e à inacessibilidade aos centros de saúde (cerca de 2%)”. Porém outra questão se levanta na problemática do incumprimento do PNV: a não adesão á vacinação infantil por parte dos pais, que de forma mais ou menos livre e esclarecida, recusam vacinas consideradas obrigatórias para o cumprimento do PNV. É sem dúvida, uma responsabilidade pessoal, que deve ser bem elucidada (Ferreira 2006). Para Poltorak (2004), citado por Cunha & Durand (2008), os antecedentes pessoais, a parentalidade, os raciocínios dos pais sobre os filhos, as próprias noções de doença, de infecção e de imunidade, assim como, as percepções pessoais e culturais de responsabilidade, as relações específicas e contextuais com os serviços de saúde, entre outros aspectos, encontram-se profundamente implicados no modo como a comunidade age e compreende a vacinação. A decisão de não vacinar não surge somente das controvérsias científicas em torno de uma ou outra vacina, antes pelo contrário, surge de uma variedade de factores que se encontram insuficientemente estudados (Cunha & Durand 2008).

No entanto, é inegável que o empenho por parte dos profissionais de saúde em promover o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação, seja pela sistematização informática dos dados dos utentes durante as consultas externas ao Centro de Saúde, as visitas domiciliárias, quer pelos diversos meios de divulgação e comunicação, têm surtido efeito(Cunha & Durand 2008).Aos profissionais de saúde compete divulgar o programa, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas susceptíveis,

nomeadamente através da identificação e aproximação a grupos de imigrantes ou outros, com menor acesso aos serviços de saúde. Cabe aos mesmos promover a confiança dos cidadãos na vacinação, pois esta é fundamental para o cumprimento do Programa, devendo ser-lhes dedicada atenção, informação e cuidados que garantam o acesso e adesão igualitária à mesma (DGS, 2006).

.....

- I. Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação: Orientações técnicas”. Ministério da Saúde. 2005: 1-84.
- II. Pugliesi M, Andreazzi M, Tura L. Mothers and the vaccination of children: a study of social representations in the public health sector. Revista Brasileira de saúde Materno-infantil, 2010;10(1): 75-84.
- III. Ferreira G. A Sociedade Portuguesa de Pediatria e o Programa nacional de Vacinação. 2006. [actualizada em: 2005; acesso em 15.05.2010;10h]. Disponível em: [www.apifarma.pt](http://www.apifarma.pt).
- IV. Cunha M, Durand J. Nas fronteiras do Corpo, do Saber e do Estado - Vacinação e Sociedade. Repositorium-Universidade do Minho [actualizada em: 2005; acesso em 20.05.2010;9h]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/7650>.



**UCC** Srª da Hora



“Todos os Cuidados e Cuidados para

## Guia de Orientação Parental Sobre o Programa Nacional de Vacinação

**CENTRO DE SAÚDE DA SENHORA DA HORA**



**Ana Sofia Guimarães | Marta Machado**

**UCP – ICS | 3º Curso de Pós – Licenciatura**

**Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**Sob Orientação da Sr.ª Enf.ª Alexandra Correia**

**| Procure facilmente a informação que pretende nas Tabelas!**

**Tabela n.º1** | Programa Nacional de Vacinação 2006 **4**

**Tabela n.º2** | As Doenças e as suas Vacinas **6**

**Tabela n.º3** | Vacinas BCG e VHB **8**

**Tabela n.º4** | Vacinas VIP | DTPa | Hib **9**

**Tabela n.º5** | Vacinas MenC **10**



**Tabela n.º6** | Vacina VASPR **10**

**Tabela n.º7** | Vacina Td **11**

## Sumário:



<b>1. O que é o Programa Nacional de Vacinação?</b>	<b>3</b>
<b>2. Vacinas: o que são e para que servem?</b>	<b>5</b>
<b>3. A Vacinação e a Protecção contra as Doenças</b>	<b>6</b>
<b>4. Cuidados no Domicilio com a Criança após as Vacinas</b>	<b>8</b>

## 1. O QUE É O PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO?

A **Vacinação** é o meio mais seguro e por vezes, o único que permite resistir a infecções. A criação das vacinas e do **Programa Nacional de Vacinação** (ver Tabela n.º1) permitiu que houvesse uma grande redução do número de pessoas com infecções graves e da mortalidade que elas causavam.



O **Programa Nacional de Vacinação (PNV)** é o esquema de vacinação proposto para toda a população, em que as diferentes vacinas e doses são distribuídas ao longo dos anos, desde o recém-nascido até à idade adulta. Assim:

- 
- ✓ **É criado pelo Ministério da Saúde;**
  - ✓ **É gratuito;**
  - ✓ **Destina-se a toda a população;**
  - ✓ **Incluí todos os tipos de vacinas indispensáveis;**
  - ✓ **Pode variar com o País;**
  - ✓ **Segue as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS).**
- 

Na maioria das vacinas são **necessárias várias doses para que haja defesa eficaz**. As doses das diferentes vacinas são dadas ao longo da infância a eficácia ser máxima e, registadas no **Boletim Individual de Saúde da Criança** (Ver figura ao lado).



para

**Tabela n.º 1** | Programa Nacional de Vacinação 2006

<b>Idade</b>	<b>Vacinas</b>
<b>Recém-nascido</b>	<b>BCG</b>
	<b>VHB 1ª dose</b>
<b>2 meses</b>	<b>DTPa   VIP   Hib 1ªdose</b>
	<b>VHB 2ªdose</b>
<b>3 meses</b>	<b>Men C 1ªdose</b>
<b>4 meses</b>	<b>DTPa ; VIP; Hib 2ªdose</b>
<b>5 meses</b>	<b>Men C 2ªdose</b>
<b>6 meses</b>	<b>DTPa ; VIP; Hib 3ªdose</b>
	<b>VHB 3ªdose</b>
<b>15 meses</b>	<b>VASPR 1ªdose</b>
	<b>Men C 3ªdose</b>
<b>18 meses</b>	<b>DTPa   Hib 4ªdose</b>
<b>5 - 6 anos</b>	<b>DTP 5ªdose   VIP 4ªdose</b>
	<b>VASPR 2ªdose (nascidos em 1993 é aos 13 anos)</b>
<b>10 - 13 anos</b>	<b>Td</b>
	<b>VHB (as 3 doses - nascidos antes de 1998)</b>
<b>De 10 em 10 anos</b>	<b>Td</b>

**Legenda:** **BCG** - Vacina contra a Tuberculose; **VIP** - Vacina contra a Poliomielite (vírus inativado); **DTP** - Vacina contra Difteria-Tétano-Tosse Convulsa (*pertussis* acelular); **Td** - Vacina contra Tétano-Difteria (Difteria em dose de adulto); **Hib** - Vacina contra doença invasiva por *Haemophilus influenzae* do serotipo b; **VHB** - Vacina contra Hepatite B; **VASPR** - Vacina contra Sarampo-Parotidite epidémica-Rubéola; **Men C** - Vacina contra doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do serotipo C.

## 2. A VACINAÇÃO E A PROTECÇÃO CONTRA AS DOENÇAS

Uma vacina é uma substância derivada ou semelhante ao agente causador de doença. Estas substâncias são apresentadas às células do sistema imunitário, que aprendem a reconhecê-las e a combatê-las durante a infecção. Assim quando uma pessoa produz anticorpos suficientes, significa que tem protecção contra a doença que pode durar meses, anos ou mesmo toda a vida. Se a mesma pessoa voltar a estar em contacto com o agente da infecção, os anticorpos que circulam na corrente sanguínea impedem a doença de se desenvolver ou reduzem a sua gravidade (através da “memória imunológica”, o nosso sistema protector consegue reconhecer e combater milhões de organismos diferentes).



**Outro factor importante é que a vacinação também evita a contaminação entre as pessoas e assim surtos de doenças!**

---

**Deve evitar a vacinação no caso de:** febre, infecções, doenças activas da pele, cancro, se estiver a tomar corticosteróides, a fazer radiações ou outra qualquer contra-indicação médica...

---

A prevenção é a melhor abordagem que devemos tomar, pelo que devemos antecipar a ocorrência de uma alergia grave. Assim, antes da administração de qualquer vacina, deve informar o Enfermeiro **sobre reacções anteriores às vacinas e alergias, nomeadamente ao ovo, a gelatinas, a leveduras (fermento de padeiro) e a antibióticos, bem como a outros alimentos e medicamentos.**



### 3. CONTRA QUE DOENÇAS PROTEGEM AS VACINAS?

Nas Tabelas seguintes pode encontrar toda a informação sobre as **Doenças que são prevenidas pelas Vacinas** incluídas no Programa Nacional de Vacinação, de forma simples e acessível:



**Tabela n.º2** | As Doenças e as suas Vacinas

Doença	O que é?	Qual vacina tomar para proteger as crianças?
Tuberculose	É uma doença infecciosa e contagiosa causada por um micróbio chamado <b>"bacilo de Koch"</b> , atingindo os <b>pulmões, gânglios, rins, ossos, intestino e meninges.</b>	BCG
Hepatite	<b>É uma inflamação do fígado</b> causada pelo <b>vírus B (Vírus Hepatite B)</b> , podendo transmitir-se pelo sangue contaminado e pelas relações sexuais. As complicações frequentes são a <b>inflamação crónica, a destruição, o mau funcionamento progressivo do fígado e o cancro.</b>	VHB
Poliomielite	É uma <b>doença infecciosa</b> causada por um vírus, pode invadir o Sistema Nervoso Central causando <b>febre, diarreia e paralisia.</b>	VIP
Difteria - Tétano - Tosse Convulsa	A <b>Difteria</b> também conhecida por <b>crupe ou garrotilho</b> é uma <b>doença infecciosa e</b> contagiosa, alojando-se ao nível das amígdalas, laringe, faringe, fossas nasais e pele, provocando infecções graves até mesmo a morte. O <b>Tétano é uma doença infecciosa</b> causada por uma toxina altamente letal, afectando <b>os nervos motores</b> , causando espasmos musculares dolorosos até à sua <b>paralisação.</b> A <b>tosse convulsa é uma doença</b>	DTPa

	<b>infecciosa do tracto respiratório</b> , contagiando-se através de gotículas provenientes da tosse ou do espirro.	
Haemophilus influenzae serotipo tipo B	É um <b>microrganismo que se aloja no tracto respiratório humano</b> . É responsável por infecções respiratórias e infecções graves como a <b>meningite e septicemia</b> (infecção corporal generalizada), principalmente nas crianças.	Hib
Meningite por Meningococo C	A <b>meningite e a infecção grave</b> causada por bactérias, são importantes causas de mortalidade e/ou de sequelas neurológicas a longo prazo.	Men C
Sarampo - Parotidite Epidémica - Rubéola	O <b>sarampo e a rubéola</b> são <b>doenças contagiosas</b> provocadas por um vírus, transmitindo-se essencialmente através de gotas de saliva durante o espirro e a tosse. A <b>parotidite</b> (papeira) é uma <b>infecção contagiosa causada por um vírus</b> que provoca uma dilatação dolorosa das glândulas salivares, podendo afectar outros órgãos, sobretudo nos adultos.	VASPR
Tétano e Difteria	Ver Tétano e Difteria na vacina DTPa.	Td

#### 4. CUIDADOS EM CASA COM A CRIANÇA APÓS AS VACINAS

Após a administração das Vacinas, o **Enfermeiro irá alertá-lo para alguns sinais ou sintomas** que ocorrem com mais frequência, sendo muito importante saber o que fazer! Pode ver nas Tabelas seguintes, o que esperar e que atitudes tomar, assim:



**Tabela n.º3** | Vacinas BCG e VHB

Idade da Criança	Vacinas	Reacções às Vacinas	Atitudes
<b>Recém – Nascido</b>	<b>BCG</b> (Tuberculose)	Forma-se um <b>Nódulo vermelho até ficar numa Vesícula. 2 4 semanas depois forma uma úlcera que cicatriza em 2 5 meses</b>	Lavar normalmente a zona da cicatriz. <b>Não colocar pensos nem pomadas.</b> Se <b>aparecimento de febre   inchaço (abcesso é raro) –</b>
<b>Recém – Nascido   2 e 6 meses</b>	<b>VHB (Hepatite B)</b>	<b>Dor, rubor e inchaço no local da injeção</b>    <b>Febre até 24/48h após (Temp.Rectal » 38,5° e Temp.Axilar » 38°)</b>    <b>Mau-estar, fadiga, dores de cabeça, náuseas, tonturas...</b>	encaminhar para o médico.    <b>Aplicar Gelo</b> protegendo a pele com um pano/toalha    <b>Administrar antipirético</b> consoante peso da criança

**Tabela n.º4** | Vacinas VIP | DTPa | Hib

Idade da Criança	Vacinas	Reacções às Vacinas	Atitudes
<b>2   4 e 6 meses</b>	<b>VIP</b> (Vírus Inactivado Poliomielite)	<b>Rubor, dor, ardor e inchaço</b> no local da injeção <b>48h após</b> podendo <b>durar 1   2 dias</b>	<b>Aplicar Gelo</b> protegendo a pele com um pano/toalha    <b>Administrar antipirético</b> consoante peso da criança
<b>2   4   6 e 18 meses</b>	<b>DTPa</b> (Difteria – Tétano – Tosse Convulsa)	<b>Febre » 40,5° 48h após</b>   <b>Pouco reactivo e “corpo mole” 48h após</b>   <b>Choro contínuo e/ou gritos persistentes durante 3h, 48h após</b>   <b>Convulsões com ou sem febre, 3 dias após</b>	<b>Consultar médico assistente</b>
<b>2   4   6 e 18 meses</b>	<b>Hib</b>  ( <i>Haemophilus influenzae</i> do serotipo b)	<b>Rubor, dor, ardor e inchaço</b> no local da injeção <b>48h após</b> podendo <b>durar 1   2 dias</b>	<b>Aplicar Gelo</b> protegendo a pele com um pano/toalha

**Tabela n.º5** | Vacinas MenC

Idade da Criança	Vacinas	Reacções às Vacinas	Atitudes
<b>3   5 e 15 meses</b>	<b>MenC</b> (Meningite Meningococo C)	<b>Dor, rubor e inchaço no local da injeção até 24/48h</b>    <b>Febre (Temp.Rectal » 38,5° e Temp.Axilar » 38°)</b>    <b>Choro, irritabilidade, sonolência, diarreia, náuseas, vômitos...</b>	<b>Aplicar Gelo</b> protegendo a pele com um pano/toalha    <b>Administrar antipirético</b> consoante peso da criança

**Tabela n.º6** | Vacina VASPR

Idade da Criança	Vacinas	Reacções às Vacinas	Atitudes
<b>15 meses</b> <b>5   6 anos</b>	<b>VASPR</b> (Sarampo   Parotidite Epidémica   Rubéola)	<b>Rubor, calor, ardor, dor, inchaço no local de injeção (frequente)</b>    <b>Febre » 39,4° com aparecimento 5   12 dias após</b>    <b>Irritabilidade, choro intenso, mau-estar, diarreia, sonolência e vômitos...</b>	<b>Aplicar Gelo</b> protegendo a pele com um pano/toalha    <b>Administrar antipirético</b> consoante peso da criança

**Tabela n.º7** | Vacina Td

Idade da Criança	Vacinas	Reacções às Vacinas	Atitudes
10   13 anos De 10   10 anos	Td (Tétano)	<p>  Rubor, dor, calor e inchaço no local de injeção, 1   3 dias após</p> <p>  Febre (Temp.Rectal » 38,5° e Temp.Axilar » 38°)</p> <p>  Nódulo duro e doloroso no local da injeção (pode durar semanas até desaparecer)</p> <p>  Dores de cabeça, arrepios, vertigens, tensão baixa, dores musculares...</p>	<p>  Aplicar Gelo protegendo a pele com um pano/toalha</p> <p>  Administrar antipirético consoante peso da criança</p>



## Consulta de Enfermagem de Saúde Ir



### Centro de Saúde da Senhora da Hora

Rua da Lagoa nº 4460 SENHORA DA HORA

Telefone Geral: 229568500



**UCC** Srª da Hora





### **ANEXO III**

#### **DINAMIZAÇÃO DO CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO;**



## Dinamização do Cantinho da Amamentação



**CANTINHOS de AMAMENTAÇÃO na ULSM**

*Sempre presente uma Concelheira em Amamentação...*

Hospital Pedro Hispano | 4ª e 6ª Feiras | 11h às 13h

---

**CENTROS DE SAÚDE:**

C.S. Sra. Hora	3ª   4ª   5ª Feiras   11h às 13h
C.S.S. Mamede	6ª Feira   12h às 13h
C.S. Mafalinhos	2ª Feira   12h às 13h
	4ª Feira   12h às 14h
C.S. Leça Palmeira	4ª   5ª Feiras   13h às 14h
U.S. Lavra	6ª Feira   12h às 14h

**§ 08 Amamentação**  
9 02 02 02 01

**Mama Mater**  
2 14 52 2 019

**§ IMEG 8 00 20 2 844**

(ajuda sobre amamentação e lactação)

[www.amamentacao.org](http://www.amamentacao.org)  
[www.mamamater.org](http://www.mamamater.org)  
[www.amama.pt](http://www.amama.pt)

**Comité do Aleitamento Materno da ULSM**



## **ANEXO IV**

ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “ PEDICULOSE NAS ESCOLAS”;





**3ª Curso de Especialização em Enfermagem  
de Saúde Infantil e Pediatria**

Ano Lectivo 2009/2010

Docente orientadora: Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Isabel Quelhas

Enfermeira Tutora: Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Alexandra Correia

**Planeamento**

**de uma Acção de Educação para a Saúde:**

**“Projecto Pediculose| Na Escola ”**



**|Ana Sofia Guimarães & Marta Machado**

## SUMÁRIO

0. Introdução	<b>100</b>
1. Análise da Situação	101
2. Objectivos	102
3. Selecção de Conteúdos	103
4. Metodologias, Meios e Estratégias	104
5. Organização/Programação da Actividade	105
<b>5.1 Plano da Actividade</b>	<b>106</b>
6. Selecção e Organização de Estratégias de Avaliação	108
7. Conclusão	110
8. Bibliografia	111
<b>ANEXOS</b>	<b>113</b>
<i>Anexo A- Instrumento de avaliação de pré-requisitos</i>	<i>113</i>
<i>Anexo B- Instrumento de avaliação sumativa</i>	<i>117</i>
<i>Anexo C –Instrumento de avaliação da AES</i>	<i>121</i>
<i>Anexo D – Apresentação PowerPoint do projecto</i>	<i>127</i>
<i>Anexo E – Folheto distribuído aos pais</i>	<i>135</i>
<i>Anexo F – Relatórios das avaliações sumativas e diagnósticas</i>	<i>139</i>

## 0. INTRODUÇÃO

Esta Acção de Educação para a Saúde surge no âmbito do Estágio do Módulo I – Saúde Infantil, em contexto de Intervenção na Comunidade, do 2º semestre do 3º curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Esta actividade desenvolvida encontra-se sob a orientação tutorial da Enfermeira Alexandra Correia, a decorrer no Centro de Saúde da Sr.<sup>a</sup> da Hora na Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC), no período de 19 de Abril a 19 de Junho de 2010.

Após uma reunião com as Coordenadoras da Saúde Escolar do Centro de Saúde supracitado, foi sugerida a apresentação de uma Acção de Educação para a Saúde no domínio do Projecto da Pediculose, direccionada para os educadores e pais das escolas pertencentes ao Agrupamento de Guifões, suprimindo assim uma necessidade formativa/informativa por este Agrupamento expressa.

Deste modo, os principais objectivos deste planeamento são:

- ✓ Desenvolver competências relativas à planificação de uma Acção de Educação para a Saúde;
- ✓ Servir de instrumento de avaliação para o Estágio de Módulo I;

Este documento encontra-se organizado em sete capítulos desde a introdução até à bibliografia, iniciando-se com uma análise da situação, seguidamente com a enumeração dos objectivos da actividade, a selecção de conteúdos, metodologias, meios e estratégias, organização e programação da actividade, selecção e organização de estratégias de avaliação, terminando na conclusão.

## 1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

A pediculose assume-se como uma doença que tem afectado a humanidade ao longo de toda a história. Antigamente a sua alta prevalência foi relacionada com a limitada disponibilidade de água e deficientes condições higiénicas, situações estas que diminuíram drasticamente na primeira metade do séc.XX. Já nos anos 60, houve um aumento significativo na prevalência mundial da pediculose, relacionado com novos hábitos de vida, como o declínio dos hábitos de higiene pessoais, o aumento da promiscuidade sexual e o uso de cabelos longos, especialmente, entre as camadas mais jovens (Neira *et al*, 2009; Catalá *et al*, 2005).

Alguns estudos reforçam ainda que a prevalência da Pediculose se encontra também associada a factores genéticos, baixas condições sociais e características populacionais propensas à infestação. Apontam também como factor predisponente, a elevada resistência aos anti-parasitários, como o lindano e a permetrina, quando utilizados de forma excessiva ou preventiva (Motovali – Emami, 2008).

A Pediculose pode transmitir-se pelo contacto directo, dada a migração de parasitas entre diferentes couros cabeludos, durante brincadeiras ou manifestações de carinho, como os abraços (Catalá *et al*, 2005), reforçando a importância dos ensinamentos preventivos pela equipa de Enfermagem no sentido de erradicar a sua propagação. Apesar de algumas crianças de apresentarem como assintomáticas, a maior parte manifesta extremo desconforto com o prurido persistente, que ocorre devido à sintetização da saliva e conteúdo fecal do antigénio. As crianças com idades inferiores a 5 anos, não costumam manifestar imediatamente sintomas de infestação do couro cabeludo, no entanto encontra-se descrito que crianças com mais de 10 anos, manifestam-se precocemente (Motovali – Emami, 2008).

Complicações associadas ao parasitismo podem surgir, dadas as lesões do couro cabeludo provocadas pelo coçar permanente, como infecções bacterianas secundárias, adenopatias cervicais, dermatites generalizadas e dermatites pós-terapêuticas (Catalá *et al*, 2005; Motovali – Emami, 2008). É por isso necessário desmistificar a problemática da Pediculose junto de educadores e pais, que aparentemente se anuncia como um problema transitório e sem complicações associadas.

A promoção da saúde é um processo muito importante que desde há muito vem a ser sugerido, no entanto na prática, metodologias para o seu alcance ainda estão a ser aprimoradas. A escola é o palco ideal para a realização de Acções que visem a mesma e, onde a pediculose aparece e prolifera, principalmente. Por este e outros motivos, foi produzida uma actividade de Educação para a Saúde sobre este tema, com base na pesquisa bibliográfica qualitativa realizada (Cunha, 2006).

## 2. OBJECTIVOS

Neste capítulo serão definidos os objectivos desta Acção de Educação para a Saúde, atendendo aos grupos alvo diferenciados: educadores e pais de crianças que frequentam os Estabelecimentos de Ensino, do Agrupamento de Guifões. A diferenciação de grupos alvo, exige a demonstração de competências comunicacionais, de liderança e estratégias motivacionais diferentes. Assim sendo, constitui um óptimo palco de aprendizagem, de atingimento de alguns Indicadores de Avaliação de Estágio bem como de algumas competências necessárias a um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

Com a realização da actividade pretendemos atingir os seguintes objectivos:

### **Objectivos Gerais:**

- ✓ Sensibilizar para a problemática da Pediculose;
- ✓ Desenvolver competências comunicacionais com diferentes audiências;
- ✓ Desenvolver competências no domínio das estratégias motivacionais de grupo;
- ✓ Realizar uma Avaliação da Aprendizagem nos grupos alvo;
- ✓ Suprimir uma necessidade formativa/informativa do Agrupamento de Guifões, no âmbito da Pediculose;

### **Objectivos Específicos:**

- ✓ Desmistificar o conceito de Pediculose;
- ✓ Informar sobre os principais sinais e sintomas da Pediculose;
- ✓ Explicar as principais vias de transmissão da Pediculose;
- ✓ Instruir sobre medidas a adoptar para diagnosticar um caso de Pediculose;
- ✓ Instruir sobre medidas a adoptar no tratamento da Pediculose, relacionadas com a aplicação dos anti – parasitários;
- ✓ Instruir sobre medidas a adoptar no tratamento da Pediculose, relacionadas com o acondicionamento e higienização de roupas, brinquedos e outros objectos;
- ✓ Incentivar a adopção de medidas preventivas, como estratégia de combate e erradicação da Pediculose;

### 3. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS

De acordo com a finalidade da sessão e com os objectivos a atingir, os conteúdos educacionais seleccionados são:

- ✓ O que é a Pediculose?
- ✓ Quais as Queixas mais Comuns?
- ✓ Como se transmite?
- ✓ Como se faz o diagnóstico?
- ✓ Qual o tratamento?
- ✓ Que produtos utilizar?
- ✓ Medidas preventivas

#### 4. METODOLOGIA, MEIOS E ESTRATÉGIAS

O método pedagógico utilizado deve contribuir para que não seja dada atenção excessiva ao formador em detrimento do formando e do programa.

Ao contribuir directamente para orientar o modo como se gere a transmissão de conhecimentos, o método constitui-se fundamentalmente como o meio para atingir os fins da formação e não o fim em si, mantendo e promovendo o equilíbrio entre Formando – Saber – Formador (Soares, 2008). As técnicas pedagógicas são tácticas que se destinam a suscitar no formando um ou diversos comportamentos de aprendizagem, revelando-se como uma acção reflectida e metódica do formador (Ferro 2004, cit. Soares, 2008).

De acordo com o tipo de objectivos educacionais o método escolhido por excelência será o **Expositivo**, onde o formador organiza e expõe oralmente todos os conteúdos segundo a sua própria lógica, desenvolvendo todo o conteúdo, com uma determinada estruturação de raciocínio e respectivo resultado (Soares, 2008). Como um dos perigos deste tipo de método pedagógico é a distorção frequente da comunicação oral, serão lançadas algumas questões ao grupo alvo no sentido de avaliar o grau de compreensão da mensagem veiculada, de modo a obter um feedback positivo.

Naturalmente, dada a existência de múltiplas técnicas à disposição do formador, não faria sentido que apenas pudesse utilizar uma técnica com um método (Soares, 2008) Assim sendo as técnicas utilizadas nesta Acção de Educação para a Saúde, serão as **técnicas de exposição e demonstração**, uma vez que a adequação das técnicas a utilizar prende-se com os objectivos a atingir.

## 5. ORGANIZAÇÃO/ PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE

Esta actividade surgiu mediante a sugestão da Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Alexandra, em contexto de Saúde Escolar na UCC, após detecção da necessidade formativa/informativa do Agrupamento de Escolas de Guifões.

As datas para a realização desta Acção de Educação para a Saúde serão dia 2 (pelas 16h), 14 e 16 de Junho de 2010( pelas 18h) na Escola EB1 de Guifões, Sendim e Lomba, aos educadores e pais.

Os recursos utilizados na realização desta Acção de Educação para a Saúde, de cariz humano e material, serão mencionados seguidamente:

- ✓ Recursos Humanos: duas estudantes de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa do Porto (UCP), do 3º Curso de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria;
- ✓ Recursos Físicos: uma sala de aula;
- ✓ Recursos materiais: um computador portátil; um projector e materiais para higienização de cabelos.
- ✓ Recursos Financeiros: suportados pelas estudantes de Enfermagem do 3º Curso de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria.

### 5.1 Plano da Actividade

<p><b>Formadores:</b> Ana Guimarães e Marta Machado   Alunas do Curso de EESIP-ICS/UCP, Estágio de Módulo I</p> <p><b>Tema:</b> Projecto da Pediculose   Na Escola</p> <p><b>Duração:</b> 20 minutos</p>	<p><b>Grupo destinatário:</b> Educadoras (Assistentes Operacionais) e Pais</p> <p><b>Local:</b> Escola EB1 de Guifões, Sendim e Lomba</p> <p><b>Data:</b> 2/14/16 de Junho 2010.</p> <p><b>Hora:</b> 16 horas e 18 horas</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sensibilizar para a problemática da Pediculose;</li> <li>✓ Desenvolver competências comunicacionais com diferentes audiências;</li> <li>✓ Desenvolver competências no domínio das estratégias motivacionais de grupo;</li> <li>✓ Realizar uma avaliação de aprendizagem nos grupos alvo;</li> <li>✓ Suprimir uma necessidade formativa/informativa do Agrupamento de Custóias, no âmbito da Pediculose;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Desmistificar o conceito de Pediculose;</li> <li>✓ Informar sobre os principais sinais e sintomas da Pediculose;</li> <li>✓ Explicar as principais vias de transmissão da Pediculose;</li> <li>✓ Instruir sobre medidas a adoptar para diagnosticar um caso de Pediculose;</li> <li>✓ Instruir sobre medidas a adoptar no tratamento da Pediculose, relacionadas com a aplicação dos anti – parasitários;</li> <li>✓ Instruir sobre medidas a adoptar no tratamento da Pediculose, relacionadas com o acondicionamento e higienização de roupas, brinquedos e outros objectos;</li> <li>✓ Incentivar a adopção de medidas preventivas, como estratégia de combate e irradicação da Pediculose;</li> </ul>

<b>FASES  TEMPO</b>	<b>CONTEÚDO</b>	<b>MÉTODOS E TÉCNICAS</b>	<b>RECURSOS DIDÁTICOS</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>  (5 minutos)	Apresentação do conteúdo da Acção de Educação para a Saúde, da forma como irão ser ministrados os conteúdos e como será realizada a avaliação.  Avaliação de Pré – Requisitos.	Método Expositivo   Técnica da Exposição	Projectáveis: computador e projector.	Pré-requisitos (diagnóstica)
<b>DESENVOLVIMENTO</b>  (15 minutos)	Conceito de Pediculose.  Sinais e sintomas.  Diagnóstico e Transmissão.  Produtos e Tratamento.  Medidas Preventivas.	Método Expositivo  Técnica da Exposição  Técnica da Demonstração	Projectáveis: computador e projector.  Material de higienização de cabelos.	
<b>CONCLUSÃO</b>  (5 minutos)	Síntese das principais ideias.  Avaliação da aprendizagem.	Método Expositivo  Técnica da Exposição	Projectáveis: computador e projector.	Sumativa: Prova Objectiva

## 6. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

Para cada actividade realizada é destinado um momento de avaliação. Só desta forma, podemos compreender a eficácia/sucesso da mesma.

