



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

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

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

**Sandra Ferreira**

**Porto, Maio de 2012**



**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 :** Sandra Ferreira

**Orientado por :** Mestre Isabel Quelhas

**Porto, Maio de 2012**

## **Resumo**

Este relatório surge como resultado do estágio desenvolvido na área de Saúde Infantil e Pediatria, enquadrado no 3º curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP), servindo de documento de avaliação para a obtenção do título de mestre na referida área. O estágio desenvolveu-se em três módulos que se realizaram no serviço de Pediatria da ULS de Matosinhos, no Centro de Saúde da Sr.<sup>a</sup> da Hora e na Urgência Pediátrica do Hospital de S. João, tendo como intuito fazer uma análise crítico reflexiva das actividades que foram desenvolvidas de modo a demonstrar o processo do desenvolvimento de competências e ainda demonstrar as competências decorrentes do percurso profissional já efectuado, que é mobilizado e integrado durante o exercício profissional que actualmente se desenvolve num Serviço de Neonatologia. O relatório foi organizado tendo em conta os diferentes domínios de competências do exercício profissional de enfermagem - Prestação de Cuidados, Gestão, Formação e Investigação, de modo a proporcionar uma melhor compreensão dos conteúdos apresentados, principalmente no que se refere às competências desenvolvidas ao longo do estágio. Porque se compreende que todo o processo assistencial prestado á criança, deve envolver também a sua família, o papel parental torna-se um dos principais focos de atenção e, conseqüentemente, um objectivo transversal a todos os estágios. A conjugação entre os conhecimentos teóricos com a prática e a reflexão sobre a mesma, permitiram a construção de uma identidade profissional como enfermeira especialista de saúde Infantil e Pediátrica num processo dinâmico de aprendizagem.

**Palavras-chave:** Competências, Saúde Infantil, Papel Parental, Enfermagem e Objectivos.



## **Abstract**

This report is produced as the result of the apprenticeship developed in the area of Child Health and Paediatrics, within the third degree of the Masters with Specialisation in Child Health and Paediatrics Nursing by the Instituto de Ciências da Saúde of Oporto (ICS) of Universidade Católica Portuguesa (UCP), and it serves as a document for evaluation purposes in order to obtain the degree of master in the correspondent area. The apprenticeship consisted of three modules, which were carried out in the service of Paediatrics of Matosinhos Local Health Unit, at the Senhora da Hora Health Centre and at the Paediatrics Emergency Service of São João Hospital. The main aim was to carry out a critic/ reflexive analysis of the activities developed, so as to show the process of development of skills, and also to show the skills which were a result of the professional path already undertaken, which is mobilised and integrated in the professional exercise currently being developed in a Neonatology Service. The report was organised bearing in mind the different domains of skills within the professional nursing exercise – Care Providing, Management, Training and Investigation, so as to ensure a better understanding of the presented contents, especially as far as the skills developed throughout the apprenticeship are concerned. As it is acknowledged that the whole process of assistance provided to the child should also involve their family, the parental role assumes a major focus, thus constituting a transversal objective to all apprenticeships. The fusion of theoretical knowledge with practice, as well as the reflection upon the latter, enabled the construction of a professional identity as a Child Health and Paediatrics specialist nurse, following a dynamic learning process.

**Keywords:** Skills, Child Health, Parental Role, Nursing and Objectives.



## ÍNDICE DE TABELAS

|  | <b>Pág</b> |
|--|------------|
| Tabela 1 – Cronograma do estágio ..... | 15         |

## SIGLAS

EESIP- Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

HPH- Hospital Pedro Hispano

ULSM- Unidade Local de Saúde de Matosinhos

CIPE – Classificação internacional para a prática de enfermagem.

IST´s – Infecções sexualmente transmissíveis.

EDIM- Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau- Né.



*“ Quando vejo uma criança, ela inspira-me dois sentimentos:  
Ternura pelo que é, e respeito pelo que pode vir a ser.”*

Louis Pasteur



# ÍNDICE

|   |            |
|---|------------|
| 0. INTRODUÇÃO .....   | 13         |
| 1. CONTEXTUALIZAÇÃO E ESCOLHA DOS LOCAIS DE ESTÁGIO .....                 | 15         |
| 2. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS DURANTE O MEU PERCURSO<br>PROFISSIONAL .....   | 17         |
| 3. COMPETÊNCIAS, OBJECTIVOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS .....             | 25         |
| 3.1. Área da prestação de cuidados .....                                  | 25         |
| 3.2. Área da gestão .....   | 56         |
| 3.3. Área da formação .....   | 57         |
| 3.4. Área da investigação .....   | 62         |
| 4. CONCLUSÃO .....  | 65         |
| 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....                                       | 67         |
| 6. ANEXOS .....   | 71         |
| <br>  |            |
| <b>ANEXO I - Projeto “ As Sextas-feiras do Chico Esperto” .....</b>       | <b>73</b>  |
| <b>ANEXO II - Enquadramento teórico: .....</b>                            | <b>137</b> |
| <b>“Os 5 Sinais para uma Amamentação Eficaz”</b>                          |            |
| <b>“Correio dos Afetos”</b>   |            |
| <b>ANEXO III – Projeto “Sexualidade Saudável” .....</b>                   | <b>169</b> |
| <b>ANEXO IV - Ação de Educação: “Para Uma Vida Sem Fumo” .....</b>        | <b>241</b> |
| <b>ANEXO V – Certificado de presença .....</b>                            | <b>281</b> |
| <b>“A Criança e o Jovem na ULS Matosinhos”</b>                            |            |
| <b>ANEXO VI - Ação de Formação: .....</b>                                 | <b>285</b> |
| <b>“Escala de EDIN: avaliação da dor no RN”</b>                           |            |
| <b>ANEXO VII - Ação de Formação: “Para uma Imunização Sem Dor “ .....</b> | <b>333</b> |





### 0. I INTRODUÇÃO

Este relatório surge como resultado do estágio desenvolvido na área de Saúde Infantil e Pediatria, enquadrados no 3º curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

O estágio decorreu no serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano, Centro de Saúde da Sr.ª da Hora e Urgência Pediátrica do Hospital de S. João, no período de 19\04\2010 a 23\12\2010, a orientação pedagógica foi da responsabilidade da Professora Isabel Quelhas.

Durante a realização deste estágio, as actividades que desenvolvi, foram ao encontro, dos objectivos que defini no inicio deste percurso e estas, foram orientadas para a aquisição e desenvolvimento das competências necessárias à obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e posteriormente, para obtenção do grau de Mestre. Neste sentido irei elaborar um relatório final de estágio, no qual procurarei fazer uma análise crítico reflexiva das actividades e competências que desenvolvi ao longo do mesmo.

Para a elaboração deste relatório utilizei uma metodologia descritiva e reflexiva, baseada na descrição das actividades que tive oportunidade de desenvolver, assim como a sua intencionalidade, procurando reflectir no impacto que as experiências vivenciadas, tiveram no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Os objectivos gerais, que encerram as competências a demonstrar, propostos no Plano de estudos são:

- 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;
- 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.

Este relatório encontra-se estruturado da seguinte forma: começo por fazer uma referência à contextualização e escolha dos locais de estágio. Posteriormente fiz uma descrição das competências por mim adquiridas durante o meu percurso profissional, no sentido de as clarificar, de forma a justificar a obtenção da creditação na área específica de neonatologia. Por



fim, procurei evidenciar as competências actividades e objectivos desenvolvidos durante os diversos contextos de estágio, onde faço uma análise do meu desempenho.

Sendo o papel parental um dos principais focos da minha atenção e, conseqüentemente, um objectivo transversal a todos os estágios. Desenvolvi estratégias, para actuar de forma consistente com as famílias, na promoção de competências parentais, promotoras do desenvolvimento infantil e juvenil, de modo a poderem ultrapassar com sucesso os processos de transição a que a família está sujeita.

De modo a proporcionar uma melhor compreensão dos conteúdos apresentados, no que se refere às competências desenvolvidas ao longo do estágio, organizei o relatório nos diferentes domínios de competências do exercício profissional de enfermagem (Prestação de cuidados, Gestão, Formação e Investigação). Contudo estou consciente, que todos estes domínios se interligam, se desenvolvem, por vezes, quase simultaneamente tornando-se assim quase indissociáveis, mas por uma questão de organização faz sentido, para mim, dividi-los.

Assim, a elaboração deste relatório tem como objectivos:

- Ilustrar o percurso realizado ao longo dos estágios efectuados no âmbito do Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria;
- Fazer uma reflexão sistematizada das experiências vividas durante este período de formação;
- Demonstrar o processo do desenvolvimento de competências no decurso dos estágios;
- Fazer uma análise crítico reflexiva das actividades que desenvolvi;
- Construir um instrumento de avaliação, no sentido de aquisição do título de Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria e posteriormente proceder à sua defesa para obtenção de grau de Mestre.

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO E ESCOLHA DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

O estágio foi dividido em três módulos, em que os dois primeiros tiveram a carga horária de 250 horas, das quais 180 são de contacto e as restantes para trabalho individual, e o último a duração de 125 horas, em que 90 foram de contacto e 35 para trabalho individual, uma vez que me foi concedida a creditação de experiência em Neonatologia do último módulo, e desenrolou-se de acordo com cronograma que se segue:

| ESTÁGIO                         | PERÍODO | 19 de Abril<br>a<br>19 de Junho | 4 de Outubro<br>a<br>27 de Novembro | 29 de Novembro a<br>23 de Dezembro |
|---------------------------------|---------|---------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
|                                 |         | Módulo II                       | Módulo I                            | Módulo III                         |
| Serviço de Pediatria<br>HPH     |         | 180H                            |                                     |                                    |
| Centro de Saúde Sra.<br>Hora    |         | 180H                            |                                     |                                    |
| Serviço de Urgência<br>H.S.João |         |                                 |                                     | 90H +<br>creditação(90h)           |

**Tabela 1-** Cronograma do estágio

### MÓDULO I – Centro de Saúde da Sr.<sup>a</sup> da Hora

Este estágio decorreu no Centro de Saúde da Sr.<sup>a</sup> da Hora - ULS Matosinhos, e correspondeu ao período compreendido entre 4 de Outubro a 27 de Novembro, a escolha deste local de estágio deveu-se ao facto de ser um centro de saúde que serve uma comunidade bastante extensa e de extrema organização funcional, onde é relevante e valorizado o trabalho dos enfermeiros, para além de ser o contexto onde iniciei funções como Enfermeira. O facto de ser considerado um contexto de excelência no âmbito da promoção da saúde, prevenção da



doença e prestação de cuidados na comunidade fizeram com que as minhas expectativas fossem bastante elevadas pois gostaria de avaliar o que evoluiu ao longo destes anos.

### **MÓDULO II - Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano – ULS MATOSINHOS**

O estágio no Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano – ULS Matosinhos, decorreu no Período de 19 de Abril a 19 de Junho.

A razão da minha escolha deve-se com o facto de trabalhar na mesma instituição, no mesmo departamento mas, em serviços completamente diferentes, o que me vai possibilitar uma descoberta de realidades e vivências distintas e, conseqüentemente, novas experiências e dinâmicas de trabalho. Por outro lado, foi tomada em consideração a flexibilidade de horário por trabalhar na mesma instituição.

### **MÓDULO III – Serviço de Urgência do Hospital de S. João**

Este estágio decorreu no serviço de Urgência do Hospital S. João e desenrolou-se no período compreendido entre 29 de Novembro a 23 de Dezembro. Esta escolha deve-se ao facto, desta urgência, ser considerada de referência na zona Norte e também por ter exercido funções neste serviço durante algum tempo. Posso afirmar que foi das experiências mais gratificantes que tive, pois proporcionou-me o desenvolvimento de uma diversidade de experiências que, sem dúvida, contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.



## 2. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS DURANTE O MEU PERCURSO PROFISSIONAL

Considero que o desenvolvimento profissional é um processo dinâmico e as competências são habilidades que necessitam de ser continuamente actualizadas. Neste trabalho procurarei evidenciar as competências decorrentes do percurso profissional já efectuado, que mobilizo e integro no meu exercício profissional que actualmente se desenvolve num Serviço de Neonatologia.

### ÁREA DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

#### **Actividades desenvolvidas:**

- Identificar necessidades, planear intervenções, monitorizar e avaliar resultados de acordo com resultados esperados;
- Criar e manter com a criança/família relação terapêutica;
- Comunicar de forma assertiva e utilizar relação de ajuda;
- Prestar cuidados de enfermagem diferenciados à criança/família;
- Reflectir, avaliar e desenvolver a prática profissional;
- Intervir em situações de urgência e emergência, mobilizando conhecimentos e recursos adequados;
- Sustentar a prática no conhecimento científico;
- Manter atitude autocrítica e reflexiva do desempenho profissional.

#### **Reflexão crítica:**

Exerço a minha actividade profissional há cerca de 9 anos no serviço de Neonatologia do Hospital Pedro Hispano, como enfermeira graduada.

Ao longo do internamento podem surgir grandes dificuldades tanto para os pais como para os bebés. Para fazer face a essas necessidades, toda a equipa deverá promover cuidados de excelência. Cuidados dirigidos não apenas aos problemas fisiológicos mas também psicológicos, sociais, ambientais e familiares (VILA e ROSSI, 2002).

A admissão de uma criança prematura, num serviço de neonatologia, confere-lhe uma sequência de alterações e adaptações. Por um lado, tem que se adaptar a um novo ambiente, ruidoso; luminoso e conseqüentemente desgastante, por outro são crianças neurologicamente imaturas e fisiologicamente instáveis, ficando sujeitas a constantes procedimentos.

Durante a assistência ao recém-nascido de alto risco, tenho como objectivo principal

restabelecer a condição da criança, eliminando qualquer risco de vida, proporcionar o seu conforto e melhor qualidade de vida, estimular a relação mãe/filho, estabelecendo com os pais uma relação de parceria, diminuindo o seu sofrimento.

Presto cuidados ao recém-nascido de acordo com o processo de enfermagem, elaboro plano de cuidados tendo em conta os problemas identificados, estabeleço prioridades e tomo decisões tendo sempre em conta o bem-estar do bebé e sua família.

A privação de estímulos afectivos, sensoriais e sociais é sobreposta a estímulos instrumentais, por vezes agressivos, o que é considerado um obstáculo para a qualidade do desenvolvimento da criança. A quantidade de manipulações que estes bebés têm que ser submetidos constitui em si, um elemento que pode conduzir á deterioração da condição orgânica e perturbações de desenvolvimento do bebé (High & Gorski, 1985) e, segundo Catlett & Holditch (1990), a manipulação é uma das causas mais frequentes de instabilidade no recém-nascido.

Considero que, reduzir o tempo e a intensidade dos estímulos, a diminuição da frequência das manipulações associadas a tratamentos e procedimentos (muda de fralda, higiene, posicionamentos, etc), contribui não só para a integridade física mas também para um desenvolvimento psico-afectivo harmonioso. Segundo Bada et al. (1990) as manipulações, por provocarem alterações na pressão sanguínea, podem estar associadas a hemorragias intraventriculares.

Consciente desta realidade durante a assistência ao recém-nascido prematuro, a manipulação mínima e suave é uma estratégia utilizada por mim, de modo a concentrar todos os cuidados num só momento, tendo o cuidado de respeitar os períodos de sono e vigília do bebé.

Numa unidade cuidados intensivos é frequente situações de emergência, tendo a maioria destes bebés necessidades de ventilação assistida, neste sentido actuo de acordo com as necessidades individuais de cada bebé de modo a lhes restabelecer a sua estabilidade fisiológica e conseqüentemente a sua auto regulação.

*Segundo RAMOS (2004:165) “ O conceito de vinculação é geralmente utilizado para descrever a relação afectiva e privilegiada que a criança estabelece com a mãe ou outra pessoa significativa nos primeiros anos de vida.”*

Considero que uma das principais dificuldades, que o internamento de um bebé numa neonatologia acarreta, é a vinculação, para a ultrapassar utilizo várias estratégias: incentivo a amamentação; o contacto táctil estabelecido pelos pais, durante o banho; incentivo a

massagem de modo a transmitir ao bebé movimentos de afecto, carinho e utilizo o mais precocemente, o método canguru.

A experiência demonstra que, os bebés reagem bem a este posicionamento e que praticado regularmente pode influenciar positivamente o seu desenvolvimento. Este método foi inicialmente usado em Bogotá, na Colômbia, como sendo um método alternativo ao uso de incubadoras. Actualmente é praticado em várias maternidades do mundo ocidental (FELDMAN et al., 2003).

Sabendo que o ambiente de uma unidade de cuidados intensivos neonatais, pela sua complexidade tecnológica, que potencia o ruído e a luminosidade artificial, pode provocar repercussões no desenvolvimento da criança (American Academy of Pediatrics, 1997), incentivo a diminuição de estímulos sonoros e luminosos durante a assistência ao bebé prematuro, de modo a protegê-lo de estímulos desapropriados e desnecessários.

Um bebé prematuro, por um lado, está sujeito a um maior numero de procedimentos e por isso ficam mais expostos á dor e ao stress, por outro, têm uma forma muito particular de interagir, porque se expressa a maioria das vezes de forma ténue. Durante a minha assistência tenho sempre a preocupação de fazer uma correcta avaliação da dor, já que “ uma avaliação correcta é a base de um tratamento correcto” Carter (1996) e que de acordo com Venâncio e Almeida (2004:21) “ *Estudos recentes demonstraram que as experiências dolorosas no período neonatal podem levar a alterações no desenvolvimento global dos bebés prematuros*”, neste sentido, monitorizo a dor do prematuro, através da aplicação da escala de EDIM e quando necessário implemento medidas farmacológicas e não farmacológicas, são exemplo disso a utilização dos colchões de gel, dos ninhos para posicionamento dos bebés, a sucção não nutritiva, a utilização de sacarose nos procedimentos dolorosos.

Numa situação de internamento, os pais passam por uma nova experiência, para o qual nem sempre estão preparados. Agora são uma família em crise, que “perdem” a criança que esperavam, sentindo uma grande confusão emocional. Não só as suas expectativas acerca da criança não foram concretizadas, como a realidade é completamente fora da imagem da normalidade.

Não tenho dúvidas em afirmar, que a melhor forma de poder aliviar este sofrimento, sentido pelos pais, é a mobilização de ferramentas como a relação de ajuda e o estabelecimento de uma relação terapêutica, capaz de ajudar à mobilização de recursos individuais e familiares e a descoberta das estratégias adaptativas para a reestruturação da unidade familiar.



Perante esta realidade, durante a assistência á criança dou primazia ao acolhimento; estímulo a participação dos pais nos cuidados ao bebé, através do processo de negociação; incentivo a sua presença e permanência junto da criança, para desta forma cultivar a sua autonomia na satisfação das necessidades do filho. Informo os pais sobre os tratamentos a realizar e envolvo-os nas tomadas de decisão. Encorajo os pais a expressar as suas vivencias e planeio os cuidados tendo em conta suas expectativas e necessidades.

A conjugação da exigência de uma unidade de cuidados intensivos neonatais e o trabalho em parceria com os pais é, sem dúvida, um desafio. Parece-me que o caminho passa por uma atitude de abertura e disponibilidade, em que o foco de atenção é alargado para a família e não centrado exclusivamente no recém-nascido.

Porque o regresso da criança a casa é também uma etapa importante dos cuidados, participo e integro as visitas domiciliárias ao prematuro vinte e quatro horas após a alta, em parceria com a enfermeira de saúde infantil do centro de saúde da área de residência do recém-nascido. Projecto que ajudei a desenvolver e que posteriormente foi implementado no meu serviço desde Outubro de 2004, denominado “ Parceria de cuidados no acompanhamento do prematuro no domicílio”.

Este projecto tem o objectivo de promover, melhorar e sustentar o funcionamento da família com um bebé prematuro. Consiste na execução de uma visita domiciliária, juntamente com a enfermeira de família, ao bebé prematuro e à família, nas primeiras 24 horas após a alta do prematuro.

Esta intervenção tem como finalidades: integrar o bebé o mais precocemente, no seu ambiente familiar; proporcionar à família autonomia na prestação de cuidados familiares no domicílio; diminuir a ansiedade dos pais após a alta; contribuir para a redução da morbilidade do prematuro; estabelecer parceria entre os enfermeiros da Neonatologia e os enfermeiros de família dos Centros de Saúde e promover a vigilância de saúde do bebé prematuro pelos enfermeiros de família.

Porque entendo que, a qualidade dos cuidados de enfermagem, deve passar pela qualidade técnica dos mesmos e pela qualidade da relação que se estabelece com os pais, durante a assistência ao recém-nascido de alto risco, desenvolvo as minhas competências nesse sentido, de modo a adquirir habilidades tanto técnicas como relacionais tendo como objectivo beneficiar o prematuro e família, na construção de competências dirigidas á promoção de respostas aos problemas de saúde e processos de vida.



Na área da **PRESTAÇÃO DE CUIDADOS**, considero que as competências: *Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família e demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas*, encontram-se parcialmente adquiridas, pelo meu percurso profissional.

### ÁREA DA GESTÃO

#### Actividades desenvolvidas

- Gerir recursos humanos e materiais;
- Zelar pela segurança dos utentes e profissionais;
- Gerir conflitos e exercer liderança eficaz;
- Gerir cuidados de enfermagem.

#### Reflexão crítica

No serviço onde exerço funções o método de trabalho é o do enfermeiro de referência, em que este elabora e reformula o plano de cuidados para as crianças que lhe estão distribuídos e é responsável pela implementação de todas as intervenções decorrentes das prescrições médicas e de enfermagem.

O plano de trabalho é feito pelo Enfermeiro Responsável de turno, para o turno seguinte. Como enfermeira responsável de turno, faço a atribuição das crianças de acordo com as necessidades de cuidados da criança/família hospitalizada, respeitando uma distribuição equitativa da quantidade e complexidade de cuidados necessários, atendendo também ao estágio de desenvolvimento de cada profissional, no sentido da adequação ao grau de complexidade das situações.

Uma das situações bastante frequentes em cuidados intensivos neonatais, são as situações de emergência como as paragens cardio-respiratórias. Estes acontecimentos requerem uma intervenção rápida e eficaz da equipa multidisciplinar, nesse sentido, mobilizo os recursos necessários para a adequada resposta á situação e simultaneamente garanto a continuidade de cuidados às restantes crianças internadas, reformulando o plano de distribuição dos enfermeiros, de acordo com as suas competências.

Como responsável de turno e orientadora da equipa de enfermagem, procuro exercer uma liderança eficaz, respeitando as características individuais e motivações dos colegas com quem trabalho. No desempenho das minhas funções como enfermeira responsável de turno, procuro

fazer uma boa gestão dos recursos materiais e humanos, com os objectivos de promover cuidados de qualidade ao prematuro e sua família, criar um bom ambiente de trabalho e maximizar os recursos.

No exercício profissional, estabeleço um ambiente seguro utilizando estratégias com vista a garantir a qualidade e a gestão de risco, utilizo instrumentos de avaliação para identificar riscos (potenciais e reais) e, quando identificados, mobilizo os recursos adequados á sua resolução o que inclui a notificação de todas as não conformidades. Implemento procedimentos de controlo de infecções e garanto a segurança da administração de terapêutica prescrita.

Na área da **GESTÃO**, considero que as competências: **Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área da EESIP e Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP**. Foram parcialmente adquiridas, durante o meu percurso profissional.

## ÁREA DA FORMAÇÃO

### Actividades desenvolvidas

- Identificar necessidades de formação pessoal e realizá-la;
- Apoiar e orientar os enfermeiros mais jovens no desenvolvimento de novas actividades;
- Integrar novos profissionais;
- Realizar formação em serviço (formação de pares).

### Reflexão crítica

Durante o meu percurso profissional, e porque considero que a actualização é um dever, procuro fazer uma revisão das minhas práticas, de modo a suportar no conhecimento científico as decisões tomadas, para a ir de encontro as minhas necessidades formativas e pessoais. Procuro realizar formação através da formação em serviço ou formação em contexto académico, interajo com profissionais mais experientes ou peritos em diversas áreas de intervenção e finalmente, mobilizo e integro os conhecimentos, na procura da qualidade dos cuidados que presto.

De modo a ir ao encontro das necessidades de formação dos elementos que integram a minha equipa, colaboro no planeamento e realização de acções de formação em serviço de acordo com as necessidades que identifico, muitas vezes promovo formação informal, favorecendo momentos de discussão de práticas no seio da equipa que integro.



A integração de um novo profissional neste serviço obedece a um conjunto de directrizes institucionais que fazem parte de um programa de integração específico. O período de tempo para se efectuar a integração depende das potencialidades, experiências anteriores, formação e características individuais do novo elemento que está a ser integrado.

Na integração dos novos profissionais de enfermagem, procuro orientar e apoiar os novos elementos, proporcionando-lhes experiências favorecedoras de aprendizagem de modo a transmitir segurança, ajudo a desenvolver comportamentos e técnicas específicos, para desta forma, contribuir para o desenvolvimento e aquisição de competências com vista ao seu exercício autónomo.

Como Enfermeira responsável de equipa, assumo a responsabilidade da supervisão dos cuidados de enfermagem, sobretudo quando prestados pelos profissionais mais jovens e menos experientes, que necessitam de orientação e sobretudo apoio na tomada de decisão.

Na área da **FORMAÇÃO**, considero que as competências: *Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP e Colaborar na integração de novos profissionais*, foram parcialmente adquiridas durante o meu percurso profissional.

### ÁREA DA INVESTIGAÇÃO

#### **Actividades desenvolvidas:**

- Identificar situações problemáticas, passíveis de ser investigadas;
- Incorporar na prática o conhecimento baseado na evidência científica.

#### **Reflexão crítica**

Considero que o conhecimento baseado na evidência científica, contribui para o desenvolvimento profissional sendo um pilar fundamental para a excelência dos cuidados e para a tomada de decisão.

Neste período considero ter desenvolvido esta competência em particular, reconheço que muitas das percepções que tive ao longo deste período de aprendizagem, tal como durante o meu exercício profissional, foram foco de uma análise e abordagem mais estruturada a fim de



encontrar as razões reais subjacentes às questões identificadas, assim como, as respostas mais adequadas e consequentes. Neste sentido mobilizei o saber científico, para a minha prática profissional, incorporando na prática o conhecimento baseado na evidência científica.

Na área da **INVESTIGAÇÃO**, considero que a competência **Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP**, foi parcialmente adquirida, durante o meu percurso profissional.



### 3. COMPETÊNCIAS, OBJECTIVOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste capítulo irei fazer uma reflexão crítica, tendo em conta as actividades, objectivos e competências, propostos e a que me propus, assim como os aspectos que foram mais relevantes e se tornaram no fio condutor ao longo realização dos estágios e que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional, pessoal e académico.

Os objectivos específicos são parte de um todo, e contribuem para que os objectivos gerais sejam atingidos. Estabelecem o início do processo de planeamento, apontando o caminho a seguir, orientando o que deverá ser alcançado.

Tendo em conta o plano de estudos, foram definidas 29 competências que foram por mim agrupadas em 4 domínios do exercício profissional: Prestação de cuidados; Gestão; Formação e Investigação. Procurarei evidenciar as competências, actividades e objectivos desenvolvidos durante os diversos contextos de estágio, onde farei uma análise do meu desempenho. Esta organização proporciona assim uma melhor compreensão dos conteúdos apresentados. Desta forma, pretendo orientar e direccionar a elaboração deste relatório de forma clara, fundamentada e estruturada. Tentarei, assim, ser objectiva, quer na exposição dos trabalhos desenvolvidos, quer na expressão do significado das experiências sentidas.

#### 3.1. Área da prestação de cuidados

##### **Competências:**

- Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.

##### **Objectivo**

- . Desenvolver competências de reflexão crítica, sobre a dinâmica assistencial especializada à criança/jovem nos diversos contextos de estágio.



### Actividades desenvolvidas

- Observei de forma crítica o papel do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria;
- Fiz uma reflexão crítica e sistemática das estratégias desenvolvidas pelo enfermeiro especialista;
- Mantive uma atitude autocrítica e reflexiva;
- Promovi momentos de reflexão com o Enfermeiro tutor;
- Aprofundei conhecimentos e relacionei-os com as perspectivas teóricas.

### Reflexão crítica

Durante a realização deste estágio, analisei criticamente as diferentes situações relativas à assistência de enfermagem à criança / família para deste modo, aprofundar e mobilizar conhecimentos e relacioná-los com as perspectivas teóricas, colocando a criança/ família no centro de todo o processo de prestação de cuidados, o que me possibilitou a reflexão constante da minha prática.

Foi com alguma regularidade que recorri ao suporte teórico deste curso para encontrar respostas mais precisas a algumas dúvidas que pontualmente surgiram. Partilhar estas dúvidas e esclarece-las com os enfermeiros tutores dos diferentes contextos de estágio, foram momentos que privilegiei, para desta forma integrar e poder mobilizar mais e melhor informação.

Tive oportunidade de observar o papel do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria em diferentes contextos, durante a prestação de cuidados à criança / família, o que me permitiu perceber estratégias de abordagem distintas mais facilmente justificadas à luz das várias perspectivas teóricas.

A adaptação da criança/ família ao ambiente hospitalar, o acolhimento, a preparação para a alta, o papel parental, o respeito pelas rotinas e hábitos da criança, a utilização de estratégias como o jogo, a brincadeira, enquanto focos de atenção e recursos a mobilizar, tornaram-se dimensões onde me foi possível evoluir e desenvolver competências.

Identifiquei áreas de intervenção da autonomia da enfermagem, como a triagem, consulta de saúde infantil, educação para a saúde, hospitalização, visita domiciliária, entre outros, onde pude constatar que desenvolvi maior capacidade de identificação de necessidades de cuidados à criança e família, sendo frequente deparar-me com a necessidade de mobilizar outros recursos e articular com outros profissionais, reconhecendo e respeitando os seus âmbitos de



intervenção, com o intuito de encontrar as respostas mais adequadas. Considero que foi nestas áreas de intervenção que exerci as intervenções de forma autónoma, responsável e criativa.

O papel do enfermeiro especialista é fundamental como elemento coordenador e orientador dos planos de cuidados de cada criança, tem a responsabilidade de supervisionar a sua aplicação e comunicação a todos os elementos da equipa, para desta forma desenvolver a continuação dos cuidados, fazer a avaliação da evolução dos cuidados e proceder á alteração dos planos de cuidados sempre que se justifique.

Por tudo isto, foi com bastante agrado que pude constatar que o papel de uma enfermeira de saúde infantil e pediatria tem um carácter preponderante como agente de mudança sensibilização, suporte e educação das famílias, crianças e jovens.

Nesta perspectiva, desenvolvi todas as actividades inerentes ao exercício profissional de Enfermagem, de acordo com as normas, procedimentos e funcionamento instituído. Mas, também procurei prestar cuidados de acordo com referenciais teóricos, mantendo espírito crítico relativamente ao processo de prestação de cuidados. Permitindo-me assim, fazer com alguns elementos das equipas, sugestões na melhoria dos cuidados prestados. São exemplo a utilização da sacarose, durante a imunização que actualmente está a ser usada no Centro de Saúde e a escala de EDIN, que até então não era aplicada no serviço de Pediatria, passando a ser utilizada como um instrumento de avaliação da dor às crianças não verbais. Estes dois exemplos serão, por mim abordados pormenorizadamente, mais á frente na área da formação.

Estou convicta que no decurso da minha vivência e contacto com estes profissionais, resultou uma melhor integração e mobilização das competências a que me propôs desenvolver e, consequentemente, uma valorização e enriquecimento pessoal e profissional.

### Competências

- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;
- Tomar iniciativa e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP.



### Objectivo

. Desenvolver competências relativas á assistência especializada à criança, nos diferentes contextos de estágio, utilizando a metodologia do processo de enfermagem.

### **Actividades desenvolvidas**

- Conheci a estrutura física e organizacional dos diferentes contextos de estágio;
- Integrei-me nas equipas de saúde multidisciplinar;
- Identifiquei necessidades, planeei, monitorizei e avaliei as intervenções de acordo com resultados esperados;
- Identifiquei os principais focos da prática, sensíveis aos cuidados de enfermagem;
- Actuei de acordo com as necessidades individuais de cada criança/ jovem/ família;
- Conheci e promovi a dinâmica de articulação com outros recursos da comunidade;
- Realizei admissão da criança/ família, no internamento, na urgência e no centro de saúde;
- Realizei a triagem a 70 crianças;
- Realizei 28 consulta de saúde infantil e Juvenil de acordo guia orientador da consulta de saúde infantil e juvenil da ULS, nas diversas faixas etárias;
- Administrei 35 vacinas de acordo com o Plano Nacional de Vacinação;
- Fiz registos vacinais e de vigilância da criança jovem no programas SINUS e SAPE;
- Preparei o regresso a casa da criança/família.

### **Reflexão Crítica**

Para uma melhor compreensão do funcionamento das diversas instituições onde realizei estágio foi crucial o conhecimento das suas estruturas, bem como as actividades desenvolvidas pelos diversos membros da equipa multidisciplinar. Será de realçar que tanto no Centro de Saúde da Sr.<sup>a</sup> da Hora, como na Urgência Pediátrica do Hospital de S. João foram unidades que recentemente sofreram obras de melhoramento e que, ainda estão em fase de reestruturação. Assim, possuem boas instalações e condições para a prática de bons cuidados



de saúde. Consultei as normas e protocolos existentes nos serviços, para uma integração mais construtiva.

Após um período de “familiarização” com as dinâmicas dos serviços, contacto com as equipas de saúde e observação da assistência prestada á criança, comecei a assumir a responsabilidade na prestação de cuidados á criança, nos diferentes contextos de estágio, de acordo com as normas, procedimentos e funcionamento dos serviços, com a supervisão dos meus tutores de estágio.

Nos diferentes contextos assistenciais á criança hospitalizada, em situação de urgência e na comunidade, estabeleci prioridades para os cuidados e identifiquei diagnósticos de enfermagem. Utilizei a metodologia científica no planeamento das intervenções e registei-as em documento padrão, em uso nos serviços (CIPE), em programas SINUS e SAPE.

Durante a realização deste estágio tive oportunidade de vivenciar experiências diversificadas, o que me permitiu identificar os principais focos sensíveis á prática de enfermagem (febre, papel parental, dor, vómitos, ferida, queimadura, infecção, desenvolvimento infantil, amamentação, vinculação, ferida cirúrgica, ingestão nutricional, entre outros), e orientei a minha assistência fazendo uma reflexão crítica, tendo em conta os diagnósticos de enfermagem.

O centro de saúde como unidade prestadora de cuidados de saúde primários, visa a promoção e vigilância de saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo a sua acção ao indivíduo, à família e à comunidade.

Com a finalidade de conhecer e participar na dinâmica da consulta de saúde infantil e juvenil, fiquei as primeiras duas semanas de estágio na USF (Unidade de Saúde familiar). Visto existirem dias fixos para a consulta de saúde infantil, tive necessidade de circular entre as diferentes equipas de saúde da USF Lagoa, para deste modo dar resposta aos indicadores, propostos no guia orientador de estágio (Realizar consultas de Saúde Infanto-Juvenil e realizar Vacinação a crianças)

Integrar as diferentes equipas, constituiu para mim, um entrave á minha integração. Contudo, passado algum tempo, percebi que até foi uma mais-valia para o meu processo de desenvolvimento, pois pude constatar que toda a equipa tem como base o Guia Orientador da consulta de saúde infantil da ULS. Neste sentido, todo o processo da consulta é muito bem estruturado orientando os enfermeiros, que não são especialistas em Saúde Infantil e Pediatria, para pormenores mais específicos, em função do estágio de desenvolvimento da criança.



Participar e integrar na dinâmica da consulta de saúde infantil, realizada por diferentes equipas, por um lado permitiu conhecer toda a equipa multidisciplinar, por outro, deu-me oportunidade de conhecer várias formas de trabalhar. No entanto percebi que existem consultas mais abrangentes, tendo em conta a experiência da enfermeira que a efectua.

O facto de ter encontrado as consultas de saúde infantil bem estruturadas e organizadas facilitou-me toda a aquisição e aprofundamento de conhecimentos relativamente a todo o processo de avaliação do desenvolvimento e crescimento da criança.

Realizei 28 consultas, onde apliquei o Guia Orientador da Consulta da ULSM, com vista a avaliar o desenvolvimento infantil e juvenil, visto ser um instrumento validado, fiável e ao mesmo tempo orientador.

A avaliação dos vários estádios de desenvolvimento da criança/jovem, tem como objectivo, detectar algum atraso ou sinais de alarme, para que seja o mais precocemente instituída e implementada uma intervenção adequada, para podermos proporcionar á criança/ jovem uma melhor qualidade de vida. Neste sentido, foram detectadas algumas situações alarmantes, que me levaram a diagnosticar situações de risco.

Durante a realização da consulta a uma criança com 6 anos, foi detectado um atraso na linguagem que posteriormente foi comunicado ao médico e a criança foi encaminhada para a consulta da terapia da fala. Um outro exemplo, foi um deficit visual detectado a uma criança, após a realização do exame oftalmológico, posteriormente esta criança foi encaminhada para a consulta de oftalmologia.

Durante a consulta de saúde infantil, fiz a avaliação do desenvolvimento psicomotor, sensorial, comportamental, social e da linguagem, das crianças nos diversos períodos de desenvolvimento. Tive em conta a avaliação estatura - ponderal (dados antropométricos), bem como os dados obtidos através de entrevista às crianças e pais. Todos os dados relativos ao processo de vigilância da criança foram registados em suporte informático (SAPE-SINUS).

Também foram registados todos os dados no boletim individual de saúde da criança, em que as curvas de crescimento também foram por mim analisadas e interpretadas. Como exemplo, durante uma consulta de Saúde Infantil e após analisar as curvas de crescimento de uma criança com 15 meses, detectei que a criança tinha decrescido no percentil do peso. Após fazer a colheita de dados, foi encontrada, a dificuldade que a mãe tinha em conciliar o horário de trabalho, com o regime alimentar da criança, dando-lhe a última refeição de sopa às 19 horas, ficando a criança até à manha do dia seguinte sem comer. Foram sugeridas várias estratégias para poder ultrapassar esta situação.



Durante a realização da consulta de saúde infantil também tive oportunidade de administrar 35 vacinas de acordo com o plano nacional de vacinação, nas diversas faixas etárias, (Poliomielite (**VIP**), Difteria-Tétano-Pertussis (**DTPa**), *Haemophilus influenzae b* (**Hib**), Hepatite B (**VHB**), Sarampo-Parotidite-Rubéola (**VASPR**), Meningococo C (**MenC**)) e efectuar ensinamentos relativos às suas reacções. Também as registei a nível do suporte informático e no boletim individual de vacinas.

A actualização do plano nacional de vacinação é feita sempre que possível durante o contacto da criança com o centro de saúde, procedendo-se à sua devida marcação.

As situações de doença aguda, que conduzem a maioria das crianças, ao serviço de urgência, são: Distúrbios gastrointestinais, desidratação, diabetes descompensadas, alergias, febre, quedas, acidentes, queimaduras, convulsões, agudização de doença crónica, doenças do foro respiratório e outras doenças comuns da criança.

Os cuidados de enfermagem que executei e que dão resposta às necessidades destas crianças são: oxigenoterapia; nebulizações; vigilância de sinais vitais; aspirações de secreções; administração de terapêutica; colheitas de sangue, secreções, urina e fezes para análise; hidratação oral fraccionada e endovenosa; cateterização de acessos venosos periféricos; preparação para exames complementares de diagnóstico, preparação para a hospitalização e realização ensinamentos quando oportunos.

Assisti a criança, elaborando o plano de cuidados subjacente ao processo de enfermagem. Prestei cuidados com diagnósticos, necessidades e idades diversas. Tive oportunidade de fazer o acolhimento, diagnósticos, intervenções de enfermagem, avaliação dos cuidados efectuados, notas de enfermagem e passagem de turno. Neste serviço, o aplicativo informático (SAPE) ainda não está operacionalizado estando, por isso, os registos ainda em suporte de papel.

Integrei-me e colaborei com a equipa multidisciplinar no tratamento da criança em situação de urgência, assegurando em tempo útil a articulação com os outros recursos de modo a garantir a excelência dos cuidados.

Na sala de Cirurgia, tive oportunidade de colaborar na realização de suturas e tratamento de queimaduras e feridas, também assisti a criança com fracturas expostas provocadas por acidentes.



Não tive oportunidade de desenvolver competências na área da emergência Pediátrica. Contudo, considero que tive a possibilidade de experienciar uma diversidade de situações que para mim foram muito enriquecedoras. Tive a oportunidade de assistir duas crianças, vítima de trauma, onde fiz a manipulação do plano duro e colocação de colar cervical. Também assisti duas crianças, do foro oncológico, que recorreram ao serviço de urgência por febre, foram colocadas em isolamento, porque devido á sua condição de doença, encontram-se imunodeprimidas. Tive a possibilidade de fazer colheitas de sangue por cateteres centrais com técnica asséptica.

Estas últimas situações foram experiências novas para mim, pois enquanto profissional nunca assisti crianças do foro oncológico, considero que foi um desafio e uma experiencia de vida, pela sua complexidade mas também pela vertente humanitária, que esta situação acarreta para a criança/ família. Talvez, até este momento, estas tenham sido as experiências que mais me marcaram, motivando-me para adquirir novos conhecimentos e, me aliciaram, para um eventual futuro profissional. É nesta dimensão do Cuidar, que a componente relacional e o Saber Ser intencionais, adquirem maior importância.

Colaborei e realizei a triagem com a supervisão do meu tutor de estágio, de acordo com a escala de triagem canadiana -*The Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale*, onde pude constatar que esta área é onde o enfermeiro também pode exercer alguma autonomia. Contudo, só com alguma experiencia e perícia é que fica capacitado para a executar. Durante a assistência à criança estabeleci prioridades de acordo com o seu estado de gravidade. Fiz o acolhimento da criança / família, colheita de dados e administração de terapêutica adequada.

Considero que no processo de tomada de decisões executei com rapidez e eficiência o estabelecimento de prioridades e avaliação das intervenções, mesmo quando a escala de triagem não ia ao encontro das necessidades e prioridades da criança.

A criança hospitalizada necessita que os seus direitos e necessidades sejam satisfeitos, para que a sua adaptação ao meio hospitalar seja eficaz. Para isso, é fundamental que as características ambientais sejam favoráveis e as oportunidades lhes sejam oferecidas.

Foi minha preocupação, fazer um adequado acolhimento da criança / família no momento da admissão no serviço, para desta forma ajudar na sua readaptação ao novo contexto que é a hospitalização.



Realizei a avaliação inicial da criança/ família de uma forma sistemática, para assim conhecer hábitos, rotinas, preferências e objectos significativos, no sentido de lhes permitir uma melhor adaptação ao meio hospitalar. Recorri a um questionário para a parentalidade, instrumento que me permitiu avaliar o conhecimento e habilidades parentais e, mediante os resultados obtidos foi-me possível implementar intervenções de enfermagem para o conhecimento e habilidades não demonstrados pelos pais.

Inicialmente, senti que a estrutura do serviço (constituído por enfermarias) poderia constituir um aspecto negativo, sobretudo inicialmente, por me sentir insegura, em termos de vigilância das crianças, mas creio que também se deve ao facto de trabalhar num serviço, onde as crianças estão permanentemente monitorizadas e a visibilidade de todas elas é ampla. Posteriormente percebi, que a privacidade tanto das crianças como a dos pais, não seria possível, se este serviço fosse estruturado de outra forma.

Assisti a criança em contexto de internamento de Pediatria, sendo as situações mais frequentes: infecções respiratórias e do trato urinário, doenças neurológicas, metabólicas, ortopédicas, auto imunes, diabetes, gastroenterites, crianças vítimas de maus-tratos e ainda crianças sem suporte familiar adequado, que aguardam intervenção social, para adopção ou intervenção familiar (esta intervenção é feita exclusivamente pela assistente social em conjugação com a rede de apoio da comunidade).

Assisti a criança /famílias em contexto de cirúrgico, sendo as mais frequentes crianças submetidas a cirurgias do foro ortopédico, oftalmológico e otorrino.

Este contexto de estágio permitiu-me experienciar diversas situações decorrentes do internamento o que me permitiu prestar cuidados a criança / família com diferentes focos e diagnósticos de enfermagem, nos vários estados de desenvolvimento. Promovi vivências no hospital próximas do ambiente familiar e social, contribuindo assim para o bem-estar físico, emocional, intelectual e social da criança e família.

Apoiei e incentivei o desempenho de papéis parentais segundo a parceria de cuidados, promovendo sempre a continuidade dos cuidados familiares. Realizei o planeamento, tendo em conta as expectativas e necessidades dos pais, implementei o plano de cuidados, construído em parceria com os pais, com o intuito de os ajudar a uma melhor adaptação ao processo de doença do filho.

Tive oportunidade de fazer o acolhimento, diagnósticos e intervenções de enfermagem, implementação de intervenções interdependentes, preparação para alta e promovi a articulação com outros recursos da comunidade.

Assim sendo, durante este estágio tive a oportunidade de fazer a articulação com os cuidados de saúde primários, referenciando algumas crianças com alta, fazendo o contacto telefónico



com a enfermeira de família, a fim de dar a conhecer a situação clínica das crianças e as necessidades de vigilância com que estas iriam para o domicílio. Outro recurso da comunidade que dei a conhecer aos pais, foi o “Apoio Pediátrico Permanente”, às famílias que pertenciam à área dos centros de saúde da Unidade Local de Saúde de Matosinhos. O “Apoio Pediátrico Permanente” funciona todos os dias das 8 às 20h no Hospital Pedro Hispano.

Um planeamento eficaz da alta garante a continuidade da assistência do hospital para o lar. O plano deve ser preparado de acordo com as necessidades da família e da criança. Deve ser individualizado a fim de atender as necessidades e recursos da criança e família. A finalidade global do planeamento da alta consiste em proporcionar continuidade dos cuidados.

Como futura enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, a minha responsabilidade na preparação da alta aumenta. Assim, procurei colher informações através da avaliação inicial, que me permitissem identificar precocemente problemas e necessidades das famílias; assegurar a continuidade de cuidados, planeando a alta ao mesmo tempo que assegurava a informação necessária sobre os meios e recursos que a comunidade dispõe para ajudar a família e a criança; encaminhar situações para o serviço social; fazer a articulação com os cuidados de saúde primários.

Por tudo o que foi referido atrás, estes contextos de estágio, proporcionaram-me mais-valias para o enriquecimento da minha actividade enquanto enfermeira pelo que creio ter desenvolvido a capacidade de integração dos conhecimentos e competências, orientada para uma prestação de cuidados efectivos.

### Objectivo

. Promover a gestão adequada da dor na criança, nos diferentes contextos de estágio.

### **Actividades desenvolvidas**

- Promovi e realizei uma adequada avaliação da dor na criança;
- Implementei medidas farmacológicas e não farmacológicas no tratamento da dor na criança.

### **Reflexão crítica**



A avaliação da dor, segundo a Direcção Geral de Saúde (2003), foi equiparada ao 5º sinal vital, sendo um indicador de boa prática para a humanização dos cuidados. Esta avaliação, pode ser realizada pelo profissional de saúde (hetero-avaliação) ou pela própria criança (autoavaliação). O enfermeiro realiza actividades autónomas e interdependentes para o controlo da dor na criança a quem presta cuidados, mobilizando os recursos disponíveis.

Colaborei com outros membros da equipa de Saúde, no tratamento da dor da criança, assegurando em tempo útil as devidas intervenções, de modo a garantir respostas mais eficazes.

O alívio da dor é uma necessidade básica e um direito da criança. A avaliação da dor enquanto quinto sinal vital e o seu alívio, tornaram-se um componente crítico do processo de enfermagem. O principal motivo para avaliar a dor é aliviá-la. Neste sentido, durante a minha assistência, além de medidas farmacológicas aplicadas aquando da dor da criança/ jovem, tive também a oportunidade de pôr em prática algumas medidas não farmacológicas: massagem, utilização de técnicas de distração (ver televisão, ler histórias, jogar), entre outro.

Considero que a presença e participação dos pais no tratamento e alívio da dor, é muito importante pois sendo eles que melhor conhecem a criança podem transmitir aos profissionais de saúde alguns sentimentos dos seus filhos, tornando-se assim, um excelente recurso para a compreensão, avaliação e controlo da dor. Ajudam na implementação do tratamento, podendo participar em múltiplas intervenções não farmacológicas, neste sentido tive sempre em conta a opinião dos pais na avaliação e tratamento da dor na criança.

A utilização de escalas de avaliação da dor, é considerada vantajosa na medida em que, permitirá identificar um sintoma tão subjectivo como a dor. Minimiza os desvios inerentes à sua interpretação, fornece maior segurança na tomada de decisão terapêutica, permite a utilização de uma linguagem comum que facilita a tomada de decisão da equipa e permite estabelecer objectivos referentes ao controlo algico, adaptados a cada criança, que visem o seu bem-estar.

Segundo a norma do serviço de Pediatria onde estagiei, a avaliação da dor deve ser feita no momento da avaliação dos restantes parâmetros vitais e deve ser realizada de forma sistemática. Assim, aos recém-nascidos e crianças deve ser realizada uma vez por turno e mais do que uma vez por turno, se existirem sinais de desconforto; sinais de dor; se forem realizados procedimentos técnicos que levantem a hipótese de dor e após a administração de analgésicos (30 minutos após a administração endovenosa ou 60 minutos após administração oral). No período pós-operatório deve ser avaliada ao chegar ao serviço.

Durante este estágio, tive a oportunidade de aplicar várias escalas de avaliação da dor, uma delas foi escala visual analógica, esta escala está indicada para crianças a partir da idade

escolar (seis anos). A escala das faces, foi outra escala por mim aplicada, escala esta que está recomendada para crianças entre os 4 e os 5 anos. No recém-nascido, onde a comunicação verbal é inexistente, torna-se um desafio avaliar a dor. Por isso, a percepção de dor nas crianças não verbais torna-se ainda mais difícil por se tratar de uma resposta reflexa dinâmica e complexa, dependendo da idade e do estado comportamental. Contudo foi detectado, que no serviço de pediatria, as escalas utilizadas não eram adequadas ao recém-nascido. Foi para colmatar este deficit, que realizei uma formação de pares sobre escala de EDIM.

Sendo o tratamento da dor, para mim de vital importância, foi com agrado que desenvolvi uma acção de formação a grupo de pares, no Centro de Saúde, a fim de dar a conhecer os benefícios da utilização da sacarose nos procedimentos dolorosos. Como resultado desta acção de formação ficou em estudo a aplicação da sacarose nos diversos Centros de Saúde da ULS Matosinhos. Mais á frente, irei abordar estas últimas questões, de forma pormenorizada.

### Objectivo

. Desenvolver competências e aprofundar conhecimentos de modo a maximizar o potencial de crescimento e desenvolvimento da criança/família durante a hospitalização.

### **Actividades desenvolvidas:**

- Utilizei os recursos lúdicos do serviço;
- Utilizei estratégias lúdicas, para promover a interacção enfermeiro / família / criança;
- Realizei o projecto “ As Sextas feiras do Chico Esperto”.

### **Reflexão crítica**

A doença e a hospitalização são acontecimentos, que resultam em stress e vulnerabilidade tanto para a criança como para a família.