A avaliação diagnóstica será realizada, no início da acção de educação para a saúde com um questionário avaliativo<sup>1</sup>. Este mesmo questionário será igualmente realizado no final da sessão<sup>2</sup> com o intuito de comparar os resultados, permitindo deste modo verificar se os conhecimentos foram cimentados ou adquiridos e se os objectivos educacionais previamente enunciados foram ou não alcançados.

Desta forma definimos os seguintes **indicadores de avaliação**:

- ✓  $(N^{\circ} \text{ de respostas dadas correctamente ao questionário entregue no inicio da sessão} / N^{\circ} \text{ total de questões}) \times 100 = \% \text{ de respostas correctas para cada questão}$
- ✓  $(N^{\circ} \text{ de respostas dadas correctamente ao questionário entregue no final da sessão} / N^{\circ} \text{ total de questões}) \times 100 = \% \text{ de respostas correctas para cada questão}$
- ✓  $(\text{Total de Respostas Correctas (Avaliação Inicial)} / \text{Total de Respostas}) \times 100 = \text{Média de Respostas Correctas (\%)}$
- ✓  $(\text{Total de Respostas Correctas (Avaliação Final)} / \text{Total de Respostas}) \times 100 = \text{Média de Respostas Correctas (\%)}$

Actualmente entende-se que a avaliação da formação, consiste na mediação do nível de qualidade atingido por um processo formativo e, na atribuição de um juízo de valor relativo à sua aplicabilidade e adequação às pessoas, grupos e organizações em função da resolução das necessidades previamente detectadas (Falcão, 2008).

Entre alguns modelos e teorias de avaliação, o modelo proposto por Kirkpatrick é o que mais consenso reúne, pela estrutura hierarquizada que apresenta e fácil aplicação dos níveis propostos (Falcão, 2008). Este modelo integra uma sequência lógica da intervenção avaliativa que se processa em quatro níveis de avaliação, que genericamente se apresentam da seguinte

---

<sup>1</sup> Ver Anexo A (Instrumento de Avaliação de Pré-Requisitos (Diagnóstico))

<sup>2</sup> Ver Anexo B (Instrumento de Avaliação Sumativa: Prova Objectiva)

forma: o nível I, avalia a reacção dos participantes à formação; o nível II, avalia as aprendizagens efectuadas pelos formandos; o nível III, avalia os comportamentos no contexto real de trabalho (formandos alteraram os comportamentos através da formação) e o nível IV, avalia os resultados da formação (impacto/ganhos em saúde sensíveis a Cuidados de Enfermagem) (Cardoso, 2002).

Como o Estágio do Módulo I se encontra limitado em 180h de exercício profissionalizante no domínio da Saúde Infantil, o nível III e IV não poderão ser realizados, dado exigirem muito tempo para a sua análise. No entanto o nível I e II, serão avaliados recorrendo a Instrumentos realizados previamente pelas alunas formadoras, com intuito de avaliar a Acção de Educação para a Saúde (distribuindo um questionário de satisfação pessoal <sup>3</sup>) no final da sessão e, avaliar a aprendizagem dos formandos em dois momentos: no início (questionário de avaliação de conhecimentos/pré-requisitos sobre a temática) e no fim (questionário de avaliação sumativa, designado por prova objectiva).

O tratamento e análise dos dados recolhidos e a elaboração dos relatórios são fundamentais para o processo de avaliação (Cardoso, 2002). Assim sendo, no final da Educação para a Saúde, será produzido um relatório que represente os dados obtidos na avaliação de nível I e nível II, para que se possam aferir algumas conclusões.

---

<sup>3</sup> Ver Anexo C: Instrumento de Avaliação da Acção de Educação para a Saúde (Questionário de Satisfação Pessoal)

## 7. CONCLUSÃO

A realização do Planeamento da Acção de Educação para a Saúde permitiu a correcta organização e o estabelecimento de prioridades formativas, no sentido do cumprimento dos objectivos desejados.

As Acções de Educação para a Saúde assumem extrema importância na sensibilização dos grupos alvo para a problemática da Pediculose em meio escolar, visando o esclarecimento de pais e educadores sobre medidas preventivas, diagnósticas e de tratamento, desmistificando ainda falsas crenças sobre esta forma de parasitismo.

## 8. BIBLIOGRAFIA

- ✓ Neira PE., et al. Utilidade do pente metálico com dentes microcanulados no diagnóstico da pediculose. *An Bras Dermatol*: 2009; 84(6):615-21.
- ✓ Catalá S., et al. *Pediculus capitis* infestation according to sex and social factors in Argentina. *Rev. Saúde Pública*: 2005; 39(3): 438-43.
- ✓ Motovali-Emami M., et al. Epidemiological aspects of *Pediculosis capitis* and treatment evaluation in primary-school children in Iran. *Pakistan Journal of Biological Sciences*: 2008; 11(2): 260-64.
- ✓ Cunha PVS. Educação em Saúde: informação versus mudança de comportamento, estudo da pediculose sob o olhar da promoção da saúde do Programa Saúde na Escola. Rio Janeiro: 2006; 1-343.
- ✓ Soares A. Métodos e Técnicas Pedagógicas. ENA: 2008; 1-66.
- ✓ Ferro AM. O Método Expositivo. Coleção Formar Pedagogicamente: 2004; 24-45.
- ✓ Falcão A. Avaliação da Formação. ENA: 2008; 1-15.
- ✓ Cardoso Z. Avaliação da formação: Glossário anotado. Instituto para a Inovação da Formação: 2002; 1-25



## **ANEXOS**

### **ANEXO A | Instrumento de Avaliação de Pré-Requisitos (Diagnóstico)**




**Projecto da Pediculose**

- Na Escola -

**Avaliação  
de Pré-requisitos**
**Enf.ª Ana Guimarães | Enf.ª Marta Machado**

Alunas da Pós – Licenciatura

| Especialização em

**Sob Orientação | Enf.ª Alexandra Correia**

O presente questionário serve de **Instrumento de Avaliação de Pré – Requisitos**, ou seja, serve para uma **Avaliação Diagnóstica** de conhecimentos sobre a temática da Pediculose, garantindo o anonimato dos seus participantes, na publicação dos resultados no Relatório de Actividade.

Questões	Verdadeiro	Falso
1 – “ A Pediculose é uma doença, não comum na idade escolar”		
2 – “ Está associada à falta de higiene na criança”		
3 – “Um dos sintomas mais frequentes é a irritação do couro cabeludo”		
4 – “A pediculose não tem problemas associados”		
5 – “Crianças infestadas com piolhos podem partilhar pentes e escovas”		
6 –“ Para realizar o diagnóstico de pediculose pode-se utilizar qualquer tipo de pente”		
7 – “No tratamento da pediculose as roupas que não podem ser lavadas a quente devem ser fechadas num saco”		
8 – “ Um dos tratamentos da pediculose é o uso de vinagre ou água salgada”		
9 – “O Nix e o Quitoso podem ser aplicados em crianças com menos de seis meses”		
10 – “Não existem reacções secundárias do uso do Nix e do Quitoso”		



**ANEXO B| Instrumento de Avaliação Sumativa (Prova Objectiva)**




**Projecto da Pediculose**

- Na Escola -

**Avaliação  
da Aprendizagem**
**Enf.ª Ana Guimarães | Enf.ª Marta Machado**

Alunas da Pós – Licenciatura

| Especialização em

**Sob Orientação | Enf.ª Alexandra Correia**

O presente questionário serve de **Instrumento de Avaliação Sumativa: Prova Objectiva**, ou seja, serve para avaliar as aprendizagens efectuadas sobre a temática da Pediculose, garantindo o anonimato dos seus participantes, na publicação dos resultados no Relatório de Actividade.

Questões	Verdadeiro	Falso
1 – “ A Pediculose é uma doença, não comum na idade escolar”		
2 – “ Está associada à falta de higiene na criança”		
3 – “Um dos sintomas mais frequentes é a irritação do couro cabeludo”		
4 – “A pediculose não tem problemas associados”		
5 – “Crianças infestadas com piolhos podem partilhar pentes e escovas”		
6 –“ Para realizar o diagnóstico de pediculose pode-se utilizar qualquer tipo de pente”		
7 – “No tratamento da pediculose as roupas que não podem ser lavadas a quente devem ser fechadas num saco”		
8 – “ Um dos tratamentos da pediculose é o uso de vinagre ou água salgada”		
9 – “O Nix e o Quitoso podem ser aplicados em crianças com menos de seis meses”		
10 – “Não existem reacções secundárias do uso do Nix e do Quitoso”		



**ANEXO C | Instrumento de Avaliação da Acção de Educação para a Saúde  
(Questionário de Satisfação Pessoal)**





**Enf.ª Ana Guimarães | Enf.ª Marta Machado**

Alunas da Pós – Licenciatura

| Especialização em

**Sob Orientação | Enf.ª Alexandra Correia**

1. Relativamente aos conteúdos programáticos, considera que:		1	2	3	4	5	
1.1 O tema abordado foi:	Pouco Interessante						Muito Interessante
1.2 O tema abordado foi:	Pouco Aprofundado						Muito Aprofundado
1.3 O tema abordado teve:	Pouco Interesse						Muito Interesse
1.4 O tempo dedicado à exposição teórica foi:	Insuficiente						Mais que necessário
1.5 O tempo dedicado à exposição prática foi:	Insuficiente						Mais que necessário
1.6 A acção em termos de aquisição de novos conhecimentos foi:	Insuficiente						Excelente

<b>2.. Relativamente ao desempenho das formadoras:</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
2.1 Foram claras na apresentação do problema:	Pouco Claras						Totalmente Claras
2.2 Dominavam as matérias que abordaram:	Fraco Dominio						Ótimo dominio
2.3 Conseguiram motivar os formandos:	De forma Insuficiente						De forma Excelente
2.4 Foram claras nas intervenções realizadas:	Pouco Claras						Totalmente Claras
2.5 Incentivaram a participação dos formandos:	Fraco Incentivo						Forte Incentivo
2.6 Demonstraram interesse nas dificuldades dos formandos:	Fraco Interesse						Muito Interesse

<b>3. Relativamente à organização da Acção, designadamente ao que toca a recursos de apoio mobilizados para a mesma:</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
3.1 A qualidade e a adequação da documentação distribuída?	Muito Fraca						Muito Boa
3.2 A qualidade e adequação das	Muito Fracas						Muito Boas

instalações e condições ambientais?							
3.3 A duração da acção?	Insuficiente						Mais que necessário
3.4 O horário da acção de formação?	Inadequado						Totalmente Adequado

**Obrigada (o) pela sua participação!**



**ANEXO D| Apresentação PowerPoint do Projecto**



Projecto da Pediculose - na Escola - **Sumário**

- 1 | O que é a Pediculose?
- 2 | Quais as queixas mais comuns?
- 3 | Como se transmite?
- 4 | Como se faz o diagnóstico?
- 5 | Qual o tratamento?
- 6 | Que produtos utilizar?
- 7 | Medidas preventivas
- 8 | Bibliografia



O que é a Pediculose? | 1

\* Em Portugal: maior incidência de Dezembro a Abril.

\* Problema maior em crianças de idade escolar.

\* Falsas crenças sobre a Pediculose:

- ✓ Associada a falta de higiene
- ✓ Níveis sócioeconómicos baixos



**Projecto da Pediculose**  
- na Escola -



Enf.ª **Ana Guimarães** | Enf.ª **Marta Machado**

Alunas da Pós-Licenciatura |  
Especialização em



Sob Orientação | Enf.ª **Alexandra Correia**



O que é a Pediculose? | 1



\* É uma doença provocada por um parasita, conhecido por piolho, que permanece no couro cabeludo.

\* A Pediculose ou piolho da cabeça (*Pediculus capitis*) vive do sangue que suga do couro cabeludo do homem parasitado.

\* Com o acasalamento, a fêmea põe ovos férteis (lêndex) fortemente aderidos aos cabelos. Após uma semana transformam-se numa lêndex branca lustrada e vazia.



Quais as queixas mais comuns? | 2



\*Prurido intenso (Comichão)

\*Irritação do couro cabeludo (pode sangrar)

\*erupção ao nível da nuca)



Como se transmite? | 3

- \* Pelo contacto directo
- \* Pela partilha de objectos contaminados  
como: pentes ou escovas, boné, almofada,  
etc.



Quais as queixas mais comuns? | 2



A Pediculose tem alguns problemas associados:

- \* Infecções Oportunistas (feridas no couro cabeludo)
- \* Febre Maculosa ou das Trincheiras
- \* Aparecimento de gânglios no pescoço
- \* Dificuldades em dormir
- \* Dificuldades de concentração
- \* Insucesso escolar/laboral
- \* Diminuição da auto-estima



Como se faz o Diagnóstico? | 4



4.1| Penteia-se o cabelo com um pente fino, da pele para as pontas tentando fazer cair a lénlea ou o piolho. Pode ser realizado com um creme amaciador (= desconforto).



4.2| Deve-se molhar os cabelos com água morna, podendo usar uma essência oleosa.

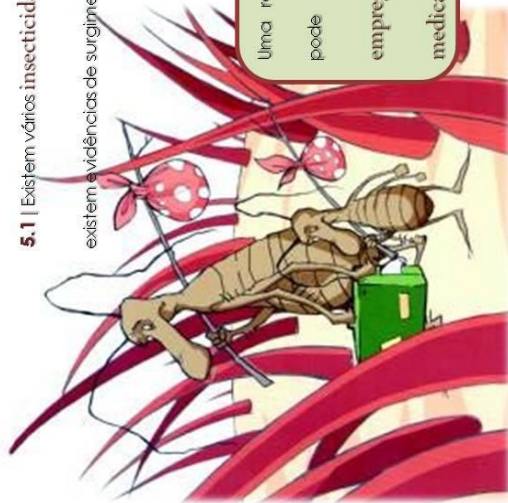


4.3| "Catar" o cabelo tentando encontrar os insectos ou seus ovos



Qual o Tratamento? | 5

**5.1** | Existem vários insecticidas que podem ser usados no entanto, existem evidências de surgimento de resistência dos piolhos aos insecticidas.



Uma resposta insuficiente ao tratamento pode ser devida à má técnica empregada ou à falta de repetição do medicamento em tempo útil.



Qual o Tratamento? | 5

**Produtos dentro do saco fechado como:**

- \* Gasolina
- \* Querosene
- \* Organofosforados



Qual o Tratamento? | 5

É necessário tratar das roupas também:

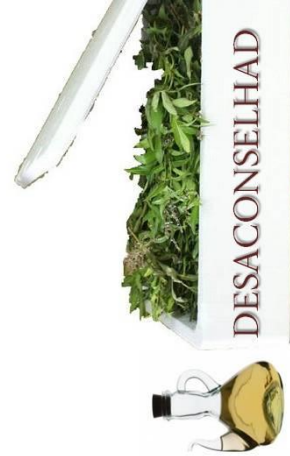
- 1.** Lavar as roupas pessoais e as da cama, com água » 60º
- 2.** Passar a ferro as roupas lavadas
- 3.** Roupas que não podem ser lavadas a quente, devem ser fechadas num saco (15 – 30 dias)



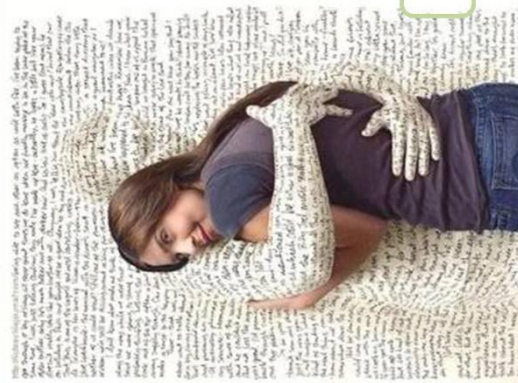
Qual o Tratamento? | 5

O Tratamento caseiro com:

- \* Vinagre
- \* Água Salgada
- \* Champô à base de ervas



Que produtos utilizar? | 6



\* Nix



\* Quitoso



Cumpra todas as indicações dos folhetos informativos.



| Nix Antiparasitário |

Como utilizar o Nix?

\*Agitar bem antes de usar.

1. **Lavar bem o cabelo** com um champô neutro.
2. **Enxague bem o cabelo.** Seque-o até ficar húmido.
3. **Aplique Nix no cabelo, couro cabeludo, orelhas e nuca.**
4. **Deixe actuar 10 min.**
5. **Enxague com muita água** e enquanto molhado **passe o pente de dentes finos.**
6. **Seque o cabelo como de costume.**



Que produtos utilizar? | 6



| Nix e Quitoso



| Antiparasitários |

| Considerações Gerais:

- \* Bem tolerado por crianças asmáticas | alérgicas
- \* Não são conhecidas interações entre o Nix e outros medicamentos
- \* Não é irritante para os olhos
- \* Não deve ser aplicado em crianças com menos de 6 meses
- \* Deve usar-se luvas na aplicação dos produtos.
- \* Repetir o tratamento 7 – 10 dias depois.



| Quitoso Antiparasitário |

Que produtos utilizar? | 6

Como utilizar Quitoso?

\*Agitar bem antes de usar.

1. **Aplicar a espuma** sobre cabelos durante **2-3min.Desde a base até à ponta.**
2. **Deixar actuar durante 10 min. Enxaguar bem o cabelo.**
3. **Lavar com champô normal.**
4. **Aplicar o pente de dentes finos.**



Que produtos utilizar? | 6

Reações Secundárias do Nix e Quitoso |

- \* Rubor
- \* Prurido (comichão)
- \* Irritação (ardor e picadas do couro cabeludo)
- \* Dermatite Contacto (a quem aplica o produto)



No caso de ingestão accidental, contactar CIAV por INTOXICAÇÃO!  
**808 250 143**



Medidas Preventivas | 7



- \* Não partilhar nem utilizar objectos pessoais emprestados
- \* Vigiar a cabeça diariamente para detectar a presença de piolhos e lêndecias
- \* Usar roupa limpa bem como mudar de roupa frequentemente



Medidas Preventivas | 7

Na Higiene dos Cabelos

- \* Evitar deixar os cabelos molhados ou húmidos
- \* Secar o cabelo com uma toalha/secador e não partilhar
- \* Lavar o cabelo 3 vezes por semana
- \* Lavar o cabelo com um champô adequado a cada tipo



Medidas Preventivas | 7

É muito importante envolver as crianças em Projectos de Trabalho relacionados com a Saúde e Higiene



Para desmistificar a Pediculose



## Bibliografia | 8

- ✓ Melo P. Estudo da prevalência e intensidade da pediculose. *Escolas do primeiro ciclo do ensino básico*. 2007; 1-44.
- ✓ Informed. Informação para o utilizador: Nix Creme Permetrina 1%. 2006; 1-4.
- ✓ Informed. Informação para o utilizador: Quitoso Permetrina. 2008; 1-6.
- ✓ Luzem K. Folha de instruções para os pais sobre o tratamento contra piolhos. 2004; 1-2.
- ✓ Fernandes A. Pediculose da Cabeça. 2007; 1-2.
- ✓ Kovalican RA, et al. Avaliação insecticida contra *Pediculus humanus capitis* De Geer e de irritação cutânea aguda de soluções hidroalcolicas contendo *Rivta graveolens* L. *Rev. Bras. Farm.*, 90(3); 2009; 200-203.



Fim | ...



Ana Guimarães



Marta Machado

Obrigada pela Atenção!



## Correcção da Prova Objectiva | ...

Questões	Verdadeiro	Falso
1. "A Pediculose é uma doença, não comum na idade escolar"		★
2. "Está associada à falta de higiene na criança"		★
3. "Um dos sintomas mais frequentes é a irritação do couro cabeludo"	★	
4. "A pediculose não tem problemas associados"		★
5. "Crianças infestadas com piolhos podem partilhar pentes e escovas"		★
6. "Para realizar o diagnóstico de pediculose pode-se utilizar qualquer tipo de pente"		★
7. "No tratamento da pediculose as roupas que não podem ser lavadas a quente devem ser fechadas num saco"	★	
8. "Um dos tratamentos da pediculose é o uso de vinagre ou água salgada"		★
9. "O Nix e o Quitoso podem ser aplicados em crianças com menos de seis meses"		★
10. "Não existem reacções secundárias do uso do Nix e do Quitoso"		★



**ANEXO E | Folheto distribuído aos pais**



Dias de Tratamento	Atitudes	
10		
	<b>NIX</b>	<b>QUITOSO</b>
	e	e
	<b>Couro cabeludo</b> <b>Orelhas</b> <b>Nuca</b>	
	e	
	Ou	
7 <sup>o</sup>   10 <sup>o</sup>	Repetir o Tratamento	



Projecto da pediculose  
- Na Escola -



UCC Srª da Hora

 Roupa Criança	 Roupa Interior	 Lavar roupa a 60°	 Passar a Ferro a Roupa	 Lavalório	 Bonecos	 Penles e Escovas	 Saco Fechado 15-30 dias
 Aplicar Espuma Quitoso	 Nix	 Tempo em minutos	 Enxaguar o cabelo. Água Corrente	 Secar com toalha	 Pente com Dentes finos	 Secador	 Champô Neutro   Normal

No caso de **Intoxicação** com Nix ou Quitoso

**Ligue: 808 250 143**

Enf.ª Ana Guimarães | Enf.ª Marta Machado

Alunas da Pós – Licenciatura

| Especialização em 

Sob Orientação | Enf.ª Alexandra Correia

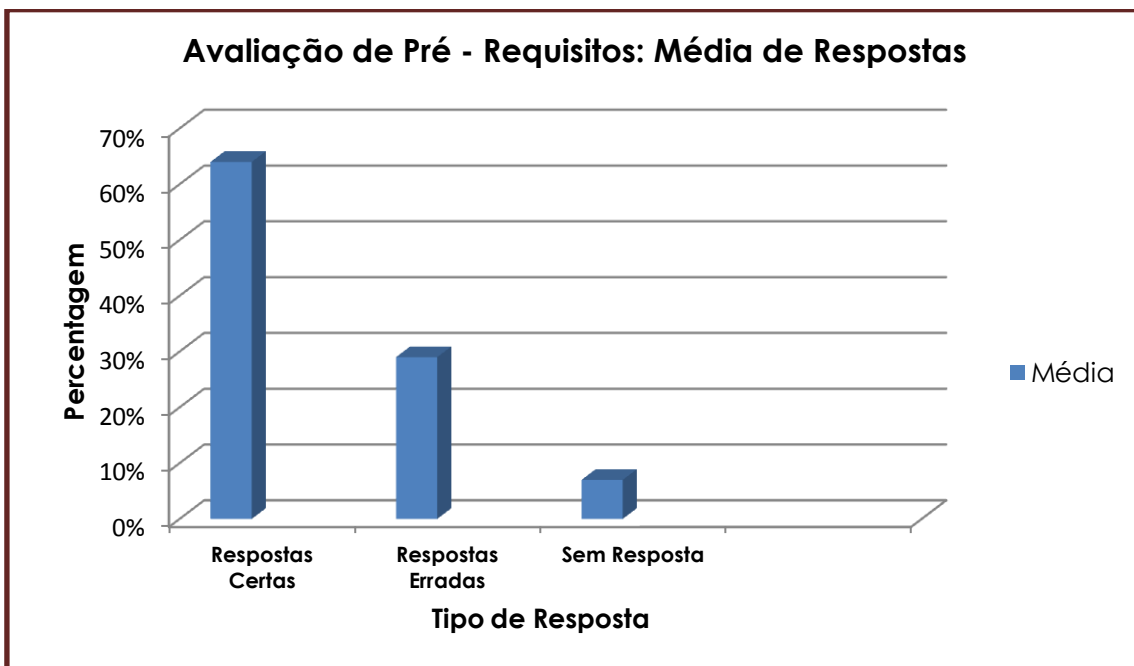
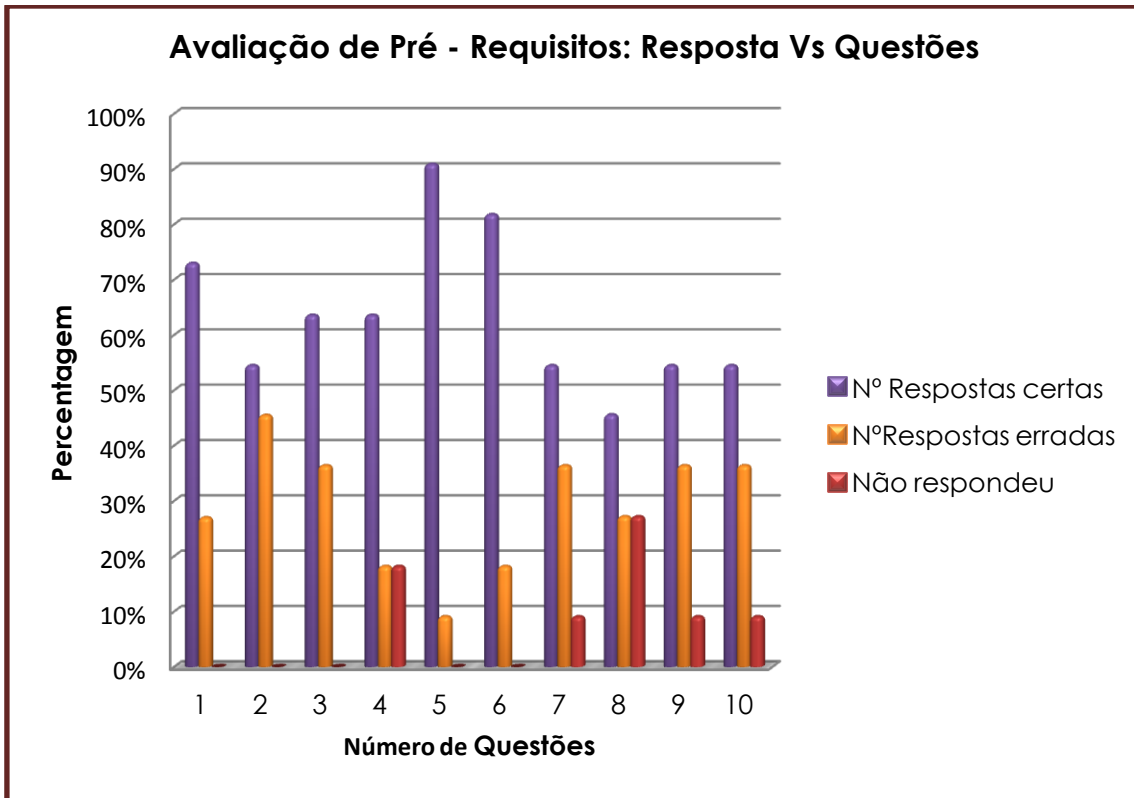
**ANEXO F | Relatórios de Avaliações Sumativas e Diagnósticas**



**RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E SUMATIVA DA ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE****PROJECTO DA PEDICULOSE – NA ESCOLA**

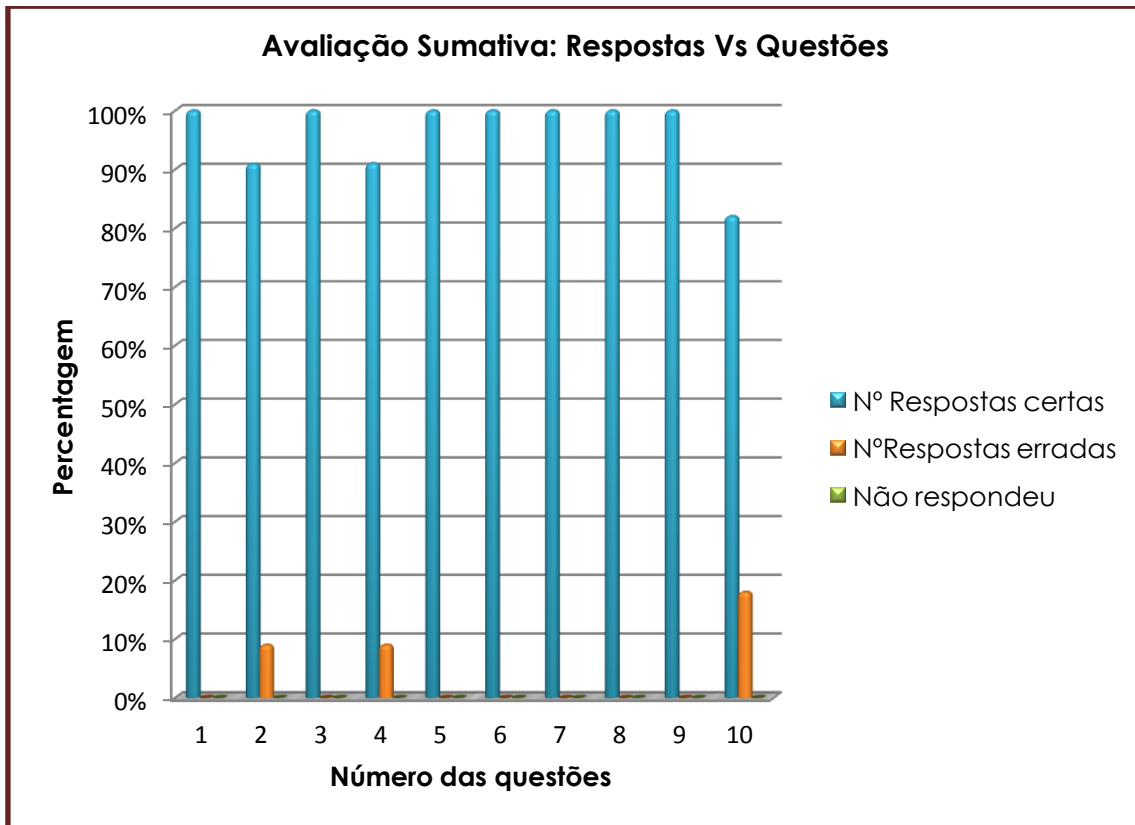
No contexto do processo contínuo de ensino-aprendizagem, a avaliação deve ser compreendida como um instrumento de diagnóstico, regulação e certificação. Assim, mais do que centrada nos produtos e na emissão de juízos de valor sobre o nível de conhecimentos que um determinado formando demonstra sobre os conteúdos e temas abordados ao longo da formação, a avaliação preocupa-se também com os processos, com os diferentes domínios de saber, assumindo um sentido mais amplo que integra diversas informações sobre os diferentes intervenientes e o próprio processo formativo (Brandão, 2008). Independentemente do tipo de avaliação pretendida, visa a diferenciação de sujeitos na construção de um conjunto de saberes no processo formativo, face a outros elementos ou perante objectivos definidos. De acordo com o Nível II do modelo proposto por Kirkpatrick (2004), que consiste na avaliação das aprendizagens realizadas pelos formandos, foi construído um Instrumento de Avaliação com esse propósito (Cardoso, 2002). Na construção do Instrumento de Avaliação de Pré – Requisitos (avaliação diagnóstica: que permite conhecer as competências e conhecimentos dos formandos previamente à formação) e Prova Objectiva (avaliação sumativa: que permite verificar se o processo de aprendizagem foi efectivo) foi considerado o exercício de “Verdadeiro ou Falso”, também designado por Respostas Alternativas ou Dicotómicas, dadas as suas vantagens, como: serem claramente mais fáceis de construir do que os de escolha múltipla, terem a capacidade de identificação de conceitos muito precisos ou de discriminação entre o correcto e incorrecto, permitirem a avaliação de um determinado número de conteúdos em pouco tempo, resposta rápida por parte dos participantes e correcção e cotação muito céleres. Na construção do Instrumento de Avaliação foram também consideradas as desvantagens do “Verdadeiro e Falso”, como só permitirem avaliar conteúdos no domínio da memorização e compreensão (quando a Acção de Educação para a Saúde compreende uma fracção prática) e a alta probabilidade (50%) de o formando indicar a resposta correcta ao acaso (Brandão, 2008).

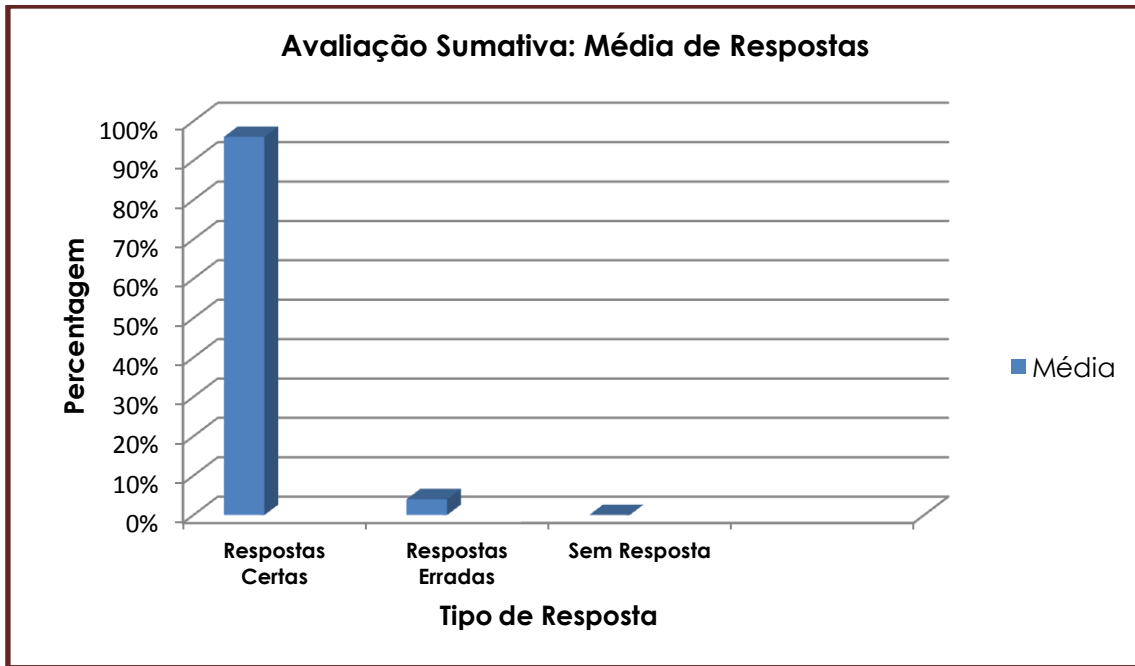
No Instrumento de Avaliação Diagnóstica e Prova Sumativa construído, o indicador sujeito a reflexão pelos participantes esplanava-se no domínio dos conhecimentos prévios à formação e nos conteúdos programáticos abordados, onde mediante o Teste de Selecção pre-definido (de resposta fechada), classificavam as questões como verdadeiras ou falsas. Assim sendo e, de acordo com os dados recolhidos, os gráficos seguintes podem ser ilustrativos dos conhecimentos e competências dos participantes face a este indicador:



De acordo com os dados expressos graficamente, facilmente se pode concluir que a média de respostas correctas equivalente a 64% do universo da amostra, representa um avultado grau de conhecimentos prévios à formação no domínio da Pediculose. Registam-se um maior número de respostas correctas nas questões 1, 5 e 6, com 73%, 91% e 82% respectivamente, equivalentes a conhecimentos relativos à prevalência, prevenção e diagnóstico de casos.

No que respeita ao domínio das respostas erradas, estas representam 29% do total de respostas, acentuando-se a falta de conhecimentos dos participantes a nível da questão 2, espelhando a existência de falsas crenças sobre a Pediculose, como o facto de estar associada a falta de higiene. As questões 3, 7, 9 e 10 apresentaram o mesmo nível de insucesso com 36,40% de respostas erradas, relativas a sintomas, acondicionamento de roupas de crianças infestadas com pediculos e o seu tratamento com anti-parasitários. Cerca de 7% do universo da amostra absteve-se de responder a algumas questões, anunciando uma maior percentagem a questão 8 com 27,70%, relativa a uma falsa crença sobre o tratamento caseiro da pediculose com vinagre e água salgada, ao qual na mesma percentagem se registaram respostas erradas.





De acordo com os dados expressos graficamente, regista-se um aumento a nível dos conhecimentos adquiridos sobre a problemática da Pediculose após a formação de 32%, ou seja, dos 64% iniciais para os 96% finais. Apesar do considerável aumento das respostas correctas, nas questões 2, 4 e 10, ainda se registaram algumas respostas erradas no que respeita aos domínios das falsas crenças, dos problemas associados e reacções secundárias dos anti-parasitários.

.....

\*Brandão S. Avaliação da Aprendizagem. ENA: 2008; 1-23.

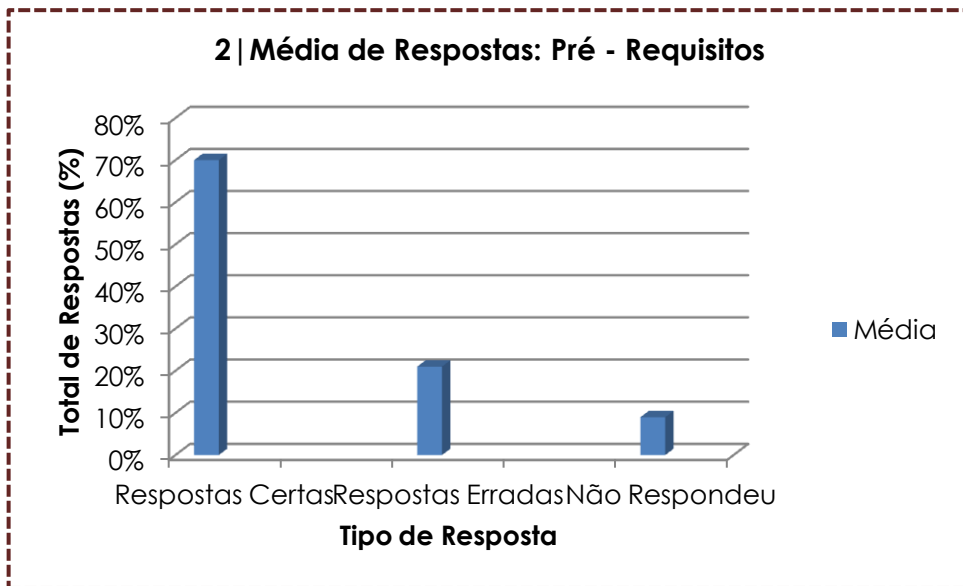
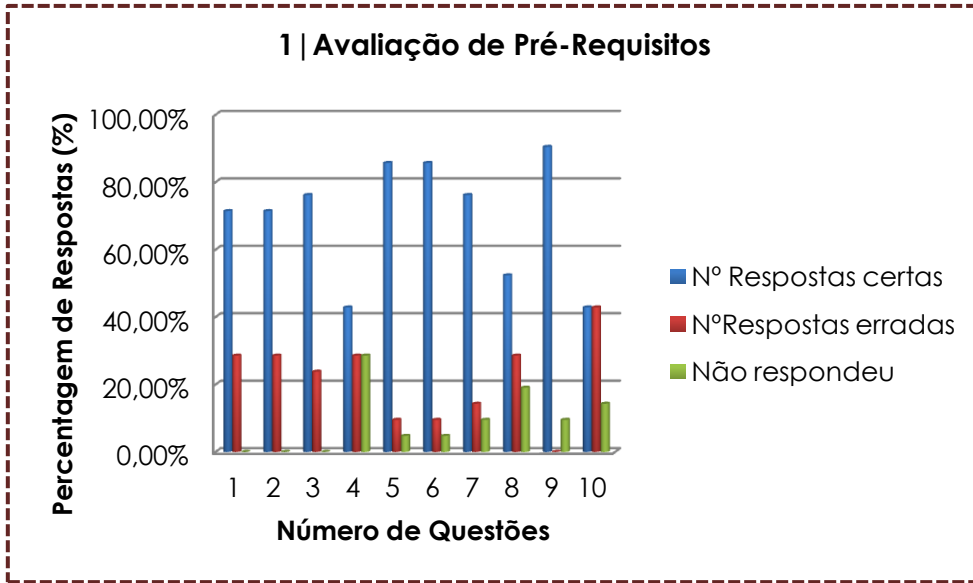
\*Cardoso Z. Avaliação da formação: Glossário anotado. Instituto para a Inovação da Formação: 2002; 1-25

## **RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E SUMATIVA DA ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

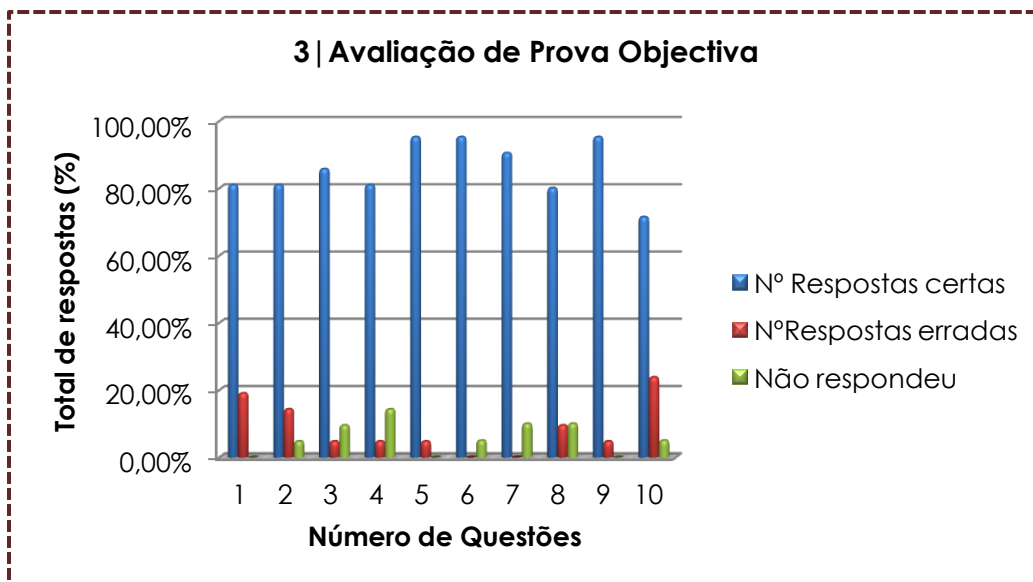
### **PROJECTO DA PEDICULOSE – NA ESCOLA**

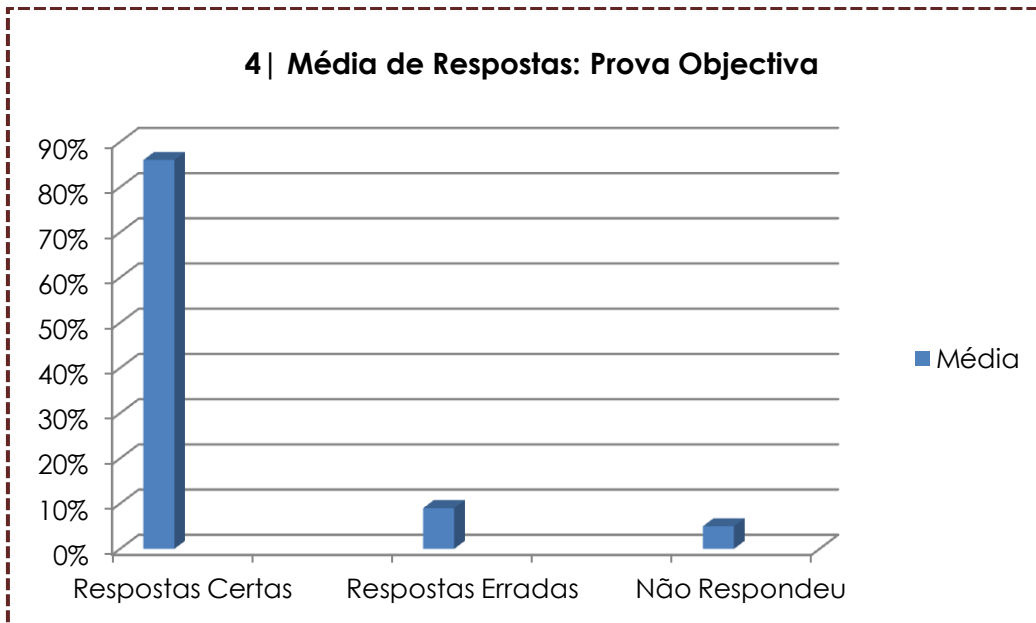
No contexto do processo contínuo de ensino-aprendizagem, a avaliação deve ser compreendida como um instrumento de diagnóstico, regulação e certificação. Assim, mais do que centrada nos produtos e na emissão de juízos de valor sobre o nível de conhecimentos que um determinado formando demonstra sobre os conteúdos e temas abordados ao longo da formação, a avaliação preocupa-se também com os processos, com os diferentes domínios de saber, assumindo um sentido mais amplo que integra diversas informações sobre os diferentes intervenientes e o próprio processo formativo (Brandão, 2008). Independentemente do tipo de avaliação pretendida, visa a diferenciação de sujeitos na construção de um conjunto de saberes no processo formativo, face a outros elementos ou perante objectivos definidos. De acordo com o Nível II do modelo proposto por Kirkpatrick (2004), que consiste na avaliação das aprendizagens realizadas pelos formandos, foi construído um Instrumento de Avaliação com esse propósito (Cardoso, 2002). Na construção do Instrumento de Avaliação de Pré – Requisitos (avaliação diagnóstica: que permite conhecer as competências e conhecimentos dos formandos previamente à formação) e Prova Objectiva (avaliação sumativa: que permite verificar se o processo de aprendizagem foi efectivo) foi considerado o exercício de “Verdadeiro ou Falso”, também designado por Respostas Alternativas ou Dicotómicas, dadas as suas vantagens, como: serem claramente mais fáceis de construir do que os de escolha múltipla, terem a capacidade de identificação de conceitos muito precisos ou de discriminação entre o correcto e incorrecto, permitirem a avaliação de um determinado número de conteúdos em pouco tempo, resposta rápida por parte dos participantes e correcção e cotação muito céleres. Na construção do Instrumento de Avaliação foram também consideradas as desvantagens do “Verdadeiro e Falso”, como só permitirem avaliar conteúdos no domínio da memorização e compreensão (quando a Acção de Educação para a Saúde compreende uma fracção prática) e a alta probabilidade (50%) de o formando indicar a resposta correcta ao acaso (Brandão, 2008).

No Instrumento de Avaliação Diagnóstica e Prova Sumativa construído, o indicador sujeito a reflexão pelos participantes esplanava-se no domínio dos conhecimentos prévios à formação e nos conteúdos programáticos abordados, onde mediante o Teste de Selecção pre-definido (de resposta fechada), classificavam as questões como verdadeiras ou falsas. Assim sendo e, de acordo com os dados recolhidos, os gráficos seguintes podem ser ilustrativos dos conhecimentos e competências dos participantes face a este indicador:



De acordo com os dados expressos graficamente, facilmente se pode concluir que a média de respostas correctas equivalente a 70% do universo da amostra, representa um avultado grau de conhecimentos prévios à formação no domínio da Pediculose. Registam-se um maior número de respostas correctas nas questões 5, 6 e 9 com 85,7% (questão 5 e 6) e 90,5% respectivamente, equivalentes a conhecimentos relativos à prevenção, diagnóstico e tratamento de casos. No que respeita ao domínio das respostas erradas, estas representam 21% do total de respostas, acentuando-se a falta de conhecimentos dos participantes a nível da questão 10 (42,8%), sobre as reacções secundárias dos anti-parasitários. As questões 1, 2 e 4 apresentaram o mesmo nível de insucesso com 28,6% de respostas erradas, relativas à prevalência, falsas crenças e problemas associados à pediculose. Cerca de 9% do universo da amostra absteve-se de responder a algumas questões, anunciando uma maior percentagem a questão 4 com 28,70%, relativa aos problemas associados da pediculose, ao qual na mesma percentagem se registaram respostas erradas.





De acordo com os dados expressos graficamente, regista-se um aumento a nível dos conhecimentos adquiridos sobre a problemática da Pediculose após a formação de 16%, ou seja, dos 70% iniciais para os 86% finais. Apesar do considerável aumento das respostas correctas, nas questões 1, 2 e 10, ainda se registaram algumas respostas erradas, na média de 9% e onde 5% se abstiveram de responder, no que respeita aos domínios da prevalência, falsas crenças e reacções secundárias dos anti-parasitários.

.....

\*Brandão S. Avaliação da Aprendizagem. ENA: 2008; 1-23.

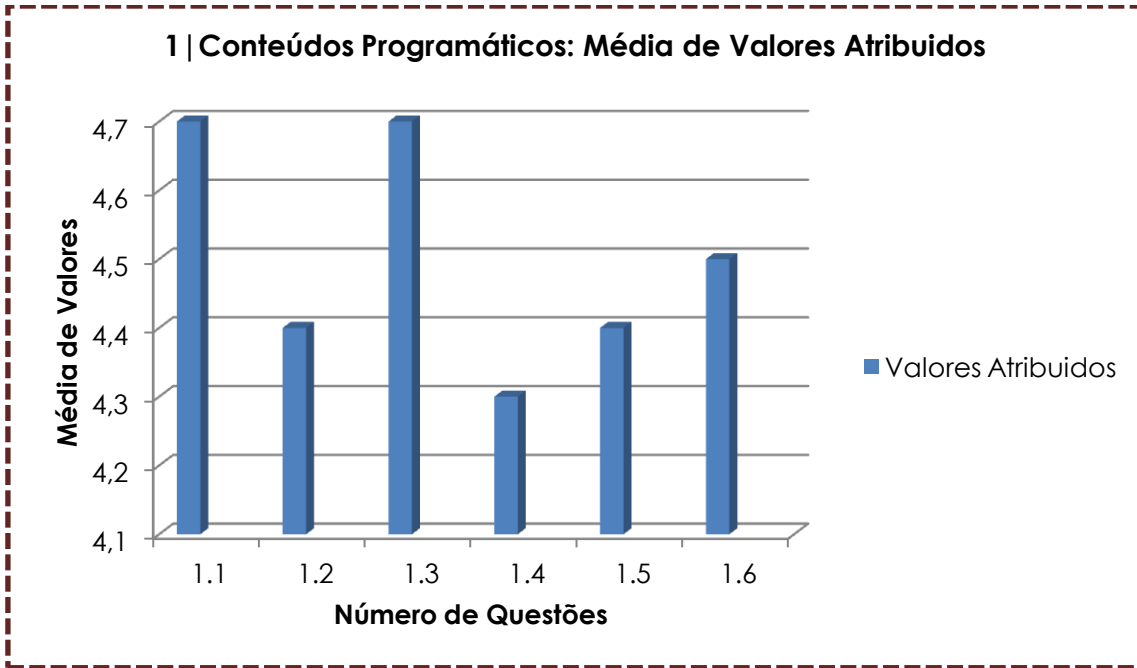
\*Cardoso Z. Avaliação da formação: Glossário anotado. Instituto para a Inovação da Formação: 2002; 1-25

**RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE****PROJECTO DA PEDICULOSE – NA ESCOLA**

De acordo com o Nível I do modelo proposto por Kirkpatrick (2004), que consiste na avaliação da reacção dos participantes à formação, foi construído um Instrumento com o propósito de avaliar a motivação e interesse dos mesmos na aprendizagem. Este Instrumento de Avaliação da Sessão Formativa determina o que se pretende avaliar, quantifica a qualidade das reacções, procura uma resposta imediata de forma a poder traduzir e comunicar os seus resultados e define padrões de satisfação aceitáveis (Cardoso, 2002). Com o intuito desta avaliação, as formadoras reforçaram a importância da sinceridade das respostas aos formandos, no sentido da não manipulação dos dados e sua posterior comunicação com fidelidade.

Na construção do Instrumento foram privilegiados alguns indicadores que se pretendiam avaliar como o conteúdo programático abordado na Sessão, o desempenho pessoal das formadoras e a organização da acção no que respeita a recursos de apoio mobilizados. Neste contexto, tornou-se necessário a referência a uma escala, para melhor compreensão da posição do participante face à sua satisfação pessoal com a sessão. A utilização de uma determinada escala permite, que o formador atribua um juízo de valor mediante um determinado domínio (Brandão, 2008). Assim sendo, na construção do Instrumento recorreu-se à numérica, variando num intervalo de 1 a 5, posicionando os formandos numa dimensão quantitativa; onde o nível 1 corresponde ao polo negativo e o nível 5 ao mais positivo.

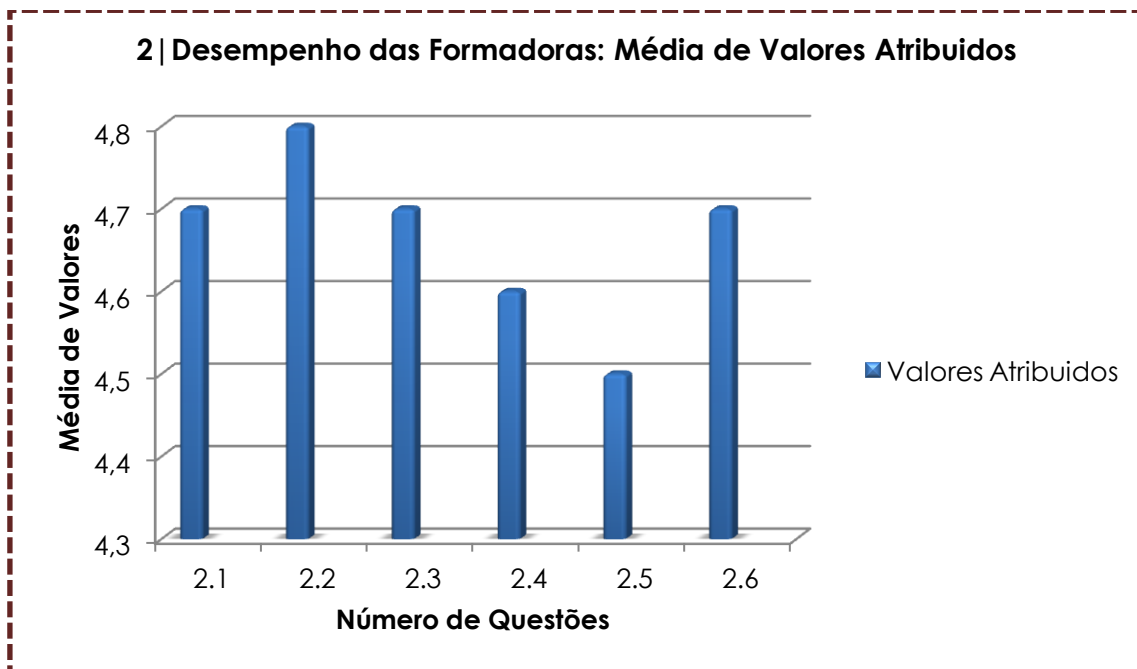
No Instrumento de Avaliação da Sessão construído, o primeiro indicador sujeito a reflexão pelos participantes esplanava-se no domínio dos conteúdos programáticos abordados, onde mediante a escala numérica classificavam o interesse e aprofundamento do tema, o tempo dedicado à exposição teórica e prática bem como a sua pertinência no que respeita à aquisição de novos conhecimentos. Assim sendo e, de acordo com os dados recolhidos, o gráfico e a tabela seguintes podem ser ilustrativos da satisfação pessoal dos participantes face a este indicador:



Questão 1.1			Questão 1.2		
NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA	NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA
3	4	27,3%	1	3	9%
8	5	72,7%	5	4	45,5%
			5	5	45,5%
Questão 1.3			Questão 1.4		
NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA	NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA
3	4	27,3%	1	3	9,1%
8	5	72,7%	6	4	54,5%
			4	5	36,4%
Questão 1.5			Questão 1.6		
NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA	NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA
1	3	9,1%	1	3	9,1%
5	4	45,5%	4	4	36,4%
5	5	45,5%	6	5	54,5%

De acordo com os dados expressos graficamente e na forma tabelar, pode concluir-se que 8 em 11 Educadoras classificaram a Sessão como “Muito Interessante: 5” (equivalentes às questões 1.1 e 1.3) representando cerca de 72,7 % do universo da amostra; 10 em 11 Educadoras classificaram o grau de aprofundamento do tema (questão 1.2) entre 4 e 5 valores, ou seja, entre “Muito Aprofundado” e “Aprofundado” respectivamente, representando cerca de 90,1% do universo da amostra; 10 em 11 Educadoras classificaram o tempo dedicado à exposição teórica e prática (questão 1.4 e 1.5) entre “Necessário” e “Mais que Necessário”, ou seja, entre 4 e 5 valores, correspondendo a 90,9% do universo da amostra e 10 em 11 Educadoras classificaram a acção em termos de aquisição de novos conhecimentos, entre 4 e 5 valores, ou seja, entre “Excelente” e “Muito Boa”, representando 90,9% do universo da amostra.