A criança tem uma representação do hospital como “*um país estrangeiro, a cujos costumes, linguagem e horários deve habituar-se*”(Geller, 2000, *in* Quiles et Carrillo, p. 20).

Para mim, minimizar o impacto da hospitalização, foi sempre uma grande preocupação ao longo deste estágio. Transformar os tempos livres da criança no internamento, num momento propício ao seu desenvolvimento e crescimento, de modo a minimizar os incómodos que a hospitalização acarreta, é um dever do enfermeiro que trabalha num serviço de pediatria.

Num Hospital, *“a brincadeira não serve apenas para distrair as crianças; na verdade ela aumenta a capacidade da criança para aguentar de forma eficaz o processo do internamento”* (Delpo et Frick, 1994, in Doverety, p. 12).

Para a concretização deste objectivo, utilizei estratégias lúdicas tais como leitura de histórias, desenhos e jogos, no sentido de potenciar a relação e interacção profissional / criança / família. Utilizar a negociação, o brincar, fazer desenhos, e o jogo, foram algumas das estratégias que utilizei durante a assistência á criança/ família nos diferentes contextos de estágio com a intenção de desenvolver a dimensão terapêutica do jogo e da brincadeira.

*“ Os jogos e a brincadeira são uma das formas mais importantes de comunicação e podem ser uma das formas mais efectivas no relacionamento com a criança...servem não somente como instrumento de avaliação mas também como método de intervenção.”* Whaley e wong (1999, p 910) por outro lado, a assistência da criança deve assentar na premissa, de promover em cada criança/ família as condições de saúde mais satisfatórias possíveis. Isto implica que os enfermeiros, mais concretamente, os enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediatria, se envolvam e participem em todos os aspectos de crescimento e desenvolvimento da criança. Independentemente de onde os enfermeiros pediátricos actuem, a sua principal preocupação será o bem-estar da criança e da sua família. (Whaley e Wong, 1999)

Neste sentido, considero que como futura enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediatria, tenho o dever e a obrigação de proporcionar á criança hospitalizada, momentos de aprendizagem, para o seu harmonioso crescimento e desenvolvimento, utilizando estratégias como o contar histórias, o brincar, o jogar e o desenhar. Pretendo deste modo ter uma dupla intencionalidade maximizar o potencial de crescimento e desenvolvimento da criança e minimizar o impacto da sua hospitalização.

De acordo com o Programa de Actuação – Saúde Infantil e Juvenil (2005) da Direcção Geral de Saúde, a manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças constitui um imperativo para os profissionais e os serviços.

Neste sentido, realizei em conjunto com a minha colega do curso de especialização, o Projecto **“As Sextas Feiras do Chico Esperto” (ANEXO I)**, que teve como objectivos:

- Maximizar o potencial desenvolvimento e crescimento da criança;
- Contribuir para a dinamização da sala de actividades;
- Minimizar o impacto da hospitalização na criança;
- Constituir um instrumento de intervenção educativa, de modo a sensibilizar e dotar a criança de conhecimentos sobre a importância da Saúde Oral, a Prevenção de Acidentes e os Cuidados ao Sol.



Com o intuito de divulgar o Projecto do **Chico - Esperto**, foi distribuído um folheto informativo aos pais e às crianças internadas, contendo todas as formações relativas aos temas que foram apresentados.

Este projecto consistiu em todas as sextas feiras, apresentar na sala de actividades do serviço de Pediatria, a todas as crianças internadas com idade superior a 5 anos, uma acção de educação para a saúde sobre diferentes temáticas, tais como:

- Saúde oral “ **O Chico e a Dor de Dentes**” (realizada a 14 de Maio de 2010);
- Ambiente e saúde “**O Chico e a Ida à Praia**” (realizada a 21 de Maio de 2010);
- Promoção da segurança e prevenção de acidentes “ **O Chico e a Brincadeira**” (Realizada a 28 de Maio de 2010).

A metodologia utilizada em cada uma destas três sessões, foi o contar de uma história para a introdução ao tema, posteriormente recorreremos ao método expositivo e método exploratório (interactivo) para realizar cada uma das sessões e apresentamos um filme com o intuito de fazer a conclusão. No final de cada sessão, foi realizado um jogo “ **O jogo do Chico Esperto**”, de modo a avaliar os conhecimentos e comportamentos adquiridos pelas crianças internadas.

A utilização do jogo teve aqui um carácter avaliativo e didáctico mas também possibilitou momentos de convívio e brincadeira. Os resultados ultrapassaram as expectativas, pois em termos de participação tivemos quase cem por cento de adesão, em termos de conhecimentos demonstrados tivemos como resultados superiores a oitenta e cinco por cento, como se pode observar na avaliação dos resultados em anexo (**ANEXO I**). Como forma de prémio pela aprendizagem efectuada, foram distribuídos diplomas a todas as crianças presentes em cada sessão.

Posso afirmar que esta actividade foi, para mim, mais do que uma experiência enriquecedora, constituiu uma oportunidade de desenvolvimento profissional e pessoal, mas sobretudo foi com agrado que no final das secções foi conseguido:

- Proporcionamos diversão e relaxamento;
- Ajudamos a criança a sentir-se mais segura num ambiente estranho e a minimizar a ansiedade pela separação e a saudade de casa;
- Proporcionamos um meio de aliviar tensões e expressar sentimentos, ideias criativas e interesses;
- Incentivamos a interação e o desenvolvimento de atitudes positivas em relação aos outros;
- Colocamos a criança no papel activo e demos a oportunidade de esta efectuar escolhas e de estar no controlo.

Posso afirmar que esta actividade foi, para mim, mais do que uma experiencia enriquecedora, constituiu uma oportunidade de desenvolvimento profissional e pessoal.

### **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.

### **Objectivo**

. Aprofundar conhecimentos e desenvolver habilidades relativas ao processo de comunicação com a criança/jovem/família.

### **Actividades desenvolvidas**

- Comuniquei de forma activa e efectiva tendo em conta o estado de desenvolvimento da criança e respeitei as suas crenças, valores e cultura;
- Promovi o estabelecimento de uma relação empática com a criança \ família;
- Desenvolvi estratégias de comunicação, de acordo com as capacidades cognitivas da criança/ família, utilizando uma linguagem sintética e assertiva;
- Promovi uma relação empática e de parceria com a criança / jovem \ família;
- Efetuei explicações adequadas à idade e ao estado de desenvolvimento da criança;
- Estabeleci uma relação empática com a criança / família.

### **Reflexão crítica**

A comunicação com a criança/família tem sido, durante todo o meu percurso profissional, um dos aspectos que mais valorizo e desenvolvo. Ocupa portanto um lugar privilegiado durante a minha actividade. No entanto, considero que constituiu o grande desafio ao longo deste percurso.

Considero que a comunicação que se estabelece durante a assistência criança/família é a chave para o sucesso da intervenção da enfermagem em todos os contextos assistenciais.

Para que isso aconteça será necessário o fortalecimento de relações, para Whaley e Wang (1999), os relacionamentos de confiança entre as pessoas, fazem-se através da comunicação.

Comuniquei de forma activa e efectiva tendo em conta o estado de desenvolvimento da criança e respeitei as suas crenças, valores e cultura. Desenvolvi estratégias de comunicação com a criança/ família, utilizando uma linguagem sintética e assertiva de modo a estabelecer uma relação terapêutica eficaz.

Durante a assistência á criança / família nos diferentes contextos de estágio, procurei desenvolver uma relação empática, de confiança e de negociação, mas ou mesmo tempo, de segurança, utilizando uma linguagem assertiva e compreensível, adequando o discurso comunicacional á faixa etária das criança e adolescentes, não esquecendo o estágio de desenvolvimento em que se encontram.

O brincar foi uma estratégia de comunicação por mim utilizada, no entanto dado o estado físico/ emocional de algumas crianças estes tipo de interacção não foi praticada.

Para Cardin e Marques (1992,p.127), a comunicação é "*uma troca de ideias, sentimentos ou experiências entre indivíduos, que conhecem o significado do que se diz, se faz ou que se pensa.*"

A comunicação com os adolescentes foi sem dúvida um dos meus maiores desafios, pois as estratégias utilizadas nas crianças mais novas, não podem ou, não devem ser utilizadas no jovem adolescente. O brincar, a forma de negociar, o jogo e as relações terapêuticas não podem ser aplicadas da mesma forma devido à faixa etária em questão. Em suma, a interactividade com os adolescentes requer uma avaliação mais exigente e personalizada.

Por tudo isto, realizei pesquisa bibliográfica, para fazer uma fundamentação teórica sobre a adolescência, pois considero que só conhecendo em pormenor este período, que por vezes é tão problemático, é que se consegue estabelecer uma comunicação eficaz e autêntica.

Foi uma preocupação minha, referir-me às crianças/ jovem / família pelo nome, procurando contribuir para o reforço da identidade dos mesmos e incentivar uma relação de proximidade / confiança.

Durante a assistência á criança/ adolescente / família, encontrei alguma dificuldade na gestão do tempo para implementar os tratamentos prescritos; comunicar com a criança na conquista da sua confiança; minimizar-lhe os medos e ao mesmo tempo, conhecer e identificar as



necessidades de informação da família no sentido de fazer a gestão de emoções num momento de crise, como é a situação de doença aguda e crónica.

A assistência da criança deve assentar na premissa de promover em cada uma, as condições mais satisfatórias. Nesta perspectiva, durante os diferentes contextos assistenciais, tive a preocupação de utilizar estratégias para diminuir ou eliminar a ansiedade, receios e dor infligida pela doença, exames e tratamentos. Para isso utilizei uma linguagem acessível, e forneci informação compreensível, sobre os cuidados prestados e tratamentos realizados a criança / jovem e família.

Mostrei disponibilidade e abertura para esclarecer dúvidas e receios. Actuei de acordo com as necessidades individuais de cada criança. Promovi um clima amistoso, apoiando os pais nas suas necessidades e na satisfação das necessidades dos seus filhos, demonstrando interesse, abertura, disponibilidade e respeito pela individualidade de cada criança/ família.

No que diz respeito à equipa interdisciplinar e multidisciplinar, procurei utilizar a comunicação de forma adequada, como ferramenta facilitadora da eficácia dos processos.

Estou convicta que a chave para uma comunicação eficaz, é a capacidade que cada um de nós tem, em saber ouvir, mostrar-se disponível para o fazer e, estando atento, a sinais não verbais que decorrem deste processo. Considero que esta foi uma competência que consegui trabalhar com sucesso, ao longo deste processo de aprendizagem.

### **Competências:**

- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.

### **Objectivo**

- . Promover a assistência à família especialmente no apoio ao desempenho dos papéis parentais.



### Actividades desenvolvidas

- Orientei os pais, tendo em conta os factores condicionantes de doença, de desenvolvimento físico e cognitivo da criança / jovem;
- Realizei intervenções apropriadas às necessidades do desempenho dos papéis parentais;
- Valorizei e apoiei os conhecimentos, desempenho e competências dos pais;
- Orientei os pais sobre medidas promotoras do desenvolvimento infantil e juvenil;
- Conheci e participei nos projectos de Enfermagem sobre parentalidade existentes na UCC do centro de saúde da Sr.<sup>a</sup> da Hora (Projecto Bem – me - quer, Massagem infantil);
- Realizei visitas domiciliárias;
- Participei e assisti as aulas de Massagem Infantil;
- Participei na Dinamização do cantinho de amamentação;
- Realizei o folheto **“Os 5 Sinais para Uma Amamentação Eficaz”** e o **“Correio Dos Afectos”**.

### Reflexão crítica

Sendo o papel parental é um dos principais focos da minha atenção, e conseqüentemente, um objectivo transversal a todos os estágios, procurei desenvolver estratégias, para actuar de forma consistente com as famílias, na promoção de competências parentais, promotoras do desenvolvimento infantil e juvenil, de modo a poderem ultrapassar com sucesso os processos de transição a que a família esta sujeita.

Considero que eu, como futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria encontro-me numa posição privilegiada para promover competências a nível parental, já que em todos os estados de desenvolvimento da criança, em situações de doença crónica e aguda em que a criança é hospitalizada, levam a um processo transição e adaptação dos pais, sendo fundamental que os enfermeiros reconheçam a importância do seu papel na prevenção, identificação e resolução destas situações.

As experiências relacionadas com os processos de doença e saúde e o desenvolvimento dos processos de vida, nomeadamente na gravidez, nascimento, parentalidade, adolescência, e as



transições culturais e sociais, foram descritas, por Meleis *et al.* (2000), como transições passíveis de tornar os clientes vulneráveis. Esta vulnerabilidade advém do facto de as pessoas não saberem como agir perante uma situação que nunca experienciaram antes. Perante o desconhecimento em lidar com uma nova realidade sentem-se inseguras e incapazes de fazer face à nova situação.

Também é previsto que sejam os pais os principais responsáveis pelos cuidados aos filhos, sobretudo a nível físico, educacional, afectivo e psicológico. Nesta perspectiva os pais necessitam de apoio, para a promoção e maximização do potencial crescimento e desenvolvimento dos seus filhos, assim, desenvolvi estratégias, para actuar de forma consistente com as famílias, na promoção de competências parentais, promotoras do desenvolvimento infantil e juvenil.

Como refere, Meleis, (2000), quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente/família, por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas e os preparam para melhor lidarem com essas transições através da aprendizagem e aquisição de novas competências.

A prática dos enfermeiros está intimamente relacionada com as transições e, em muitos casos, eles são os profissionais que mais se envolvem e acompanham todo o processo através da avaliação, planeamento e prestação de cuidados que cada situação exige (Harrison, 2004).

O enfermeiro encontra-se em posição privilegiada pois sendo o profissional que mais próximo se encontra das famílias, tem um papel fundamental no processo de adaptação ao exercício da parentalidade. Podendo mais facilmente, identificar as dificuldades dos pais e deste modo intervir a nível do ensino e treino, quanto às competências parentais que conduzem a uma parentalidade bem sucedida, sendo crucial o estabelecimento de uma relação terapêutica efectiva para o sucesso das intervenções de enfermagem.

É através da comunicação terapêutica que o enfermeiro, com a família, colabora para a descoberta e desenvolve em conjunto, o ajuste mais adequado entre um problema no domínio do funcionamento familiar e as intervenções de enfermagem propostas. Este ajuste envolve uma reciprocidade entre a experiência profissional do enfermeiro e experiência de vida da família. Esta reciprocidade vincula o reconhecimento que cada família é única e tem forças particulares. Identificando estas forças, torna-se possível para o enfermeiro, conduzi-las para a resolução dos problemas da família.

A negociação e o trabalho em parceria com os pais que são indivíduos com vontades e intencionalidades, têm aqui um papel preponderante, de modo a garantir que as mudanças propostas e necessárias lhes façam sentido e assim também na sua perspectiva de forma auto



determinada seja possível mobilizar/adequar habilidades, comportamentos e saberes, que visem dotar os pais de competências parentais.

Em todos os contextos assistenciais, incentivei sempre que oportuno, a permanência dos pais junto das suas crianças em todos os procedimentos, apoiei o desempenho de papéis parentais segundo a parceria de cuidados, promovendo sempre a continuidade dos cuidados familiares por parte dos pais.

Por um lado, os pais sentem-se mais seguros e autónomos a prestarem cuidados aos seus filhos e, por outro, a criança não se sente tão ameaçada se forem os pais a prestarem os cuidados de que necessita. Para Schenk et al., (1990,p 301) *“...o envolvimento não só assegura cuidados mais conscientes para o doente, mas é também muito benéfico para a família, dando-lhe um sentido de cumprimento e utilidade...”* Com a hospitalização da criança, os pais sentem-se perdidos e dissipados da sua função parental, *“... um dos factores de maior stress é o de terem de partilhar os cuidados dos seus filhos com outros”* (Hayles e Knox, 1993, in Palmer, p. 186).

A avaliação inicial das crianças internadas, através da colheita de dados junto dos pais, permitiu adoptar medidas no sentido de promover a sua adaptação á nova situação, respeitando os hábitos, preferências e objectos significativos para a criança.

Quando os pais têm os filhos internados no hospital, querem continuar a ser pais. Cabe então, aos enfermeiros inseridos numa equipa multidisciplinar, serem protagonistas neste processo. Neste sentido, informei e orientei os pais em tempo oportuno, com o intuito de lhes permitir gerir as emoções e organizarem-se durante a hospitalização do filho. Informei os pais sobre os tratamentos a realizar e envolvi-os nas tomadas de decisão.

Uma das minhas preocupações foi encorajar os pais a expressar as suas preocupações e sentimentos, de modo a realizar o planeamento de cuidados centrado nas suas expectativas e necessidades. Implementei o processo de cuidados, construído em parceria com os pais, com a finalidade de os ajudar a uma melhor adaptação ao processo de doença do filho. Forneci aos pais orientações concisas, claras e simples de entender.

Outro aspecto alvo de preocupação da equipa de Enfermagem, foi o descuido das mães ao deixarem os filhos a brincar e a dormir, nas camas, sem grades de protecção. Nesse sentido, foi efectuado pela equipa de enfermagem o projecto “ Sempre Em Pé” (Escala de Avaliação de Risco de Queda da Criança dos 0-18 anos em Contexto Hospitalar) que neste momento está em processo de validação. Este consiste em avaliar o risco de queda, através de uma escala. Assim, apliquei esta escala às crianças que poderiam ter risco de queda e, quando necessário, efectuei ensin角度 adequados a cada situação.



A finalidade global do planeamento da alta consiste em proporcionar continuidade dos cuidados e garantir a segurança também no domicílio. Neste sentido esclareci dúvidas sobre os problemas mais frequentes que pudessem surgir; com o intuito de proporcionar uma maior segurança aos pais, instruindo-os e treinando em casos de administração de medicação, alertando para os cuidados necessários quanto à dosagem e frequência.

Realizei o exame físico final, para a avaliação do estado geral da criança; efectuei os devidos encaminhamentos, relativamente a exames, consultas, etc., accionei o serviço social, quando necessário; reforcei ensinamentos sobre os cuidados, adequando-os à realidade da família e reforcei os ensinamentos sobre banho, alimentação, sono, prevenção de acidentes, vestuário, visitas e identifiquei recursos disponíveis na comunidade para o atendimento após a alta.

Tenho a salientar que algumas crianças/ famílias recorrem ao serviço de urgência sem motivo urgente mas, por falta de conhecimentos dos pais em situações tão normais como: as cólicas; dificuldade de amamentação; choro do bebé; etc. Situações que poderiam ser evitadas através de um apoio parental mais eficaz a nível dos vários sistemas e recursos de apoio ao papel parental. Nestes casos foram efectuados os ensinamentos adequados a cada situação e informei as famílias acerca dos recursos existentes na comunidade.

Outro dos focos de atenção transversais a todos os estágios foi a Amamentação, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda, que os bebés sejam amamentados em exclusivo, até aos 6 meses e, depois pelo menos, até aos 2 anos como complemento.

Apesar das inúmeras vantagens do aleitamento materno, a sua prevalência e duração está aquém das recomendações dos organismos internacionais ligados à Saúde Infantil. Uma causa que contribui para este insucesso, é o facto de muitas mães abandonarem precocemente a amamentação, assim que sentem as primeiras dificuldades.

Consciente desta situação, foi com alguma regularidade que efectuei ensinamentos acerca das vantagens e fisiologia do aleitamento materno e desvios patológicos; conservação do leite materno; técnica de amamentação; pega eficaz do bebé e em algumas situações, informei acerca dos recursos da comunidade". Exemplo disto " O Cantinho de Amamentação" onde se encontram enfermeiras conselheiras em amamentação, que têm como objectivo informar e aconselhar as mães quanto à prática da amamentação.

Foi também integrado na dinamização deste espaço que realizei, em conjunto com a minha colega de estágio, do curso de especialização, o folheto: "**Os 5 Sinais para Uma Amamentação Eficaz**" e o "**Correio Dos Afectos**".

A elaboração do folheto: "**Os 5 Sinais para Uma Amamentação Eficaz**", teve como objectivo

informar e sensibilizar a mãe que amamenta, a identificar os sinais para uma amamentação eficaz, onde são abordados sinais como, o número e frequência das mamadas durante vinte e quatro horas, número e características das fezes e urina do bebé que é amamentado e por último referencia á perda fisiológica de peso do bebé nos primeiros dias de vida. Neste panfleto, também é dada informação acerca do horário de atendimento dos cantinhos de Amamentação existentes na ULS Matosinhos.

Os sinais que foram referidos no panfleto são:

- Um bebé bem adaptado à mama, alimenta-se até ficar satisfeito e pára espontaneamente de mamar, pode mamar entre 9 e 18 vezes, durante as 24 horas;
- O intestino do seu bebé deve funcionar pelo menos 1 vez no primeiro dia de vida, 2 vezes no segundo, 3 vezes no terceiro e três ou mais vezes, a partir do quarto dia;
- As fezes do seu bebé no 1º dia são verdes escuras (mecónio) e à medida que os dias passam, vão ficando mais claras e por volta do 5º dia, ficam amarelas, semilíquidas e com grumos;
- O bebé no 1º dia de vida deverá urinar pelo menos uma vez, no 2º dia, duas ou três vezes, e a partir do 4º dia, quatro ou mais vezes. A urina deve ser clara e límpida;
- O bebé pode perder peso nos primeiros dias de vida, mas não mais de 10% do peso inicial, deve recuperá-lo por volta do 10º dia de vida. A partir daí, deve aumentar progressivamente de peso.

O folheto oferece às mães orientações para esclarecer dúvidas, que possam surgir acerca da amamentação, oferecendo um reforço positivo e incentivando a procura do cantinho de amamentação, quando o bebé não apresenta um dos cinco sinais referidos.

O “**Correio Dos Afectos**” emergiu no seguimento do folheto “**Os 5 Sinais para Uma Amamentação Eficaz**”, já que consideramos que as mães que ocorrem ao Cantinho de Amamentação, devem sair motivadas e esclarecidas mas, acima de tudo, recompensadas por estarem dispostas a viver o desafio que é a amamentação. Consistiu na elaboração de um postal com uma mensagem de reconhecimento e agradecimento do bebé para a mãe. O enquadramento teórico destes trabalhos encontra-se em anexo a este relatório (**ANEXO II**).

As estratégias de intervenção devem começar pelos pais. Estes são os principais agentes de ensino dos filhos, pois há uma forte evidência que as abordagens educativas adequadas e prolongadas por toda a vida, o apoio às famílias com permanência de serviços adequados, podem melhorar o desenvolvimento na criança. Coutinho (2004)

Em contexto comunitário, tive oportunidade de acompanhar as famílias nas dificuldades do cuidar a criança, fornecendo-lhes conhecimentos adequados para que possam interagir de



acordo com o desenvolvimento psico-motor e cognitivo da criança proporcionar-lhes, deste modo, condições favoráveis para o seu desenvolvimento. A mais importante tarefa dos pais é compreender a criança e observar cada mudança no seu desenvolvimento, como refere Brazelton e Sparrow (2001)

O centro de saúde constitui um excelente local de estágio, pois aqui foram implementados alguns projectos de intervenção comunitária que contribuem para a excelência dos cuidados de enfermagem.

Durante as consultas de saúde infantil, foi com regularidade que executei ensinamentos informais, de modo a colmatar algumas dificuldades, medos e receios sentidos pelos pais. Privilegiei temas como: alimentação; desenvolvimento infantil; higiene, conforto; segurança; sono e repouso; interação pais/ filhos e promoção da saúde, de modo a desenvolver sentimentos de competências parentais.

A realização de ensinamentos individuais, de acordo com o desenvolvimento psico-motor da criança e, necessidades identificadas no momento da consulta, foram estimulantes, já que senti o quanto é importante o papel do enfermeiro para esclarecimento de dúvidas e receios dos pais.

O projecto de enfermagem para a parentalidade “**Bem-me-Quer**”, direcciona-se exclusivamente para a promoção do papel parental, providenciando aos pais recursos e suporte necessários ao cuidado da criança, contribuindo para a sua saúde. Tem a missão de contribuir para a melhoria do estado de saúde da população alvo, da área de actuação da UCC da Sr.<sup>a</sup> da Hora.

Foi inserido neste projecto, que tive oportunidade de assistir e participar em duas sessões de educação para a parentalidade subordinada ao tema: Padrão de crescimento e Desenvolvimento Infantil e Estimulação do Desenvolvimento. Estes Cursos eram assim dirigidos às necessidades de aprendizagem dos pais e tinham como objectivo potenciar competências parentais e deste modo, levar a uma maior autonomia na resolução de problemas.

Pude constatar, que neste espaço eram colocadas dúvidas e algumas preocupações dos pais acerca do desenvolvimento dos seus filhos, constituindo assim um momento de partilha de ideias e de experiências entre eles.

Nestas sessões, foram explicadas aos pais os ciclos desenvolvimentais que as crianças atravessam de modo a dotá-los de competências e conhecimentos específicos para ficarem aptos a identificar, estimularem e acompanhar as diferentes etapas de desenvolvimento e crescimento dos seus filhos.

Particpei nas sessões de massagem infantil e pude constatar que constituem um espaço de partilha único que, para além do fortalecimento da vinculação, promove o relaxamento e a



interacção da criança com o meio. Consequentemente, tem influência positiva no seu crescimento e desenvolvimento. As massagens são efectuadas pelas mães aos seus bebés, onde é privilegiada a comunicação entre os pais.

Inserido neste projecto também efectuei algumas visitas domiciliárias. Estas visitas são um meio de excelência de intervenção autónoma de enfermagem. Tem com objectivo a promoção da melhoria e sustentabilidade do funcionamento da família, pois conhecer os diferentes contextos onde as famílias estão inseridas, poderá facilitar a detecção das suas necessidades e dificuldades, o que contribui para uma intervenção mais eficaz e efectiva a nível da autonomia dos papéis parentais.