No Instrumento de Avaliação da Sessão construído, o segundo indicador sujeito a reflexão pelos participantes esplanava-se no domínio da satisfação pessoal com o desempenho das formadoras, onde mediante a escala numérica classificavam a clareza na apresentação da problemática e nas intervenções realizadas, o domínio das matérias abordadas, a motivação, o incentivo à participação e o interesse nas dificuldades dos formandos. Assim sendo e, de acordo com os dados recolhidos, o gráfico e a tabela seguintes podem ser ilustrativos da satisfação pessoal dos participantes face a este indicador:

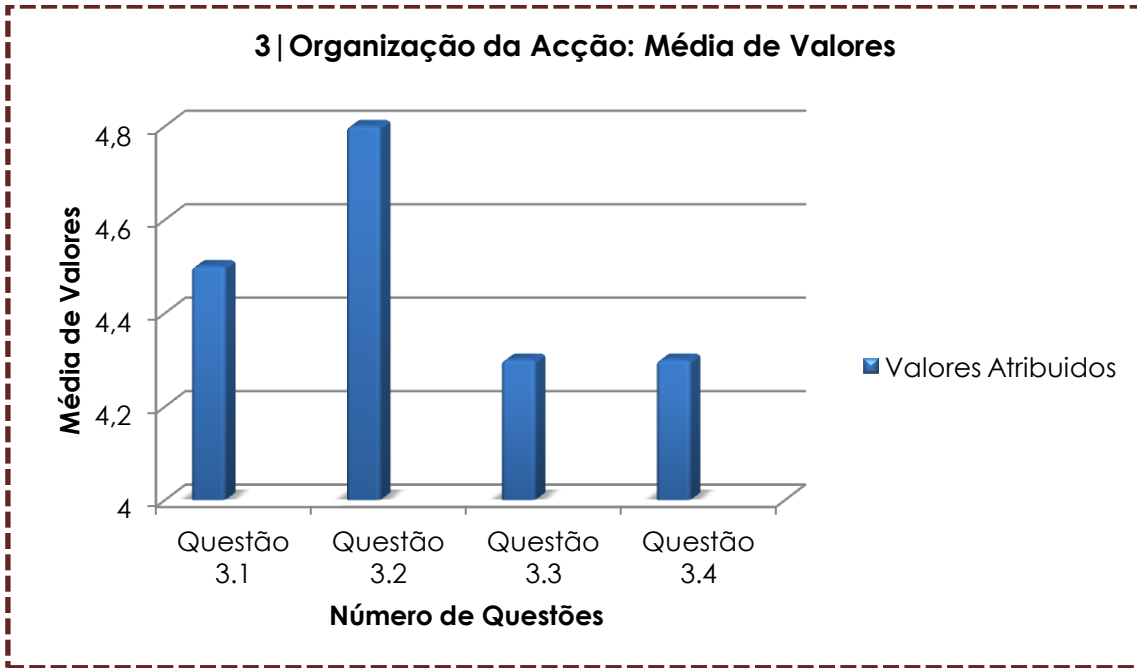


Questão 2.1			Questão 2.2		
NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA	NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA
3	4	<b>27,3%</b>	2	4	<b>18,2%</b>

8	5	<b>72,7%</b>	9	5	<b>81,8%</b>
<b>Questão 2.3</b>			<b>Questão 2.4</b>		
NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA	NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA
3	4	<b>27,3%</b>	4	4	<b>36,4%</b>
8	5	<b>72,7%</b>	7	5	<b>63,6%</b>
<b>Questão 2.5</b>			<b>Questão 2.6</b>		
NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA	NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA
1	3	<b>9,1%</b>	1	3	<b>9,1%</b>
4	4	<b>36,4%</b>	1	4	<b>9,1%</b>
6	5	<b>54,5%</b>	9	5	<b>81,8%</b>

De acordo com os dados supracitados de forma gráfica e tabelar, pode concluir-se que 8 em 11 Educadoras classificaram as formadoras como “Totalmente Claras” (equivalente à questão 2.1), representando cerca de 72,7% do universo da amostra; 9 em 11 Educadoras classificaram as formadoras como tendo “Ótimo Domínio” sobre as matérias leccionadas (equivalente à questão 2.2), ou seja, maioritariamente classificadas com 5 valores, correspondendo a 81,8% do universo da amostra; 8 em 11 Educadoras classificaram as formadoras como “Excelentes” motivadoras (equivalente à questão 2.3), ou seja, maioritariamente com 5 valores; 7 em 11 Educadoras classificaram como “Totalmente Claras” as intervenções realizadas pelas formadoras (equivalente à questão 2.4), correspondendo a 63,6% do universo da amostra; 10 em 11 Educadoras classificaram o incentivo à participação dos formandos por parte das formadoras como “Forte” e “Bom”, variando assim entre 4 e 5 valores na escala numérica (equivalente à questão 2.5), correspondendo a 90,9% do universo da amostra e, 9 em 11 Educadoras, classificaram as formadoras como “Muito Interessadas” nas dificuldades dos formandos (equivalente à questão 2.6), ou seja, com 5 valores, correspondendo a 81,8% do universo da amostra.

No Instrumento de Avaliação da Sessão construído, o terceiro indicador sujeito a reflexão pelos participantes esplanava-se no domínio da organização da Acção relativamente a recursos de apoio mobilizados, onde mediante a escala numérica classificavam a qualidade e adequação da documentação distribuída e das instalações e condições ambientais, a duração e o horário da acção de formação. Assim sendo e, de acordo com os dados recolhidos, o gráfico e a tabela seguintes podem ser ilustrativos da satisfação pessoal dos participantes face a este indicador:



Questão 3.1			Questão 3.2		
NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA	NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA
1	3	9,1%	1	3	9,1%
4	4	36,4%	10	5	90,9%
6	5	54,5%			
Questão 3.3			Questão 3.4		
NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA	NÚMERO DE EDUCADORAS	VALORES ATRIBUIDOS	% DA AMOSTRA
3	3	27,3%	1	2	9,1%
2	4	18,2%	2	3	18,2%
6	5	54,5%	4	4	36,4%
			4	5	36,4%

De acordo com os dados acima expostos, 10 Educadoras em 11 classificaram a qualidade e a adequação da documentação distribuída (equivalente à questão 3.1) como “Muito Boa” e “Boa”, ou seja, entre 4 e 5 valores na escala numérica, correspondendo a 54,5% e 36,4% respectivamente, no universo da amostra; 10 em 11 Educadoras classificaram a qualidade e adequação das instalações e condições ambientais como “Muito Boas” (equivalente à questão 3.2), correspondendo a 5 valores e a 90,9% do universo da amostra; 8 em 11 Educadoras classificaram a duração da Acção como “Necessário” e “Mais que Necessário” (equivalente à questão 3.3), correspondendo a 4 e 5 valores, ou seja, a 18,2% e 54,5% respectivamente, do universo da amostra e 8 em 11 Educadoras classificaram igualmente o horário da sessão como “Totalmente Adequado” e “Adequado” (equivalente à questão 3.4), ou seja, com 4 e 5 valores, correspondendo a 36,4% do universo da amostra, respectivamente.

.....

\*Brandão S. Avaliação da Aprendizagem. ENA: 2008; 1-23.

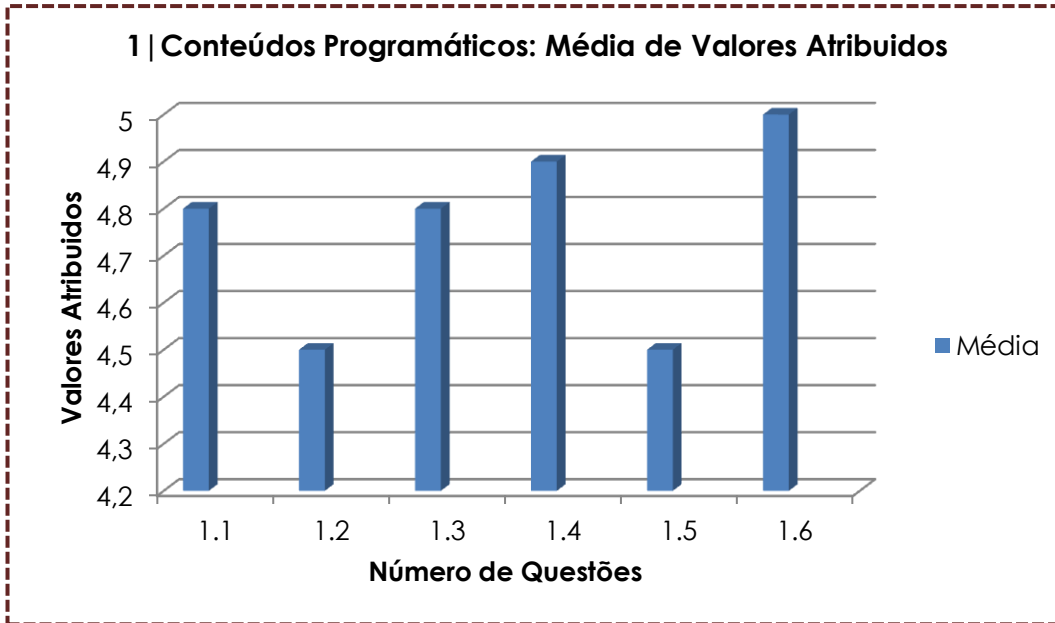
\*Cardoso Z. Avaliação da formação: Glossário anotado. Instituto para a Inovação da Formação: 2002; 1-25

**RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE****PROJECTO DA PEDICULOSE – NA ESCOLA**

De acordo com o Nível I do modelo proposto por Kirkpatrick (2004), que consiste na avaliação da reacção dos participantes à formação, foi construído um Instrumento com o propósito de avaliar a motivação e interesse dos mesmos na aprendizagem. Este Instrumento de Avaliação da Sessão Formativa determina o que se pretende avaliar, quantifica a qualidade das reacções, procura uma resposta imediata de forma a poder traduzir e comunicar os seus resultados e define padrões de satisfação aceitáveis (Cardoso, 2002). Com o intuito desta avaliação, as formadoras reforçaram a importância da sinceridade das respostas aos formandos, no sentido da não manipulação dos dados e sua posterior comunicação com fidelidade.

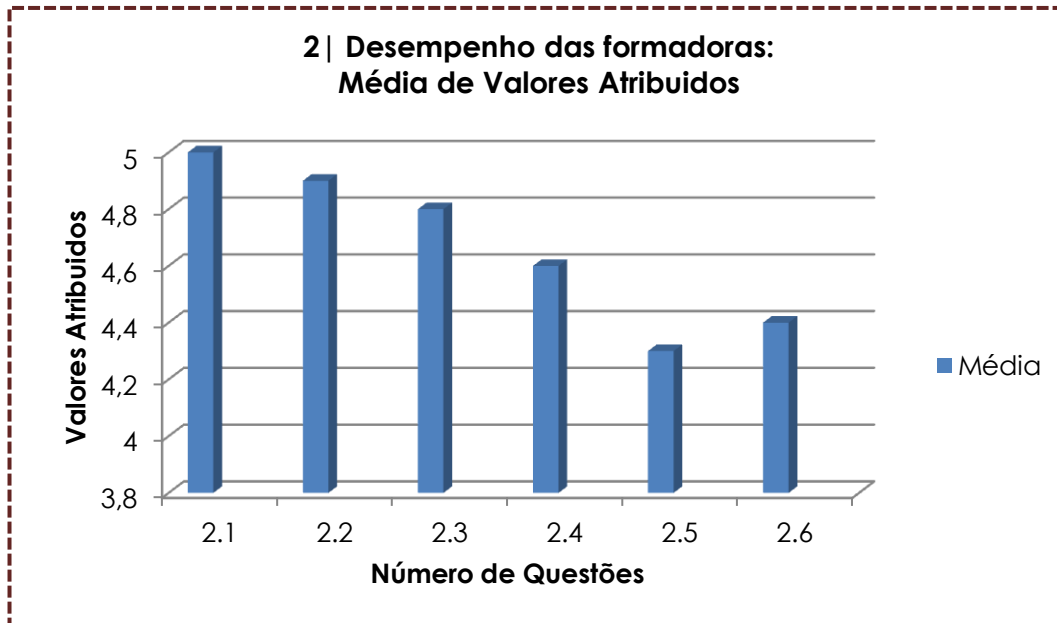
Na construção do Instrumento foram privilegiados alguns indicadores que se pretendiam avaliar como o conteúdo programático abordado na Sessão, o desempenho pessoal das formadoras e a organização da acção no que respeita a recursos de apoio mobilizados. Neste contexto, tornou-se necessário a referência a uma escala, para melhor compreensão da posição do participante face à sua satisfação pessoal com a sessão. A utilização de uma determinada escala permite, que o formador atribua um juízo de valor mediante um determinado domínio (Brandão, 2008). Assim sendo, na construção do Instrumento recorreu-se à numérica, variando num intervalo de 1 a 5, posicionando os formandos numa dimensão quantitativa; onde o nível 1 corresponde ao polo negativo e o nível 5 ao mais positivo.

No Instrumento de Avaliação da Sessão construído, o primeiro indicador sujeito a reflexão pelos participantes esplanava-se no domínio dos conteúdos programáticos abordados, onde mediante a escala numérica classificavam o interesse e aprofundamento do tema, o tempo dedicado à exposição teórica e prática bem como a sua pertinência no que respeita à aquisição de novos conhecimentos. Assim sendo e, de acordo com os dados recolhidos, o gráfico seguinte pode ser ilustrativo da satisfação pessoal dos participantes face a este indicador:



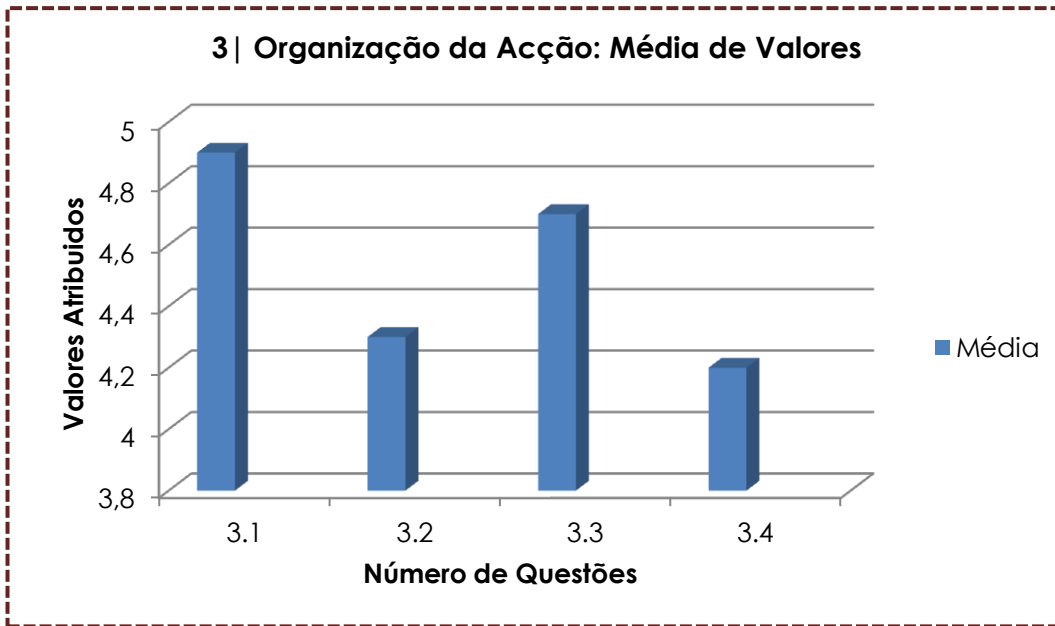
De acordo com os dados expressos graficamente pode concluir-se que 20 em 21 pais classificaram a Sessão como “Muito Interessante: 5” (equivalentes às questões 1.1 e 1.3) representando cerca de 95,2% do universo da amostra; 19 em 21 pais classificaram o grau de aprofundamento do tema (questão 1.2) entre 4 e 5 valores, ou seja, entre “Muito Aprofundado” e “Aprofundado” respectivamente, representando cerca de 90% do universo da amostra; 20 em 21 pais classificaram o tempo dedicado à exposição teórica e prática (questão 1.4 e 1.5) entre “Necessário” e “Mais que Necessário”, ou seja, entre 4 e 5 valores, correspondendo a 95,2% do universo da amostra e a totalidade dos pais classificaram a acção em termos de aquisição de novos conhecimentos (questão 1.6), em 5 valores, ou seja “Excelente”, representando 100% do universo da amostra.

No Instrumento de Avaliação da Sessão construído, o segundo indicador sujeito a reflexão pelos participantes esplanava-se no domínio da satisfação pessoal com o desempenho das formadoras, onde mediante a escala numérica classificavam a clareza na apresentação da problemática e nas intervenções realizadas, o domínio das matérias abordadas, a motivação, o incentivo à participação e o interesse nas dificuldades dos formandos. Assim sendo e, de acordo com os dados recolhidos, o gráfico e a tabela seguintes podem ser ilustrativos da satisfação pessoal dos participantes face a este indicador:



De acordo com os dados supracitados de forma gráfica, pode concluir-se que a totalidade dos pais classificaram as formadoras como “Totalmente Claras” (equivalente à questão 2.1), representando cerca de 100% do universo da amostra; cerca de 21 pais classificaram as formadoras como tendo “Ótimo Domínio” sobre as matérias lecionadas (equivalente à questão 2.2), ou seja, maioritariamente classificadas com 5 valores, correspondendo a aproximadamente 100% do universo da amostra; 20 em 21 Educadoras classificaram as formadoras como “Excelentes” motivadoras (equivalente à questão 2.3), ou seja, maioritariamente com 5 valores; 19 em 21 pais classificaram como “Totalmente Claras” as intervenções realizadas pelas formadoras (equivalente à questão 2.4), correspondendo a 90,5% do universo da amostra; 18 em 21 pais classificaram o incentivo à participação dos formandos por parte das formadoras como “Forte” e “Bom”, variando assim entre 4 e 5 valores na escala numérica (equivalente à questão 2.5), correspondendo a 86% do universo da amostra e, 19 em 21 pais, classificaram as formadoras como “Muito Interessadas” nas dificuldades dos formandos (equivalente à questão 2.6), ou seja, entre 4 e 5 valores, correspondendo a 90,1% do universo da amostra.

No Instrumento de Avaliação da Sessão construído, o terceiro indicador sujeito a reflexão pelos participantes esplanava-se no domínio da organização da Acção relativamente a recursos de apoio mobilizados, onde mediante a escala numérica classificavam a qualidade e adequação da documentação distribuída e das instalações e condições ambientais, a duração e o horário da acção de formação. Assim sendo e, de acordo com os dados recolhidos, o gráfico e a tabela seguintes podem ser ilustrativos da satisfação pessoal dos participantes face a este indicador:



De acordo com os dados acima expostos, aproximadamente todos os pais classificaram a qualidade e a adequação da documentação distribuída (equivalente à questão 3.1) como “Muito Boa” e “Boa”, ou seja, entre 4 e 5 valores na escala numérica, correspondendo a aproximadamente 100% da amostra; 18 em 21 pais classificaram a qualidade e adequação das instalações e condições ambientais como “Muito Boas” e “Boas” (equivalente à questão 3.2), correspondendo a 4 e 5 valores e a 86% do universo da amostra; 20 em 21 pais classificaram a duração da Acção como “Necessário” e “Mais que Necessário” (equivalente à questão 3.3), correspondendo a 4 e 5 valores, ou seja, a 95,2% do universo da amostra e 18 em 21 pais classificaram igualmente o horário da sessão como “Totalmente Adequado” e “Adequado” (equivalente à questão 3.4), ou seja, com 4 e 5 valores, correspondendo a 86% do universo da amostra.

.....

\*Brandão S. Avaliação da Aprendizagem. ENA: 2008; 1-23.

\*Cardoso Z. Avaliação da formação: Glossário anotado. Instituto para a Inovação da Formação: 2002; 1-25

## **ANEXO V**

PÓSTER “SAÚDE ORAL - APRENDE A ESCOVAR OS TEUS DENTES”





# | Saúde Oral |

## APRENDE A ESCOVAR OS TEUS DENTES!

Escova os teus dentes, pelo menos, duas vezes por dia com um dentrífico fluoretado, de 1000-1500 ppm.

1º



| Inclina a escova em **direcção à gengiva** (a um ângulo de 45º) e faz **movimentos vibratórios horizontais, tipo Vaivém ou Circulares**;

2º



| **Escova** suavemente **as superfícies exteriores, interiores e de mastigação dos dentes**, fazendo movimentos curtos tipo vaivém ;

3º



| **Escova a tua língua** com suavidade, de modo a remover as bactérias e refrescar o teu hálito.

A **ESCOVAGEM** deve durar **2 a 3 minutos**

**PARA UM SORRISO  
PERFEITO!!!...**



10 ANOS  
PERTO de si

**Elaborado por:** Marta Machado, Aluna do Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da UCP-ICS, 2010  
**Bibliografia:** DGS.pt [homepage da Internet]. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; actualizada em 2010; acesso em 02.11.2010:18h]. Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)



## **ANEXO VI**

### ACÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS CRIANÇAS



| DINAMIZAÇÃO DO DIA MUNDIAL DA CRIANÇA – 1 DE JUNHO DE 2010



# Dia Mundial da Criança

**Pelos Direitos das Crianças**

À **NÃO DISCRIMINAÇÃO**

Ao seu **INTERESSE SUPERIOR**

À **SOBREVIVÊNCIA E DESENVOLVIMENTO**

A uma **OPINIÃO**

(Convenção sobre os Direitos da Criança, 1990)



**Junho | 2010**

**Ana Guimarães | Marta Machado**  
Alunas da Pós - Licenciatura |  
Especialização em Saúde Infantil e Pediatria  
Orientação | **Enf.ª Alexandra Correia**

# Dia Mundial da Criança

**Pelos Direitos das Crianças**

À **NÃO DISCRIMINAÇÃO**

Ao seu **INTERESSE SUPERIOR**

À **SOBREVIVÊNCIA E DESENVOLVIMENTO**

A uma **OPINIÃO**

(Convenção sobre os Direitos da Criança, 1990)



**Junho | 2010**  
Ana Guimarães | Marta Machado  
Alunas da Pós - Licenciatura |  
Especialização em Saúde Infantil e Pediatria  
Orientação | Enf.ª Alexandra Correia



# Dia Mundial da Criança

**Pelos Direitos das Crianças**

À **NÃO DISCRIMINAÇÃO**

Ao seu **INTERESSE SUPERIOR**

À **SOBREVIVÊNCIA E DESENVOLVIMENTO**

A uma **OPINIÃO**

(Convenção sobre os Direitos da Criança, 1990)



**Junho | 2010**  
Ana Guimarães | Marta Machado  
Alunas da Pós - Licenciatura |  
Especialização em Saúde Infantil e Pediatria  
Orientação | Enf.ª Alexandra Correia



# Dia Mundial da Criança

**Pelos Direitos das Crianças**

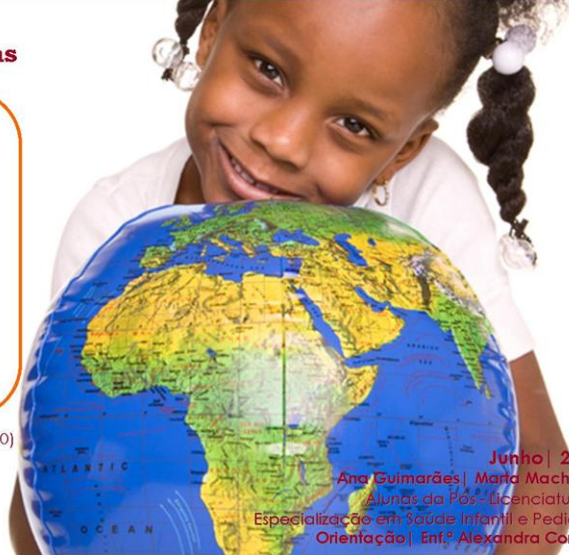
**À NÃO DISCRIMINAÇÃO**

Ao seu **INTERESSE SUPERIOR**

**À SOBREVIVÊNCIA E DESENVOLVIMENTO**

A uma **OPINIÃO**

(Convenção sobre os Direitos da Criança, 1990)



Junho | 2010  
Ana Guimarães | Marta Machado  
Alunas da Pós-licenciatura |  
Especialização em Saúde Infantil e Pediatria  
Orientação | Enf.ª Alexandra Correia

### Dia Mundial da Criança |2010

**| OS DIREITOS DA CRIANÇA |**

A convenção sobre os direitos da criança, assenta em 4 pilares fundamentais:

**| A NÃO DISCRIMINAÇÃO:** *"Todas as crianças têm o direito de desenvolver todo o seu potencial – todas as crianças, em todas as circunstâncias, em qualquer momento, em qualquer parte do mundo."*

**| O INTERESSE SUPERIOR DA CRIANÇA:** *"Deve ser uma consideração prioritária em todas as acções e decisões que lhe digam respeito."*

**| A SOBREVIVÊNCIA E DESENVOLVIMENTO:** *"Garantia de acesso a serviços básicos e à igualdade de oportunidades para que as crianças possam desenvolver-se plenamente"*

**| A OPINIÃO DA CRIANÇA:** *"A voz das crianças deve ser ouvida e tida em conta em todos os assuntos que se relacionem com os seus direitos"*

*(Convenção dos Direitos da Criança, 1990)*

Ana Guimarães | Marta Machado | Alunas EESSIP | UCP – ICS  
Orientador: Enf.ª Alexandra Correia

### Dia Mundial da Criança |2010

**| OS DIREITOS DA CRIANÇA |**

A convenção sobre os direitos da criança, assenta em 4 pilares fundamentais:

**| A NÃO DISCRIMINAÇÃO:** *"Todas as crianças têm o direito de desenvolver todo o seu potencial – todas as crianças, em todas as circunstâncias, em qualquer momento, em qualquer parte do mundo."*

**| O INTERESSE SUPERIOR DA CRIANÇA:** *"Deve ser uma consideração prioritária em todas as acções e decisões que lhe digam respeito."*

**| A SOBREVIVÊNCIA E DESENVOLVIMENTO:** *"Garantia de acesso a serviços básicos e à igualdade de oportunidades para que as crianças possam desenvolver-se plenamente"*

**| A OPINIÃO DA CRIANÇA:** *"A voz das crianças deve ser ouvida e tida em conta em todos os assuntos que se relacionem com os seus direitos"*

*(Convenção dos Direitos da Criança, 1990)*

Ana Guimarães | Marta Machado | Alunas EESSIP | UCP – ICS  
Orientador: Enf.ª Alexandra Correia



## **ANEXO VII**

### ACÇÃO DE FORMAÇÃO “PROJECTO JOVENS EM RISCO”



**ABUSO E  
MAUS TRATOS  
INFANTIS**

**dá pena**



**PENA DE 1 A 12 ANOS  
DE PRISÃO**

**Projecto de Intervenção de  
Enfermagem na Comunidade |  
“Jovens em Risco”**

**\*Destinatários:** Educadores,  
Auxiliares Educativos e  
Professores de 1ª/2ª Ciclo  
Escolares;

**\*Objectivos da Acção de Formação:**

**Objectivos Gerais:**

- 1.Desenvolver uma compreensão da natureza e dimensão do fenómeno das crianças vítimas de maus tratos;
- 2.Promover a prevenção da problemática.

**Objectivos Específicos:**

- 1.Sensibilizar para o reconhecimento de sinais e sintomas de alerta de maus-tratos, bem como de contextos familiares de risco;
- 2.Aprofundar conhecimentos sobre as diferentes tipologias de maus-tratos e respectivo impacto no desenvolvimento psico-emocional da criança e do jovem;
- 3.Promover conhecimentos sobre indicadores de risco e de protecção;
- 4.Reflectir a propósito do enquadramento legal de protecção de crianças e jovens em perigo;
- 5.Identificar estratégias de intervenção nas diferentes tipologias de maus tratos.

*“Qualquer um pode zangar-se - isso é fácil.  
Mas zangar-se com a pessoa certa, na justa medida,  
no momento certo, pela razão certa e da maneira certa -  
isso não é fácil.”*

**ARISTÓTELES**

### Conteúdo Programático da Acção de Formação:

#### 1. Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos:

- 1.1 Definição de Conceito;
- 1.2 Identificação das diferentes tipologias;
- 1.3 Impacto no desenvolvimento psico-emocional da criança e do jovem.
- 1.4 Outras consequências comportamentais;

#### 2. Avaliação do Contexto Sócio-Familiar da Criança e do Jovem:

- 2.1 Factores de Risco;
- 2.2 Factores de Protecção;
- 2.3 Indicadores de Maus - Tratos;

#### 3. Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem:

- 3.1 Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude;
- 3.2 Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo;
- 3.3 Intervenção Judicial no âmbito da Promoção e Protecção;

#### 4. Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo:

- 4.1 Intervenção Centrada na Família;
- 4.2 Articulação entre Instituições para a Protecção e Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo;



### Enquadramento Teórico:

O lugar ocupado por mulheres e crianças na família modificou-se com o passar dos tempos, das épocas e com o avançar das sociedades. Porém, esta valorização foi parcial, uma vez que o seu papel se restringia ao domínio doméstico e à própria relação mãe-filho, o que muitas vezes justificou inúmeras relações violentas, envolvendo a díade. Assim como a mulher, a valorização da criança não teve como consequência o término dos maus-tratos a ela dirigidos (Barbosa & Pegoraro, 2008), colocando em risco o seu desenvolvimento e em muitos casos a sua sobrevivência (Pinto, 2001).

A violência contra crianças e adolescentes acompanha a trajetória da humanidade, manifestando-se de múltiplas formas nos diferentes momentos históricos e sociais, de acordo com aspectos culturais (Costa *et al*, 2007). O termo violência tem a sua origem na palavra latina *violentia*, que significa *constrangimento exercido sobre uma pessoa para levá-la a praticar algo contra a sua vontade*, podendo este ser considerado físico ou moral, uso da força e coacção (Gomes & Fonseca, 2005; Pinto, 2001). Estes tipos de violência são praticados pela omissão, pela supressão ou transgressão dos direitos da criança, definidos por convenções legais ou normas culturais (Gomes *et al*, 2002). Apesar de qualquer pessoa poder ser vítima de violência é inegável que as crianças e adolescentes são os mais vulneráveis (Gomes & Fonseca, 2005; Pinto, 2001). **Em Portugal e, de acordo com dados estatísticos fornecidos pela APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima)(2008), decorrente da análise realizada entre 2000 – 2007, cerca de 4609 crianças foram vítimas de crimes, assumindo os maus-tratos físicos e psíquicos o maior número de registos. No decurso desta mesma análise, anunciaram que 963 crianças foram vítimas de crimes de foro sexual, onde 44 se reservaram em contexto escolar. As cidades de Lisboa, Porto e Faro, continuam a acolher o maior número de vítimas de perpetração sexual/outros, com 23,8%, 11,9% e 9,5% de n=7639, respectivamente (APAV,2008).**

Entre as formas de violência perpetradas contra crianças e adolescentes, são frequentes: a (1) **física** (danos físicos leves ou extremos); (2) a **psicológica** (produção de comportamento destrutivo); (3) a **sexual** (jogo, estimulação, contacto ou envolvimento em actividades sexuais, em que crianças ou adolescentes não compreendem e não consentem) e a (4) **negligência** (falta de interesse/responsabilidade pelo adequado crescimento e desenvolvimento da criança, necessidades e manifestações).Entretanto, não podemos

considerar negligência aquelas situações em que, por absoluta carência de recursos, as necessidades básicas não são adequadamente atendidas (Gomes & Fonseca, 2005).