Durante as visitas domiciliárias tive como focos de atenção a alimentação do bebé (nomeadamente a técnica de amamentação); a verificação do acondicionamento das roupas, questões sobre o banho do bebé; a verificação das condições habitacionais; o berço do bebé; as cólicas e esclarecimento de dúvidas quanto ao sono, repouso, visitas, passeios, entre outros. Esta visita revelou-se de importância para a família que tem a possibilidade de esclarecer as suas dúvidas, sem sair de casa.

Esta actividade não constitui para mim novidade, pois no serviço onde exerço funções, faço o acompanhamento do prematuro no domicílio, conjuntamente com a enfermeira de família dos centros de saúde da área da ULSM.

Durante a assistência à criança nos diferentes contextos de estágio, apoiei os pais nas suas necessidades, demonstrando interesse e disponibilidade. Possibilitei a exposição das suas dúvidas e receios. Nas respostas, tentei ser rigorosa, nunca ocultando os problemas existentes nem enfatizando os previsíveis.

O suporte teórico que tive durante a formação formal, permitiu-me consolidar e integrar na minha actividade, a importância e necessidade de assumir a família como alvo dos cuidados que presto.

Desenvolver competências relacionadas com a promoção da parentalidade, foi sempre uma questão que me inquietou. Este contexto de estágio, contribuiu para o reforço de algumas competências que considero adquiridas, visto que trabalho num serviço onde é privilegiada a parentalidade. Contudo, tornou-se claro para mim, que todas as oportunidades de aprendizagem traduziram crescimento e desenvolvimento.



### Competências

- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada.

### Objectivo

- . Desenvolver competências relacionadas com a educação para a saúde e prevenção da doença, para a promoção de comportamentos saudáveis na criança/ família.

### Actividades desenvolvidas

- Identifiquei e colmatei, necessidades de educação para a saúde;
- Desenvolvi estratégias de educação para a saúde de acordo com as necessidades individuais detectadas;
- Conheci a dinâmica de trabalho da Equipa de Saúde escolar;
- Planeei desenvolvi acções de educação para a saúde em contexto escolar – **“Sexualidade Saudável”** e **“Para uma vida sem fumo”**;
- Visita à Casa do Caminho e Centro de acompanhamento ao jovem de S. Mamede Infesta.

### Reflexão crítica

Durante a prestação de cuidados de enfermagem, nos diferentes contextos assistenciais, foram detectadas várias necessidades, que constituíram uma excelente oportunidade de fazer educação para a saúde, neste sentido realizei pontualmente e, quando oportuno, ensinamentos às crianças/ jovem, que se tornaram bastante eficazes.

Promover estilos de vida saudável e fazer educação para a saúde de acordo com as necessidades individuais identificadas foram as actividades que desenvolvi sempre que me pareceu oportuno. Tive como objectivo, incentivar as crianças a adoptarem hábitos alimentares e comportamentos saudáveis, como a prática regular de exercício físico, cuidados de higiene, sono e repouso, prevenção de acidentes, ocupação de tempos livres e higiene oral.



Mas, o que eu considere um verdadeiro desafio, foi realizar ensinamentos informais aos jovens. Isto porque exerço a minha profissão num serviço de Neonatologia, que se distingue pela qualidade dos ensinamentos, na aquisição de competências parentais, não fazendo parte da minha prática diária a realização de ensinamentos a jovens adolescentes. Neste sentido tive necessidade de mobilizar estratégias e competências, a nível comunicacional, para garantir a eficácia das acções. Foram realizados ensinamentos sobre: alimentação, hábitos de vida saudáveis, prevenção de acidentes, higiene oral, etc.

Intervir na área de saúde escolar, foi uma das oportunidades que constituiu para mim um desafio mas, ao mesmo tempo, uma oportunidade única de crescimento e desenvolvimento.

Segundo o Programa Nacional de Saúde Escolar” a maior parte dos problemas de saúde e de comportamentos de risco, associados ao ambiente e aos estilos de vida, pode ser prevenida ou significativamente reduzida através de programas de saúde escolar efectivos.”

Para o desenvolvimento de estratégias que dêem respostas ao Programa de Saúde Escolar (2006) é fundamental que as equipas de saúde escolar, assumam um papel activo na gestão dos determinantes da saúde da comunidade educativa, contribuindo desse modo para a obtenção de ganhos em saúde, a médio e a longo prazo, na população.

A vivência da sexualidade na adolescência torna-se mais marcante e evidente, encontrando-se relacionada com o normal desenvolvimento físico do adolescente em associação com influências psicológicas, socioculturais e religiosas / éticas. O jovem vive de modo intenso a sua sexualidade e assume uma série de comportamentos de risco, daí a importância da prevenção na adolescência. Neste contexto, a escola é um palco excelente para promover a mudança e adopção de comportamentos saudáveis.

*“A educação para uma sexualidade responsável está a cargo de todos, pais, escola, saúde e sociedade em geral e só com a colaboração de todos será possível obter resultados positivos. A educação é um processo que ocorre num continuum..., cujo objectivo principal é preparar os jovens para a tomada de decisões conscientes e responsáveis.”* (Bóia, 2008,p.233)

Neste sentido, o papel do profissional de saúde assume uma posição de excelência com o dever de preparar os jovens para o exercício pleno e gratificante da sua sexualidade, minorando os riscos que dela podem advir. Neste âmbito, torna-se crucial dotar o jovem de informação acerca da sua própria saúde e de competências que o habilitem para uma progressiva auto-responsabilização, para que a sua tomada de decisão seja livre, informada e fundamentada.

Os recursos existentes na comunidade assumem particular importância, pelo que devem ser divulgados, já que o seu funcionamento é assegurado por profissionais competentes e com



formação científica aprofundada nas áreas da educação para a saúde e educação sexual. Foi nesse sentido que achei oportuno fazer uma visita ao Centro de acompanhamento ao jovem de S. Mamede Infesta, para perceber a dinâmica e funcionamento destes Centros.

Sendo estes Centros de Acompanhamento ao Jovem, anónimos, gratuitos e confidenciais, têm como objectivo sensibilizar os jovens para a necessidade de adoptar uma vida sexual saudável através da promoção e educação para a saúde. Visam apoiar, esclarecer dúvidas e acompanhar jovens nas diversas problemáticas como: Planeamento familiar; Gravidez indesejada e riscos associados; Sexualidade e a homossexualidade; Doenças do foro ginecológico; Doenças sexualmente transmissíveis; Distúrbios alimentares como a anorexia e a bulimia e a toxicodependência.

A adolescência é caracterizada por apresentar alterações constantes a nível do desenvolvimento biopsicosocial. As transformações a nível físico nem sempre acompanham a aquisição de maturidade individual suficiente e desejável para assumir uma recusa conscienciosa da adopção de comportamentos de risco.

Perante esta problemática, que este período da adolescência acarreta e inserido no contexto de saúde escolar, em parceria com a minha orientadora e a enfermeira responsável por esta área, foi decidido a realização e apresentação de um projecto sobre sexualidade - **“sexualidade saudável”**. Este projecto foi apresentado conjuntamente com as minhas colegas de estágio do curso de especialização, no Agrupamento de Escolas da Senhora da Hora nº2, aos alunos de diferentes turmas do 12º ano de escolaridade, nos dias 8, 9, 11 e 16 de Novembro de 2010. (ANEXO III)

Inicialmente desenvolvemos um diagnóstico de situação dos adolescentes do ensino secundário desta escola, aplicando um questionário, com o intuito de analisarmos o seu conhecimento acerca da sexualidade, gravidez indesejada, recursos na comunidade na área da saúde sexual e reprodutiva, métodos contraceptivos e IST's.

Após análise dos resultados, realizamos uma acção de educação para a saúde com o tema Sexualidade Saudável e orientamos o nosso percurso atendendo às necessidades encontradas, com o objectivo de colmatar as dúvidas / dificuldades.

Foram seleccionados para a acção de formação os seguintes conteúdos:

- Contextualização da sexualidade na adolescência;
- Identificação dos riscos de uma relação sexual desprotegida;
- Consequências da gravidez na adolescência;
- Informação dos recursos existentes na comunidade na área da saúde sexual e reprodutiva;

- Importância dos métodos contraceptivos;
- Identificação de IST's e meios de transmissão.

Durante as sessões de educação sobre sexualidade pretende-mos dotar o jovem de informação acerca da sua própria saúde e competências que o habilitem para uma progressiva auto-responsabilização, no sentido de a sua tomada de decisão seja livre, informada e fundamentada.

Este projecto “ **Sexualidade saudável**” constitui um instrumento de intervenção educativa bastante eficaz. Como se pode verificar na avaliação dos resultados da sessão. O resultado das perguntas respondidas correctamente, ao questionário inicial foi de 82%,e quando comparados os resultados com o questionário apresentado no final da sessão mais de 95% dos alunos responderam correctamente as perguntas (**ANEXO III**).

De acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar (2006,p.6) “*reduzir a prevalência dos factores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar os factores de protecção relacionados com os estilos de vida,*” constitui um imperativo para os profissionais de saúde e as actividades que devem preconizar “*deverão ser orientadas para determinantes da saúde, como a alimentação, a actividade física e a gestão do stress e os factores de risco como o tabaco e o álcool,..*”.

Nesta linha de pensamento e de modo a dinamizar o Dia do Não Fumador foi decidido realizar uma acção de educação para a saúde sobre tabagismo, “ **Para Uma Vida Sem Fumo**”, que foi apresentada, conjuntamente com as minhas colegas de estágio do curso de especialização, na junta de freguesia de Guifões, às crianças do 1º ciclo (**ANEXO IV**).

Durante a realização, da acção de educação para a saúde sobre tabagismo, “ **Para Uma Vida Sem Fumo**”foi nossa intenção sensibilizar as crianças, para os benefícios de uma vida sem fumo; prevenir comportamentos de risco; estimular para uma acção pro-activa e responsável.

Foram seleccionados para a acção de formação os seguintes conteúdos:

- Como é constituído o cigarro?
- O que faz à nossa saúde?
- Porquê fumar?
- O fumo passivo. Efeitos nocivos
- Vantagens de não fumares...
- As tuas escolhas!

A consolidação de estilos de vida saudáveis nas crianças é um processo que implica a prevenção de consumos nocivos e comportamentos de risco. Esta acção de Educação



constituiu uma oportunidade para fomentar atitudes assertivas e tornou-se bastante eficaz. No final da sessão mais de 97% dos alunos responderam correctamente às perguntas do jogo “**Para Uma Vida Sem Fumo**” como se pode constatar na avaliação dos resultados da sessão (ANEXO IV).

Com a elaboração destes trabalhos, tive necessidade de pôr em prática as ferramentas e conhecimentos adquiridos, durante a formação teórica do curso de especialização.

A capacidade e habilidade de planear e executar acções de educação para a saúde, utilizar estratégias de formação e a comunicação dirigida a grandes audiências e desenvolver competências no domínio das estratégias motivacionais de grupo, foram algumas competências que mobilizei, para o sucesso das sessões. Considero que foi uma experiência única e enriquecedora e, por esse motivo, contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Não tenho dúvidas em afirmar que é nesta área, que o enfermeiro de saúde escolar e o enfermeiro de saúde infantil e pediatria, têm um papel fundamental e preponderante na promoção da criança e jovem em contexto escolar, ocupando um lugar de destaque para intervir a nível da comunidade.

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 procurar criar condições que permitissem o acolhimento integral e harmonioso de cada criança até à concretização do seu projecto de vida.

Ao longo deste estágio tive oportunidade de visitar a Casa do Caminho, uma vez que considero que um profissional, que trabalhe directamente com crianças conheça as instituições de recurso na área da emergência infantil.

A estrutura física desta instituição pareceu-me bastante agradável e confortável. Quanto aos recursos humanos a presença masculina é praticamente inexistente.

Foi através da articulação e parceria entre esta instituição e o Centro de Saúde que administrei às crianças vacinas da gripe e, assisti a algumas sessões de Educação para cuidadores, ministradas por alunos do 4º ano do curso de enfermagem, integradas no projecto “**Bem - me - Quer**”, sobre temáticas como os cuidados de higiene ao recém-nascido: muda de fralda, cuidados com o eritema da fralda, banho e cuidados ao coto umbilical.

Esta visita contribuiu para conhecer os mecanismos de articulação entre a instituição e os serviços de saúde. Considero que teve algum impacto, para o meu desenvolvimento pessoal e também profissional.

Nesta perspectiva, creio ter desenvolvido a capacidade de integração dos conhecimentos e competências, numa perspectiva orientada para uma prestação de cuidados efectivamente geradora de ganhos em saúde e potenciadora de estilos e hábitos de vida saudáveis.

Desenvolver competências relacionadas com a educação para a saúde, foi sempre uma preocupação minha, ao longo do meu percurso profissional. Neste contexto, esta experiência proporcionou-me uma mais-valia para o enriquecimento da minha actividade enquanto enfermeira.

### **Competências:**

-Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e as suas responsabilidades sociais e éticas.

### **Objectivo**

. Promover, respeitar e integrar e na prática dos cuidados, os princípios que respeitem os direitos humanos e a responsabilidade profissional.

### **Actividades desenvolvidas**

- Respeitei e integrei os princípios da deontologia profissional de enfermagem;
- Respeitei os princípios éticos universais;
- Respeitei o enquadramento legal que rege a profissão (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros - REPE);
- Agi de forma fundamentada atendendo à evidência científica.

### **Reflexão crítica**

Para concretizar este objectivo, planeei e implementei cuidados de enfermagem à criança/família de acordo com a evidência científica, tendo em conta os padrões de qualidade da Ordem dos enfermeiros, procurando uma contínua actualização de conhecimentos, para a promoção do desenvolvimento da enfermagem, enquanto profissão. Estes princípios são vitais



e fundamentais na prática de enfermagem, por isso, acompanham-me em todos os meus cuidados.

Tomei decisões fundamentadas na evidência científica respeitando a autonomia e o direito á auto determinação.

Durante o meu percurso de aprendizagem garanti e salvaguardei os direitos da defesa da dignidade humana, assim como utilizei os instrumentos legais que apoiam os cuidados de saúde (consentimento informado, representante legal, etc.).

Respeitei e integrei os princípios éticos, deontológicos e responsabilidade profissional durante a assistência de enfermagem à criança/ família e respeitei a carta dos direitos da criança hospitalizada.

Durante a assistência à criança tive a preocupação de explicar todos os procedimentos e tratamentos, criando-lhe assim a oportunidade de ser informada, participar nas decisões e fazer escolhas acerca dos procedimentos, pois considero que a criança tem o direito de expressar a sua opinião e preferências em relação ao seu tratamento.

Dar a criança a oportunidade de participar nas tomadas de decisões pode ser um passo para o seu desenvolvimento como pessoa (TERRY E CAMPELL, 2000).

Um exemplo destes procedimentos e que demonstra a necessidade que a criança tem, em ser informada, foi por mim vivenciado aquando de um internamento de uma criança, com episódio de gastroenterite aguda. Os pais com a intenção de a proteger , não lhe explicaram o porquê da sua presença naquele serviço, estando a criança convencida que após a consulta iria para casa. Após todos os procedimentos para o internamento constatei um estado de ansiedade e nervosismo por parte da criança, criando dificuldades a todo o tipo de intervenção necessária ao estabelecimento do seu estado clinico. Após conversa e explicação dos motivos do seu internamento, constatei uma colaboração, interação e relação de confiança aquando da minha presença.

### 3.2. Área da gestão



### **Competências**

- Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP;
- Realizar gestão de cuidados na área da EESIP.

### **Objectivo**

. Conhecer e participar nas estratégias de gestão de cuidados e recursos dos diferentes contextos de estágio.

### **Actividades desenvolvidas**

- Observei o papel do enfermeiro especialista na dinâmica organizacional dos diferentes serviços;
- Fiz uma adequada gestão dos cuidados de enfermagem, tendo em conta as necessidades individuais de cada criança / família;
- Zelei pela segurança da criança/ família e profissionais.

### **Reflexão crítica**

Entendo que fazer uma gestão adequada de cuidados de enfermagem, liderar, saber delegar e supervisionar são características no âmbito da gestão que, o enfermeiro especialista em saúde Infantil e Pediatria deve possuir.

Durante o processo assistencial á criança/ família, observei o papel do enfermeiro especialista nos diferentes contextos de estágio, procurei compreender como se efectua a gestão de recursos materiais e humanos, para garantir os padrões de qualidade dos cuidados. Foi com frequência que observei os meus tutores de estágio a avaliarem os cuidados prestados á criança / família e posteriormente participarem nas tomadas de decisão com a equipa multidisciplinar, contribuindo deste modo, para a eficácia dos cuidados e para o desenvolvimento da prática de enfermagem.

Durante a assistência á criança/ família, geri os cuidados de enfermagem e tomei decisões de acordo com prioridades e necessidades individuais de cada criança/ família. Estabeleci e mantive uma relação de trabalho construtiva e de colaboração com a equipa, com o intuito de contribuir para a eficácia dos processos assistenciais.

Nos diferentes contextos de estágio, durante a assistência à criança estabeleci um ambiente seguro implementando, procedimentos de controlo de infeção e segurança na administração de medicação, para deste modo, contribuir e garantir para a qualidade e gestão de risco.

Ficou bem claro para mim, o papel fundamental do Enfermeiro Especialista, na gestão, supervisão e coordenação dos Cuidados de Enfermagem, para os padrões de qualidade assistencial prestada á criança/ família.

Não tenho dúvidas que o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, pelos conhecimentos que possui sobre as necessidades específicas das crianças, tem a possibilidade de gerar muitos ganhos em saúde da população que cuida.

Julgo que esta experiência me proporcionou uma mais-valia, para exercer com sucesso e competência as funções de Enfermeiro Especialista, nesta área.

### 3.3.Área da formação

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

#### **Objectivo**

. Desenvolver o meu processo de formação e promover o dos outros enfermeiros.

### Actividades desenvolvidas

- Participei no congresso “**A Criança e o jovem na ULS de Matosinhos**”;
- Identifiquei necessidades formativas;
- Realizei duas formações ao grupo de pares -” **Escala de EDIN**”e “ **Para uma Imunização Sem Dor**”;
- Mobilizei conhecimentos teóricos adquiridos durante o curso.

### Reflexão crítica

Para a Ordem dos Enfermeiros (2002), a formação assume-se com primordial importância na assistência de enfermagem “...a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento; profissional e da qualidade”.

Neste sentido, durante este percurso, procurei promover e actualizar conhecimentos, fazendo uma revisão regular da minha prática. Também participei no congresso Pediatria “ **A criança e o Jovem na ULS de Matosinhos**” no dia 23 e 24 de Abril de 2010, onde foram abordados temas como: a obesidade infantil; medicina Hiperbárica e sua aplicabilidade em Pediatria; alimentação no primeiro ano de vida; adolescência; alergias medicamentosas; avaliação do crescimento normal e patológico. **(ANEXO V)**

Considero que ter participado neste congresso proporcionou-me experiências favorecedoras de aprendizagem e desenvolvimento.

Com o intuito de conhecer as necessidades formativas e promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros do serviço, conheci o plano de formação dos vários contextos de estágio. Incentivei á atitude reflexiva, implementei estratégias impulsionadoras de adesão á mudança, fomentando a motivação e o estímulo positivo para a reflexão crítica.

O processo de formação deverá procurar que os profissionais de saúde se adaptem às exigências da dinâmica social. Para isso, a formação deverá ser concebida como instrumento de mudança, de comportamentos e atitudes, devendo concorrer para a resolução de problemas e estar o mais próxima possível das realidades e dos profissionais.



A formação ao grupo de pares “**Escala de EDIM - avaliação da dor ao recém-nascido**” (**ANEXO VI**), foi ao encontro de uma necessidade detectada no serviço de Pediatria, uma vez que as escalas existentes, no serviço, para a avaliação da dor, não eram adequadas ao recém-nascido.

A dificuldade em avaliar a dor numa criança é inversamente proporcional à idade, de forma que uma criança mais velha é capaz de expressar verbalmente a sua experiência dolorosa, conseguimos quantificá-la. Nas crianças mais novas, a avaliação depende de uma observação atenta e sensível de quem lhes presta cuidados (Pimentel, 2001).

No recém-nascido, onde a comunicação verbal é inexistente, torna-se um desafio avaliar a dor. Por isso, a percepção de dor nas crianças não verbais torna-se ainda mais difícil por se tratar de uma resposta reflexa, dinâmica e complexa, dependendo da idade e do estado comportamental.

Os instrumentos de avaliação da dor são meios que permitem aos profissionais de saúde uma avaliação mais eficaz e fornecem uma medida quantitativa da dor. A escala de EDIM ( Echelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau- Né ) é um exemplo desses instrumentos, sendo que a sua aplicabilidade rápida, simples e fácil e a sua concordância entre avaliadores excelente. (Batalha, Santos, Guimarães, 2003).

Fez-nos sentido introduzir no serviço de Pediatria, a escala de EDIM, que por ser usada no serviço de neonatologia irá permitir por um lado a continuidade de cuidados dos recém nascidos transferidos e, por outro, permitirá a uniformização da avaliação da dor destas crianças na instituição.

Neste sentido foram delineados os seguintes objectivos:

- Caracterizar a dor numa perspectiva multidimensional;
- Demonstrar a evolução da percepção da dor no RN;
- Relacionar o desenvolvimento do SNC do RN com as consequências da dor não tratada;
- Identificar as manifestações comportamentais e fisiológicas da dor no RN;
- Descrever a escala de EDIN;
- Descrever a categorização da dor, segundo a escala de EDIN;
- Alertar para os aspectos a ter em conta na utilização da escala de EDIN.

De forma a atingir os objectivos delineados, foram seleccionados para a acção de formação os seguintes conteúdos:

- Abordagem multidimensional da dor;
- A dor no RN- perspectiva histórica;
- Neurodesenvolvimento da percepção;
- Consequências da dor no RN;
- Manifestações fisiológicas e comportamentais de dor no RN;
- Escala de EDIN: caracterização, categorização da dor, requisitos e horário para a sua aplicação.

Esta formação constituiu um momento formativo bastante eficaz como se pode comprovar através da análise dos resultados. A equipa considerou o tema muito útil, no que diz respeito aos conteúdos da formação, demonstrou estar globalmente bastante satisfeita (**ANEXO VI**). Tenho a referir, que esta escala, actualmente está a ser utilizada e documentada em registo padrão (CIPE) no referido serviço, como instrumento de avaliação da dor no recém-nascido, o que comprova a eficácia desta formação.

Em contexto de saúde infantil, podemos considerar que as experiências dolorosas são menos frequentes. Sendo a imunização um dos procedimentos causadores de dor na criança, leva muitos pais a serem relutantes na adesão à vacinação.

Em contexto de Saúde Infantil, a utilização da sacarose tem sido amplamente estudada e a evidência demonstra que existem claros benefícios no seu uso. Foi nesta linha de pensamento e porque foi percebido, por entrevistas informais com os enfermeiros, não ser do conhecimento da equipa os benefícios da sacarose e a sua forma de utilização, que foi decidido realizar uma acção de formação a grupo de pares intitulada “**Para Uma Imunização Sem Dor**”, (**ANEXO VII**), que foi apresentada, conjuntamente com as minhas colegas de estágio do curso de especialização na sala de reuniões do Centro de Saúde da Sr.<sup>a</sup> da Hora.

Para a realização desta acção de formação foram delineados os seguintes objectivos:

- Contextualizar a formação na temática da dor;
- Informar sobre a sacarose, nomeadamente em que é que consiste e o seu mecanismo de acção;
- Apresentar alguns estudos relevantes que comprovam a eficácia da sua utilização;
- Esclarecer sobre as dosagens indicadas para uma utilização correcta;
- Indicar as indicações, contra-indicações e efeitos secundários associados à sacarose; Descrever o procedimento a ser utilizado.



Esta formação constituiu um momento formativo bastante eficaz, pois permitiu aprofundar conhecimentos sobre a temática da dor, sensibilizar para a importância da minimização da dor na criança e contribuir para a utilização da sacarose em procedimentos potencialmente dolorosos, nomeadamente na imunização infantil.

Para a realização desta acção de formação recorreu-se ao método expositivo, embora houve espaço na acção de formação para a interacção e partilha de ideias e experiências.

Posteriormente foi elaborado um dossier para consulta da equipa de enfermagem, que foi constituído pela bibliografia consultada para a elaboração do Projecto” **Para uma Imunização Sem Dor**”. Também foi afixado na sala de saúde infantil de cada módulo o procedimento e as dosagens a administrar em cada situação particular. Consideramos que desta forma, que ficaram reunidas as condições para que a equipa inicie a administração da sacarose, contribuindo assim para a minimização da dor na criança.

Intervir na minimização da dor na criança é investir em boas práticas, baseadas na evidência, que em muito vão contribuir para a prestação de cuidados de qualidade, pelo que constituiu um desafio muito gratificante.

Após a realização desta formação e com a aceitação e entusiasmo que a equipa se manifestou, estou convicta, que este projecto irá ser implementado durante a imunização, a nível dos Centros de saúde da ULS de Matosinhos. Os resultados desta formação foram bastante eficazes, pois 100% do universo amostral constituído por 13 enfermeiros, classificaram com 4 valores a adequação dos conteúdos às necessidades, a actualidade do tema abordado, as expectativas e domínio sobre o assunto, como se pode observar através da análise dos resultados (**ANEXO VII**).

Neste contexto, a oportunidade da formação em serviço assumiu-se como determinante, na medida em que esta constitui o palco ideal para a promoção de mudança e assume particular importância na mobilização de conhecimentos.



### 3.4. Área da investigação

#### Competências:

- Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializada;
- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP.