Além de crianças e adolescentes, a violência intrafamiliar afecta toda a sociedade, atingindo, de forma continuada mulheres, idosos e portadores de deficiência (Barbosa & Pegoraro, 2008). Quando ocorre resulta em consequências graves à saúde infantil, implicando factores traumáticos internos e externos, em curto, médio e longo prazos. Dependem também de uma série de aspectos como a idade da vítima, a recorrência das situações abusivas e a complacência e convivência familiares após a revelação, onde muitos familiares poderão preferir o silêncio para evitar a separação da família (Prado & Pereira, 2008). A criança abusada sente-se traída pelo adulto e invadida por uma série de sensações de mal-estar físico e psicológico, sendo frequentes as manifestações de baixa auto-estima, alterações de comportamento como agressividade e violência, o baixo rendimento escolar, a evicção de contacto com adultos, comportamentos regressivos, distúrbios alimentares/sono, pesadelos, enurese nocturna, crises de choro e abuso de drogas (Prado & Pereira, 2008). **Uma das mais graves consequências do abuso e maus tratos de menores, é a sua repetição tardia pela vítima: uma criança abusada facilmente se tornará num adulto predador** (Pinto, 2001).

Em função da sua elevada magnitude e das suas diferentes repercussões físicas, emocionais e sociais, a partir do final da década de 70 a violência contra a criança passou a ser encarada como um grave problema de saúde pública (Moura, Moraes & Reichenheim, 2008; Pinto, 2001). Desde então os casos de maus-tratos contra a criança passaram a ser considerados como um agravo de notificação compulsória em todo o território nacional (Moura, Moraes & Reichenheim, 2008).

De acordo com a definição de Hoagwood (2005), citado por Melo e Alarcão (2009), os serviços focalizados na família, incorporam uma grande variedade de intervenções disponibilizadas às mesmas ou por elas dinamizadas, relativamente aos cuidados proporcionados às crianças. A atitude dos profissionais frente à abordagem dos maus-tratos cometidos contra a criança e o adolescente, encontra-se intimamente relacionada com a visibilidade ou não que o problema assume no seu quotidiano. A reflexão sobre os conceitos dos diferentes tipos de maus-tratos e as ideias a eles associadas contribuem para se entender os possíveis encaminhamentos que esses profissionais dão a tais casos quando identificáveis. Assim, a efectivação de um atendimento depende da possibilidade de ser capaz de identificar a presença ou a suspeita da violência nos diferentes casos atendidos. **Por outro lado, ter ou não visibilidade depende da escuta e do olhar ampliados que o profissional consegue imprimir no seu atendimento** (Gomes *et al*, 2002).

- I. Barbosa PZ, Pegoraro RF. Violência Doméstica e Psicologia Hospitalar: possibilidades de atuação diante da mãe que agride. *Saúde Soc. São Paulo*,2008;17(3):77-89.
- II. Pinto, JMM. Carência e maus tratos na infância. *Referência*, 2001;6:39-46.
- III. Costa M, *et al.* O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007;12(5):1129-1141.
- IV. Gomes VLO, Fonseca AD. Dimensões da violência contra crianças e adolescentes apreendidas do discursos de professoras e cuidadoras. *Texto Contexto Enferm.*,2005;14:32-7.
- V. Gomes R, *et al.* A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*,2002;7(2):275-283.
- VI. APAV. Estatísticas APAV 2008. 2008:1-3.
- VII. APAV. Estatísticas APAV 2009. 2009:1-23.
- VIII. Prado MCCA, Pereira ACC. Violências sexuais: incesto, estupro e negligência familiar. *Estudos de Psicologia*, 2008;25(2):277-291.
- IX. Moura ATZS, Moraes CL, Reichenhiem ME. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*,2008;24(12):2926-2936.
- X. Melo AT, Alarcão M. Centros de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental: Proposta de uma modelo global de organização. *Psicologia & Sociedade*, 2009;21(1):55-64.





**Pelos Direitos das Crianças.**

**PROJECTO**

**“JOVENS EM RISCO”**

| Projecto de intervenção na Comunidade |

Tutor:  
Sr.ª Enf.ª Alexandra Correia

**Ana Guimarães |  
Marta Machado**



**Sumário**

**1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos**

- 1.1** | Definição de **Conceito**;
- 1.2** | Identificação das **diferentes tipologias**;
- 1.3** | **Indicadores de Maus - Tratos**
- 1.4** | Impacto no **desenvolvimento psico-emocional e comportamental da criança e do jovem**.



**Pelos Direitos das Crianças.**

**Sumário**



**2 | Avaliação do Contexto Sócio - Familiar da Criança e do Jovem:**

- 2.1** | Factores de Risco
- 2.2** | Factores de Protecção
- 2.3** | Situações de Perigo



**Pelos Direitos das Crianças.**



**3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem:**

- 3.1** | Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude
- 3.2** | Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo
- 3.3** | Intervenção Judicial no âmbito da Promoção e Protecção



**Pelos Direitos das Crianças.**

## Sumário



### 4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

- 4.1 | Intervenção Centrada na Família
- 4.2 | Articulação com Instituições para a Protecção e Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

**Pelos Direitos das Crianças.**



## 1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

### 1.1 | Definição de Conceito



“Os **maus tratos** constituem um **fenómeno complexo e multifacetado** que se desenhaja de **forma dramática ou insidiosa**, em particular nas **crianças e nos jovens**, mas sempre com **repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade dos indivíduos**.” (DGS, 2008).

**Pelos Direitos das Crianças.**



## 1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

### 1.1 | Definição de Conceito

“Qualquer forma de **tratamento físico e (ou) emocional, não accidental e inadequado**, resultante de **distinções e (ou) carências nas relações** entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num **contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder**.” (Magalhães, 2004 cit. DGS, 2008)

**Pelos Direitos das Crianças.**



## 1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

### 1.2 | Identificação das diferentes tipologias

Entre as **formas de violência** praticadas contra **crianças e adolescentes** destacam-se (Gomes & Fonseca, 2005; DGS, 2008):

- \* **Física**: quando causa **dano físico**,
- \* **Psicológica**: quando produz um **padrão de comportamento destrutivo**,
- \* **Sexual**: quando envolve **jogo, estimulação, contacto ou envolvimento em actividades sexuais**;
- \* **Negligência**: quando não se atende àquilo que é **indispensável** ao adequado **crescimento e desenvolvimento**,
- \* **Síndrome de Munchausen**: **patologia do foro psiquiátrico**;

**Pelos Direitos das Crianças.**



## 1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

### 1.2 | Identificação das diferentes tipologias



“Assim, crianças potencialmente inteligentes transformam-se em condicionadas; livres, em submissas; pesquisadoras, em repetidoras; ousadas, em acomodadas; reivindicadoras, em caladas; enfim, sem que ninguém se aperceba, sujeitos vão sendo transformados em objectos.”  
(Gomes & Fonseca, 2005)

## 1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

### 1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Negligência

**Negligência | Activa**  
**Negligência | Passiva**

**Diversas Formas:**  
Diversas Formas:

| **Domínio físico**  
| **Psicoafectivo**  
| **Educativo**  
| **Escolar**

**Abandono temporário ou permanente.**  
(DGS, 2008).

## 1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

### 1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Negligência



**Negligência:**  
**incapacidade** de proporcionar à criança ou ao jovem a **satisfação das necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afecto e saúde** indispensáveis para o **crescimento e desenvolvimento normais.**  
(DGS, 2008)

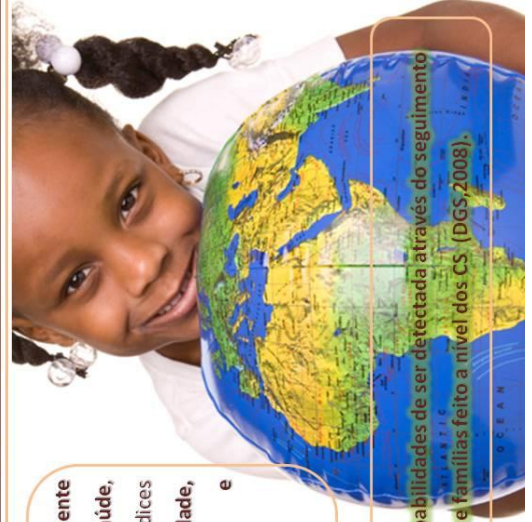


**Pelos Direitos das Crianças.**

## 1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

### 1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Negligência

**Negligência:** é mais frequentemente diagnosticada nos serviços de saúde, sendo responsável por índices elevados de **morbilidade, incapacidade permanente e mortalidade.**  
(DGS,2008).



A negligência tem mais probabilidades de ser detectada através do seguimento de crianças, jovens e famílias feito a nível dos CS. (DGS,2008).

**1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos**

**1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Negligência**

**O QUE SE CONSIDERA COMO NEGLIGÊNCIA NAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL (DGS, 2008)?**

A não prestação de cuidados de saúde adequados:

- \* Não cumprir persistentemente o Programa Nacional de Vacinação;
- \* Não comparecer às consultas programadas ou fazê-lo com atraso recorrente;
- \* Não procurar ou prestar cuidados de saúde de forma atempada quando necessários, em situação de doença ou de acidente.



**Pelos Direitos das Crianças.**



**1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos**

**1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Negligência**

**Quando realizar Visitação Domiciliária (DGS, 2008) ?**

\* Quando o nível de consultas é possível **detectar negligência:**

- Sinais de desnutrição |
- Maus cuidados de higiene persistente |
- Eritema das fraldas recorrente |
- Sujidade acentuada |
- Múltiplas picadas de insecto...

\* Atender aos contextos de vida



**Pelos Direitos das Crianças.**

**1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos**

**1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Físicos**

**Mau trato físico: resulta de qualquer acção, não accidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoca (ou possa provocar) dano físico (DGS,2008).**

**“O mau trato físico é frequentemente detectado nas urgências hospitalares.” (DGS,2008)**



Os **sinais e indicadores** não estabelecem, por si sós, diagnósticos de situações de maus tratos (DGS,2008).

Podem, contudo, **constituir indícios de situações de mau trato físico**, em particular quando **coexistem vários destes aspectos** (DGS, 2008).

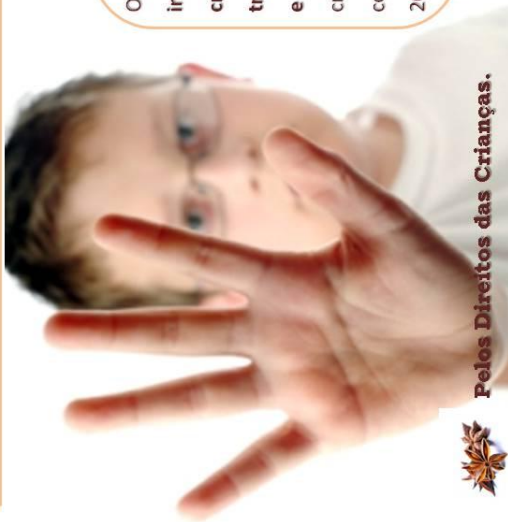


**Pelos Direitos das Crianças.**



1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Psicológicos



Pelos Direitos das Crianças.

O mau trato psicológico: resulta da incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afectivo, indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados (DGS, 2008).

1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Psicológicos



Pelos Direitos das Crianças.

A ausência ou precariedade de cuidados ou afeição adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afectiva, passando pela depreciação permanente da criança ou do jovem (DGS, 2008).

Como se manifesta?

- Sono |
- Controlo dos esfíncteres |
- Comportamento |
- Rendimento escolar /outras actividades |

1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Psicológicos



Pelos Direitos das Crianças.

- \* Abandono temporário
- \* Insultos verbais
- \* Abandono afectivo/ ausência de afecto
- \* Ridicularização/ Desvalorização
- \* Hostilização/ Ameaças
- \* Indiferença/ Discriminação/ Rejeição
- \* Culpabilização/ Humilhação
- \* Observação/envolvimento em situações de violência doméstica
- \* Aplicação de castigos desproporcionados face a comportamentos inadequados (DGS,2008)

1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Sexuais



Pelos Direitos das Crianças.

O abuso sexual corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e mais forte (DGS, 2008).

Relação de poder ou de Autoridade

1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Sexuais



Toda a situação em que a criança/jovem (DGS, 2008):

- \* Não tem capacidade para compreender que delas é vítima;
- \* Percebendo que o não tem capacidade para nomear o abuso sexual;
- \* Não se encontra estruturalmente preparada;
- \* Não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido;

Pelos Direitos das Crianças.



1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.3 | Indicadores de Maus – Tratos: Sexuais



Este tipo de maus tratos pode revestir-se de diferentes formas (DGS,2008):

- \* Importunar a criança ou jovem;
- \* Obrigar a tomar conhecimento ou presenciar conversas, escritos e espectáculos obscenos;
- \* Utilizá-la em sessões fotográficas e filmagens;
- \* Prática de colto;
- \* Manipulação dos órgãos sexuais
- \* Entre outras...

Pelos Direitos das Crianças.



1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.4 | Impacto no desenvolvimento psico-emocional e comportamental da criança e do jovem



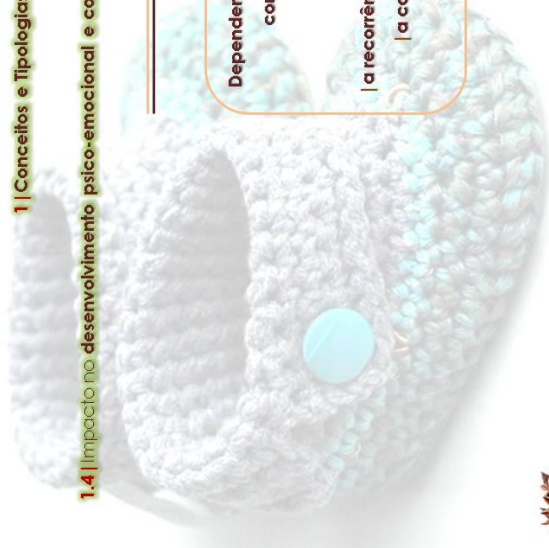
Quando ocorre resulta em consequências graves à saúde infantil, implicando factores traumáticos internos e externos, em curto, médio e longo prazos (Prado & Pereira, 2008).

Pelos Direitos das Crianças.



1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos

1.4 | Impacto no desenvolvimento psico-emocional e comportamental da criança e do jovem



Dependem de uma série de aspectos como ( Prado & Pereira, 2008):

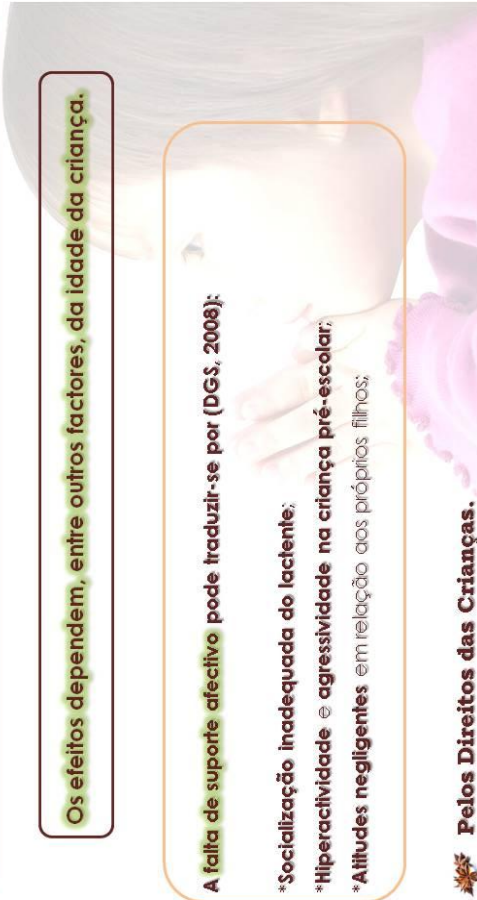
- | a idade da vítima
- | a recorrência das situações abusivas
- | a complacência e convivência familiares após a revelação

Pelos Direitos das Crianças.



**1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos**

**1.4 | Impacto no desenvolvimento psico-emocional e comportamental da criança e do jovem**



**Os efeitos dependem, entre outros factores, da idade da criança.**

**A falta de suporte afectivo pode traduzir-se por (DGS, 2008):**

- \*Socialização inadequada do lactente;
- \*Hiperactividade e agressividade na criança pré-escolar;
- \*Atitudes negligentes em relação aos próprios filhos;

**Pelos Direitos das Crianças.**

**1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos**

**1.4 | Impacto no desenvolvimento psico-emocional e comportamental da criança e do jovem**



**A criança abusada sente-se traída pelo adulto,** manifestando inúmeras vezes (Prado & Pereira, 2008; DGS, 2008):

- | mal-estar físico e psicológico
- | manifestações de baixa auto-estima
- | alterações de comportamento
- | o baixo rendimento escolar,
- | a evicção de contacto com adultos,
- | comportamentos regressivos
- | distúrbios alimentares/sono
- | comportamentos de risco

**1 | Conceitos e Tipologias Específicas de Maus-Tratos**

**1.4 | Impacto no desenvolvimento psico-emocional e comportamental da criança e do jovem**



Uma das **mais graves consequências dos maus tratos de menores,** é a sua repetição taralá pela vítima: **uma criança abusada facilmente se tornará num adulto predador** (Pinto, 2001).

**Pelos Direitos das Crianças.**

**2 | Avaliação do Contexto Sócio – Familiar da Criança e do Jovem:**

**2.1 | Factores de Risco**



As **situações de risco** dizem respeito ao **perigo potencial para a efectivação dos direitos da criança,** no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento. **A evolução negativa dos contextos de risco** condiciona, na maior parte dos casos, **o surgimento das situações de perigo**. (DGS, 2008)

**Pelos Direitos das Crianças.**

2 | Avaliação do Contexto Sócio – Familiar da Criança e do Jovem:

2.1 | Factores de Risco



Representam **variáveis físicas, psicológicas e sociais** que podem potenciar, no meio em que ocorrem, alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens. (DGS,2008)

**Pelos Direitos das Crianças.**

2 | Avaliação do Contexto Sócio – Familiar da Criança e do Jovem:

2.1 | Factores de Risco



Cada situação deve ser avaliada no seu contexto geral, exigindo uma ponderação criteriosa e o bom senso dos profissionais e da equipa de saúde. (DGS,2008)

É fundamental **identificar outros elementos que actuem como factores de protecção** os quais devem ser equacionados no processo avaliativo. (DGS,2008)

**Pelos Direitos das Crianças.**

2 | Avaliação do Contexto Sócio – Familiar da Criança e do Jovem:

2.2 | Factores de Protecção



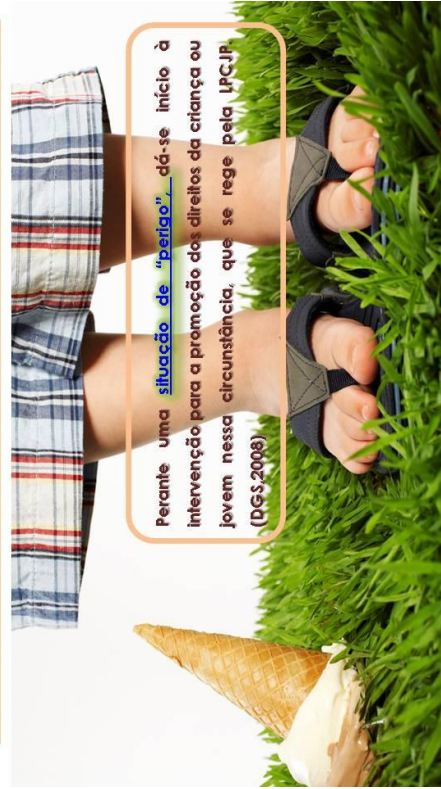
Entende-se por **factores de protecção as variáveis físicas, psicológicas e sociais** que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e que podem actuar como **moderadores dos factores de risco.** ( DGS,2008)

Quando os factores de protecção conseguem equilibrar ou anular os de risco, é menor a possibilidade de ocorrer uma situação crítica ou de Perigo (DGS, 2008).

**Pelos Direitos das Crianças.**

2 | Avaliação do Contexto Sócio – Familiar da Criança e do Jovem:

2.3 | Situações de Perigo



Perante uma **situação de "perigo"**, dá-se início à **intervenção para a promoção dos direitos da criança ou jovem** nessa circunstância, que se rege pela **IPCJR**. (DGS,2008)

**2 | Avaliação do Contexto Sócio – Familiar da Criança e do Jovem:**

**2.3 | Situações de Perigo**



**Pelos Direitos das Crianças.**

“A intervenção deve atender prioritariamente aos **interesses e direitos da criança e do jovem**, sem prejuízo da consideração que far devida a outros interesses legítimos no âmbito da pluralidade dos interesses presentes no caso concreto” (CNPCJR.pt [homepage da internet]; acesso em 05.06.2010;17h). Disponível em: [www.cnpcjr.pt](http://www.cnpcjr.pt)

**3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem**



**1**

**| Constituição da República Portuguesa - Art. 69º**  
**“As crianças têm direito à protecção do Estado e da sociedade”** (Assembleia da República.pt [homepage da internet]; acesso em 04.06.2010; 21h). Disponível em: [www.parlamento.pt](http://www.parlamento.pt)

**Pelos Direitos das Crianças.**

**3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem**

**2**

**| Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), aprovada pela Resolução da Assembleia da República n.º 20/90, de 12 de Setembro.**

**Art. 3.º n.º 1 da CDC** – “Todas as decisões relativas a crianças, adoptadas por instituições públicas ou privadas de protecção social, por tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, terão primariamente em conta o interesse superior da criança”

**Art. 19.º da CDC** – “Os Estados Parte tomam as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à protecção da criança contra todas as formas de violência física, mental, dano, sevícia, maus tratos, incluindo a violência sexual”. (UNICEF.pt [homepage da internet]; acesso em 04.06.2010; 18h). Disponível em: [www.unicef.pt](http://www.unicef.pt)

**3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem**

**3**

**| Lei de Bases da Saúde – Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto – Base II – alínea c) – “São tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes e os toxicodependentes”** Assembleia da República.pt [homepage da internet]; acesso em 04.06.2010; 21h). Disponível em: [www.parlamento.pt](http://www.parlamento.pt)



**Pelos Direitos das Crianças.**

**3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem**

- 4** **Resolução do Conselho de Ministros n.º 30/92, de 18 de Agosto**  
Citação do Projecto de Apoio à Família e à Criança – PAFAC
- 5** **Cria a Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco**  
DL n.º 98/98, de 18 de Abril
- 6** **Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo**  
Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro
- 7** **Regulamenta a medida de promoção/protecção do acolhimento familiar**  
DL n.º 11/2008, de 17 de Janeiro

**3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem**

- 8** **Regulamenta as medidas de promoção/protecção em meio natural de vida**  
DL n.º 12/2008, de 17 de Janeiro
- 9** **Alteração ao DL n.º 314/78 de 27 de Outubro (Organização Tutelar de Menores) em matéria de processos tutelares cíveis**  
Lei n.º 133/99, de 28 de Agosto
- 10** **Altera o regime jurídico da adopção**  
Lei n.º 31/2003, de 22 de Agosto

M.A.S.

**3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem**

Actualmente, nos termos do disposto na Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro, para prevenir e tratar as situações de perigo, consagrou o **princípio da subsidiariedade**, dispondo que a intervenção deve ser efectuada, sucessivamente, através das seguintes vias:

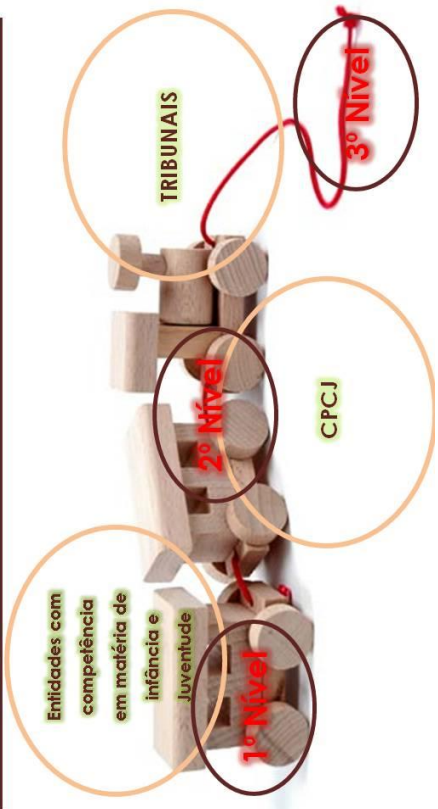
- a) **Entidades com competência em matéria de infância e juventude (ECMLJ)**
- b) **As Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ)**
- c) **Tribunais.**



**Pelos Direitos das Crianças.**

**3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem:**

**3.1 | Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude**



**3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem:**

**3.1 | Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude**



“...atribuída legitimidade às entidades que têm acção privilegiada em domínios como os da saúde, educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, entre outros – para intervir na promoção dos direitos e na protecção das crianças e dos jovens, em geral, e das que se encontrem em situação de risco ou perigo” (DGS,2008)

**1º**

**Pelos Direitos das Crianças.**



**3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem:**

**3.1 | Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude**



**1º**

**Pelos Direitos das Crianças.**



**3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem:**

**3.1 | Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude**



**1º**


**Pelos Direitos das Crianças.**



**3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem:**

**3.1 | Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude**

**Cabe aos Núcleos:**



- a) prestar consultadoria aos profissionais/equipas que lidam directamente com as situações e dinamizar o funcionamento das redes de interlocução a nível interno;
- b) apoiá-los no acompanhamento das mesmas;
- c) avaliar, acompanhar e/ou sinalizar a outra entidade ou nível de intervenção, quando necessário. (DGS,2008)

**1º**

**3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem:**

**3.2 | Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo**



**Pelos Direitos das Crianças.**

As **Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ)**, são **entidades oficiais não judiciais**, que exercem as suas funções e competências de acordo com a Lei nº 147/99, de 1 de Setembro - **Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo**. ((CNPCJR.pt [homepage da internet]. acesso em 05.06.2010;17h]. Disponível em: [www.cnpcjr.pt](http://www.cnpcjr.pt))

**2º**

**3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem:**

**3.2 | Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo**



**Pelos Direitos das Crianças.**

“A intervenção das comissões de protecção de crianças e jovens tem lugar quando **não seja possível às entidades com competência em matéria de infância e juventude actuar de forma adequada e suficiente** a remover o perigo em que se encontram” (CNPCJR.pt [homepage da internet]. acesso em 05.06.2010;17h]. Disponível em: [www.cnpcjr.pt](http://www.cnpcjr.pt))

**2º**

**3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem:**

**3.2 | Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo**



**2º**

**Medidas de Promoção/protecção da CPCJ** (CNPCJR.pt [homepage da internet]. acesso em 05.06.2010;17h]. Disponível em: [www.cnpcjr.pt](http://www.cnpcjr.pt) ):

- a) Apoio junto dos pais;
- b) Apoio junto de outro familiar;
- c) Confiança na pessoa idónea;
- d) Apoio para autonomia de vida;
- e) Acolhimento familiar;
- f) Acolhimento em instituição;
- g) Confiança na pessoa seleccionada para a adopção ou a instituição com vista a futura adopção.

**3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem:**

**3.2 | Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo**



**Pelos Direitos das Crianças.**

**A protecção imediata da criança e do jovem é assegurada por qualquer entidade** (CS, Hospital, etc.) que pode tomar as medidas adequadas, **solicitando a intervenção do Tribunal ou as Entidades policiais** (conforme estabelecido no **art. 21º** da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo). (DGS,2008)

**3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem:**

**3.3 | Intervenção Judicial no âmbito da Promoção e Protecção**



**Pelos Direitos das Crianças.**

“Para recurso a um **procedimento de urgência**, a lei exige a verificação cumulativa de dois requisitos:  
- **a existência de perigo actual ou iminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem;**  
- **a oposição por parte de quem exerça o poder paternal ou de quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem.**” (DGS, 2008)

**3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem:**

**3.3 | Intervenção Judicial no âmbito da Promoção e Protecção**



**Pelos Direitos das Crianças.**

Numa situação de **perigo eminente**, confere-se às entidades com competência na área da infância e juventude e às CPCJ legitimidade para tomarem as **medidas adequadas para remover o perigo em que a criança ou jovem se encontra** (DGS, 2008).

**3 | Enquadramento Legal da Protecção e da Promoção dos Direitos das Criança e do Jovem:**

**3.3 | Intervenção Judicial no âmbito da Promoção e Protecção**



**Pelos Direitos das Crianças.**

“Quando aplicada uma medida para remover o perigo , pelas instâncias de primeiro nível, deverá comunicar-se por escrito ao magistrado do Ministério Público, solicitando a intervenção judicial ou das entidades policiais. “

DGS,2008

**4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo**

**4.1 | Intervenção Centrada na Família**

A Intervenção Precoce (IP) destina-se a crianças pré-escolares, que apresentem **alterações no seu desenvolvimento psicomotor ou se encontrem em situações de alto risco para as desenvolver** (Serrano, 2009).