#### Objectivo

Utilizar e integrar o conhecimento baseado na evidência científica, tanto para a melhoria dos cuidados assistenciais á criança/jovem/ família, como na área educativa.

#### Actividades desenvolvidas

- Reflecti sobre temáticas passíveis de serem investigados;
- Utilizei a metodologia científica durante a prestação de cuidados;
- Incorporei e mobilizei resultados da evidência científica, na assistência á criança/ família;
- Elaborei um relatório crítico de estágio;
- Fiz pesquisa bibliográfica.

#### Reflexão crítica

Hoje em dia, os enfermeiros estão mais empenhados em conciliar cuidados de alta qualidade, com as necessidades dos doentes. Este processo implica a tomada de decisão baseado na evidência científica. Assim, é fundamental que a assistência da criança / família se alicerce em



conhecimento baseado na Evidência científica, sem deixar de lado a intuição, num entendimento que resulta da situação encontrada e da reflexão sobre a prática (Gameiro, 2003).

É nesta medida que a investigação em enfermagem, surge como prioridade absoluta nas actividades inerentes à profissão. Tanto na área educativa como na prestação de cuidados, onde se pretende que os resultados finais de todo o processo, conduzam à excelência dos cuidados.

A procura de informação através da pesquisa bibliográfica, a interacção com enfermeiros mais experientes ou peritos em diversas áreas de intervenção de enfermagem e, finalmente a mobilização, integração e incorporação dos conhecimentos adquiridos para responder adequadamente às situações, foram actividades inerentes à minha assistência, no sentido de suportar no conhecimento científico a tomada de decisões.

Promovi a investigação em serviço, pesquisando artigos de interesse para este contexto de estágio e, coloquei-os ao dispor da equipa de enfermagem.

Realizei pesquisa bibliográfica de artigos de investigação, para deste modo fundamentar a minha prática na evidência científica. Procurei promover e actualizar conhecimentos, através da realização de pesquisa bibliográfica, recorrendo a sites científicos, entre outros a Medline e a Pubmed, para desta forma, estruturar o meu desenvolvimento profissional. Nas várias pesquisas por mim efectuadas houve algumas temáticas que me despertaram maior curiosidade pela sua actualidade, tais como: sexualidade; massagem infantil; parentalidade; dor; hospitalização; desenvolvimento Infantil; etc.

Consultei os guias orientadores de Boas Práticas da Ordem dos enfermeiros, que baseados na evidência científica, constituem a meu ver, uma base estrutural, para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

É nesta medida, que a investigação em enfermagem, surge como prioridade absoluta nas actividades inerentes à profissão. Tanto na área educativa como na prestação de cuidados, onde se pretende que os resultados finais de todo o processo, conduzam à excelência dos cuidados.

Posso afirmar, que consegui atingir este objectivo, pois tenho consciência que antes de iniciar este curso de especialização, possuía poucas competências e estratégias para intervir em domínios, principalmente a nível da investigação. Considero que estou mais capaz de procurar e seleccionar informação e formação adequada fundamentada. Por este motivo, considero que este percurso constituiu uma mais-valia para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.





#### 4. CONCLUSÃO

A enfermagem, bem como outras ciências, sofreram um processo de desenvolvimento que tem como principal objectivo tornar os membros que dela fazem parte, cada vez mais independentes e habilitados em termos profissionais. A enfermagem é uma profissão de ajuda, cujos valores principais passam pela forma de estar, ser, conhecer e fazer, tendo em conta a valorização da pessoa e da vida humana.

A elaboração deste relatório assumiu primordial importância, já que me permitiu reter e reflectir sobre os acontecimentos mais relevantes deste percurso, não só sob o ponto de vista académico, como pessoal.

Durante a sua elaboração, foi feita uma análise crítico reflexiva dos objectivos, das actividades e competências que desenvolvi ao longo dos diferentes contextos assistenciais, o que me permitiu, definir interesses e projectos para o futuro que passam pelos diferentes domínios de competências.

No contexto assistencial á criança hospitalizada e em situação de urgência, a criança necessita que os seus direitos e necessidades sejam satisfeitos, para que a sua recuperação e adaptação ao meio hospitalar seja eficaz.

O contexto assistencial a nível comunitário, visa a promoção e vigilância de saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo a sua acção ao indivíduo, à família e à comunidade.

Sendo o papel parental um dos principais focos da minha atenção e, conseqüentemente, um objectivo transversal a todos os estágios, incrementei estratégias, para actuar de forma consistente com as famílias, na promoção de competências parentais, promotoras do desenvolvimento infantil e juvenil, de modo a poderem superar com sucesso os processos de transição e mudança a que a família está sujeita.

Espero ter conseguido, ser clara e objectiva na exposição da minha trajectória de aprendizagem, assim como na transmissão deste processo auto formativo.

Este estágio, tornou-se numa óptima oportunidade para partilhar conhecimentos e conhecer novas realidades. Indicou-me o início de um longo caminhar, de muito trabalho, que ainda há a fazer, por todas as crianças e suas famílias.

Sinto que já dei os primeiros passos de um caminho de qualidade que procuro percorrer e julgo poder afirmar que me tornei mais competente a aplicar os conhecimentos, possuo maior 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;

Pretendi deixar patente depois deste percurso uma maior capacidade para integrar conhecimentos, para lidar com questões complexas, encontrar soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, assim como para fazer reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais resultantes das soluções e dos juízos ou a forma como os condicionaram;

Finalmente espero que com este documento e, no culminar de período de aprendizagem, tenha sido capaz de comunicar as minhas conclusões, os conhecimentos e raciocínios subjacentes a todo este processo, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatric (1997). Committee on environmental health noise: a hazard for the fetus and newborn. *Pediatrics*. 100(4):724-727.
- Bada, H.; Korones, S.; Perry, E.; Arheart, K.; Pourcyrons, M.; Runyan, J.; Anderson, G.; Magill, H.; Fritch, C. & Somes, G. (1990). Frequent handling in the neonatal intensive care and intraventricular hemorrhage. *Journal of Pediatrics*. 117:126-131
- Batalha, L., Santos, L., Guimarães, H. (2007). Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38 (4), 144-151;
- Bóia, H. (2008). O conhecimento das Doenças Sexualmente Transmissíveis nos jovens Adultos. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da Saúde / Escola, 200-243;
- Brazelton, T. & Cramer, B. (2001). *A relação mais precoce – os pais, os bebés e a interacção precoce* (3.ª Reimpressão), Lisboa: Terramar, ISBN: 972-710-083-X. Superior de saúde. Porto;
- Cardin, L., Marques, P. (2000). A comunicação. Lisboa: Instituto do emprego e Formação Profissional, 127-132;
- Carter, B. (1996)- *Child and Infant Pain- Principles of Nursing Care and Management*. 1ª ed. Londres: Editora Chapman & Hal;l
- Catlett, A. & Holditch –Davis, D. (1990). Environmental stimulation of the acutely ill premature infant: Physiological effects and nursing implications. *Neonatal Network*. 8(6):19-26
- Coutinho, M. (2004). Apoio à família e formação parental. [10/07/08]
- Direção Geral de Saúde. (2003). A Dor como 5º Sinal Vital. Registo sistemático da dor., *Circular Normativa nº 09/DGCG de 14/06/2003*. Lisboa.
- Doverity, N. (1994), *Uso Terapêutico da Brincadeira no Hospital*, Revista Nursing, 73, pp 12-15.



- Feldman, R et al. (2003). Testing a family hypothesis: The contribution of mother-infant skin-to-skin contact (kangaroo care) to family interaction, proximity, and touch. *Journal of family psychology*, n.º 1, p. 94 - 107.
- Gameiro, M.G.H. (2003). A Enfermagem Ciência e Arte...e a Investigação. *Revista Referência*. 5 (10): 5-15.
- Gonzalez, O. (2000). Las Necesidades Educativas del niño hospitalizado. *Revista Inclusão*, 1, 53-66.
- Harrison, M.B. (2004). Transitions, continuity, and nursing practice. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36(2), 3-6.
- High,D.&Gorski,P (1985).Recording environmental influences on infant development in the intensive care nursery.In A.Gottfried & J. Gaiter (Eds) *Infant Stress under intensive care*. Baltimore: University Park Press.131-156
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M. ( 2000), Im, E., Messias, D. K. H., DeAnne, K. H. & Schumacher, K. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, 23, 12-28.
- Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde (2004- 2010). Volume I. Prioridades, Orientações e estratégias. Volume 2. Julho de 2004. <http://www.dgs.pt/>;
- OMS. Health 21. Health for all in 21 st century. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen. 1999;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2002). Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2009). Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem -caderno temático11-28;
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2008). Dor Guia Orientador de boas Práticas. Cadernos OE, I (1), 1-51;



- ORDEM DOS ENFERMEIROS.(2001) Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem- enquadramento conceptual enunciados descritivos. Divuldar, 1-15;
- Palmer, S ., (1993). Care of Sick Children by Parents: A Meaningful Rol. Journal Advance Nursing, London, 18 – 186;
- Pimentel, H. M. (2001, Abril). Mitos e Ideias Incorrectas acerca da Dor na Criança. *Nursing*, 154.
- Programa Nacional De Saúde escolar (2006). Despacho nº 12.045 / 2006 ( 2ª série). Publicado no Diário da República nº 110 de 7 de Junho; 1- 12;
- Quilles, J., Carrillo, F. (2000). Hospitalización Infantil. Madrid, Biblioteca Nueva, 3-50.
- Ramos, N. (2004). Psicologia Clínica da Saúde, Lisboa: Universidade Aberta, 368 p.
- Schenk, E. et al. (1990). Alterações dos níveis de consciência. In Phipps, W. J. Enfermagem Médico-Cirúrgica: conceitos e prática clínica, 1ª. edição, Lisboa: Lusodidacta, p. 301-313;
- VILA, V., Rossi, L. (2002). O significado cultural do cuidado humanizado em terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*. 10:2 (Março - Abril), p. 137 - 144.
- Whaley, L. F., Wong, D. L. (1989). Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva. 2ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 910;
- Terry, L.; Campbell,( 2000) - A. Are we listening to children's views about their treatment? *Br J Nurs*, v. 10, n. 6, p. 384-390.
- Venancio, S. I., Almeida, H. (2004). Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. *Jornal de Pediatria*. Sociedade Brasileira de Pediatria, p. 173 – 180



# **ANEXOS**



# **ANEXO I**

Projecto “ **As Sextas-feiras do Chico Esperto**”





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

PLANEAMENTO DE UMA ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:  
PROJECTO " AS SEXTAS - FEIRAS DO CHICO ESPERTO"

**PATRÍCIA MENDES**

**SANDRA FERREIRA**



# **3ª CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Ano Lectivo 2009/2010

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

Enfermeiras Tutoras:  
Ana Antunes | Mónica Oliveira | Sandra Loureiro | Sandra Soares

## **Planeamento de uma Acção de Educação para a Saúde: Projecto “As Sextas-feiras do Chico-Esperto”**

**PATRÍCIA MENDES  
SANDRA FERREIRA**

**MAIO | 2010**



# ÍNDICE

|  |     |
|--|-----|
| 0. INTRODUÇÃO.....   | 81  |
| 1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO.....  | 83  |
| 2. OBJECTIVOS.....   | 87  |
| 3. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS.....  | 89  |
| 4. METODOLOGIA.....  | 91  |
| 5. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE.....  | 93  |
| 5.1. Plano da actividade da Acção de Educação para a Saúde<br>“O Chico e a dor de dentes”..... | 93  |
| 5.2. Plano da actividade da Acção de Educação para a Saúde<br>“O Chico e a brincadeira”.....   | 96  |
| 5.3. Plano da actividade da Acção de Educação para a Saúde<br>“O Chico e a ida praia”.....     | 98  |
| 6. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO.....                                     | 101 |
| 7. CONCLUSÃO.....  | 105 |
| 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....   | 107 |
| ANEXOS.....  | 109 |
| <b>Anexo I-</b> Folheto de divulgação “As Sextas-feiras do Chico-Esperto”                      |     |
| <b>Anexo II-</b> Apresentação “O Chico e a dor de dentes”                                      |     |
| <b>Anexo III-</b> Diploma de participação na sessão “O Chico e a dor de dentes”                |     |
| <b>Anexo IV-</b> Apresentação “O Chico e a brincadeira”  |     |
| <b>Anexo V-</b> Apresentação “O Chico e a ida à praia”   |     |



## **0.INTRODUÇÃO**

O Projecto “As Sextas feiras do Chico-Esperto” surgiu no âmbito do estágio de Módulo II, decorrente no Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde Matosinhos. Este estágio decorreu no período de 19 de Abril a 19 de Junho, enquadrado no 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). Este projecto foi desenvolvido sob a orientação tutorial das Enfermeiras Ana Luísa Antunes, Mónica Oliveira, Sandra Soares e Sandra Loureiro.

Neste sentido, a elaboração deste planeamento tem como principais objectivos:

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

Este documento encontra-se organizado da seguinte forma: inicialmente, é realizada uma análise da situação, seguida da apresentação dos objectivos e da selecção de conteúdos; seguidamente, é apresentada a metodologia, a organização e programação da actividade e, por último, a selecção e organização de estratégias de avaliação, terminando na conclusão.



## I. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

A hospitalização representa um momento de stress e ansiedade para a criança e a família, mas também constitui uma oportunidade para promover mudanças positivas. As intervenções de enfermagem devem, por isso, concentrar-se em maximizar os benefícios potenciais da experiência de hospitalização.

A educação para a saúde assume-se como uma área de extrema importância na Enfermagem, e na nossa opinião, com principal relevo na área da Saúde Infantil e Pediatria. Ao elaborar este projecto, foi nosso objectivo ir de encontro às necessidades das crianças, numa atitude permanente de *empowerment*, o princípio básico da promoção em saúde.

Compreender as crianças nas diferentes faixas etárias é fundamental para uma educação para a saúde bem sucedida, conscientes que a prevenção produzirá sempre melhores resultados do que qualquer tratamento.

De acordo com o Programa-tipo de actuação - Saúde Infantil e Juvenil (2005) da Direcção Geral da Saúde, a manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças constitui um imperativo para os profissionais e para os serviços. Alguns dos objectivos aos quais este programa pretende dar resposta são: a promoção da saúde oral, a prevenção de acidentes e intoxicações e a prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar. Também de acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar (2006), as áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis são: saúde oral, ambiente e saúde e promoção da segurança e prevenção de acidentes.

Neste sentido, foi nosso objectivo ir de encontro a estes programas, para que a criança, mesmo em contexto de hospitalização, continue a aprender e a desenvolver-se de forma saudável, pela aquisição de estratégias de prevenção e promoção da sua própria saúde.

No que diz respeito à saúde oral, de acordo com o Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada (2000), verificou-se uma redução significativa de prevalência da cárie dentária, quando comparada com os valores do início do Programa de Saúde Oral em Portugal, principalmente nos grupos etários de 6 e 12 anos. Segundo este estudo, “A percentagem de crianças livres de cárie, entendendo-se esta situação como a ausência de

*dentês cariados na dentição temporária e permanente, é actualmente, no grupo etário de 6 anos, de 33%, contra os 10% de 1986. Apesar desta evidente melhoria, não atingimos ainda a meta de 50% preconizada pela OMS<sup>1</sup>, para o ano 2000. É neste grupo etário que os ganhos em saúde são mais significativos. Aos 12 anos, a percentagem de jovens livres de cárie, avaliada em função de todos os dentês existentes no momento da observação, é de 27%. Na dentição permanente, exclusivamente, essa percentagem é de 40%.”*

No entanto, e apesar de o estudo revelar uma melhoria dos resultados, os números descritos são ainda preocupantes. Assume-se assim de extrema importância a acção dos profissionais de saúde o mais precocemente possível, nomeadamente dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria, como tentativa de melhoramento dos indicadores apresentados.

Nesta linha de pensamento, a escolha da saúde oral como um dos temas a abordar nas sessões do Chico-Esperto, intitulada “O Chico e a dor de dentês”, foi considerada uma prioridade, para responder, ainda que em pequena escala, a alguns dos objectivos do Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral, que consistem em melhorar conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral e reduzir a incidência e prevalência das doenças orais nas crianças e adolescentes.

Na segunda sessão do Chico-Esperto, denominada “O Chico e a brincadeira”, a prevenção de acidentes assume-se como uma área de igual relevância na educação para a saúde. De acordo com Winkelstein (2006), quando se comparam as mortes por ferimentos com outras causas de morbilidade na infância, fica óbvio que evitar ferimentos é a melhor estratégia no sentido de melhorar a sobrevivência, pelo que os enfermeiros exercem um papel importante no fornecimento de orientação aos pais e às crianças em relação aos perigos inerentes a cada idade.

A realidade dos acidentes é demonstrada no Relatório ADELIA<sup>2</sup> 2005. Este documento tem como principais objectivos fornecer variados dados sobre os acidentes domésticos e de lazer ocorridos, de forma a identificar situações de risco potencial para orientar uma intervenção de prevenção baseada na evidência. O relatório ADELIA demonstra que, apesar de uma melhoria geral dos resultados, a ocorrência de acidentes tem uma expressão significativa até aos 14 anos, quando comparada com as outras faixas etárias. Estes acidentes ocorrem essencialmente em

---

<sup>1</sup> Organização Mundial da Saúde

<sup>2</sup> Acidentes Domésticos e de Lazer: Informação Adequada

casa, na escola e na área de transporte e, na sua maioria, em momentos de lazer, estando a partir dos 10 anos, também associada à prática de exercício físico. O mecanismo de lesão foi, em grande parte dos acidentes ocorridos, a queda.

No domínio dos acidentes, um dos exemplos preocupantes são os que ocorrem com o uso de velocípedes. De acordo com Ramiro *et al* (2009), a sinistralidade rodoviária, por acidentes de bicicleta, na faixa etária dos cinco aos catorze anos, é um problema de Saúde Pública emergente em Portugal. Dados da Direcção Geral de Viação e do Observatório Nacional de Saúde apontam para um número inaceitável de vítimas de acidentes de velocípedes nestas idades. O mais preocupante nestes dados é que poucas eram as crianças que na altura do acidente usavam capacete, tendo sido a principal causa de morte o traumatismo craniano. O uso de capacete reduziria o risco de traumatismo craniano em 88%.

Por último, a terceira sessão do Chico-Esperto, “O Chico e a ida à praia” pareceu-nos temporalmente oportuna, dada a proximidade da época balnear, que acarreta vários riscos para as crianças, não só os decorrentes da exposição solar mas também o risco de afogamento. Concentrar estes dois temas numa sessão foi a forma que encontramos de abordar o perigo de afogamento, menos desenvolvido na sessão anterior de prevenção de acidentes, dada a extensão de temas a abordar e conjugá-lo com os cuidados ao sol.

As crianças são particularmente sensíveis aos perigos da exposição solar, na medida em que passam uma grande parte do tempo ao ar livre ao longo de todo o ano e a sua maior mobilidade torna difícil prevenir os riscos daí decorrentes. A educação para a saúde com vista a dotar a criança de conhecimentos sobre os malefícios do sol pode levar a um ajuste do seu comportamento perante a exposição solar, reduzindo significativamente os riscos que daí advêm. (Boe & Tillotson, 2006; Masso, 2006; Naldi *et al*, 2007; Stanton, Saleheen, O’Riordan & Roy, 2003; Wright, Reeder, Gray & Cox, 2008)

De acordo com o Relatório da Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2005/2006) e segundo dados da OMS, o afogamento é responsável por meio milhão de mortos por ano no mundo e é uma das principais causas de mortalidade e morbilidade infantil. Ainda segundo este relatório, um estudo realizado pela UNICEF<sup>3</sup>, em 2001, mostrou que, em 26 países da OCDE<sup>4</sup>, o afogamento era a segunda causa de morte acidental nas crianças, ultrapassada apenas, pelas

---

<sup>3</sup> United Nations Children’s Fund

<sup>4</sup> Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

mortes em acidentes rodoviários. Em Portugal, é estimado que, todos os anos, morrem pelo menos 30 crianças por afogamento (Instituto Nacional de Estatística - 2002).

## **2.OBJECTIVOS**

Os objectivos são de importância fundamental, na medida em que expressam os resultados que se pretendem atingir com a formação. A definição de objectivos pode englobar diferentes situações ou níveis de generalidade, desde definições muito gerais do que se pretende com a formação, até indicações muito específicas.

Assim, foram delineados os seguintes objectivos gerais e específicos de cada sessão:

### **Objectivos Gerais:**

- Sensibilizar e dotar a criança de conhecimentos sobre a importância da Saúde Oral, a Prevenção de Acidentes e os Cuidados ao Sol;
- Desenvolver competências comunicacionais com crianças de diferentes faixas etárias;
- Dinamizar a Sala de Actividades do Serviço de Pediatria;
- Contribuir para a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil;
- Diminuir o impacto da hospitalização.

### **Objectivos Específicos da sessão “O Chico e a dor de dentes”**

- Explicar a função dos dentes, os tipos de dentes existentes e a sua ligação com o crescimento;
- Explicar a formação da placa bacteriana e das cáries;
- Explicar a influência da alimentação nas doenças dos dentes;
- Exemplificar uma correcta lavagem dos dentes;
- Instruir sobre cuidados a ter com a escova de dentes;
- Incentivar a adopção de medidas preventivas, como estratégia de combate às cáries e à placa bacteriana.

### **Objectivos específicos da sessão “O Chico e a brincadeira”**

- Ensinar sobre a importância do uso de equipamento de protecção para andar de bicicleta, patins e skate;
- Explicar a importância da escolha de locais adequados para brincar no exterior;
- Instruir sobre os cuidados a ter na circulação como peões;
- Orientar a criança sobre os cuidados a ter, quando passageira num veículo, com referência ao uso apropriado de cintos de segurança e cadeira de transporte;

- Abordar os cuidados a ter com os brinquedos;
- Orientar a criança sobre os riscos de tomar medicamentos e substâncias químicas sem prescrição;
- Orientar o comportamento da criança em áreas que envolvem contacto com riscos, no interior de casa;
- Incentivar a reflexão do grupo relativamente a outros perigos existentes que poderão ser evitados se prestarmos atenção, nomeadamente o choque eléctrico, as queimaduras, o risco de atropelamento e de queda.

### **Objectivos específicos da sessão “O Chico e a ida à praia”**

- Alertar para o horário indicado para a exposição solar;
- Ensinar sobre os cuidados adicionais nos primeiros dias de exposição solar;
- Instruir sobre a aplicação do protector solar;
- Explicar os cuidados a ter com a alimentação, aquando da exposição solar;
- Abordar as regras de segurança a ter em conta para tomar banho na praia;
- Explicar a associação da cor das bandeiras com o perigo implícito.

### **3. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS**

Os conteúdos a abordar nas sessões do Chico-Esperto foram seleccionados para dar resposta aos objectivos a que nos propomos atingir com este projecto.

#### **Sessão 1- o Chico e a dor de dentes**

- Finalidade e importância dos dentes;
- Crescimento e desenvolvimento da arcada dentária;
- Os vários tipos de dentes e as suas funções distintas;
- Lavagem dos dentes – Horário, técnica de lavagem dos dentes e outros cuidados a ter;
- Doenças dos dentes - causas e medidas preventivas.

#### **Sessão 2- O Chico e a brincadeira**

- Regras de segurança rodoviária;
- Cuidados a ter como passageiro de automóvel;
- Aspectos a ter em conta na escolha do local para brincar, no interior e no exterior;
- Precauções a ter com os brinquedos;
- Riscos associados à ingestão de medicamentos e substâncias desconhecidas;
- Riscos associados aos perigos presentes em determinadas divisões da casa, como a cozinha e a casa-de-banho.

#### **Sessão 3- O Chico e a ida à praia**

- Perigos das radiações e horário recomendado para a exposição solar;
- Cuidados nos primeiros dias de exposição solar;
- Aplicação de protector solar - locais e frequência;
- Alimentação na praia;
- Regras para tomar banho na praia;
- Cor das bandeiras e perigos associados.



## 4.METODOLOGIA

Os métodos de ensino são formas, através das quais o formador vai trabalhar os diversos conteúdos, com a finalidade de atingir os objectivos a que se propôs, conseguindo-se, assim, estratégias conscientes e planeadas. (Alonso, 1994)

Dada a variedade de métodos à disposição do formador, não faria sentido que apenas se pudesse utilizar uma técnica com um método (Soares, 2008). A metodologia a utilizar será a expositiva e exploratória onde serão aplicadas técnicas e abordagens formativas de carácter exclusivamente interactivo.

O método expositivo, compreende a transmissão de informação e é unidireccional, passivo e estruturado. O método exploratório incita à exploração e descoberta através da interacção, e ao contrário do método expositivo, encoraja e facilita a troca de informação nos dois sentidos. (Collins, 2004; Amin, 2003)

É importante salientar que, dada a ampla faixa etária das crianças internadas no Serviço de Pediatria, onde serão realizadas estas acções, implica necessariamente a utilização de diversos métodos de ensino, ajustados às necessidades da criança.

Seleccionamos como alvo deste projecto, as crianças com idade superior a 5 anos, na medida em que o desenvolvimento cognitivo das crianças até à idade pré-escolar não permite a obtenção de ganhos em saúde quantificáveis na avaliação desta actividade. Os pré-escolares usam cada vez mais a linguagem, sem compreender o significado das palavras, especialmente, os conceitos de direita e esquerda, causalidade e tempo. O pensamento dos pré-escolares é descrito como um pensamento mágico. De acordo com Wilson (2006), *“a sua incapacidade de raciocinar logicamente sobre a causa e o efeito de doenças ou de ferimentos faz com que seja especialmente difícil para eles compreenderem tais eventos.”* (p. 418)

Em duas das acções de educação para a saúde, iremos usar dois filmes que consideramos serem uma mais-valia para a concretização dos objectivos. Na sessão da saúde oral, seleccionamos o filme “Paty e Tiago no País do dente”, de Grégory Sandt, vencedor do 1º Prémio do filme de educação para a saúde, no Festival Internacional do Filme Médico, em 2000. Na terceira sessão, iremos mostrar um filme chamado “Salve sua pele” produzido pela Abraccia, com o apoio da Bristol Myers- Squibb e da American Cancer Society.

A inclusão de alguns folhetos da Direcção Geral da Saúde ou da Associação para a Promoção da Segurança Infantil, pela sua pertinência, serão distribuídos no final das sessões aos pais.

O jogo pedagógico (Jogo do Chico Esperto) será utilizado como meio de avaliação.

## 5. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE

Esta actividade surge após se detectar uma oportunidade de desenvolver um projecto de educação para a saúde no Serviço de Pediatria, de forma a contribuir para a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento das crianças internadas, com vista a diminuir o impacto da hospitalização.

As datas para a realização desta Acção de Educação para a Saúde serão dia 14, 21, 28 de Maio de 2010, pelas 11h. A escolha da sexta-feira foi sugerida pela enfermeira chefe do Serviço de Pediatria, por considerar que esse será o dia com maior número de crianças internadas e sem funcionamento de bloco.

Previamente, será distribuído um folheto informativo (Anexo I) aos pais e às crianças internadas, com o objectivo de divulgar o Projecto do Chico-Esperto, contendo todas as informações relativas aos temas que irão ser apresentados.

Os recursos a utilizar para a realização do Projecto “As sextas-feiras do Chico-Esperto”, são:

- **Recursos Humanos:** 2 alunas do 3º Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa do Porto (UCP);
- **Recursos Físicos:** Sala dos brinquedos do Serviço de Pediatria (Pátio das ideias);
- **Recursos materiais:** um computador portátil; um projector;
- **Recursos Financeiros:** suportados pelas alunas de Enfermagem do 3º Curso de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria.

### 5.1 Plano da Actividade da Acção de Educação para a Saúde “O Chico e a dor de dentes”

|   |   |
|---|---|
| <p>Formadores: Patrícia Mendes e Sandra Ferreira, Alunas do Curso de EESIP-ICS/UCP, Estágio de Módulo II</p> <p>Tema: O Chico e a dor de dentes (Anexo II)</p> <p>Projecto: “As sextas-feiras do Chico-Esperto”</p> <p>Duração: 40min</p>   | <p>Grupo destinatário: Crianças internadas no Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano</p> <p>Local: Sala dos brinquedos – “Pátio das Ideias”</p> <p>Data: 14 de Maio de 2010</p> <p>Hora: 11 horas</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sensibilizar e dotar a criança de conhecimentos sobre a importância da Saúde Oral;</b></li> <li>• <b>Desenvolver competências comunicacionais com crianças de diferentes faixas etárias;</b></li> <li>• <b>Dinamizar a Sala de Actividades do Serviço de Pediatria;</b></li> <li>• <b>Contribuir para a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil;</b></li> <li>• <b>Diminuir o impacto da hospitalização.</b></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar a função dos dentes, os tipos de dentes existentes e a sua ligação com o crescimento;</li> <li>• Explicar a formação da placa bacteriana e das cáries;</li> <li>• Explicar a influência da alimentação nas doenças dos dentes;</li> <li>• Exemplificar uma correcta lavagem dos dentes;</li> <li>• Instruir sobre cuidados a ter com a escova de dentes;</li> <li>• Incentivar a adopção de medidas preventivas, como estratégia de combate às cáries e à placa bacteriana.</li> </ul> |   |

| FASES   TEMPO       | CONTEÚDO  | MÉTODOS E TÉCNICAS  | RECURSOS DIDÁCTICOS                          | AVALIAÇÃO   |
|---------------------|---|---|--|---|
| INTRODUÇÃO<br>5 MIN | Apresentação da acção de educação para a saúde;<br>Referência aos conteúdos que irão ser abordados. | <b>Método Expositivo</b> (Técnica de Exposição)<br><br><b>Método Exploratório</b> (Técnica interactiva e explorativa) | <b>Projectáveis:</b> computador e projector. | <b>Diagnóstica:</b><br>Questões aos participantes |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <p><b>DESENVOLVIMENTO</b></p> <p>25 MIN</p> | <p>Finalidade e importância dos dentes;</p> <p>Crescimento e desenvolvimento da arcada dentária;</p> <p>Os vários tipos de dentes e as suas funções distintas;</p> <p>Lavagem dos dentes – Horário, técnica de lavagem dos dentes e outros cuidados a ter;</p> <p>Doenças dos dentes – causas e medidas preventivas;</p> <p>Visualização do filme “Paty e Tiago no País do Dente”.</p> | <p><b>Método Expositivo</b> (Técnica de Exposição)</p> <p><b>Método Exploratório</b> (Técnica interactiva e explorativa)</p> | <p><b>Projectáveis:</b> computador e projector</p> | <p><b>Formativa</b></p>  |
| <p><b>CONCLUSÃO</b></p> <p>10 MIN</p>       | <p>Síntese dos conteúdos apresentados mais relevantes;</p> <p>Avaliação da aquisição de conhecimentos;</p> <p>Distribuição aos pais do folheto de Saúde Oral, da DGS;</p> <p>Distribuição do diploma de participação. <b>(Anexo III)</b></p>   | <p><b>Método Exploratório</b> (Técnica interactiva e explorativa)</p>  | <p><b>Projectáveis:</b> computador e projector</p> | <p><b>Somativa:</b> Jogo didáctico (Jogo do Chico-Esperto)</p> |

## 5.2 Plano da Actividade da Acção de Educação para a Saúde “O Chico e a brincadeira”

|  |  |
|--|--|
| <b>Formadores:</b> Patrícia Mendes e Sandra Ferreira, Alunas do Curso de EESIP-ICS/UCP, Estágio de Módulo I I  | <b>Grupo destinatário:</b> Crianças internadas no Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano   |
| <b>Tema:</b> O Chico e a Brincadeira (Anexo IV)  | <b>Local:</b> Sala dos brinquedos – “Pátio das Ideias”   |
| <b>Projecto:</b> “As sextas-feiras do Chico-Esperto”   | <b>Data:</b> 21 de Maio de 2010  |
| <b>Duração:</b> 40min  | <b>Hora:</b> 11 horas  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Sensibilizar e dotar a criança de conhecimentos sobre a importância da prevenção de acidentes;</b></li><li>• <b>Desenvolver competências comunicacionais com crianças de diferentes faixas etárias;</b></li><li>• <b>Dinamizar a Sala de Actividades do Serviço de Pediatria;</b></li><li>• <b>Contribuir para a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil;</b></li><li>• <b>Diminuir o impacto da hospitalização.</b></li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Ensinar sobre a importância do uso de equipamento de protecção para andar de bicicleta, patins e skate;</li><li>• Explicar a importância da escolha de locais adequados para brincar no exterior;</li><li>• Instruir sobre os cuidados a ter na circulação como peões;</li><li>• Orientar a criança sobre os cuidados a ter, quando passageira num veículo, com referência ao uso apropriado de cintos de segurança e cadeira de transporte;</li><li>• Abordar os cuidados a ter com os brinquedos;</li><li>• Orientar a criança sobre os riscos de tomar medicamentos e substâncias químicas sem prescrição;</li><li>• Orientar o comportamento da criança em áreas que envolvem contacto com riscos, no interior de casa;</li><li>• Incentivar a reflexão do grupo relativamente a outros perigos existentes que poderão ser evitados se prestarmos atenção, nomeadamente o choque eléctrico, as queimaduras, o risco de atropelamento e de queda.</li></ul> |

| <b>FASES   TEMPO</b>                 | <b>CONTEÚDO</b>  | <b>MÉTODOS E TÉCNICAS</b>   | <b>RECURSOS DIDÁCTICOS</b>                          | <b>AVALIAÇÃO</b>  |
|--------------------------------------|--|---|---|---|
| <b>INTRODUÇÃO</b><br><br>5 MIN       | Apresentação da acção de educação para a saúde;<br>Referência aos conteúdos que irão ser abordados.  | <b>Método Expositivo</b><br>(Técnica de Exposição)<br><br><b>Método Exploratório</b><br>(Técnica interactiva e explorativa) | <b>Projectáveis:</b><br><br>Computador e projector. | <b>Diagnóstica:</b><br><br>Questões aos participantes             |
| <b>DESENVOLVIMENTO</b><br><br>25 MIN | Regras de segurança rodoviária;<br>Cuidados a ter como passageiro de automóvel;<br>Aspectos a ter em conta na escolha do local para brincar, no interior e no exterior;<br>Precauções a ter com os brinquedos;<br>Riscos associados à ingestão de medicamentos e substâncias desconhecidas;<br>Riscos associados aos perigos presentes em determinadas divisões da casa, como a cozinha e a casa-de-banho. | <b>Método Expositivo</b><br>(Técnica de Exposição)<br><br><b>Método Exploratório</b><br>(Técnica interactiva e explorativa) | <b>Projectáveis:</b><br>computador e projector      | <b>Formativa</b>  |
| <b>CONCLUSÃO</b><br><br>10 MIN       | Resumo dos conteúdos apresentados;<br>Avaliação da aquisição de conhecimentos;<br>Distribuição do diploma de participação. <b>(Anexo V)</b>  | <b>Método Exploratório</b><br>(Técnica interactiva e explorativa)   | <b>Projectáveis:</b><br>computador e projector      | <b>Somativa:</b><br>Jogo didáctico<br><br>(Jogo do Chico Esperto) |

### 5.3 Plano da Atividade da Acção de Educação para a Saúde “O Chico e a ida à praia”

|   |   |
|---|---|
| Formadores: Patrícia Mendes e Sandra Ferreira, Alunas do Curso de EESIP-ICS/UCP, Estágio de Módulo II | Grupo destinatário: Crianças internadas no serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano |
| Tema: O Chico e a ida à praia (Anexo VI)  | Local: Sala dos brinquedos – “Pátio das Ideias”   |
| Projecto: “As sextas-feiras do Chico-Esperto”   | Data: 28 de Maio de 2010  |
| Duração: 40min  | Hora: 11 horas  |

- **Sensibilizar e dotar a criança de conhecimentos sobre os cuidados ao sol e o risco de afogamento;**
  - **Desenvolver competências comunicacionais com crianças de diferentes faixas etárias;**
  - **Dinamizar a Sala de Actividades do Serviço de Pediatria;**
  - **Contribuir para a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil;**
  - **Diminuir o impacto da hospitalização.**
- Alertar para o horário indicado para a exposição solar;
  - Ensinar sobre os cuidados adicionais nos primeiros dias de exposição solar;
  - Instruir sobre a aplicação do protector solar;
  - Explicar os cuidados a ter com a alimentação, aquando da exposição solar;
  - Abordar as regras de segurança a ter em conta para tomar banho na praia;
  - Explicar a associação da cor das bandeiras com o perigo implícito.

| <b>FASES   TEMPO</b>                 | <b>CONTEÚDO</b>   | <b>MÉTODOS E TÉCNICAS</b>   | <b>RECURSOS DIDÁCTICOS</b>                          | <b>AValiação</b>  |
|--------------------------------------|---|---|---|---|
| <b>INTRODUÇÃO</b><br><br>5 MIN       | Apresentação da acção de educação para a saúde;<br>Referência aos conteúdos que irão ser abordados.   | <b>Método Expositivo</b><br>(Técnica de Exposição)<br><br><b>Método Exploratório</b><br>(Técnica interactiva e explorativa) | <b>Projectáveis:</b><br><br>Computador e projector. | <b>Diagnóstica:</b><br><br>Questões aos participantes             |
| <b>DESENVOLVIMENTO</b><br><br>25 MIN | Perigos das radiações e horário recomendado para a exposição solar;<br>Cuidados nos primeiros dias de exposição solar;<br>Aplicação de protector solar - locais e frequência;<br>Alimentação na praia;<br>Regras para tomar banho na praia;<br>Cor das bandeiras e perigos associados;<br>Visualização do filme “Salve a sua pele”. | <b>Método Expositivo</b><br>(Técnica de Exposição)<br><br><b>Método Exploratório</b><br>(Técnica interactiva e explorativa) | <b>Projectáveis:</b><br>computador e projector.     | <b>Formativa</b>  |
| <b>CONCLUSÃO</b><br><br>10 MIN       | Resumo dos conteúdos apresentados;<br>Avaliação da aquisição de conhecimentos;<br>Distribuição do diploma de participação. <b>(Anexo VII)</b>   | <b>Método Exploratório</b><br>(Técnica interactiva e explorativa)   | <b>Projectáveis:</b><br>computador e projector      | <b>Somativa:</b><br>Jogo didáctico<br><br>(Jogo do Chico Esperto) |



## **6. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO**

A avaliação é um processo dinâmico, que constitui parte integrante do acto formativo, possibilita a recolha e tratamento de informação, com o objectivo de compreender o sucesso da formação. Existem três momentos fundamentais na formação em que se deve proceder à avaliação: numa fase inicial (Avaliação Diagnóstica); ao longo da formação (Avaliação Formativa); e numa fase final (Avaliação Somativa).

A avaliação diagnóstica tem uma importância fundamental, na medida em que através dela é possível identificar os conhecimentos e aptidões que os participantes possuem antes de iniciarem novas aprendizagens. Pode ainda servir para verificar as expectativas, as necessidades e os gostos dos formandos. Este tipo de avaliação é mesmo indispensável se se quiser individualizar a acção e adaptá-la às características de cada um, mas é também importante para ajustar as acções à realidade do conjunto dos que irão passar pela formação.

Uma vez iniciada a formação, o acompanhamento é feito através de outro tipo de avaliação, a formativa, pelo que no decorrer do processo formativo, pode chegar-se à conclusão de que é necessário proceder a um novo diagnóstico, especialmente quando se verificam percentagens de insucesso que o modo como decorre a formação não parece justificar. Tem como objectivos: melhorar a organização do programa, alterar a sequência de aprendizagem, prescrever alternativas de aprendizagem, prescrever materiais necessários ao domínio dos objectivos.

A avaliação somativa controla as competências adquiridas e verifica até que ponto os objectivos foram atingidos. Tem como objectivo verificar em que extensão o formando atingiu os resultados, concluir as mudanças necessárias e classificar e certificar os formandos.

Dado não ser possível prever as faixas etárias às quais se destinam as acções de educação para a saúde, torna-se difícil definir estratégias de avaliação. A avaliação diagnóstica será realizada de forma informal, através de algumas perguntas colocadas ao grupo de crianças sobre os conhecimentos e comportamentos relativos ao tema que irá ser abordado, de forma a adaptar a formação ao grupo, desenvolvendo mais ou menos algum assunto em particular. A avaliação formativa, que irá decorrer ao longo da formação, vai permitir a gestão dos temas e do grupo,

ao longo do decorrer da acção, de acordo com a receptividade do grupo de crianças. No que diz respeito à avaliação somativa, a solução encontrada foi um momento dinâmico, abrangente e pouco formal, dado o desconhecimento do tipo de crianças alvo da formação. Assim, no final de cada sessão, será realizado um jogo denominado O Jogo do Chico Esperto, de modo a avaliar os conhecimentos e comportamentos adquiridos pelas crianças internadas no Serviço de Pediatria.

A utilização de jogos tem como objectivo possibilitar momentos de convívio, brincadeira e distração da criança/família e colegas de enfermaria, tendo também um carácter didáctico mas neste caso também avaliativo. *“Os jogos e as brincadeiras são uma das formas mais importantes de comunicação e podem ser uma técnica efectiva no relacionamento com as crianças. Através dos jogos as crianças revelam as suas percepções das relações interpessoais com sua família, amigos e equipa hospitalar. As sessões de jogos e brincadeiras servem não somente como instrumento de avaliação mas também como método de intervenção”.* (Wong, 1999)

No fim de cada secção de educação para a saúde, serão distribuídos certificados de participação, como forma de prémio pela aprendizagem efectuada.

Para a consecução deste processo de avaliação, é crucial proceder à selecção dos indicadores. Tendo em conta que um indicador estabelece uma relação entre uma situação concreta e uma população em risco, podem ser distinguidos dois tipos de indicadores: Indicadores de Actividade ou de Execução e Indicadores de Resultado ou de Impacto.

Segundo Imperatori (1993), um indicador de actividade ou de execução *“(...) pretende medir a actividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado”* e um indicador de resultado ou de impacto impõe *“(...) medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão actual desse problema”*.

Desta forma, na avaliação do Projecto “As Sextas-feiras do Chico-Esperto”, vão ser incrementados os seguintes indicadores de avaliação:

**Indicador de actividade:**

- (Nº de crianças com mais de 5 anos que participam na sessão / Nº de crianças internadas no Serviço de Pediatria com mais de 5 anos) x 100 = % de crianças participantes na sessão

**Indicador de resultado**

- (Nº de respostas dadas correctamente por pergunta no jogo do Chico Esperto / Nº total de crianças questionadas) x 100 = % de respostas correctas por pergunta)



## **7.CONCLUSÃO**

A aquisição de comportamentos saudáveis por parte das crianças, muitas vezes é um processo que implica mudança. A formação é deste modo, uma oportunidade para que essas mudanças ocorram. Assim, têm que se encontrar formas e estratégias para que essas melhorias, que são desejáveis, sejam alcançadas. A elaboração deste planeamento permitiu-nos delinear essas mesmas estratégias.

É da nossa convicção que o hospital constitui um cenário igualmente propício para a aquisição de conhecimentos e comportamentos saudáveis, pelo que traçamos a nossa acção com este objectivo. Partimos para este projecto conscientes que serão três grandes momentos de aprendizagem, partilha e crescimento para todos os seus intervenientes.



## 8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso M. El método y las decisiones sobre los meios didáticos: In Para una Tecnologia Educativa. Horsori; Barcelona: 1994.
- Amin Z. Overview of teaching and learning methods. Em: Basics in Medical Education. World Scientific Publishing Co, Singapura: 2003; 99-103.
- Boe, K. & Tillotson, E. (2006). Encouraging sun safety for children and adolescents. The Journal of School Nursing. 22(3):136-141.
- Collins, J. (2004). Educacion Techniques for Lifelong Learning – Principles of Adult Learning; Radiographics 24:1483-1489. Disponível em: <http://radiographics.rsna.org/cgi/reprint/24/5/1483>.
- Direcção Geral da Saúde. (2000). Estudo nacional de prevalência da cárie dentária na população escolarizada. 1-4.
- DGS. (2005). Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de actuação - Orientações técnicas. 1-47.
- DGS. (2005). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral- Circular Normativa nº01/DSE.2005: 1-16.
- DGS. (2009). Plano de contingência para as ondas de calor: Recomendações gerais para a população – Circular Informativa nº24/DA.2009: 1-6.
- Imperatori, E., Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais. (3ª edição). Lisboa: Edições da saúde – Escola Nacional de Saúde Pública, 77-78.
- Masso, M. (2006). Policy and practice for preventing skin cancer in children. Public Health Nursing, 23(4), 361-365.
- Naldi, L. et al. (2007). Improving Sun- Protection behavior among children: results of a cluster-randomized trial in Italian elementary schools. The “SoleSi SoleNo-Gised” Project. Journal of Investigative Dermatology, 127: 1871-1877.
- Rabiais, S., Nunes, B. & Contreiras, T. (2006). ADELIA 2005- Acidentes domésticos e de lazer: informação adequada. Lisboa; 1-38.
- Ramiro, S., Lopes, F., Martins, R., Parreira, L., Valadares, J., Cordeiro, M. (2009). O uso de capacete em crianças que andam de bicicleta na área da grande Lisboa. Acta Pediátrica Portuguesa, 40(3): 105-110.

- Serra, M. (2008). Educação médica contínua - motivações e metodologias de ensino - aprendizagem. *Cadernos da Saúde*. UCP-ICS: Editora Publisher; 1(2): 112.
- Soares, A. (2008). Métodos e Técnicas Pedagógicas. ENA; 1-66.
- Stanton, W, Saleheen, H, O'Riordan, D & Roy, C. (2003). Environmental conditions and variation in levels of sun exposure among children in child care. *International Journal of behavioral medicine*, 10 (4): 285-298.
- Wilkenstein, M. (2006). Perspectivas da Enfermagem Pediátrica. In: Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M., *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica (7ªEdição)*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 1-2.
- Wilkenstein, M. (2006). Promoção da saúde da 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, 473-92.
- Wilson, D. (2006). Promoção da saúde do pré-escolar e de sua família. In: Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M., *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica (7ªEdição)*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 416-432.
- Wong, D. (1999). Comunicação e avaliação da saúde da criança e família. In: *Fundamentos de enfermagem pediátrica (5ªedição)*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 103.
- Wright, C., Reeder, A., Gray, A. & Cox, B. (2008). Child sun protection: Sun related attitudes mediate the association between children's knowledge and behaviours. *Journal of Paediatrics and Child Health Division*, 44:692-698.

# **ANEXOS**



# **ANEXO I**

Folheto de divulgação  
“As Sextas-feiras do Chico-Esperto”



### A história do Chico

Era uma vez um menino chamado Chico que gostava muito de brincar. E como gostava muito, muito de brincar, às vezes, esquecia-se do que os pais lhe diziam e acabava sempre por se magoar ou ficar doente. Até que um dia...



...decidiu que, afinal não sabia tudo, tinha muito que aprender e teve uma ideia... Pediu ajuda às suas amigas enfermeiras, a Sandra e a Patrícia, para ensinarem os outros meninos a brincarem com saúde e segurança.

*venham daí !!!!*



Enfermeiras Sandra e Patrícia  
Alunas do 3º Mestrado de Especialização de  
Saúde Infantil e Pediatria  
Instituto de Ciências da Saúde  
Universidade Católica Portuguesa



### As sextas-feiras do Chico-esperto!!!

► *Vem aprender com o  
Chico...*

14, 21 e 28 de Maio de 2010

### ► As sextas-feiras do Chico-esperto

O Chico organizou com as suas amigas 3 sessões sobre algumas coisas que ele acha importante os meninos da sua idade saberem e espera poder contar contigo e com os teus pais para poderem estar presentes.



Local: Serviço de Pediatria  
Sala de actividades



11 horas

14 de Maio de 2010

#### O Chico e a dor de dentes!

O Chico comeu muitas guloseimas e não lavou os dentes, ficou com uma graaaaaande dor de dentes! Com a ajuda da sua amiguinha Maria, vai aprender muito sobre os dentinhos!



21 de Maio de 2010

#### O Chico e a brincadeira!

O Chico adora brincar, mas às vezes esquece-se de algumas regras que são muito importantes para a sua segurança, aprende com ele o que precisas de fazer em casa e na rua!!!



28 de Maio de 2010

#### Chegou o Verão... O Chico apanhou um escaldão!



O Chico gosta muito de estar na praia, mas não se pode esquecer que tem que ter alguns cuidados com o sol e o mar, vamos aprender com ele?



## **ANEXO II**

Apresentação “O Chico e a dor de dentes”





## AS SEXTAS-FEIRAS DO CHICO-ESPERTO!

O CHICO E A DOR DE DENTES!!!  
14 DE MAIO DE 2010



*A Maria levou o Chico pela mão, no caminho uma lágrima marota caiu-lhe pelo canto do olho, mas o Chico não gostava de dar parte fraca, encheu-se de coragem e subiu as escadas com a Maria.*

— Maria! Que cara tristes é essa, Chico?

— É verdade, Maria. Mostra-lá a tua boquinha.

— O Chico tem uma dor de dentes, comeu muitos doces e não lavou os dentes.

— O Chico tem os dentes muito sujos, vem-te dar um pouco para a dor de dentes e depois vais lavar os dentes com água. Não fiques triste, tenho uma boa notícia para todos!!!

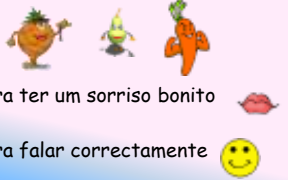
*Entretanto, assim que o Chico se sentiu melhor, foram todos para a sala de aula, ansiosos por saber qual era a surpresa que a professora tinha para eles!!!*



*Quase que hoje é o dia ideal para recebermos uma visita. As enfermeiras Sandra e Patrícia vão falar sobre como devemos cuidar dos nossos dentes para que fiquem sempre bonitos e sem dor e não aconteça o que aconteceu ao Chico.*

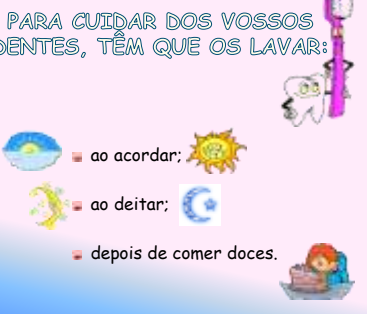
### PARA QUE SERVEM OS DENTES?

- ▣ para mastigar os alimentos
- ▣ para ter um sorriso bonito
- ▣ para falar correctamente




### PARA CUIDAR DOS VOSSOS DENTES, TÊM QUE OS LAVAR:

- ▣ ao acordar;
- ▣ ao deitar;
- ▣ depois de comer doces.




### QUANDO É QUE OS NOSSOS DENTES FICAM DOENTES?

Quando os alimentos que comemos ficam nos nossos dentes, formam-se micróbios que furam os dentes e ficamos com uma cárie.




### PARA QUE ISSO NÃO ACONTEÇA TEMOS QUE OS LAVAR MUITO BEM... VAMOS APRENDER A LAVAR OS DENTES?

- ▣ Começa por lavar a superfície externa (do lado da bochecha) dos dentes de cima, de um lado ao outro;
- ▣ Lava 2 dentes de cada vez;
- ▣ Depois lava a superfície interna dos dentes (do lado da língua);
- ▣ Depois faz o mesmo com os dentes de baixo;
- ▣ Depois lava as superfícies mastigatórias com movimentos de vaivém;
- ▣ Por fim, lava a língua.