Uma criança está em risco, quando está exposta a situações de natureza **biológica ou ambiental, que podem interferir com o normal desenvolvimento** (Serrano, 2009).



**Pelos Direitos das Crianças.**

**4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo**

**4.1 | Intervenção Centrada na Família**

**Intervir precocemente porquê?**

Os pais de crianças com problemas ou em risco, podem necessitar de apoio profissional para estabelecer as adequadas capacidades parentais (Seirano, 2009).



**Pelos Direitos das Crianças.**

**4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo**

**4.1 | Intervenção Centrada na Família**

**Porquê que a Intervenção Precoce se deve Centrar na Família?**

Os serviços de IP não devem ser exclusivamente dirigidos à criança e aos seus problemas (Seirano, 2009).

O foco de atenção nas práticas tradicionais deixou de ser exclusivamente centrado na criança, para passar a ser centrado na criança e sua família (Seirano, 2003).



**4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo**

**4.1 | Intervenção Centrada na Família**

“Uma janela única de oportunidade para alterar as trajectórias de desenvolvimento das crianças” (Guralnick, 2009).



**Pelos Direitos das Crianças.**

**4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo**

**4.1 | Intervenção Centrada na Família**

Os serviços de IP devem ser prestados por equipas interdisciplinares, de forma a poder dar resposta à gama de problemas que estas crianças e famílias apresentam (Seirano, 2009).



**Pelos Direitos das Crianças.**

4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

4.1 | Intervenção Centrada na Família

- | Enfatiza as forças, não os défices.
- | Promove a escolha e o controlo da família sobre os recursos desejados.
- | O desenvolvimento de uma relação de colaboração entre pais e profissionais (Bailey, 2006)



Pelos Direitos das Crianças.

4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

4.2 | Articulação com Instituições para a Protecção e Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo



As Instituições de Saúde têm responsabilidade particular na detecção precoce de contextos, factores de risco e de sinais de alarme, nesta matéria, no acompanhamento dos casos e na sinalização dos mesmos (DGS, 2008).

Pelos Direitos das Crianças.

4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

4.1 | Intervenção Centrada na Família

A intervenção precoce é orientada para as necessidades da criança/família. (Serrano, 2003)



Pelos Direitos das Crianças.

4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

4.2 | Articulação com Instituições para a Protecção e Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

Que barreiras têm dificultado uma intervenção pro-activa dos profissionais (DGS,2008)?

- \*Desconforto em lidar com estas situações;
- \*Deficit de informação e preparação técnica face às mesmas;
- \*Ausência de protocolos formais e de apoio institucional;
- \*Assunção de outras prioridades;
- \*Desconhecimento das redes de apoio;
- \*Falta de confiança nas Instituições;



Pelos Direitos das Crianças.

**4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo**  
**4.2 | Articulação com Instituição para a Protecção e Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo**



Para poder haver **intervenção dos profissionais, a lei exige**, excepto em situações de urgência, que seja prestado o **consentimento livre e esclarecido por parte dos pais, representante legal ou da pessoa que tem a guarda de facto, devendo os mesmos ser informados desse direito** (DGS, 2008).

**Pelos Direitos das Crianças.**

**4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo**  
**4.2 | Articulação com Instituições para a Protecção e Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo**



| **Assegurar um tratamento digno** a todos os elementos, mesmo nos casos mais complexos;  
| **Salvaguardar a privacidade e a confidencialidade;**  
| **Evitar emitir juízos valorativos, culpabilizar ou envergonhar** os seus membros;  
| **Proceder a uma escuta activa, dar suporte, valorizar as capacidades e competências;**  
| **Intervir com as famílias e responsabilizar;**

**Pelos Direitos das Crianças.**

**4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo**  
**4.2 | Articulação com Instituições para a Protecção e Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo**



**As boas práticas face aos maus tratos** - havendo, ou não, ocorrência confirmada destes – exigem assim que os **profissionais de saúde assegurem o respeito por diversos pressupostos** (DGS, 2008):

**Pelos Direitos das Crianças.**

**4 | Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo**  
**4.2 | Articulação com Instituições para a Protecção e Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo**



**Os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, que estão a ser dinamizados nos CS (NACJR) e nos Hospitais (NHACJR), adquirem um papel de particular importância, permitindo (DGS,2008):**

| **O apoio aos profissionais;**  
| **Tornar mais exaustiva a mobilização e articulação dos recursos** na intervenção de primeiro nível;  
| **Agilizar a comunicação com as CPCJ e Tribunais;**

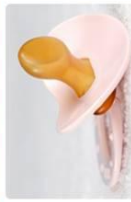
**Pelos Direitos das Crianças.**

#### 4] Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

##### 4.2] Articulação com Instituições para a Protecção e Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo



Quando os factos que determinam a situação de perigo constituem crime, devem ser comunicados ao Ministério Público, às entidades policiais, ou ao Instituto de Medicina Legal, independentemente das medidas tomadas em defesa da criança ou do jovem (DGS, 2008).



#### PeLOS Direitos das Crianças.

##### 5 | Bibliografia

- I. Direcção Geral da Saúde. Maus Tratos em Crianças e Jovens: intervenção da Saúde – Documento Técnico. 2008; 1-79.
- II. Gomes VLO, Fonseca AD. Dimensões da violência contra crianças e adolescentes apreendidas do discursos de professoras e cuidadoras. Texto Contexto Enferm.,2005;14:32-7.
- III. Prado MCCA, Pereira ACC. Violências sexuais: incesto, estupro e negligência familiar. Estudos de Psicologia, 2008;25(2):277-291.
- IV. Pinto, JMM. Carência e maus tratos na infância. Referência, 2001;6:39-46.
- V. CNPCJR.pt [homepage da Internet]. Lisboa: Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco; [actualizada em: 2008; acesso em 05.06.2010;17h]. Disponível em: [www.cnpcjr.pt](http://www.cnpcjr.pt)
- VI. Assembleia da República.pt [homepage da Internet]. Lisboa: Palácio de S.Bento; [actualizada em 2008; acesso em 04.06.2010; 21h]. Disponível em: [www.parlamento.pt](http://www.parlamento.pt)

#### PeLOS Direitos das Crianças.

#### 4] Intervenção na Protecção e na Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo

##### 4.2] Articulação com Instituições para a Protecção e Promoção dos Direitos da Criança e do Jovem em Perigo



[Como se Intervem nos Centros de Saúde?](#)

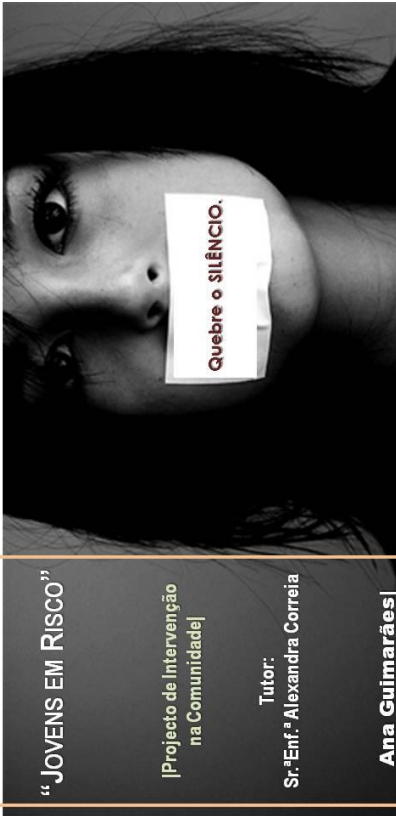
#### PeLOS Direitos das Crianças.

##### 5 | Bibliografia

- VII. UNICEF.pt [homepage da Internet]. [actualizada em 2004;acesso em 04.06.2010;18h]. Disponível em: [www.unicef.pt](http://www.unicef.pt)
- VIII. Seirano AM. Uma Janela de Oportunidade. Instituto de Estudos da Criança, 2009;1-15.
- IX. Guralnick MJ. The Development Systems Approach to Early Intervention. Baltimore: Brookes; 2005;1-34.
- X. Seirano AM. Intervenção Precoce. Instituto de Estudos da Criança, 2003;1-20.
- XI. Bailey T. Tree Assessment Report. 2006;1-14.

#### PeLOS Direitos das Crianças.

  
**Pelos Direitos das Crianças.**



**PROJECTO**

**“ JOVENS EM RISCO ”**


|Projecto de Intervenção  
na Comunidade|

Tutor:  
Sr.ª Enf.ª Alexandra Correia

**Ana Guimarães**  
**|Marta Machado**





 Inovar para Mudar Centro de Formação	<b>AVALIAÇÃO FINAL DA ACÇÃO</b>		
Candidatura N.º	Formulário B N.º	Curso/Acção N.º	

**1. IDENTIFICAÇÃO DO CURSO/ACÇÃO/MÓDULO**

Designação: \_\_\_\_\_

Início \_\_\_\_\_ Fim \_\_\_\_\_ Duração Horas \_\_\_\_\_

**Instruções de Preenchimento do Questionário**

- Apreciação da escala de 1 a 4, correspondendo os valores à seguinte escala: 4 "concordo em absoluto"; 3 "não concordo nem discordo"; 2 "discordo em parte"; 1 "discordo em absoluto"

- Marcação com X do quadrado escolhido

**1. AVALIAÇÃO DA ACÇÃO**

	4	3	2	1
Os objectivos da acção são perceptíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O conteúdo da acção é adequado às necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os temas abordados são actuais e úteis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A acção/módulo correspondeu às expectativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existiu motivação para participar na acção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As actividades realizadas são adaptadas à sessão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existiu um bom relacionamento entre o grupo de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As instalações são adequadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os meios audiovisuais são os necessários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A documentação é apropriada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O apoio técnico/administrativo/pedagógico é eficaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>2. ACTUAÇÃO DOS FORMADORES</b>		<b>5   4   3   2   1</b>
Formador	O formador demonstra domínio sobre o(s) assunto(s) abordado(s)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Formador	Os métodos adoptados pelo formador são adequados relativamente aos objectivos da acção/módulo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Formador	A linguagem utilizada pelo formador é adequada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Formador	O formador demonstra empenho na condução da acção/módulo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Formador	O relacionamento com o grupo de trabalho foi bom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<b>3. SUGESTÕES/CRÍTICAS</b>	
Aspectos positivos na acção	
Aspectos a melhorar	
Sugestões	

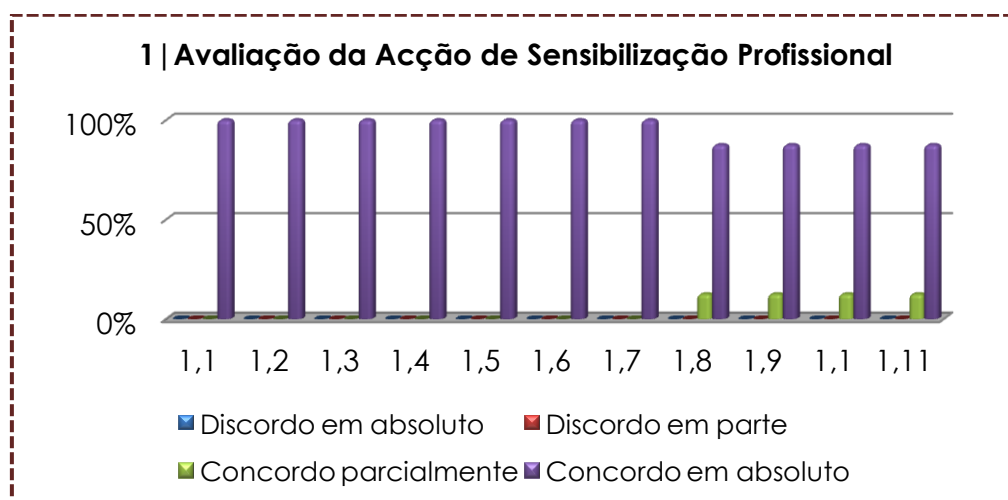
Nome (opcional) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO PROFISSIONAL |

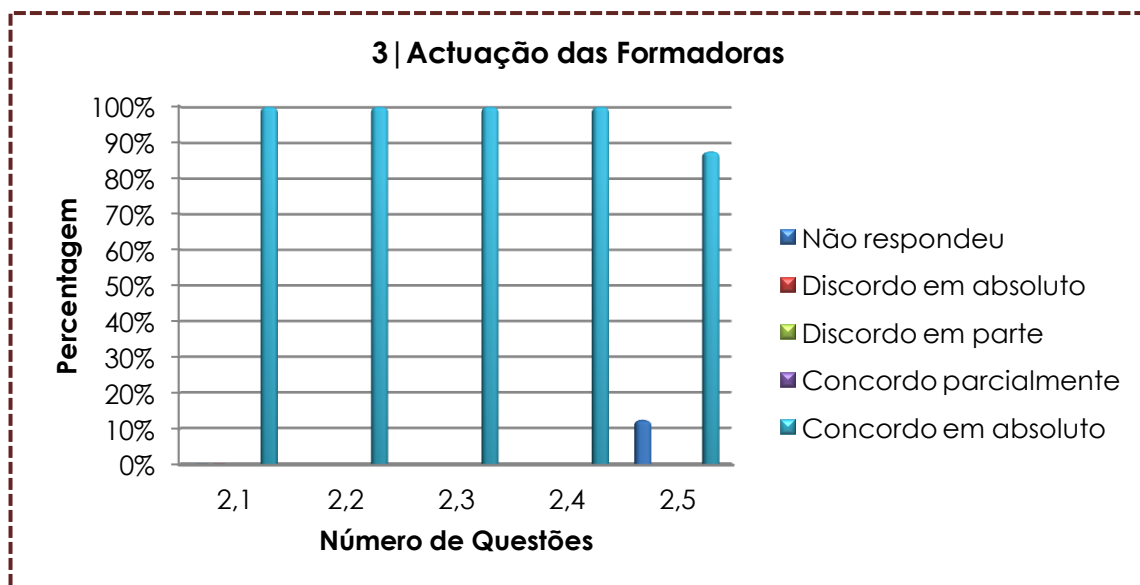
### PROJECTO “JOVENS EM RISCO”

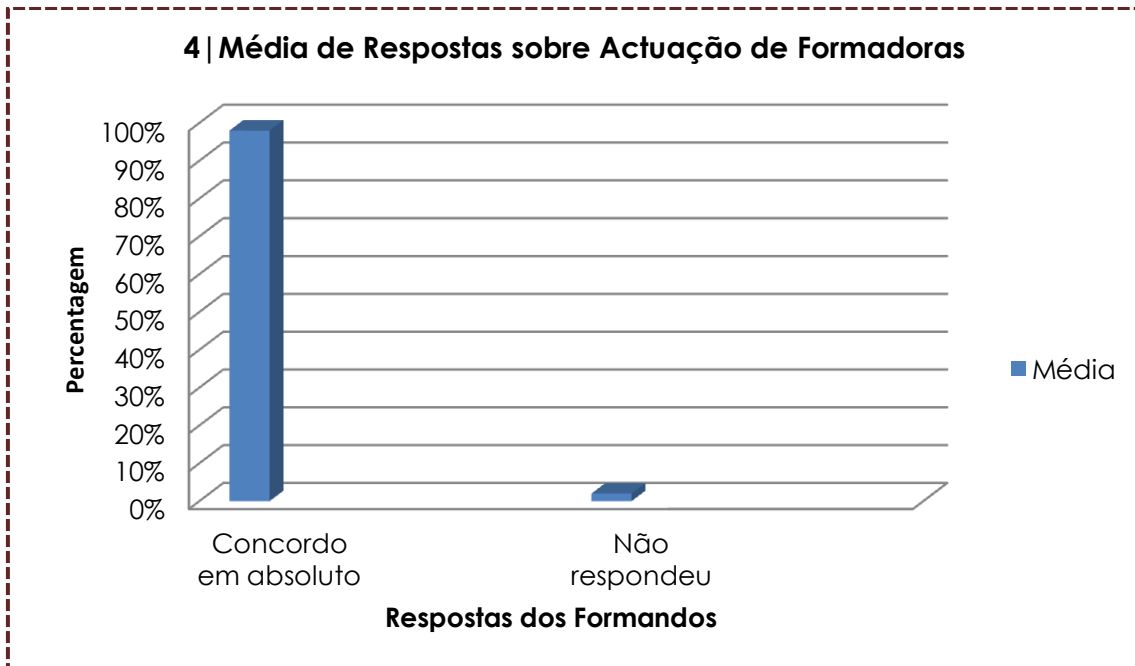
De acordo com o Nível I do modelo proposto por Kirkpatrick (2004), que consiste na avaliação da reacção dos participantes à formação, foi aplicado o Instrumento da ULSM com o propósito de avaliar a motivação e interesse dos mesmos na aprendizagem. Este Instrumento de Avaliação da Sessão Formativa determina o que se pretende avaliar, quantifica a qualidade das reacções, procura uma resposta imediata de forma a poder traduzir e comunicar os seus resultados e define padrões de satisfação aceitáveis (Cardoso, 2002). Com o intuito desta avaliação, as formadoras reforçaram a importância da sinceridade das respostas aos formandos, no sentido da não manipulação dos dados e sua posterior comunicação com fidelidade.

Este Instrumento privilegiou alguns indicadores que se pretendiam avaliar como os objectivos da sessão, o interesse e actualidade dos conteúdos programáticos abordados, as expectativas dos formandos bem como o seu grau de motivação, o desempenho pessoal das formadoras e a organização da acção no que respeita a recursos de apoio mobilizados. Neste contexto, tornou-se necessário a referência a uma escala, para melhor compreensão da posição do participante face à sua satisfação pessoal com a sessão. A utilização de uma determinada escala permite, que o formador atribua um juízo de valor mediante um determinado domínio (Brandão, 2008). Assim sendo, este Instrumento recorreu à numérica, variando num intervalo de 1 a 4, posicionando os formandos numa dimensão quantitativa; onde o nível 1 corresponde a “discordo em absoluto”, o nível 2 a “discordo em parte”, o nível 3 a “não concordo nem discordo” e o nível 4 a “concordo em absoluto”. Assim sendo e, de acordo com os dados recolhidos, os gráficos seguintes podem ser ilustrativos da satisfação pessoal dos participantes face a estes indicadores:



De acordo com os gráficos acima expostos cerca de 7 formandos, representando a totalidade do universo amostral (100%), classificaram a formação relativamente à percepção de objectivos (questão 1.1), o conteúdo da acção face às necessidades (questão 1.2), a actualidade e interesse do tema (questão 1.3), as expectativas e motivação para participar (questão 1.4 e 1.5), as actividades realizadas e o bom relacionamento do grupo de trabalho (questão 1.6 e 1.7) com 4 valores. Relativamente á classificação das instalações (questão 1.8), dos meios audiovisuais (questão 1.9), da documentação distribuida (questão 1.10) e apoio pedagógico/administrativo e técnico (questão 1.11), cerca de 87,5% dos formandos classificaram com 4 valores e os restantes 12,5% com 3 valores. Analisando a formação em termos médios, cerca de 95% dos formandos classificaram-na em 4 valores e os restantes 5% em 3 valores, no que respeita aos indicadores supracitados.





Observando o gráfico acima exposto, facilmente se pode concluir que relativamente às questões de 2.1 a 2.4, que respeitam o indicador de avaliação da actuação das formadoras relativamente a: domínio de assuntos abordados (questão 2.1), métodos adequados face a objectivos da acção (questão 2.2), linguagem utilizada pelo formador (questão 2.3) e empenho do formador na condução da acção (questão 2.4), cerca de 100% do universo amostral classificou com 4 valores; no que respeita à última questão relativamente a relacionamento com o grupo de trabalho(questão 2.5), cerca de 87,5% classificaram a actuação das formadoras com 4 valores, reservando 3 valores cerca de 12,5% dos formandos. Em termos de classificação média das formadoras, cerca de 98% dos formandos atribuíram 4 valores e os restantes 2 % não responderam.

No Instrumento de Avaliação da ULSM, as últimas questões de cariz aberto reservam-se para os formadores poderem expressar as suas opiniões ou sugestões. Durante a análise da avaliação da sessão pelos formandos, encontraram-se duas opiniões, que passam a ser citadas: “tema muito importante e que realmente é uma lacuna em termos de formação” e “a sensibilização dos profissionais para a problemática dos maus tratos infantis, penso que é um tema muito pertinente pois permite-nos estar mais despertas para esta problemática que tem vindo a aumentar na nossa sociedade”.



## **ANEXO VIII**

### **INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS “PROJECTO JOVENS EM RISCO”**



**PROJECTO "JOVENS EM RISCO" |  
INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM**

Este Instrumento de Colheita de Dados de Enfermagem surge como a operacionalização do Projecto *Jovens em Risco*, implementado e dinamizado pelas Alunas de Enfermagem do Curso de Pós – Licenciatura | Especialização em Saúde Infantil e Pediatria – Ana Guimarães e Marta Machado - sob orientação tutorial da Enf.ª Alexandra Correia, no âmbito da Saúde Escolar | UCC do Centro de Saúde da Senhora da Hora. Este presente Instrumento esplanase sobre as directrizes da Direcção Geral de Saúde, publicadas no *Documento Técnico Maus Tratos em Crianças e Jovens – Intervenção da Saúde (2008)*, visando constituir apenas uma orientação para o diagnóstico, afigurando-se necessário investigar a presença de vários sinais, em simultâneo, assim como verificar a congruência das justificações apresentadas para que a situação tenha ocorrido.

**Na grande maioria, os sinais e sintomas que representam os designados "sinais de alarme" de maus tratos, devem ser encarados só como indicadores da possibilidade de existência de uma situação deste tipo.**

Porto, 27 de Maio, de 2010

**PROJECTO "JOVENS EM RISCO" |  
 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM**



CENTRO DE SAÚDE DA SENHORA DA HORA | ULS USF: \_\_\_\_\_

Data das Entrevistas: \_\_/\_\_/\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_ | \_\_/\_\_/\_\_

Enfermeiro de Família/ Enfermeiro: \_\_\_\_\_

Número do Processo: \_\_\_\_\_

**CARACTERIZAÇÃO DO MEIO FAMILIAR DA CRIANÇA/ JOVEM**

**Nome da Mãe:** \_\_\_\_\_

Idade:	anos	Nacionalidade:	
Escolaridade	Sem escolaridade		
	Sabe ler e escrever		
	1º Ciclo	Incompleto	
		Completo	
	2º Ciclo	Incompleto	
		Completo	
	3º Ciclo	Incompleto	
		Completo	
Ensino Secundário	Incompleto		
	Completo		
Ensino Superior	Incompleto		
	Completo		

Profissão: \_\_\_\_\_

**Nome do Pai:** \_\_\_\_\_

Idade:	anos	Nacionalidade:	
Escolaridade	Sem escolaridade		
	Sabe ler e escrever		
	1º Ciclo	Incompleto	
		Completo	
	2º Ciclo	Incompleto	
		Completo	
	3º Ciclo	Incompleto	
		Completo	
Ensino Secundário	Incompleto		
	Completo		
Ensino Superior	Incompleto		
	Completo		

Profissão: \_\_\_\_\_

**PROJECTO "JOVENS EM RISCO" |  
INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM**



<b>Nome da Criança   Jovem:</b>			
<b>Idade da Criança   Dias:</b>		<b>Meses:</b>	
		<b>Anos:</b>	
<b>Escolaridade:</b>	<b>Sem escolaridade</b>		
	<b>Sabe ler e escrever</b>		
	<b>1º Ciclo</b>	Incompleto	
		Completo	
	<b>2º Ciclo</b>	Incompleto	
		Completo	
	<b>3º Ciclo</b>	Incompleto	
		Completo	
	<b>Ensino Secundário</b>	Incompleto	
		Completo	
<b>Ensino Superior</b>	Incompleto		
	Completo		

**AGREGADO COM QUEM VIVE A CRIANÇA/JOVEM**

Familia Biológica (pai/mãe)	
Familia com relação de parentesco (irmãos, avós, tios...)	
Familia sem relação de parentesco	
Criança/Jovem a cargo de si próprio	

**TIPO DE AGREGADO FAMILIAR**

<b>Familia Nuclear</b>	<b>Com Filhos</b>	<b>Quantos?</b>	
		<b>Idades</b>	<b>Dias</b>
	<b>Meses</b>		
<b>Anos</b>			
	<b>Sem Filhos</b>		
<b>Familia Monoparental</b>	Feminina		
	Masculina		
<b>Familia Reconstituída (pais com filhos de outras uniões)</b>			
<b>Familia Alargada (mais que uma geração)</b>			
<b>Familia Adoptiva</b>			
<b>Familia de Acolhimento</b>			
<b>Criança/Jovem vive sozinho</b>			

**PROJECTO "JOVENS EM RISCO" |  
 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM**


RENDIMENTOS PERANTE O TRABALHO	MÃE	PAI	JOVEM
Rendimento do Trabalho			
Pensão (social, invalidez, sobrevivência...)			
Subsidio de Desemprego			
Rendimento Social de Inserção			
Bolsa de Formação			
Subsidios Eventuais			
Rendimentos (mobiliários e imobiliários)			
Outros Rendimentos			
Sem Rendimentos			

SAÚDE FAMILIAR	MÃE	PAI	CRIANÇA JOVEM
Doença Física			
Doença Infecto - Contagiosa			
Doença Mental			
Alcoolismo			
Toxicod dependência			
Outros			

SITUAÇÃO HABITACIONAL DO AGREGADO FAMILIAR		MÃE	PAI	CRIANÇA JOVEM
Condição de Alojamento	Casa			
	Parte de Casa			
	Quarto			
	Pensão/ Barraca			
	Sem Residência			
	Outro			
Caracterização Social do Meio Envolverte	Problemas Sociais Identificados	Prostituição		
		Marginalidade		
		Droga		
	Não tem Problemas Sociais Identificados			

**PROJECTO "JOVENS EM RISCO" |  
 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM**

**FACTORES DE RISCO PARA MAUS TRATOS**

CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA   JOVEM QUE PODEM POTENCIAR CONTEXTO DE RISCO		PRESENÇA	
		SIM	NÃO
Portadores de necessidades de saúde especiais	Deficiência Física		
	Deficiência Mental		
Prematuridade (especialmente quando separados dos cuidadores no período neonatal)			
Crianças não desejadas pelos pais			
Temperamento difícil			
Aprendizagem	Dificuldades		
	"Sobredotadas"		

EXPECTATIVAS/PERCEPÇÕES DOS CUIDADORES SOBRE A CRIANÇA/JOVEM QUE PODEM POTENCIAR CONTEXTO DE RISCO			PRESENÇA	
Percepção sobre a Criança	a	Má	SIM	NÃO
			Manipuladora	
		Difícil de Educar		
Criança com características físicas e/ou comportamentais semelhantes a alguém cujos pais/cuidadores não gostam				
Pais/cuidadores que competem com a criança pela atenção e afecto que lhes é dedicado				
Expectativas não realistas em relação à criança (escolares, desportivas, etc.)				
Quando o sexo da criança não corresponde às expectativas dos pais/cuidadores				

**PROJECTO "JOVENS EM RISCO" |  
 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM**


CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA FAMILIAR QUE PODEM POTENCIAR CONTEXTO DE RISCO		PRESEÇA	
		SIM	NÃO
<b>Família</b>	Adoptiva		
	Reconstituída		
<b>Dependências</b>	Alcoolismo		
	Toxicodependências		
<b>Contextos de Crise</b>	Morte		
	Separação		
	Desemprego		
<b>Más Condições Habitacionais</b>	Promiscuidade		
	Sobrelotação		
<b>Contextos de violência doméstica</b>			
<b>Pais vítimas de maus – tratos em criança</b>			
<b>Problemas de saúde mental</b>			
<b>Pais/cuidadores envolvidos em processos legais ou a cumprir pena</b>			
<b>Crianças institucionalizadas</b>			
<b>Ausência de redes familiares e sociais de apoio</b>			
<b>Pais adolescentes</b>			
<b>Padrões educacionais agressivos ou violentos</b>			
<b>"Desenraizamento" cultural e social (migrantes)</b>			
<b>Pais com vida social e/ou profissional intensa</b>			

**PROJECTO "JOVENS EM RISCO" |  
 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM**

**FACTORES DE PROTECÇÃO PARA MAUS TRATOS**

CARACTERÍSTICAS DA CRIANÇA/JOVEM QUE PODEM SER FACTORES PROTECTORES	PRESEÇA	
	SIM	NÃO
Crianças saudáveis e atractivas		
Ter desejo de autonomia e comportamentos exploratórios		
Ter capacidade de pedir ajuda quando necessário		
Crianças com competências adaptativas		

CARACTERÍSTICAS DA DINÂMICA FAMILIAR/RELACIONAL E DO CONTEXTO SOCIAL QUE PODEM SER FACTORES PROTECTORES	PRESEÇA	
	SIM	NÃO
Vinculação segura com pelo menos um dos cuidadores		
Relação afectiva securizante com um adulto significativo		
Rede familiar e social de apoio		
Comunidade com recursos de educação, saúde, ocupação de tempos livres, etc.		

PROJECTO "JOVENS EM RISCO" |  
 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM

**SINAIS DE NEGLIGÊNCIA**

SINAIS	CARACTERIZAÇÃO	PRESENÇA	
		SIM	NÃO
Carência de Higiene	Sujeidade das unhas		
	Picadas Múltiplas de Insectos		
	Eritema Perineal Prolongado/Recorrente		
Inexistência de Rotinas	Alimentação		
	Vigília/Sono		
	Vestuário desadequado em relação à estação do ano		
	Lesões consecutivas a exposições climáticas adversas		
	Infecções recorrentes ou persistentes sem causa determinada		
	Intoxicações acidentais repetidas		
Doença crónica sem cuidados adequados	Falta de adesão a programa de vigilância e terapêutica programados)		
Hematomas ou outras lesões inexplicadas	Falta de supervisão de situações perigosas		
Atraso e/ou incumprimento dos Programas :	Saúde Infantil e Juvenil		
	Vacinação		
Sinais físicos de negligência prolongada (quando a investigação médica exclua qualquer razão patológica para tal):	Progressão ponderal deficiente		
	Cabelo fino		
	Abdómen proeminente		
	Arrefecimento persistente		
	Mãos e pés avermelhados		
Atraso no desenvolvimento e nas	Atraso no desenvolvimento sexual		
	Linguagem		
	Motricidade		

**PROJECTO "JOVENS EM RISCO" |  
 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM**


aquisições sociais	Socialização		
Perturbações	Sono		
	Sonolência		
	Apatia		
	Depressão		
	Agressividade		
Perturbações do Comportamento Alimentar e Comportamentos Bizarro	Roubar Alimentos		
	Comer Obsessivamente		
Dificuldades na aprendizagem e absentismo escolar sem justificação			

**SINAIS DE MAUS TRATOS FÍSICOS**

INDICADORES DE MAUS TRATOS FÍSICOS	PRESENÇA	
	SIM	NÃO
História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão		
Explicações contraditórias ou discordantes pelos diferentes cuidadores face à situação		
Demora na procura de cuidados médicos		
História de lesões repetidas		
Faltas frequentes à escola (enquanto aguardam a cura das lesões)		

**PROJECTO "JOVENS EM RISCO" |  
 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM**


SINAIS FÍSICOS	CARACTERIZAÇÃO	PRESENÇA	
		SIM	NÃO
Lesões com diferentes estadios de evolução	Equimoses com diferente coloração		
	Hematomas com diferente coloração		
Seqüelas de traumatismo antigo	Calos ósseos resultantes de fractura		
Fracturas	Diversas		
Traumatismo Craneano	« 1 ano de idade		
Lesões em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo accidental	Equimoses		
	Ferimento nos olhos		
	Ferimento na boca		
	Ferimento no pescoço		
	Ferimento proximal de extremidades		
	Ferimento de genitais		
Lesões em diferentes localizações	Ferimento de nádegas		
	Não sendo localização própria de lesão accidental		
Lesões desenhando marcas de objectos	Marca de Corda		
	Marcas de fivela		
	Marca de Régua		
Queimaduras múltiplas e/ou simulando acto voluntário, actuais ou cicatrizadas	Palma da mão		
	Planta do pé		
	Genitais		
	Nádegas		
<b>Padrão "luva e meia" correspondente a imersão forçada</b>			
<b>Identificação do Objecto Causador (Ferro de Engomar)</b>			
<b>Alopécia Traumática</b>			
Outras lesões de diagnóstico mais complexo (pesquisadas se suspeita de maus tratos)	Neurológicas		
	Oftalmológicas		
	Viscerais		

PROJECTO "JOVENS EM RISCO" |  
 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM

**SINAIS DE MAUS TRATOS PSICOLÓGICOS**

SINAIS DE MAU TRATO PSICOLÓGICO	CARACTERIZAÇÃO		PRESENÇA		
			SIM	NÃO	
Deficiência não orgânica de Crescimento	Baixa Estatura				
Automutilação					
Perturbações Funcionais	Apetite	Anorexia			
		Bulimia			
	Sono	Terrors Nocturnos			
		Falar alto durante o sono			
		Posição Fetal			
	Controle de Esfincteres	Enurese			
		Encoprese			
	Choro Incontrolável	1 ano de vida			
	Cefaleias	Sem causa orgânica aparente			
	Dores Musculares	Sem causa orgânica aparente			
Dores Abdominais	Sem causa orgânica aparente				
Interrupção da Menstruação na Adolescência					
Perturbações Cognitivas e Relacionais	Atraso no desenvolvimento da linguagem				
	Perturbações da memória para as experiências do abuso				
	Baixa auto-estima e sentimentos de inferioridade				

**PROJECTO "JOVENS EM RISCO" |  
INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM**



<b>Perturbações Cognitivas e Relacionais</b>	<b>Alteração</b>	Memória		
		Concentração		
		Atenção		
	Dificuldades de aprendizagem			
	<b>Sentimentos</b>	Vergonha		
		Culpa		
		Medos concretos ou inespecíficos		
	<b>Alterações Cognitivas</b>	Pesadelos concretos ou inespecíficos		
		Alucinações concretas ou inespecíficas		
	<b>Perturbações na Maturidade Emocional</b>	Excessivamente Infantil		
		Excessivamente Adulto		
	Dificuldade em lidar com situações de conflito			
	<b>Ansiedade ou Dificuldades nas Relações Afectivas Interpessoais</b>	Isolamento		
		Afastamento dos Amigos e Familiares		
Hostilidade				
Falta de Confiança nos Adultos				

**PROJECTO "JOVENS EM RISCO" |  
INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM**



		Agressividade		
		Manifestações de Raiva contra Pessoas Específicas		
	<b>Relações Sociais</b>	Passivas		
		Escassas ou conflituosas		
		Ausência de Resposta perante Estímulos Sociais		
	<b>Perturbações do Comportamento</b>	<b>Desinteresse total pela imagem</b>	Higiene	
Roupa				
Aspecto				
<b>Falta de curiosidade</b>		Ausência de comportamento exploratório		
<b>Défice na capacidade</b>		Brincar		
		Jogar		
		De se divertir		
		<b>  Fugir de casa ou relutância em regressar a casa</b>		
		Evitação		
		Docilidade Excessiva		

PROJECTO "JOVENS EM RISCO" |  
INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM



	<b>Comportamentos</b>	Passividade		
		Negativistas e/ou violentos (agressões físicas a crianças ou adultos)		
		Obsessivos		
		Bizarros (colocar brinquedos e móveis diante da porta do quarto para protecção contra supostas agressões)		
	<b>  Acidentes muito frequentes</b>			
<b>Perturbações do Comportamento</b>	<b>Problemas Escolares</b>	Mau rendimento académico,		
		Retenções de ano frequentes		
		Faltas		
		Fugas e Punições		
	<b>Atitudes Desviantes</b>	Delinquência		
		Abuso de Álcool		
		Abuso de Drogas		
		Prostituição		

**PROJECTO "JOVENS EM RISCO" |  
 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM**


	Tristeza e perturbações do sono		
	Mudanças súbitas de comportamento e humor		

**SINAIS DE MAUS TRATOS SEXUAIS | ABUSO SEXUAL**

SINAIS DE ABUSO SEXUAL	CARACTERIZAÇÃO	PRESEÇA	
		SIM	NÃO
Lesões externas dos órgãos genitais	Eritema		
	Edema		
	Laceração		
	Fissuras		
	Erosão		
	Infecção		
Leucorreia vaginal	Persistente		
	Recorrente		
Laceração do hímen			
Hemorragia	Vaginal		
	Anal		
Laxidão anormal	Esfíncter Anal		
	Hímen		
	Fissuras Anais		
Infecção sexualmente transmissível			
Verrugas ou condilomas perineais e anais (investigação cuidadosa para confirmação ou exclusão do abuso)	Menina: Vulva		
	Menino: pele e glande		
Equimoses e ou petéquias	Mucosa oral		
	Lacerações do freio dos lábios		
Infecções urinárias de repetição			
Presença de esperma	Corpo da Criança/Jovem		

**PROJECTO "JOVENS EM RISCO" |  
 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DE ENFERMAGEM**


	Roupa da Criança/Jovem		
Presença de sangue de outra pessoa ou substâncias estranhas, como lubrificantes.	Corpo da criança/jovem		
	Roupa da criança/jovem		
Gravidez			

## **ANEXO XIX**

PÓSTER DO PROJECTO JOVENS EM RISCO – “INTERVENÇÃO NOS CENTROS DE  
SAÚDE”

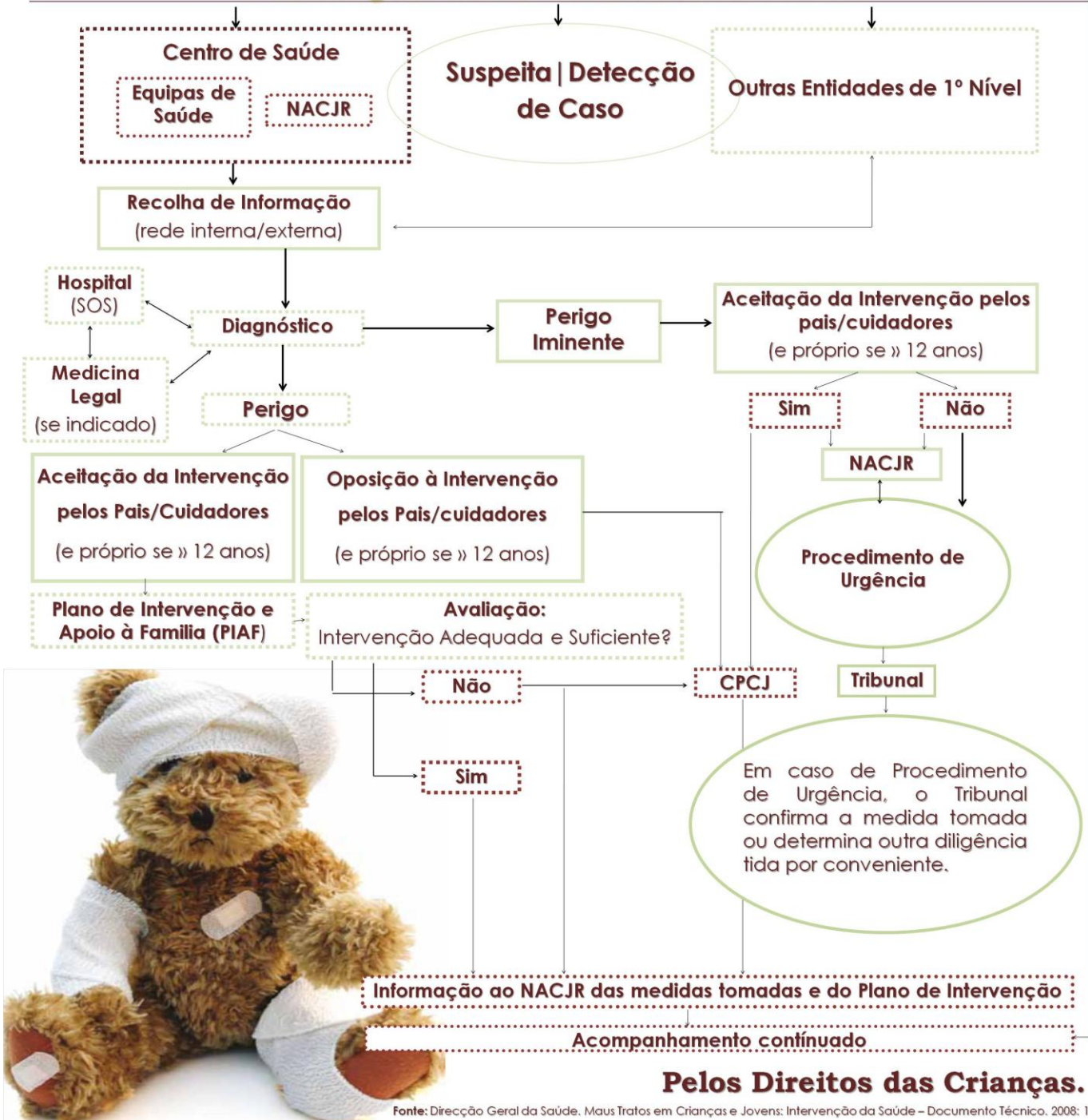




# Projecto | Jovens em Risco

Ana Guimarães & Marta Machado :: Curso de Pós – Licenciatura | Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria  
Orientação de Estágio: Enf.ª Alexandra Correia

## Intervenção nos Centros de Saúde (DGS, 2008)



**Pelos Direitos das Crianças.**

Fonte: Direcção Geral da Saúde. Maus Tratos em Crianças e Jovens: Intervenção da Saúde – Documento Técnico. 2008: 1-79.



## **ANEXO X**

### **COMPROVATIVO DE FORMAÇÃO NA ULSM – “SAÚDE ORAL”**





### CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL (Decreto Regulamentar n.º 35/2002 de 23 de Abril)

CERTIFICA-SE QUE:

**MARTA HELENA MARINHO MACHADO**

NATURAL DE PORTO NASCIDO A 23-10-1978 DE  
 NACIONALIDADE PORTUGUESA SEXO FEMININO PORTADOR DO  
 DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO Nº 11305484 EMITIDO PELO ARQUIVO  
 LISBOA EM 20-10-2006 FREQUENTOU NOS DIAS  
 19-10-2010 , COM A DURAÇÃO TOTAL DE 04 HORAS, A ACÇÃO DE FORMAÇÃO  
 "SAÚDE ORAL".

Matosinhos, 22 de Maio de 2012

O CENTRO DE FORMAÇÃO  
 Entidade acreditada por Despacho Ministerial  
 de 26 de Janeiro de 2000

M. LURDES MAIA  
 Téc. Superior  
 Centro de Formação

POPH

UNião Europeia  
Fundo Social Europeu

Inovar para mudar

\*Organismo público do sector da saúde acreditado como entidade formadora ao abrigo do Despacho n.º 13019/98, publicado no Diário da República, n.º 173, 2.ª Série, de 29 de Julho.\*

Certificado nº 115150/2010



Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE  
 Rua Dr. Eduardo Torres - 4464-513 SENHORA DA HORA  
 Geral :: 22 939 10 00 | Administração :: 22 939 18 50 | Fax Admin. :: 22 939 16 54  
 Email :: ca@ulsm.min-saude.pt

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE | Rua Dr. Eduardo Torres - 4464-513 Senhora da Hora | Contribuinte n.º 506 361 390 | Capital Social 29 930 000 €

www.ulsm.pt

**MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Presencial****ÁREA DE FORMAÇÃO: 720 Saúde**

<b>Plano Curricular – Curso Saúde Oral</b>	<b>Horas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Importância da boca</li><li>- Saúde Oral</li><li>- Placa bacteriana ou Biofilme</li><li>- Cárie dentária</li><li>- Prevenção da cárie dentária</li><li>- Promoção da Saúde Oral</li><li>- Avaliação do risco em saúde oral</li><li>- Factores de risco</li><li>- Metas da Organização Mundial de Saúde</li><li>- Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Oraís</li><li>- Avulsão dentária</li></ul>	4 horas
<b>Observações</b> O curso não prevê avaliação final	

## **ANEXO XI**

ACÇÃO DE FORMAÇÃO “ PNSO – PARA UM SORRISO PERFEITO”





**Planeamento de uma acção de educação para a saúde sobre:  
“PNPSO - Para um sorriso perfeito...”**



**3<sup>a</sup> Curso de Especialização em Enfermagem  
de Saúde Infantil e Pediatria**

Ano Lectivo 2010/2011

Docente orientadora: Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Isabel Quelhas

Enfermeira Tutora: Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Sandra Soares

**Planeamento**

**da uma Acção de Educação para a Saúde:**

**“PNPSO I Para um sorriso perfeito...”**



## SUMÁRIO

0. Introdução	232
1. Análise da Situação	233
2. Objectivos	235
3. Selecção de Conteúdos	236
4. Metodologias, Meios e Estratégias	237
5. Organização/Programação da Actividade	238
5.1 Plano da Actividade	239
6. Selecção e Organização de Estratégias de Avaliação	241
7. Conclusão	242
8. Bibliografia	243
ANEXOS	244
Anexo A - Instrumento de Avaliação da Acção de Educação para a Saúde	244
Anexo B – Guidelines para a Higienização dentária	248
Anexo C – Apresentação PowerPoint “ Para um sorriso perfeito”	252
Anexo D – Relatório de Avaliação da Acção de sensibilização profissional	262

## 0. INTRODUÇÃO

Esta Acção de Educação para a Saúde surge no âmbito do Estágio do Módulo II – Serviços de Medicina e Cirurgia em contextos de doença aguda e crónica , no âmbito da Promoção de Saúde, do 3º semestre do 3º curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Esta actividade desenvolvida encontra-se sob a orientação tutorial da Enfermeira Sandra Soares, a decorrer no Serviço de Pediatria da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, no período de 4 de Outubro a 27 de Novembro de 2010.

Após uma reunião com a Enf.<sup>a</sup> Chefe e Enf.<sup>a</sup> tutora do serviço supracitado, foi sugerida a apresentação de uma Acção de Educação para a Saúde no domínio do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, direccionada para os Enfermeiros do serviço de Pediatria da ULSM, suprimindo assim uma necessidade formativa/informativa expressa pela equipa de enfermagem.

Deste modo, os principais objectivos deste planeamento são:

- ✓ Desenvolver competências relativas à planificação de uma Acção de Educação para a Saúde;
- ✓ Servir de instrumento de avaliação para o Estágio de Módulo II;

Este documento encontra-se organizado em sete capítulos desde a introdução até à bibliografia, iniciando-se com uma análise da situação, seguidamente com a enumeração dos objectivos da actividade, a selecção de conteúdos, metodologias, meios e estratégias, organização e programação da actividade, selecção e organização de estratégias de avaliação, terminando na conclusão.

## 1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

*“ As doenças orais constituem, pela sua elevada prevalência, um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil. No entanto, se adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, a cárie e as doenças periodontais são de uma elevada vulnerabilidade, com custos económicos reduzidos e ganhos em saúde relevantes” (DGS,2010).*

As metas para a saúde oral, estipuladas pela Organização Mundial da Saúde, perspectivam para 2020 que haja 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 (DGS,2010).

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral propõem uma estratégia de intervenção assente na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais, a desenvolver-se ao longo do ciclo de vida e nos ambientes onde as crianças e jovens vivem e estudam (DGS,2010).

Os cuidados diários de higiene oral são fundamentais para a manutenção da saúde oral e, ao mesmo tempo, melhoram a auto-estima e o sorriso.

Em Portugal, a cárie dentária apresenta na população infantil e juvenil um índice de gravidade moderada: a percentagem de crianças livres de cárie dentária aos 6 anos é de 33%; e o número de dentes cariados, perdidos e obturados por criança (CPOD) aos 12 anos de idade é de 2.95 (DGS, 2005).

Os componentes de um programa preventivo eficaz, a desenvolver junto de crianças são idênticos aos preconizados para a população em geral. Cabe aos profissionais de saúde e de educação, proporcionar informação compreensiva para a aquisição e manutenção de melhor saúde oral.

Neste sentido, compete aos enfermeiros utilizar o período da hospitalização para efectivar cuidados com a criança/família, ensinando e promovendo a saúde oral, através da prevenção, promoção e recuperação em saúde, enquanto educadores, nos aspectos que dizem respeito à higiene, alimentação e prevenção de doenças referentes à saúde oral.

Os Programas de Educação para a Saúde têm por objectivo capacitar as pessoas a tomarem decisões no seu quotidiano, que se revelem as mais adequadas para manter ou alargar o seu potencial de saúde. Para se atingir este objectivo fornece-se informação e utilizam-se metodologias que facilitem e dêem suporte às mudanças comportamentais e à manutenção das práticas consideradas saudáveis.

A higiene oral das crianças internadas, é, na maioria das vezes, relegada para segundo plano, na medida em que as condições clínicas são consideradas prioritárias. Os pais, apesar de saberem a importância da higiene oral, não se sentem motivados ou não tem conhecimentos suficientes de como realizar uma higiene oral adequada. A actuação do enfermeiro torna-se assim, fulcral, no desenvolvimento destas capacidades (DGS,2010.)

## 2. OBJECTIVOS

Neste capítulo serão definidos os objectivos desta Acção de Educação para a Saúde, atendendo ao grupo alvo: Enfermeiros do serviço de Pediatria da ULSM. A diferenciação de grupo alvo exige a demonstração de competências comunicacionais, de liderança e estratégias motivacionais diferentes. Assim sendo, constitui um óptimo palco de aprendizagem, de atingimento de alguns Indicadores de Avaliação de Estágio bem como de algumas competências necessárias a um Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

Com a realização da actividade pretendemos atingir os seguintes objectivos:

### **Objectivos Gerais:**

- ✓ Sensibilizar para a problemática da Saúde Oral;
- ✓ Desenvolver competências comunicacionais com audiências especializadas;
- ✓ Desenvolver competências no domínio das estratégias motivacionais de grupo;
- ✓ Suprimir uma necessidade formativa/informativa do serviço de Pediatria da ULSM;

### **Objectivos Específicos:**

- ✓ Informar sobre o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral;
- ✓ Sensibilizar para a problemática da Saúde Oral em Portugal;
- ✓ Explicar a cronologia da erupção dentária;
- ✓ Instruir sobre medidas e procedimentos a adoptar para a promoção da saúde oral consoante a faixa etária que a criança encontra inserida;
- ✓ Instruir sobre a técnica correcta, e actual, de escovagem dos dentes;
- ✓ Informar sobre as orientações da Direcção Geral da Saúde, para atribuição do Cheque Dentista;

### **3. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS**

De acordo com a finalidade da sessão e com os objectivos a atingir, os conteúdos educacionais seleccionados são:

**1|Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral - PNPSO;**

**1.1|Metas do PNPSO;**

**1.2|Objectivos do PNPSO;**

**1.3|A Problemática da Saúde Oral em Portugal;**

**1.4| Cronologia da dentição decídua;**

**1.5| Cronologia da dentição permanente;**

**2|Do Nascimento aos 3 anos de idade - Orientações**

**2.1|Procedimento após erupção do 1º dente**

**2.2|Recomendações**

**3|Dos 3 aos 6 anos de idade - Orientações**

**3.1|Procedimento**

**3.2|Recomendações**

**4|Mais de 6 anos de idade – Orientações**

**4.1|Procedimento**

**4.2|Recomendações**

**5|Saude Oral na Adolescência**

**6|A Técnica de Escovagem**

**7| O Cheque Dentista**

**8| Bibliografia**

#### 4. METODOLOGIA, MEIOS E ESTRATÉGIAS

O método pedagógico utilizado deve contribuir para que não seja dada atenção excessiva ao formador em detrimento do formando e do programa.

Ao contribuir directamente para orientar o modo como se gere a transmissão de conhecimentos, o método constitui-se fundamentalmente como o meio para atingir os fins da formação e não o fim em si, mantendo e promovendo o equilíbrio entre Formando – Saber – Formador (Soares, 2008). As técnicas pedagógicas são táticas que se destinam a suscitar no formando um ou diversos comportamentos de aprendizagem, revelando-se como uma acção reflectida e metódica do formador (Ferro 2004, cit. Soares, 2008).

De acordo com o tipo de objectivos educacionais o método escolhido por excelência será o **Expositivo**, onde o formador organiza e expõe oralmente todos os conteúdos segundo a sua própria lógica, desenvolvendo todo o conteúdo, com uma determinada estruturação de raciocínio e respectivo resultado (Soares, 2008). Como um dos perigos deste tipo de método pedagógico é a distorção frequente da comunicação oral, serão lançadas algumas questões ao grupo alvo no sentido de avaliar o grau de compreensão da mensagem veiculada, de modo a obter um feedback positivo. Naturalmente, dada a existência de múltiplas técnicas à disposição do formador, não faria sentido que apenas pudesse utilizar uma técnica com um método (Soares, 2008) Assim sendo a técnica utilizada nesta Acção de Educação para a Saúde, será a **técnica de exposição**, uma vez que a adequação da técnica a utilizar prende-se com os objectivos a atingir.

## 5. ORGANIZAÇÃO/ PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE

Esta actividade surgiu após detecção da necessidade formativa/informativa dos profissionais de saúde do serviço de Pediatria da ULSM.

A data para a realização desta Acção de Educação para a Saúde será dia 22 de Novembro de 2010, pelas 15h, no Serviço de Pediatria da ULSM.

Os recursos utilizados na realização desta Acção de Educação para a Saúde, de cariz humano e material, serão mencionados seguidamente:

- ✓ Recursos Humanos: uma estudante de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa do Porto (UCP), do 3º Curso de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria;
- ✓ Recursos Físicos: uma sala de reuniões;
- ✓ Recursos materiais: um computador portátil e um projector.
- ✓ Recursos Financeiros: suportado pela estudante de Enfermagem do 3º Curso de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria.

### 5.1 PLANO DA ACTIVIDADE

<p><b>Formadores:</b> Marta Machado   Aluna do Curso de EESIP-ICS/UCP, Estágio de Módulo II</p> <p><b>Tema:</b> PNPSO-“Para um sorriso perfeito...”</p> <p><b>Duração:</b> 20 minutos</p>	<p><b>Grupo destinatário:</b> Enfermeiros</p> <p><b>Local:</b> Serviço de Pediatria ULSM</p> <p><b>Data:</b> 22 de Novembro de 2010.</p> <p><b>Hora:</b> 15 horas</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sensibilizar para a problemática da Saúde Oral;</li> <li>✓ Desenvolver competências comunicacionais com diferentes audiências;</li> <li>✓ Desenvolver competências no domínio das estratégias motivacionais de grupo;</li> <li>✓ Realizar uma avaliação de aprendizagem no grupo alvo;</li> <li>✓ Suprimir uma necessidade formativa/informativa do Serviço de Pediatria da ULSM;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Informar sobre o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral;</li> <li>✓ Sensibilizar para a problemática da Saúde Oral em Portugal;</li> <li>✓ Explicar a cronologia da erupção dentária;</li> <li>✓ Instruir sobre medidas e procedimentos a adoptar para a promoção da saúde oral consoante a faixa etária que a criança e encontra inserida;</li> <li>✓ Instruir sobre a técnica correcta, e actual, de escovagem dos dentes;</li> <li>✓ Informar sobre as orientações da Direcção Geral da Saúde, para atribuição do Cheque Dentista;</li> </ul>

<b>FASES   TEMPO</b>	<b>CONTEÚDO</b>	<b>MÉTODOS E TÉCNICAS</b>	<b>RECURSOS DIDÁTICOS</b>	<b>AValiação</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>  (5 minutos)	Apresentação do conteúdo da Acção de Educação para a Saúde, da forma como irão ser ministrados os conteúdos.	Método Expositivo   Técnica da Exposição	Projectáveis: computador e projector.	
<b>DESENVOLVIMENTO</b>  (15 minutos)	Metas e Objectivos do PNPSO;  Problemática da saúde oral em Portugal;  Cronologia da dentição;  Procedimentos consoante faixa etária  Escovagem dos dentes  Cheque Dentista	Método Expositivo   Técnica da Exposição	Projectáveis: computador e projector.	
<b>CONCLUSÃO</b>  (5 minutos)	Síntese das principais ideias.  Avaliação da aprendizagem.	Método Expositivo   Técnica da Exposição	Projectáveis: computador e projector.	Sumativa

## 6. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

Para cada actividade realizada é destinado um momento de avaliação. Só desta forma, podemos compreender a eficácia/sucesso da mesma.

Desta forma definimos os seguintes **indicadores de avaliação**:

- ✓ (Nº de Enfermeiros participantes na sessão / Nº de Enfermeiros a exercer funções no serviço de Pediatria ULISM x 100 = % de Enfermeiros participantes na sessão)

Actualmente entende-se que a avaliação da formação, consiste na mediação do nível de qualidade atingido por um processo formativo e, na atribuição de um juízo de valor relativo à sua aplicabilidade e adequação às pessoas, grupos e organizações em função da resolução das necessidades previamente detectadas (Falcão, 2008). Entre alguns modelos e teorias de avaliação, o modelo proposto por Kirkpatrick é o que mais consenso reúne, pela estrutura hierarquizada que apresenta e fácil aplicação dos níveis propostos (Falcão, 2008). Este modelo integra uma sequência lógica da intervenção avaliativa que se processa em quatro níveis de avaliação, que genericamente se apresentam da seguinte forma: **o nível I**, avalia a reacção dos participantes à formação; **o nível II**, avalia as aprendizagens efectuadas pelos formandos; **o nível III**, avalia os comportamentos no contexto real de trabalho (formandos alteraram os comportamentos através da formação) e **o nível IV**, avalia os resultados da formação (impacto/ganhos em saúde sensíveis a Cuidados de Enfermagem) (Cardoso, 2002). Como o Estágio do Módulo II se encontra limitado em 180h de exercício profissionalizante no domínio da Saúde Infantil em contexto de hospitalização, o nível III e IV não poderão ser realizados, dado exigirem muito tempo para a sua análise. No entanto o nível I e II, serão avaliados recorrendo a Instrumentos realizados previamente pela aluna formadora, com intuito de avaliar a Acção de Educação para a Saúde (distribuindo um questionário de satisfação pessoal-) no final da sessão. O tratamento e análise dos dados recolhidos e a elaboração dos relatórios são fundamentais para o processo de avaliação (Cardoso, 2002). Assim sendo, no final da Educação para a Saúde, será produzido um relatório que represente os dados obtidos na avaliação de nível I e nível II, para que se possam aferir algumas conclusões.

## 7. CONCLUSÃO

A realização do Planeamento da Acção de Educação para a Saúde permitiu a correcta organização e o estabelecimento de prioridades formativas, no sentido do cumprimento dos objectivos desejados.