### NÃO TE ESQUEÇAS!!!

- ▣ Deves lavar os dentes durante pelo menos 2 minutos;
- ▣ A quantidade de pasta de dentes que usares para lavar os dentes deve ser do tamanho da unha do dedo mais pequeno da mão (até 6anos) e não podes engoli-la;
- ▣ Nunca deves partilhar a tua escova e depois de a usares deves lavá-la e secá-la bem;
- ▣ Deves evitar comer doces (chocolates, caramelos e refrigerantes), principalmente fora das refeições;
- ▣ Deves beber água, leite e comer fruta e legumes;
- ▣ Deves usar o fio dental se já conseguires lavar os dentes sozinho;
- ▣ Deves ir ao dentista pelo menos a cada 6 meses.





Vamos ver se aprendeste com o Chico!!!

## O JOGO DO CHICO-ESPERTO

### DEVO LAVAR OS DENTES...

- Só quando me apetecer;
- Uma vez por dia, a qualquer hora;
- Ao acordar, ao deitar e sempre depois de comer doces.

### O MELHOR PARA OS MEUS DENTES É:

- Comer muitos doces, principalmente caramelos e chocolates;
- Não abusar dos doces e lavar sempre os dentes a seguir;
- Lavar os dentes só antes de me deitar.

### QUANDO LAVO OS DENTES, TENHO DE:

- Lavar devagarinho para ficarem muito bem limpinhos;
- Lavar muito rápido, para poder ir brincar;
- Lavar os meus dentes e emprestar aos meus amigos a minha escova de dentes.

### AGORA SIM... VAMOS TER SEMPRE OS DENTES BRANQUINHOS!

## ATÉ À PRÓXIMA!!!

## **ANEXO III**

Diploma de participação na sessão  
“O Chico e a dor de dentes”



# Díploma



**As Sextas-feiras do Chico-Esperto certificam que:**

**Aprende tudo o que precisa saber para ter um sorriso bonito!!!**



Assinatura

Data



## **ANEXO IV**

Apresentação “O Chico e a brincadeira



# AS SEXTAS-FEIRAS DO CHICO-ESPERTO!

O CHICO É A BRINCADEIRA!!!

Vamos todos brincar com segurança!!!

21 DE MAIO DE 2010



## O CHICO GOSTA MUITO DE BRINCAR, COMO TODAS AS CRIANÇAS.

Ele sabe que para brincar tem de ter alguns cuidados, para não se magoar mas, às vezes, esquece-se que tem de se proteger dos perigos que existem quando brincamos.

- Vamos ensinar o Chico a brincar com segurança!

Na rua 

Em casa 



Estou chateado, a minha mãe não me deixou ir andar de bicicleta porque eu não quero usar capacete e joelheiras



### CUIDADOS A TER NA RUA

- Para andares de bicicleta, skate e patins nunca te esqueças que deves usar:

- Capacete;
- Joelheiras;
- Cotoveleiras;
- Luvas.

**PORQUE SE CÁIRES ESTÁS MAIS PROTEGIDO!!!**



- Escolhe um local seguro, um espaço sem trânsito automóvel.




Quando o Chico vai para a escola ao atravessar a rua, não se pode esquecer que tem de ter cuidado para não se magoar!!!

Para atravessares a rua deves:

- Atravessar nas passeadeiras;
- Antes de atravessar, deves olhar para um lado e para o outro. Só deves atravessar quando tiveres a certeza que é seguro fazê-lo.
- Se existirem semáforos espera que fique verde para os peões, e só depois podes atravessar com segurança.




Hoje não me deixaram ir brincar para a cozinha, estou furioso!!!



Quando o Chico vai passear de carro com os pais fica muito chateado, porque eles o obrigam a sentar-se na cadeira, e pôr o cinto de segurança.

Para andares de carro com segurança deves:


- Sentar-te no banco elevatório para que o cinto de segurança não te incomode o pescoço;
- Colocar o cinto de segurança ou pedir ajuda para fazê-lo;
- Nunca abrir a porta do carro, quando este está em andamento;
- Sair pelo lado do passeio, quando tiveres de sair do carro.

### A CASA EM QUE MORAMOS PARECE SEGURA MAS, É AÍ QUE ESPREITAM ALGUNS PERIGOS.

#### CUIDADOS COM OS BRINQUEDOS

- Não deixar os brinquedos espalhados pelo chão;
- Pedir ajuda para chegar aos brinquedos que estão em locais muito altos, não uses bancos ou cadeiras para os ires buscar;
- Não colocar os brinquedos na boca, nariz ou orelhas.



## SABIAS QUE NA COZINHA TEMOS MUITOS OBJECTOS PERIGOSOS ?

Com as **facas** podes **cortar-te**;



Com os **garfos** podes **magoar-te**;

Com os **produtos de limpeza** podes ficar muito doente;

No **fogão** podes **queimar-te**;



## AINDA NA COZINHA...

Não deves mexer **em electrodomésticos** com as mãos molhadas e descalço, podes apanhar um **choque**;



Se deixares cair um **prato** ou um **copo** ao chão, eles partem-se e tu podes **cortar-te**;

Não deves comer coisas que não sabes o que são, podes ficar intoxicado.

## NA CASA DE BANHO

Não feches a porta à chave, podes precisar de ajuda;



Deves usar tapete anti-derrapante na banheira e deves sair do banho com cuidado;



Os **medicamentos** servem para tratar doenças. Só devem ser tomados quando o médico indicar.



## OUTROS PERIGOS



Vamos ver se aprendeste com o Chico!!!

## O JOGO DO CHICO-ESPERTO



## ANTES DE ATRAVESSAR, DEVO:



Dar a mão aos meus amigos e atravessar a correr antes que venham carros;

Olhar para um lado e para o outro, e atravessar na **passadeira** quando o sinal dos **pedes** estiver verde;



Aproveitar uma oportunidade para atravessar devagarinho sempre que não vierem carros.

## NESTA SITUAÇÃO, DEVO:



Esperar que algum adulto me possa ajudar a ir buscar a bola.



Ir buscar a bola rápido, porque tenho tempo;

Esperar que passe este carro e ir buscá-la com a ajuda dos meus amigos.

## NA COZINHA, POSSO:



Ir buscar os biscoitos ao armário de cima se conseguir subir ao banco sozinho;


Espreitar o que está no forno, porque ainda agora a **mama** o ligou;

Provar uma bebida que está numa garrafa que eu não conheço.

## **ANEXO V**


Apresentação “O Chico e a ida à praia”





## AS SEXTAS-FEIRAS DO CHICO-ESPERTO!

O CHICO E OS CUIDADOS AO SOL!!!



28 DE MAIO DE 2010




Amanhã vou para a praia com os meus pais e alguns amigos!!!


Este ano vou ter todos os cuidados para não ficar com um escaldão como me aconteceu nas férias do ano passado!!!




Vai ser muito divertido...



...fazer castelos na areia...



...jogar à bola e tomar banho no mar...




...comer gelados...

...mas quando brincamos ao sol e tomamos banho no mar, temos que ter em atenção os perigos que podem espreitar.

Mas se soubermos quais são esses perigos, podemos evitá-los e divertirmo-nos na mesma!!!




### CUIDADOS AO SOL


- Não deves estar ao sol nas horas de maior calor:
  - das 11h  às 17 horas

**Pois as radiações são mais perigosas!!!**

Se a sombra é mais pequena que o nosso corpo, está na altura de evitar o sol; se é longa e fina há que aproveitá-lo !!!

### CUIDADOS AO SOL

- Usa **SEMPRE** protector solar, com um índice de protecção alto, mesmo se não estiver sol;
- Aplica o protector meia hora antes de ir para o sol, de 2 em 2 horas e sempre que vieres da água.



- Nariz
- Orelhas
- Lábios
- À volta dos olhos
- Peito
- Brasos
- Mãos
- Costas
- Pernas
- Pés

### ALIMENTAÇÃO NA PRAIA

- Come comidas leves para fazeres bem a digestão: fruta, sumos naturais e iogurtes pois têm vitaminas que ajuda a nossa pele a defender-se do sol e facilitam a digestão;




- Bebe água (e não bebidas com gás) porque quando brincas e está muito calor suas muito, e perdes muitos líquidos.

Não te esqueças que a digestão dura sempre 3 horas e só depois é que podes ir tomar banho!!!

### REGRAS PARA TOMAR BANHO

- É muito importante que a praia tenha nadador salvador;
- Combina com os teus colegas e os teus pais um ponto de encontro;
- Respeita as bandeiras para tomares banho;
- Vai para o mar sempre acompanhado de 1 adulto, principalmente se usares bóias, coletes e braçadeiras;
- Não deves mergulhar em locais que não conheças;
- Se a água estiver fria, entra na água lentamente, para o teu corpo se habituar à temperatura da água.



Respeita a cor das bandeiras!

• **Bandeira vermelha**

Não deves entrar na água, o mar está bravo;

• **Bandeira amarela**

Pode-se tomar banho mas com cuidado, não se pode nadar;

• **Bandeira verde**

Podes nadar, o mar está calmo.



Vamos ver se aprendeste com o Chico!!!

## O JOGO DO CHICO-ESPERTO



### ANTES DE TOMAR BANHO NA PRAIA, DEVO:



- Esperar que faça a digestão e ir para a água na companhia de um adulto;
- Não olhar para a bandeira;
- Comer uma boa refeição para não ter fome.



### NÃO PRECISO USAR PROTECTOR SOLAR QUANDO:

- Já estou bronzeado;
- Não está muito calor e o céu está cheio de nuvens;
- Tenho de usar sempre protector solar na praia em todas as situações.



### A HORA IDEAL PARA ESTAR NA PRAIA É:



- Das 12 às 16 horas;
- No início da manhã e no final da tarde;
- A partir das 14 horas.



### NA PRESENÇA DESTA BANDEIRA, POSSO:



- Ir tomar banho, sem demorar muito tempo;
- Molhar os pés, sem mergulhar;
- Brincar longe da água, sem me aproximar do mar.



Agora sim...  
vou para a praia em  
segurança!!!



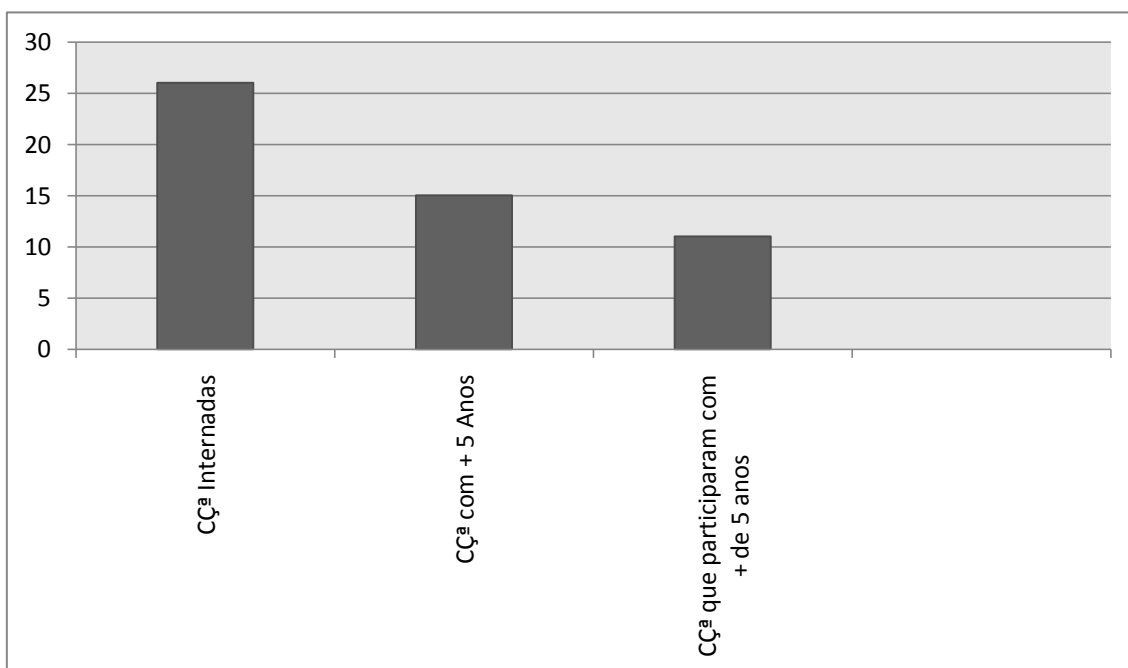
## ATÉ À PRÓXIMA!!!



## Apresentação e Discussão dos resultados da Acção de Educação para a Saúde, sobre higiene oral, “O Chico e a Dor de Dentes”.

Após se ter efectuado as análises estatísticas dos dados recolhidos, dos indicadores de avaliação, organizamos este trabalho no sentido de dar a conhecer o número e percentagem das crianças, com mais de 5 anos, que participaram na acção de educação para a saúde sobre higiene oral – “As Sextas-Feiras do Chico Esperto - O Chico e a dor de dentes”

Gráfico I - n.º de crianças que participaram na acção de educação “O Chico e a dor de dentes”



Como podemos verificar no Gráfico I, das 27 crianças internadas no serviço de pediatria, 14 tinham mais de 5 anos, mas só 12 é que participaram na acção de educação. Neste sentido 85,7% das crianças internadas com mais de 5 anos participaram na acção, “ O Chico e a Dor de Dentes”.

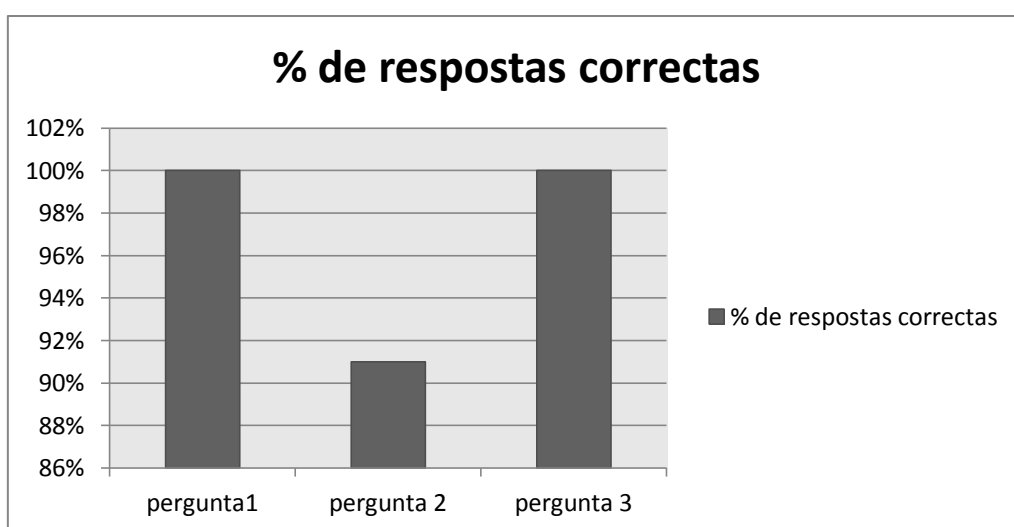
O *Quadrol*, representa o número de crianças que responderam correcta e incorrectamente às perguntas, quando jogaram o jogo do Chico Esperto – “O Chico e a Dor de Dentes”

**Quadro I** - n.º de perguntas e respostas correctas e incorrectas

| Perguntas | Respostas Correctas | Respostas Incorrectas |
|-----------|---------------------|-----------------------|
| 1         | 12                  | 0                     |
| 2         | 10                  | 1                     |
| 3         | 12                  | 0                     |

Após se trabalhar os indicadores de avaliação, para avaliar os conhecimentos adquiridos das crianças, que assistiram a acção de educação do “ O Chico e a Dor de Dentes”, chegamos aos resultados que se encontram expressos no gráfico 2.

**Gráfico 2** - % de crianças que acertaram correctamente nas perguntas do jogo “O Chico e a Dor de Dentes”



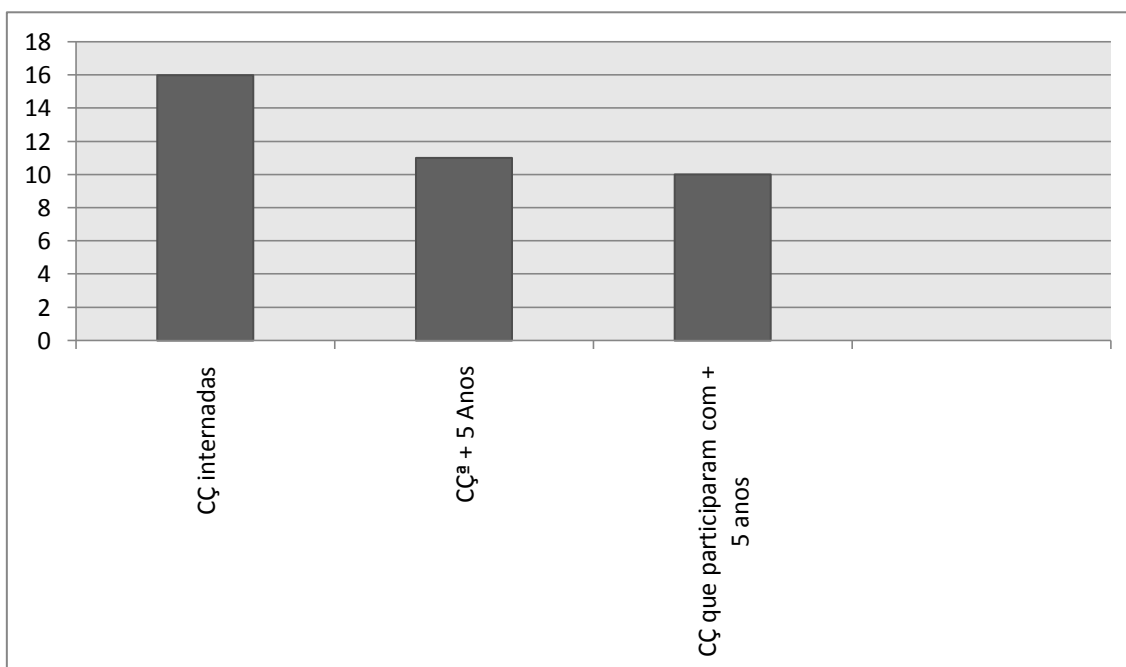
Como podemos concluir, através da análise do gráfico 2, 100% das crianças que participaram no jogo “O Chico e a Dor de Dentes”, responderam correctamente á 1ª

pergunta, 91% respondeu correctamente á 2ª e 100% responderam correctamente á 3ª pergunta.

## **Apresentação e discussão dos resultados da Acção de Educação para a Saúde sobre Prevenção de acidentes “O Chico e a Brincadeira”**

Os resultados que se seguem dizem respeito à análise estatística dos dados recolhidos, dos indicadores de avaliação. O gráfico I, representa o n.º de crianças, com mais de 5 anos, que participaram na acção de educação para a saúde sobre Prevenção de Acidentes – “As Sextas-Feiras do Chico Esperto - *O Chico e a Brincadeira*”

**Gráfico I** – n.º de crianças que participaram na acção de educação “*O Chico e a Brincadeira*”



Como podemos verificar no *gráfico I*, das 16 crianças internadas no serviço de pediatria, 11 tinham mais de 5 anos, mas só 10 é que participaram na acção de educação. Neste sentido 99,9% das crianças internadas com mais de 5 anos participaram na acção de educação “*O Chico e a Brincadeira*”.

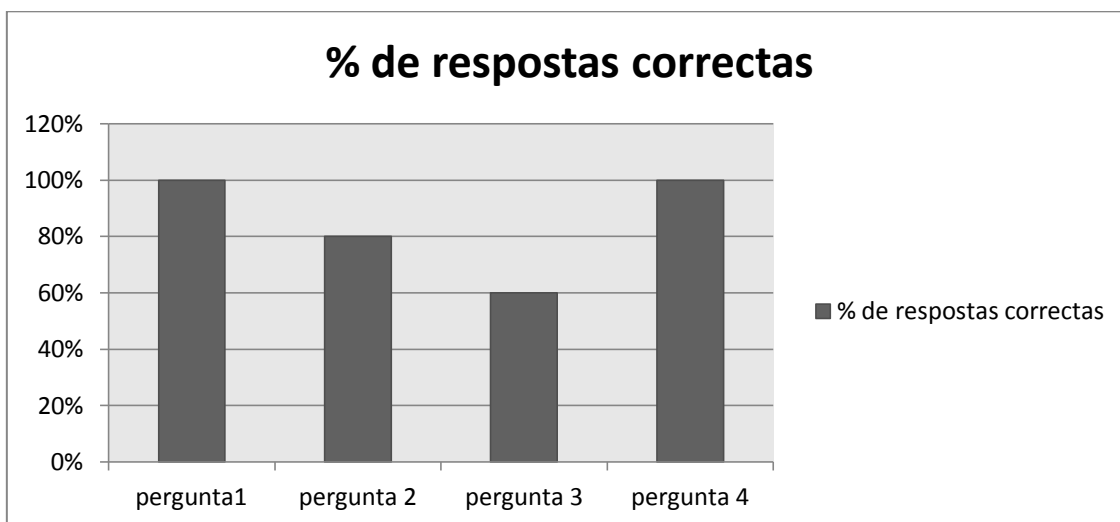
O Quadro I, representa o número de crianças que responderam correcta e incorrectamente às perguntas, quando jogaram o jogo do Chico Esperto – “O Chico e a Brincadeira”

**Quadro I** – n.º de perguntas e respostas certas e erradas

| Perguntas | Respostas Correctas | Respostas Incorrectas |
|-----------|---------------------|-----------------------|
| 1         | 10                  | 1                     |
| 2         | 8                   | 0                     |
| 3         | 6                   | 0                     |
| 4         | 10                  | 0                     |

Após se trabalhar os indicadores de avaliação, para avaliar os conhecimentos adquiridos das crianças, que assistiram a acção de educação do “Chico e a Brincadeira”, chegamos aos resultados, que se encontram descritos no *gráfico 2*.

**Gráfico I** - % de crianças que acertaram correctamente às perguntas do jogo “O Chico e a Brincadeira”

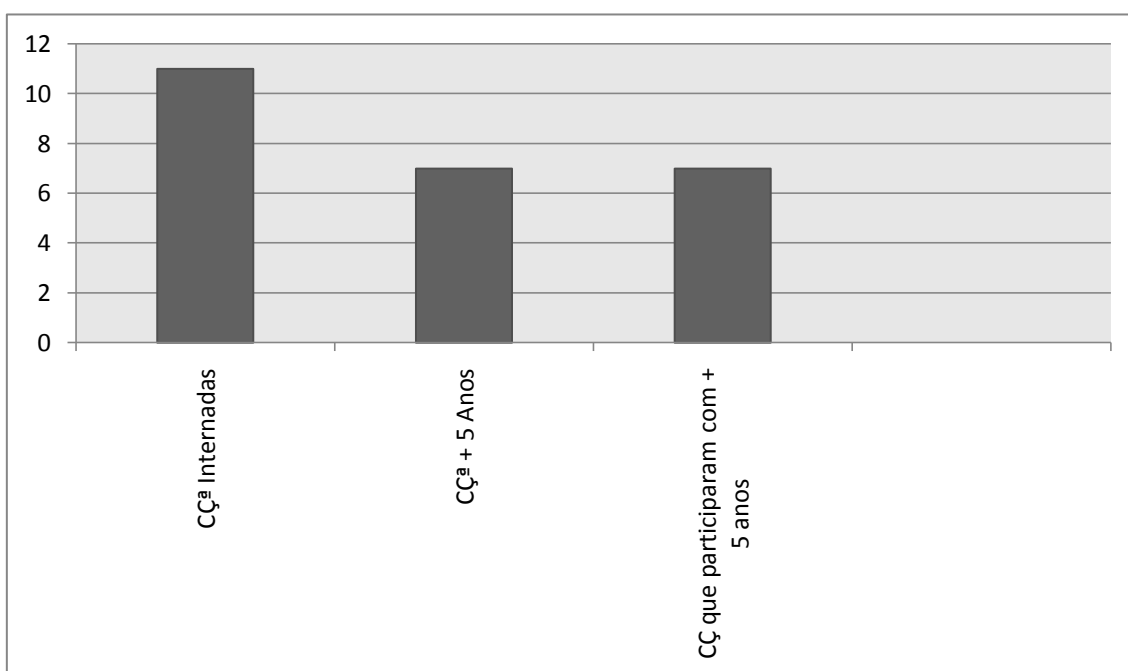


Como podemos concluir, através da análise do *gráfico 2*, 100% das crianças que participaram no jogo “O Chico e a Brincadeira”, responderam correctamente à 1ª pergunta, 80% responderam correctamente à 2ª, 60% responderam correctamente à 3ª e 100% responderam correctamente à 4ª pergunta.

## **Apresentação e discussão dos resultados da Acção de Educação para a Saúde sobre os cuidados ao sol – “O Chico e a ida à Praia”**

Os resultados que se seguem dizem respeito à análise estatística, dos dados recolhidos dos indicadores de avaliação. O gráfico I, representa o n.º de crianças, com mais de 5 anos, que participaram na acção de educação para a saúde sobre os cuidados ao sol - “As Sextas-Feiras do Chico Esperto - *O Chico e a ida à Praia*”

**Gráfico I** - n.º de crianças que participaram na acção de educação “*O Chico e a ida à Praia*”



Como podemos verificar *no gráfico I*, das 11 crianças internadas no serviço de pediatria, 7 tinham mais de 5 anos e participaram na acção de educação. Concluímos, que houve uma participação de 100% (crianças com mais de 5 anos) na acção “*O Chico e a ida à Praia*”.