As acções de Educação para a Saúde assumem extrema importância na sensibilização dos grupos alvo para a problemática da saúde oral em contexto de hospitalização, visando o esclarecimento dos enfermeiros para que estes apliquem os conhecimentos adquiridos na sua prática diária.

## 8. BIBLIOGRAFIA

- | Direcção Geral da Saúde. Estudo nacional de prevalência da cárie dentária na população escolarizada. 2000:1-4.
- | Direcção Geral da Saúde. Estudo nacional de prevalência da cárie dentária na população escolarizada. 2000: 1-4.
- | Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral –Circular Normativa nº 14/DSPPS/DCVAE .2010: 1-3.
- | Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral –Circular Normativa nº 08/DSPPS/DCVAE .2010: 1-2.
- | Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral- Circular Normativa nº01/DSE.2005: 1-16.
- | DGS.pt [homepage da Internet]. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; [actualizada em 2010; acesso em 02.11.2010;18h]. Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- | Wilson, D. Promoção da saúde do Lactente e da família. In: Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M., Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica (7ªEdição). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.2006. 326-328;334-335.
- | Chordas, C. Promoção da saúde de crianças de 1 a 3 anos e de sua família. In: Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M., Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica (7ªEdição). Rio de Janeiro: Elsevier Editora. 2006: 401-406.
- | Winkelstein, M. Promoção da saúde do criança em idade escolar e da sua família. In: Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M., Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica (7ªEdição). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.2006. 484-486.
- | Kollar, L. Promoção da saúde do adolescente e da família. In: Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M., Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica (7ªEdição). Rio de Janeiro: Elsevier Editora. 2006: 504-509.
- | Soares A. Métodos e Técnicas Pedagógicas. ENA: 2008; 1-66.
- | Ferro AM. O Método Expositivo. Colecção Formar Pedagogicamente: 2004; 24-45.
- | Falcão A. Avaliação da Formação. ENA: 2008; 1-15.
- | Cardoso Z. Avaliação da formação: Glossário anotado. Instituto para a Inovação da Formação: 2002; 1-25




## **ANEXOS**

### **ANEXO A | Instrumento de Avaliação da Acção de Educação para a Saúde (Questionário de Satisfação Pessoal)**





 Inovar para Mudar Centro de Formação	<b>AVALIAÇÃO FINAL DA ACÇÃO</b>		
Candidatura N.º	Formulário B N.º	Curso/Acção N.º	

**1. IDENTIFICAÇÃO DO CURSO/ACÇÃO/MÓDULO**

Designação: \_\_\_\_\_

Início \_\_\_\_\_ Fim \_\_\_\_\_ Duração Horas \_\_\_\_\_

**Instruções de Preenchimento do Questionário**

- Apreciação da escala de 1 a 4, correspondendo os valores à seguinte escala: 4 "concordo em absoluto"; 3 "não concordo nem discordo"; 2 "discordo em parte"; 1 "discordo em absoluto"
- Marcação com X do quadrado escolhido

**1. AVALIAÇÃO DA ACÇÃO**

	4	3	2	1
Os objectivos da acção são perceptíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O conteúdo da acção é adequado às necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os temas abordados são actuais e úteis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A acção/módulo correspondeu às expectativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existiu motivação para participar na acção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As actividades realizadas são adaptadas à sessão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existiu um bom relacionamento entre o grupo de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As instalações são adequadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os meios audiovisuais são os necessários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A documentação é apropriada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O apoio técnico/administrativo/pedagógico é eficaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>2. ACTUAÇÃO DOS FORMADORES</b>		<b>5   4   3   2   1</b>
Formador	O formador demonstra domínio sobre o(s) assunto(s) abordado(s)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Formador	Os métodos adoptados pelo formador são adequados relativamente aos objectivos da acção/módulo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Formador	A linguagem utilizada pelo formador é adequada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Formador	O formador demonstra empenho na condução da acção/módulo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Formador	O relacionamento com o grupo de trabalho foi bom	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<b>3. SUGESTÕES/CRÍTICAS</b>
Aspectos positivos na acção
Aspectos a melhorar
Sugestões

Pag. 2 de 2

Nome (opcional) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **ANEXO B | Guidelines para a Higienização Dentária**





### Recomendações para a Higiene da Dentária

Idade	Frequência da escovagem dos dentes	Material utilizado na escovagem dos dentes	Execução da escovagem dos dentes	Dentífrico fluoretado	Suplemento sistémico de fluoretos
0-3 anos (RN-lactente)	2 x dia A partir da erupção do 1º dente Uma obrigatoriamente antes de deitar	Gaze Dedeira Escova Macia de tamanho pequeno	Pais	1000-1500ppm Quantidade idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da Criança	Não recomendado
3-6 anos (Toddler e Pré-escolar)	2 x dia Uma obrigatoriamente antes de deitar	Escova macia de tamanho adequado à boca da criança	Pais e/ou Criança A partir do momento que a criança adquire destreza manual, faz a escovagem sob supervisão	1000-1500ppm Quantidade idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da Criança	Não recomendado (excepcionalmente as crianças de alto risco à carie dentária podem fazer 1 comprimido diário de fluoreto de sódio a 0,25mg)
Mais de 6 anos (Escolar - Adolescente)	2 x dia Uma obrigatoriamente antes de deitar	Escova macia ou média de tamanho adequado à boca da criança ou do jovem Iniciar o Uso do Fio Dental - (1 x dia, ao deitar)	Pais e/ou Criança Se a criança não tiver adquirido destreza manual, a escovagem tem que ter a intervenção activa dos pais	1000-1500ppm Quantidade aproximada de 1 centímetro	Não recomendado (excepcionalmente as crianças de alto risco à carie dentária podem fazer 1 comprimido diário de fluoreto de sódio a 0,25mg)

[DGS, 2005]



**ANEXO C| Apresentação PowerPoint “Para um sorriso perfeito”**



# PARA UM SORRISO PERFEITO...

Tutor:  
Enf.ª Sandra Soares  
| **Marta Machado**



Serviço de Pediatría ÚLSM

## Sumário



- 3 | **Das 3 ao 6 anos de idade - Orientações**
  - 3.1 | Procedimento
  - 3.2 | Recomendações
- 4 | **Mais de 6 anos de idade - Orientações**
  - 4.1 | Procedimento
  - 4.2 | Recomendações
- 5 | Saúde Oral na Adolescência
- 6 | A Técnica de Escovagem
- 7 | O Cheque Dentista
- 8 | Bibliografia



## Sumário



- 1 | **Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral- PNPSO:**
  - 1.1 | Metas do PNPSO:
  - 1.2 | Objectivos do PNPSO:
  - 1.3 | A Problemática da Saúde Oral em Portugal
    - 1.4 | Cronologia da dentição decidua
    - 1.5 | Cronologia da dentição permanente
  - 2 | **Do Nascimento aos 3 anos de idade - Orientações**
    - 2.1 | Procedimento após erupção do 1º dente
    - 2.2 | Recomendações



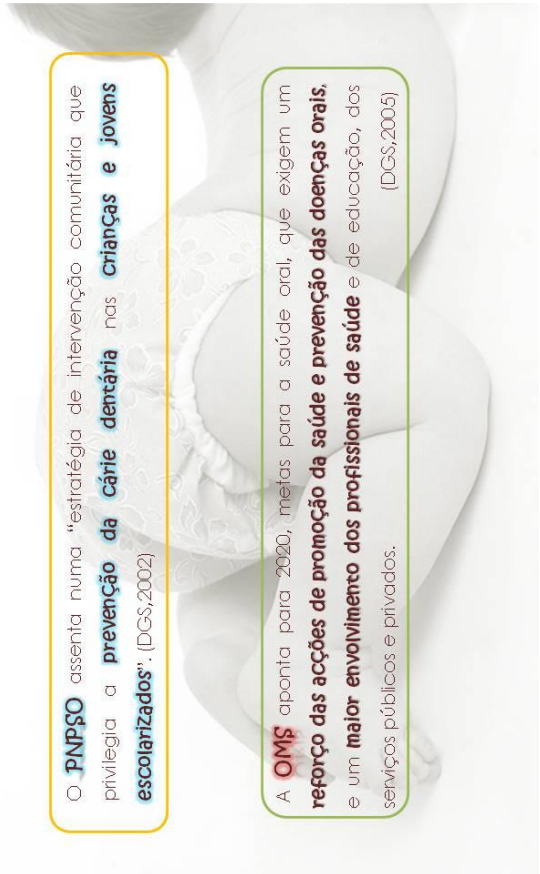
## 1 | Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

### 1.1 | Metas do PNPSO



O **PNPSO** assenta numa "estratégia de intervenção comunitária que privilegia a **prevenção da cárie dentária** nas **crianças e jovens escolarizados**". (DGS,2002)

A **OMS** aponta 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. (DGS,2009)



1 | Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral  
1.2 | PNPSO- Objectivos

- | Reduzir a incidência e a prevalência das doenças orais nas crianças e adolescentes ;
- | Melhorar conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral;
- | Promover a equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com Necessidades de Saúde Especiais. (DGS,2006)



1 | Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral  
1.3 | A Problemática da Saúde Oral em Portugal

1 | Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral  
1.3 | A Problemática da Saúde Oral em Portugal

Em Portugal, a **Cárie dentária** apresenta na população infantil e juvenil um índice de gravidade moderada:

- | % de crianças livres de cárie dentária aos 6 anos é de **33%**;
- | N<sup>o</sup> de dentes cariados, perdidos e obturados por criança (CPOD) aos 12 anos de idade é de **2.95**. (DGS, 2006)



1.4 | Cronologia da dentição decidua (meses) – (20 dentes)  
A saber...

Grupo etário	3-5		6-8		9-13		14-16		Total
	Temporários	Permanentes	Temporários	Permanentes	Temporários	Permanentes	Temporários	Permanentes	
ARS	4584	23454	4524	11347	4412	48321	47881	29673	19554
Centro	7216	21764	5357	9206	4338	47881	4338	1884	19554
LVT	2197	12942	4612	8038	4755	4838	4170	2258	15709
Alentejo	2094	6508	1359	4755	4170	37516	17730	161138	161138
Algarve	2214	5890	1177	4170	4170	17730	17730	161138	161138
Total	18305	70558	17029	37516	17730	161138	17730	161138	161138

Tabela 1 – N<sup>o</sup> de dentes cariados antes da intervenção médico-dentária, por grupo etário e região de saúde (DGS,2008)

	Arco Inferior	Arco Superior
Incívico central	6-10	8-12
Incívico lateral	10-16	9-13
Canino	17-23	16-22
Primeiro molar	14-18	14-18
Segundo molar	23-31	25-33

(Wilson, 2006)



1.5| Cronologia da dentição permanente (Anos) - 32 dentes  
A Saber...

	Arco Inferior (Mandíbula)	Arco Superior (Maxila)
Incisivo central	6-7	7-8
Incisivo lateral	7-8	8-9
Canino	9-10	11-12
Primeiro pré-molar	10-12	10-11
Segundo pré-molar	11-12	10-12
Primeiro molar	6-7	6-7
Segundo molar	11-13	12-13
Terceiro molar	17-21	17-21

(Winkelstein,2006)

Erupção Dentária



2.1 | Do Nascimento aos 3 anos de idade  
Procedimento após erupção do 1º Dente

- | Início da **Higiene** – 2 vezes/dia, sendo efectuada pelos pais;
- | **Utilização** de uma gaze, dedeira ou escova macia;
- | A **quantidade de dentífrico** a utilizar deve ser idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da mão, da própria criança (dedo mindinho);
- | **Permitir** , com vigilância, que a criança inicie-se na escovagem dos dentes ;
- | **Não se recomenda** qualquer tipo de suplemento sistémico com fluoretos.

(DGS, 2005)



2 | Do Nascimento aos 3 anos de idade - Orientações



A higiene oral deve iniciar-se logo após a **erupção do primeiro dente**, utilizando uma **pequena quantidade de dentífrico fluoretado de 1000-1500 ppm**.  
(DGS, 2005)

2.2 | Do Nascimento aos 3 anos de idade – A Saber ...

**Fundamental informar os pais acerca de:**

- | Alimentação;
- | Factores de cariogenicidade;
- | Importância de prevenir as cáries precoces da infância.

(DGS, 2005)

**A partir do 1º ano de idade, reforçar que:**

- | **Não deve usar prolongadamente o biberão** nem adormecer com ele na boca, quer tenha leite, farinhas ou sumos;
- | **É contra-indicado** a utilização de chupetas com açúcar ou mel.

(DGS, 2005)



### 3 | Dos 3 aos 6 anos de idade - Orientações



A escovagem dos dentes com um **dentífrico fluoretado de 1000-1500 ppm** deve ser efectuada **duas vezes por dia**, sendo uma delas, obrigatoriamente, antes de deitar. (DGS,2000)

### | Dos 3 aos 6 anos de idade - A Saber...



- | Por volta dos 6 anos que começam a **erupcionar os primeiros molares permanentes**;
- | Pela sua própria morfologia, imaturidade e dificuldade na remoção da placa bacteriana das suas fissuras e fossetas, estes dentes são **mais vulneráveis à cárie**;
- | Exigem uma **atenção particular** durante a erupção e uma **técnica específica de escovagem**. (DGS,2005)



### | Dos 3 aos 6 anos de idade - Procedimento



- | Fomentar a **Autonomia da Criança**, incentivando a **Escovagem dos Dentes**;
- | A escovagem dos dentes deverá se efectuada com um **dentífrico fluoretado com 1000-1500 ppm (mg/l)**, mantendo **supervisão** consoante a destreza manual da criança;
- | Deve-se utilizar uma **escova macia**, adequada ao tamanho da boca;
- | A **quantidade de dentífrico** a utilizar deve ser mínima, idêntica ao tamanho da unha do 5º dedo da mão da própria criança;
- | **Não se recomenda** qualquer tipo de suplemento sistémico com fluorétos, à excepção das crianças de alto risco à cárie dentária. (DGS, 2005)

### | Mais de 6 anos de idade - Orientações



Escovar os dentes com um **dentífrico fluoretado com 1000 e 1500 ppm duas vezes por dia**, sendo uma delas, obrigatoriamente antes de deitar. (DGS,2005)



**| Mais de 6 anos de idade – Procedimento**



- | **A Escovagem dos dentes** – 2 vezes/dia, sendo efectuada pela criança;
- | **Utilização de um dentífrico fluoretado**, idêntico ao dos adultos;
- | **A Quantidade de dentífrico** a utilizar deve ser aproximadamente de **1 centímetro**;
- | **Se a criança ainda não tiver destreza manual**, recomenda-se que esta actividade seja apoiada ou mesmo executada pelos pais. (DGS, 2005)



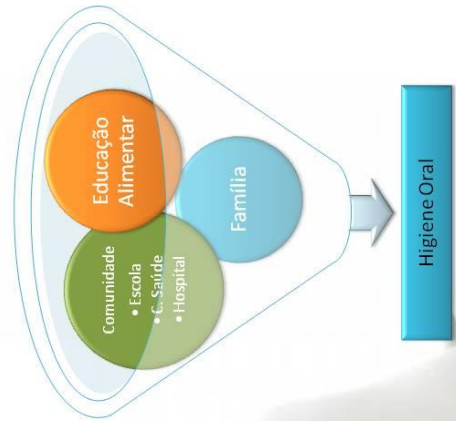
**| Mais de 6 anos de idade – Procedimento**



- | A partir do momento em que a criança apresenta **destreza manual**, é aconselhado o uso do Fio Dentário.
- | O **Fio Dentário** deve ser utilizado **1 vez por dia**, preferencialmente à noite antes de deitar. (DGS, 2005)



**| Mais de 6 anos de idade – A Saber...**



**5 | Saúde Oral na Adolescência**



6 | **PNPSO - A Técnica de Escovagem**

- + Duração da escovagem - 2 a 3 minutos
- + Com **Escova Manual**:
  - | Incliná-la em **direcção à gengiva** (cerca de 45°) e fazer **movimentos vibratórios** horizontais/circulares;
  - | **Escovar 2 dentes** de cada vez, fazendo aproximadamente **10 movimentos** (ou 5, se criança(ões)), **nas superfícies dentárias** abarcadas pela escova;
  - | **Começar a escovagem** pela **superfície externa do dente mais posterior** de um dos maxilares e continuar a escovar **até atingir o último dente da extremidade oposta** desse maxilar;
  - | Com **a mesma sequência**, escovar as superfícies dentárias do lado da língua;
  - | Proceder do mesmo modo para a escovagem dos dentes do outro maxilar;
  - | **Escovar as superfícies mastigatórias dos dentes**, com movimentos de vai-vém;
  - | **Escovar a língua.** (DGS, 2005)



7 | **O Cheque Dentista – A Saber...**



O **PNPSO**, prevê “a prestação de **cuidados de saúde oral personalizados, preventivos e curativos**, ministrados por profissionais especializados a grupos populacionais de particular vulnerabilidade”. ( DGS,2010)

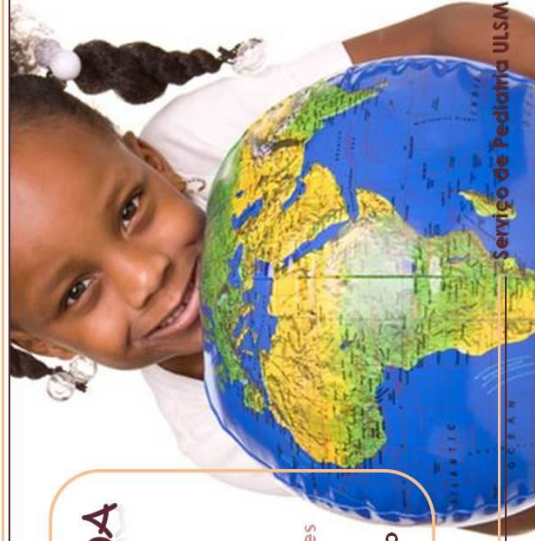
7 | **O Cheque-Dentista – A Saber...**

Desde **2009**, os **cheques-dentistas** foram atribuídos às crianças e jovens com **idades inferiores a 16 anos**, tendo em conta a cronologia da erupção dentária, considerando, para o mesmo efeito, as **coortes de 7, 10 e 13 anos**. ( DGS,2010)



Em **2010**, todas as crianças de **8, 11 e 14 anos**, que tiveram **acesso ao programa no ano anterior** e tenham **concluído o respectivo plano de tratamentos**, com situações de cairre de considerável gravidade em dentes permanentes, têm **direito a 1 cheque-dentista**. ( DGS,2010)

Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral ( PNPSO )  
SAÚDE ORAL



**OBRIGADA**  
...  
Tutor:  
Enf.ª Sandra Soares  
| **Marta Machado**



Bibliografia

- VII. Wilson, D. Promoção da saúde do lactente e da família. In: Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M., Wong *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª Edição). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.2006.326-328;334-335.
- VIII. Chordas, C. Promoção da saúde de crianças de 1 a 3 anos e de sua família. In: Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M., Wong *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª Edição). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.2006:401-406.
- IX. Winkelstein, M. Promoção da saúde do criança em idade escolar e da sua família. In: Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M., Wong *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª Edição). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.2006.484-486.
- X. Kollar, L. Promoção da saúde do adolescente e da família. In: Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M., Wong *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª Edição). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.2006:504-509.



Bibliografia

- I. Direcção Geral da Saúde. Estudo nacional de prevalência da cárie dentária na população escolarizada.2000:1-4.
- II. Direcção Geral da Saúde. Estudo nacional de prevalência da cárie dentária na população escolarizada.2000:1-4.
- III. Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral –Circular Normativo nº 14/DSPPS/DCVAE.2010:1-3.
- IV. Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral –Circular Normativo nº 08/DSPPS/DCVAE.2010:1-2.
- V. Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral- Circular Normativo nº 01/DSE.2005: 1-16.
- VI. DGS.pt [homepage da Internet]. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; [actualizada em 2010; acesso em 02.11.2010;18h]. Disponível em: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)



## **ANEXO D| Relatório de Avaliação da Acção de Sensibilização Profissional**



## RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO PROFISSIONAL

### PNPSO | “Para um sorriso perfeito”

De acordo com o Nível I do modelo proposto por Kirkpatrick (2004), que consiste na avaliação da reacção dos participantes à formação, foi aplicado o Instrumento da ULSM com o propósito de avaliar a motivação e interesse dos mesmos na aprendizagem.

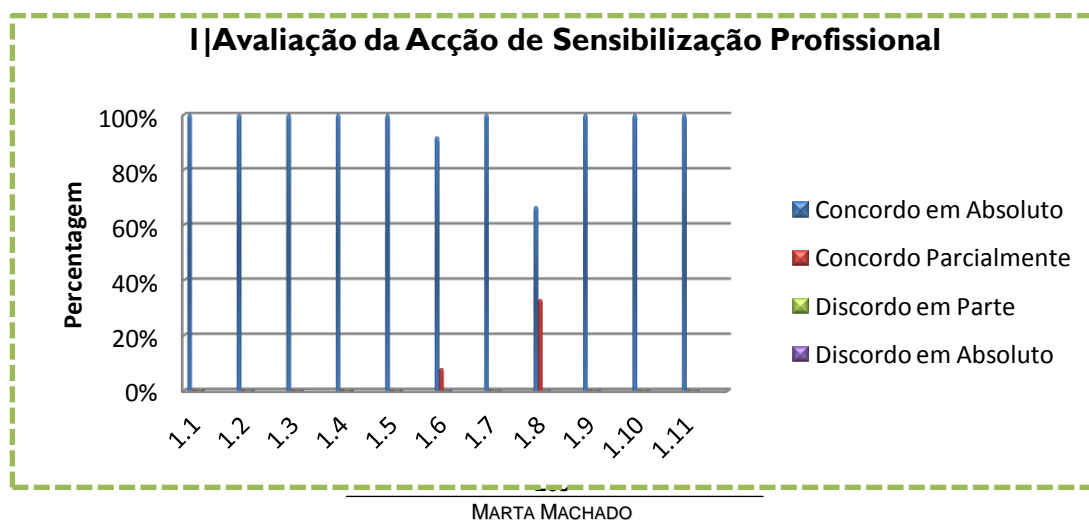
Este Instrumento de Avaliação da Sessão Formativa determina o que se pretende avaliar, quantifica a qualidade das reacções, procura uma resposta imediata de forma a poder traduzir e comunicar os seus resultados e define padrões de satisfação aceitáveis (Cardoso, 2002).

Com o intuito desta avaliação, as formadoras reforçaram a importância da sinceridade das respostas aos formandos, no sentido da não manipulação dos dados e sua posterior comunicação com fidelidade.

Este Instrumento privilegiou alguns indicadores que se pretendiam avaliar como os objectivos da sessão, o interesse e actualidade dos conteúdos programáticos abordados, as expectativas dos formandos bem como o seu grau de motivação, o desempenho pessoal da formadora e a organização da acção no que respeita a recursos de apoio mobilizados.

Neste contexto, tornou-se necessário a referência a uma escala, para melhor compreensão da posição do participante face à sua satisfação pessoal com a sessão. A utilização de uma determinada escala permite, que o formador atribua um juízo de valor mediante um determinado domínio (Brandão, 2008). Assim sendo, este Instrumento recorreu à numérica, variando num intervalo de 1 a 4, posicionando os formandos numa dimensão quantitativa; onde o nível 1 corresponde a “discordo em absoluto”, o nível 2 a “discordo em parte”, o nível 3 a “não concordo nem discordo” e o nível 4 a “concordo em absoluto”.

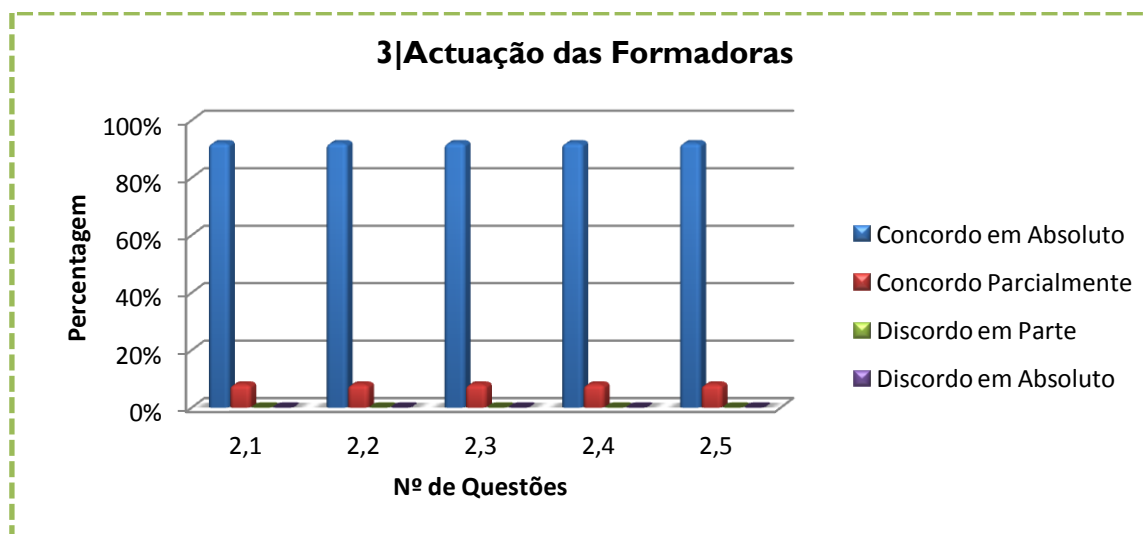
Desta forma e, de acordo com os dados recolhidos, os gráficos seguintes podem ser ilustrativos da satisfação pessoal dos participantes face a estes indicadores:

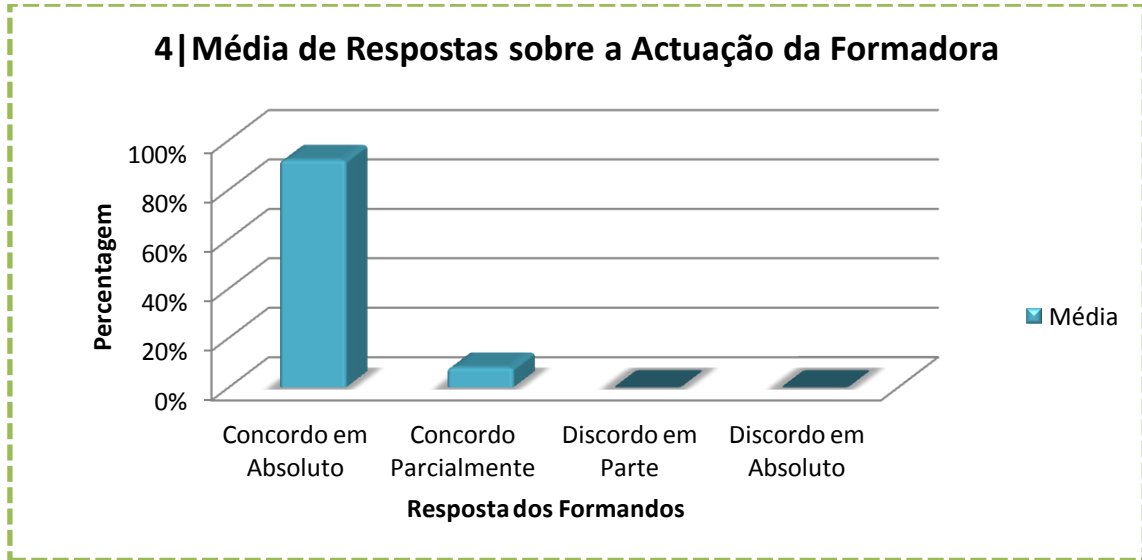




De acordo com os gráficos acima expostos cerca de 12 formandos, representando a totalidade do universo amostral (100%), classificaram a formação relativamente à percepção de objectivos (questão 1.1), o conteúdo da acção face às necessidades (questão 1.2), a actualidade e interesse do tema (questão 1.3), as expectativas e motivação para participar (questão 1.4 e 1.5), o bom relacionamento do grupo de trabalho (questão 1.7), dos meios audiovisuais (questão 1.9), da documentação distribuída (questão 1.10) e apoio pedagógico/administrativo e técnico (questão 1.11), com 4 valores. Relativamente à classificação das instalações (questão 1.8), cerca de 67% dos formandos classificaram com 4 valores e os restantes 33% com 3 valores.

Analisando a formação em termos médios, cerca de 96% dos formandos classificaram-na em 4 valores e os restantes 4% em 3 valores, no que respeita aos indicadores supracitados.





Observando o gráfico acima exposto, facilmente se pode concluir que relativamente às questões de 2.1 a 2.4, que respeitam o indicador de avaliação da actuação das formadoras relativamente a: domínio de assuntos abordados (questão 2.1), métodos adequados face a objectivos da acção (questão 2.2), linguagem utilizada pelo formador (questão 2.3) e empenho do formador na condução da acção (questão 2.4), cerca de 92% do universo amostral classificou com 4 valores, reservando 3 valores cerca de 8% dos formandos. Em termos de classificação média das formadoras, cerca de 92% dos formandos atribuíram 4 valores e os restantes 8 % atribuíram 3 valores.

No Instrumento de Avaliação da ULSM, as últimas questões de cariz aberto reservam-se para os formadores poderem expressar as suas opiniões ou sugestões. Durante a análise da avaliação da sessão pelos formandos, encontraram-se duas opiniões, que passam a ser citadas: “tema muito importante e pertinente” e “a sensibilização dos profissionais permite-nos estar mais despertas para esta problemática que tem vindo a aumentar na nossa sociedade”.