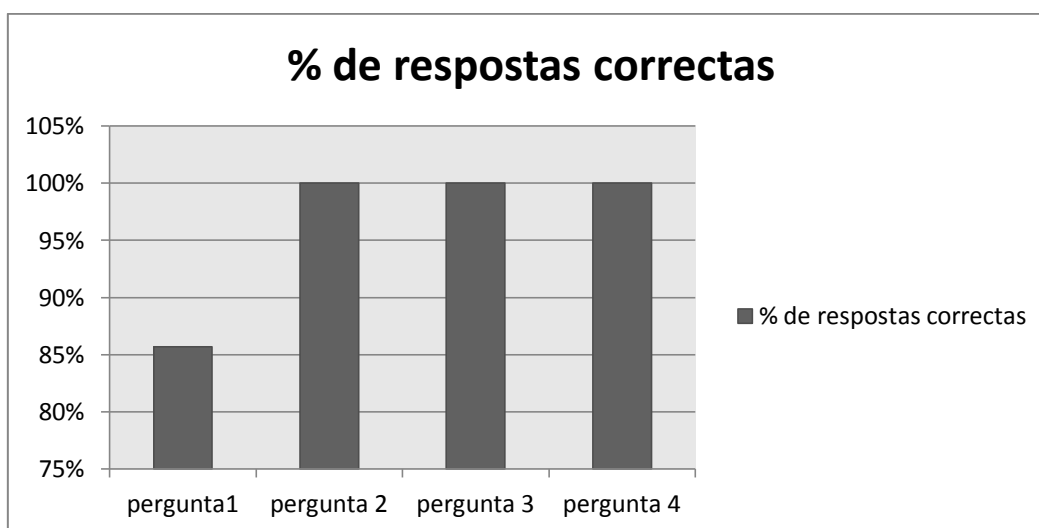
O Quadro I, representa o número de crianças que responderam correcta e incorrectamente às perguntas, quando jogaram o jogo “*O Chico e a ida à Praia*”

**Quadro I** – n.º de perguntas e respostas correctas e incorrectas

| Perguntas | Respostas Correctas | Respostas Incorrectas |
|-----------|---------------------|-----------------------|
| 1         | 6                   | 1                     |
| 2         | 7                   | 0                     |
| 3         | 7                   | 0                     |
| 4         | 7                   | 0                     |

Após se trabalhar os indicadores de avaliação, para avaliar os conhecimentos adquiridos, das crianças que assistiram a acção de educação do “O Chico e a ida à Praia”, chegamos aos resultados que se encontram descritos no gráfico 2.

**Gráfico 2** - % de crianças que acertaram correctamente às perguntas do jogo “O Chico e a ida à Praia”



Como podemos concluir, através da análise do gráfico 2, 85,7 % das crianças que participaram no jogo “O Chico e a ida à Praia”, responderam correctamente à 1ª pergunta e 100 % responderam correctamente às restantes perguntas.

## **ANEXO II**

Enquadramento teórico:

**“Os 5 Sinais para uma Amamentação Eficaz”**

**“Correio dos Afectos”**





## ENQUADRAMENTO TEÓRICO:

- “Os Cinco Sinais Para Uma Amamentação Eficaz”
- “ O Correio dos Afectos”

Patrícia Mendes | Sandra Castro

**Maió 2010**



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

Ano Lectivo 2009/2010

Docente orientadora: Sr.ª Enf.ª Isabel Quelhas

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO:**

- **“Os Cinco Sinais Para Uma Amamentação Eficaz”**
- **“ O Correio dos Afectos”**

Patrícia Mendes | Sandra Ferreira

**Maio 2010**



## **INDÍCE**

|                                      | Pag. |
|--------------------------------------|------|
| 0 – INTRODUÇÃO .....                 | 145  |
| 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....      | 147  |
| 2 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS .....  | 149  |
| 3 – CONCLUSÃO .....                  | 151  |
| 4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... | 153  |
| ANEXOS .....                         | 155  |

**ANEXO I** -Folheto “Os 5 Sinais Para Uma Amamentação Eficaz”

**ANEXO II** -Caixa “O Correio dos Afectos”

**ANEXO III**- Postal “O Correio dos Afectos”



## 0 – INTRODUÇÃO

Com a elaboração deste documento pretendemos transmitir à equipa pedagógica o enquadramento teórico, das actividades que desenvolvemos, para dar resposta a alguns indicadores de avaliação, que nos foram propostos durante a realização do estágio: participar na dinamização do cantinho de amamentação, promover o aleitamento materno e a parentalidade.

A metodologia utilizada foi a descritiva, baseada essencialmente em pesquisa bibliográfica.

Este documento surgiu no âmbito do estágio de Módulo II, que decorreu no Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde Matosinhos. Enquadrado no 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). As actividades foram desenvolvidas sob a orientação da Sr.<sup>a</sup> Professora Isabel Quelhas.

A elaboração deste documento tem como principais objectivos:

- Fazer um enquadramento dos trabalhos que realizámos, "*Folheto dos 5 sinais para uma Amamentação Eficaz*" e "*Correio dos Afectos*";
- Servir como instrumento avaliativo.

Este documento encontra-se organizado da seguinte forma: inicialmente, é realizado um enquadramento teórico, seguido da descrição das actividades desenvolvidas, terminando na conclusão e bibliografia.



## I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este enquadramento teórico, tem como principais objectivos a contextualização das actividades desenvolvidas e elaborar uma reflexão teórica, acerca dos trabalhos realizados para a dinamização do *cantinho da amamentação*.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda, que os bebés sejam amamentados em exclusivo, até aos 6 meses e depois, pelo menos até aos 2 anos, como complemento.

O leite materno, é deste modo, considerado um alimento completo e ideal para a nutrição infantil, principalmente nos primeiros meses de vida da criança. Embora com substitutos cada vez mais semelhantes, ainda continua a ser específico da espécie humana. (Manual de Aleitamento Materno, 2007)

Apesar das inúmeras vantagens do aleitamento materno, a sua prevalência e duração, em Portugal e em muitos outros países, está aquém das recomendações dos organismos internacionais ligados à saúde infantil.

Com o intuito de contribuir com a mudança deste quadro, foi criada a Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, movimento de carácter mundial (OMS|UNICEF) cujo objectivo é implementar nos serviços de saúde objectivos e estratégias, que permitam, mobilizar profissionais da saúde, para mudanças de atitudes e condutas, visando apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, prevenindo o desmame precoce. (Lamounier, 1996)

Na sequência da actividade desenvolvida pela Comissão Nacional (Hospitais Amigos dos Bebés) e com o intuito de dar resposta à implementação de medidas estratégicas, que visem a promoção da amamentação, foram criados os **cantinhos de amamentação**, onde se encontram enfermeiras conselheiras em amamentação, que têm como objectivo informar e aconselhar todas as mães quanto à prática da amamentação.

Neste sentido, torna-se crucial que o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, participe de forma activa na dinamização do **cantinho de amamentação**. Desta forma, no decorrer deste estágio, com vista à concretização dos seus objectivos, e numa atitude

permanente de promoção da parentalidade, elaborámos dois trabalhos: o folheto “Os 5 Sinais para uma Amamentação Eficaz” e o “Correio dos Afectos”.

As mães que amamentam, por vezes, confrontam-se com dificuldades que a própria amamentação acarreta. Esta situação torna as mães vulneráveis acerca dos seus papéis. Saber se o seu bebé está a ser bem alimentado para, deste modo, poder desenvolver-se harmoniosamente, é uma das dúvidas, que a mãe que amamenta, se debate habitualmente e que a leva, por vezes, a abandonar o aleitamento materno.

Como seria bom se a mama fosse transparente, com os riscos a indicar quantos mililitros de leite o bebé mamou... Este é, provavelmente, o pensamento que quase todas as mães que amamentam experienciam nas primeiras semanas, pois é nessa altura que surgem algumas dúvidas, que devidamente esclarecidas, contribuiriam para que a amamentação se torne uma experiência gratificante.

*“Num aleitamento materno com sucesso, verifica-se habitualmente uma boa transferência de leite entre a mãe e o bebé; a transferência de leite refere-se à quantidade de leite que a mãe produz, como também àquela que o bebé obtém.”* (Manual de Aleitamento Materno, 2007)

Amamentar é uma experiência que implica a vivência de sentimentos e situações com os quais a mulher tem que lidar, o esclarecimento e o apoio adequados, concorrem para que, a mãe que amamenta tenha uma atitude positiva, contribuindo deste modo para o sucesso da amamentação.

Segundo Motta (1990) e Silva (1999), citado por Winnicott (1998) ” *Diante da crença de que a mulher é capaz de vivenciar a experiência da amamentação com sucesso, se estiver preparada para exercê-la a partir do conhecimento dos aspectos básicos e práticos da amamentação, considerando-se que os factores causais do desmame residem, em sua maioria, no desconhecimento desse conteúdo, a maioria dos programas desenvolvem acções educativas para gestantes e motrizes, enfocando os aspectos técnicos e biológicos da amamentação.*”

## 2 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

O folheto “Os 5 sinais para uma Amamentação Eficaz” (**Anexo I**) foi uma proposta que surgiu para dinamizar o cantinho da amamentação e também, para dar resposta a uma necessidade sentida pela enfermeira Ana Ribeiro (conselheira da amamentação), uma vez que não tinha neste espaço uma informação, para entregar às mães, sobre este tema.

A elaboração deste folheto tem como objectivo informar e sensibilizar a mãe que amamenta o seu bebé, ajudando a identificar os sinais para uma amamentação eficaz.

É de fundamental importância, que a mulher que amamenta, possa assumir com mais segurança o papel de mãe. Este folheto tornou-se assim um compromisso assumido por nós, para ser implementado pelo cantinho de amamentação, para deste modo, assistir adequadamente a mãe nas suas dúvidas e dificuldades.

Foi nossa intenção, de acordo com a pesquisa realizada, sintetizar em cinco sinais objectivos, sistemáticos e quantificáveis, as manifestações do bebé amamentado eficazmente.

A frequência das mamadas que o bebé poderá ter nas vinte e quatro horas, a cor e o número de dejectões e micções que deverá apresentar nos primeiros dias de vida e o desenvolvimento ponderal que o bebé que está a ser amamentado deverá apresentar, foram os cinco sinais por nós encontrados, para que, deste modo sejam facilmente detectados pelas mães que amamentam.

O folheto oferece às mães orientações para esclarecer dúvidas, que possam surgir acerca da amamentação, oferecendo um reforço positivo e incentivando a procura do cantinho de amamentação, quando o seu bebé não apresenta um dos cinco sinais que são referidos.

A “Correio dos Afectos” foi outra actividade, que surgiu para dinamizar o cantinho da amamentação. Emergiu, no seguimento do folheto dos “5 sinais para uma amamentação eficaz”, já que é nossa convicção que as mães que recorrem ao cantinho da amamentação devem sair motivadas e esclarecidas, mas acima de tudo, recompensadas, por estarem dispostas a viver o desafio que é a amamentação.

O “CORREIO DOS AFECTOS” (**Anexo II**), denominado assim, porque falar de afectos é falar de uma relação de carinho, implica uma troca, em que se dá mas também se recebe e que muitas

vezes exprime-se pelo AMOR. Neste sentido, foi elaborado um postal (**Anexo III**) com uma mensagem de reconhecimento e agradecimento do bebê para a mãe.

### 3 – CONCLUSÃO

No final deste Enquadramento Teórico, consideramos que os objectivos foram atingidos, na transmissão, de modo sucinto e claro, de todas as actividades que realizámos, na dinamização do cantinho da amamentação.

Para que a mãe que amamenta, possa assumir com mais segurança o papel de mãe, é de fundamental importância que seja adequadamente ajudada e apoiada nas suas dúvidas e dificuldades. Neste contexto, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria assume-se de extrema importância.

Neste sentido, é da nossa convicção que, com a realização e implementação do folheto “Os 5 Sinais para uma Amamentação Eficaz” e o “Correio dos Afectos”, no cantinho de amamentação, contribuimos para que a experiência de amamentar seja vivenciada pela mãe como um acto de prazer e não uma preocupação.

Estes trabalhos futuramente, irão ser avaliados pelo núcleo da Qualidade da ULS- Matosinhos, para serem aprovados e posteriormente circularem na instituição, tendo, à data do término do estágio, sido já validados pela Dr.<sup>a</sup> Isabel Martins e pela Enfermeira Ana Ribeiro, Conselheiras de Amamentação.



## 4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bértolo, H., Levy, L. (2007). Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF/ comissão Nacional: Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés; Edição Revista, 8-18.
- Carvalho, MR., Bancroft, C., Canahuati, J., Muxt.,C. (1997). Aleitamento materno. In: Benguigui, Y., Land, S., Paganini, JM, Yunes, J. Acções de saúde materno-infantil a nível local: segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância. Washington (DC): Organização Pan-Americana da Saúde, 247-64.
- Motta, J.A.C. (1990). Ideologia implícita no discurso da amamentação materna e estudo retrospectivo comparando crescimento e morbidade de lactentes em uso de leite humano e leite de vaca. Belo Horizonte Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 226.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (1998). Proezas científicas de los diez pasos hacia unam feliz lactancia natural. Genebra, 31-9.
- Silva, I.A. (1994). Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 191.
- Winnicott,D., ( 1998) .Os bebés e suas mães. São Paulo (SP): Martins Fontes.



# Anexos



# ANEXO I

Folheto “Os 5 Sinais Para Uma Amamentação Eficaz”



Amamentar é natural, saudável

e

um acto de amor ...

...mas...

.... é, por vezes, um desafio!

**Bibliografia:**

BAEZA, C (2009)- *Lactancia Materna. La lactancia es un placer para la madre y el bebé: Hacer familia*, p.9-12.

MOHRBÄCHER, N; STOCK, J( 2005) *The Breastfeeding Answer Book*. In La Leche League internacional: Pocket Guide Edition.The lactation Institute, p.1-13,13: 978-0-9768969.

Ribeiro A, Moura E(2008) - Guia orientador da consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil .Unidade local de Matosinhos, p.3-29.

BÉRTOLO, H; LEV, L(2007) - *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF/ comissão Nacional : iniciativa Hospital Amigo dos Bebés; Edição Revista, p. 8-18.

Patricia Mendes | Sandra Ferreira  
Alunas do 3º Curso de Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria  
ICSJ UCP



Amamentar sem  
dúvidas

Saiba os sinais de uma  
amamentação eficaz.



A amamentação constitui a  
melhor forma de satisfazer as exi-  
gências nutricionais do bebé.

Proporciona uma relação íntima  
entre mãe e filho, o que contribui  
para o desenvolvimento psicológi-  
co e afectivo de ambos.

O seu bebé está a ser  
amamentado eficazmente?

Para ter sucesso na amamenta-  
ção, é necessário ter a certeza  
de que o seu bebé está a ser  
bem alimentado, para crescer  
saudável. Conheça os 5 sinais.



- 1 Um bebé bem adaptado à mama, alimenta-se até ficar satisfeito e pára espontaneamente de mamar, pode mamar entre 9 e 18 vezes durante as 24 horas;
- 2 O intestino do seu bebé deve funcionar pelo menos 1 vez no primeiro dia de vida, 2 vezes no segundo, 3 vezes no terceiro e três ou mais vezes a partir do quarto dia;
- 3 As fezes do seu bebé no 1º dia são verdes escuras (mecónio), e à medida que os dias passam, vão ficando mais claras e por volta do 5º dia ficam amarelas, semilíquidas e com grumos;
- 4 O bebé no 1º dia de vida deverá urinar pelo menos uma vez, no 2º dia, duas ou três vezes e a partir do 4º dia, quatro ou mais vezes, a urina deve ser clara e límpida;
- 5 O bebé pode perder peso nos primeiros dias de vida, mas não mais de 10% do peso inicial, deve recuperá-lo por volta do 10º dia de vida. A partir daí, deve aumentar progressivamente de peso.

Se o seu bebé não apresentar um ou mais destes sinais, pode recorrer **gratuitamente** ao Canteiro de Amamentação do hospital ou ao do Centro de Saúde da sua área de residência, onde poderá esclarecer estas ou outras dúvidas.

**HORÁRIO DO CANTINHO DA  
AMAMENTAÇÃO**

**Hospital Pedro Hispano**  
Consulta Externa de Pediatria  
4ª a 6ª das 11h-13h

**Centro de Saúde Sr.ª da Hora**  
3ª a 5ª das 11h-13h

**Centro de Saúde S. Mamede**  
6ª das 12h-13h

**Centro de Saúde de Matosinhos**  
2ª das 12h-13h e 4ª 13h-14h

**Centro de Saúde de Leça Palmeira**  
4ª e 5ª das 13h-14h

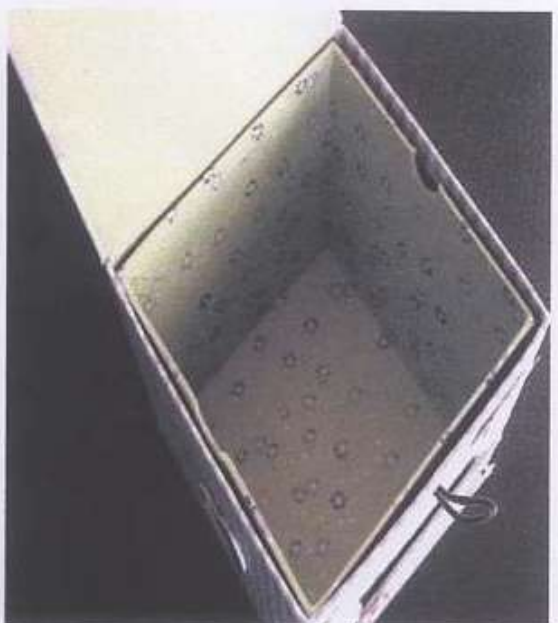
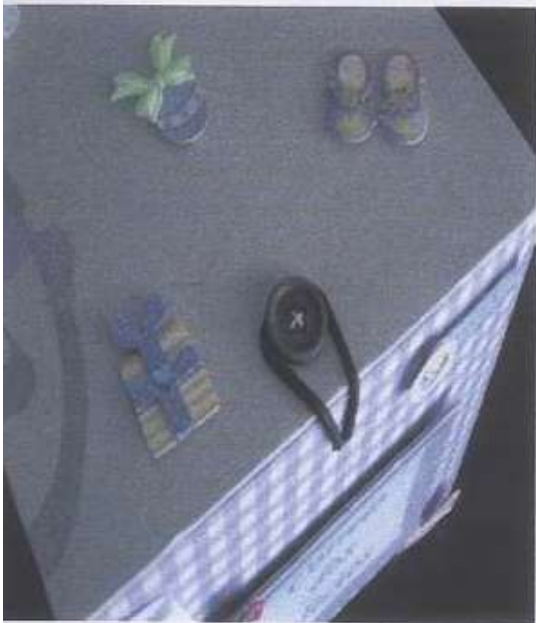
**Unidade de Saúde de Lavra**  
6ª das 13h-14h



## ANEXO II

Caixa “O Correio dos Afectos”







## ANEXO III

Postal “O Correio dos Afectos”





MAMÃ!  
Quero oferecer-te...  
quero oferecer-te um grande sorriso,  
mas o que quero mesmo  
é agradecer-te...  
Por seres o que é o melhor para  
mim,  
por estares junto de mim,  
E por procurares ajuda!  
Custaste...  
Custaste MAMÃ?



**De mãe.**

"O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todas as necessidades, salvo raras exceções. As vantagens do aleitamento materno são múltiplas e já bastante reconhecidas: quer a curta, quer a longo prazo, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida."

Manual de Aleitamento Materno (2008)



**Para ti, mamã!**

Publicações | Serviço Técnico  
2º Piso do Pavilhão do em Saúde Infantil e Pediatria  
Rua da Restauração, 369, Universidade Nova de Lisboa  
1300-028 Lisboa





## **ANEXO III**

Projecto “**Sexualidade Saudável**”





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

**PLANEAMENTO DE UMA ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:**

**“SEXUALIDADE SAUDÁVEL”**

PATRÍCIA MENDES

SANDRA FERREIRA

VANESSA FERNANDES

**NOVEMBRO|2010**



**3ª CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Ano Lectivo 2009/2010

Docentes orientadoras:

Enf.<sup>a</sup> Constança Festas

Enf.<sup>a</sup> Isabel Quelhas

Enfermeiras Tutoras:

Alexandra Correia

Graça Fonseca

**Planeamento de uma Acção de Educação para a Saúde:  
“Sexualidade Saudável”**

PATRÍCIA MENDES

SANDRA FERREIRA

VANESSA FERNANDES

**NOVEMBRO | 2010**



## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

**CAJ – Centros de Atendimento a Jovens;**

**ICS – Instituto de Ciências da Saúde do Porto;**

**IST's – Infecções Sexualmente Transmissíveis;**

**PF – Planeamento Familiar;**

**OMS – Organização Mundial de Saúde;**

**UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade;**

**UCP – Universidade Católica Portuguesa;**

**ULS – Unidade Local de Saúde.**



# ÍNDICE

|   |     |
|---|-----|
| 0. INTRODUÇÃO.....  | 179 |
| 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....   | 181 |
| 2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO.....   | 185 |
| 3. OBJECTIVOS.....  | 189 |
| 4. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS.....   | 191 |
| 5. METODOLOGIA.....   | 193 |
| 6. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE.....   | 195 |
| 6.1. Plano da Actividade da Acção de Educação para a Saúde: “Sexualidade Saudável”..... | 195 |
| 7. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO.....                              | 199 |
| 8. CONCLUSÃO.....   | 201 |
| 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....  | 203 |
| ANEXOS.....   | 205 |

**Anexo I** – Apresentação “Sexualidade Saudável”

**Anexo II** – Questionário Inicial

**Anexo III** – Questionário Final

**Anexo IV** – Panfleto: recursos da comunidade na área da Sexualidade



## 0. INTRODUÇÃO

A Acção de Educação para a Saúde “Sexualidade Saudável” surgiu no âmbito do estágio de Módulo I, decorrente no Centro de Saúde Senhora da Hora, Unidade Local de Saúde Matosinhos (ULS). Este estágio decorreu no período de 04 de Outubro a 27 de Novembro de 2010, enquadrado no 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). Este projecto foi desenvolvido sob a orientação tutorial das Enfermeiras Alexandra Correia e Graça Fonseca.

Neste sentido, a elaboração deste planeamento tem como principais objectivos:

- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio de Módulo I;
- Desenvolver competências relativas à planificação de uma Acção de Formação.

Este documento encontra-se organizado da seguinte forma: inicialmente é realizado um enquadramento teórico e conseqüentemente de uma análise da situação, seguida da apresentação dos objectivos e da selecção de conteúdos; posteriormente é apresentada a metodologia, a organização e programação da actividade e, por último, a selecção e organização de estratégias de avaliação, terminando na conclusão.



## I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao longo dos últimos anos, de modo gradual, o sexo, a sexualidade e a sua discussão, começaram a ser considerados como importantes no desenvolvimento e forte componente na manutenção do bem-estar, tendo já sido considerados um tema tabu na conversação diária.

A intimidade e o contacto físico são necessidades biológicas e sociais vitalícias. Existe a tendência errada de muitos associarem sexo a sexualidade, sendo, todavia coisas distintas.

Relativamente ao sexo podemos defini-lo, segundo o dicionário da língua portuguesa, como uma actividade reprodutora, uma relação sexual. A sexualidade deixou, pois, de ser sinónimo de reprodução, de pecado e de impureza para passar a fazer parte integrante dos afectos, do prazer, da comunicação interpessoal, da maternidade e da paternidade responsáveis.

E segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), *“Sexualidade é uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual. Ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”*.

O desenvolvimento da sexualidade ocorre durante toda a vida do indivíduo e depende de uma dimensão biológica, psicológica, sociocultural e religioso-ética, conhecendo diferentes etapas fisiológicas: infância, adolescência, idade adulta e senilidade

É na adolescência que a vivência desta sexualidade se torna mais marcante e evidente, já que nesta etapa *“... ocorre aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudança da composição corporal, eclosão hormonal, envolvendo hormônios sexuais e evolução da maturidade sexual,... Paralelamente às mudanças corporais, ocorrem as psicoemocionais...”* fazendo *“... com que o adolescente viva intensamente sua sexualidade, manifestando-a muitas vezes através de práticas sexuais desprotegidas, podendo se tornar um problema...”*. (Camargo; Ferrari, 2008)

É a puberdade que vai iniciar o processo de desenvolvimento da adolescência. *“Com a produção das hormonas sexuais e com o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, a curiosidade sexual intensifica-se.”* (Sampaio et al, 2007) Surge deste modo a maturação sexual,

com o aparecimento da menarca nas meninas e com a 1ª ejaculação nos meninos. Podemos, então, afirmar que a partir deste marco eles se tornam seres sexuais férteis e, por isso, podem procriar.

A resposta sexual do jovem vai desenvolver-se mediante uma interação de quatro factores / dimensões de ordem psicosexual: a identidade sexual, a identidade de género, a orientação sexual e o comportamento sexual.

*“A identidade sexual é o padrão definido pelas características biológicas e sexuais, que formam um conjunto coerente: através dos cromossomas, genitais internos e externos, hormonas e caracteres sexuais secundários, o indivíduo não tem (na grande maioria dos casos) dúvidas acerca do seu sexo... A identidade de género está relacionada com o sentido de ser masculino ou feminino e estabelece-se muito precocemente na infância, cerca dos 2 ou 3 anos... A orientação sexual descreve o objecto dos impulsos sexuais... Na puberdade e na fase média da adolescência, podem surgir dúvidas transitórias sobre a orientação sexual, até que esta se consolide.”* (Sampaio et al, 2007) O importante é respeitar as diferenças e encarar com tranquilidade os momentos de dúvidas assumindo sempre uma posição em que não se precisa decidir tudo hoje.

*“O comportamento sexual inclui o desejo, as fantasias ligadas à sexualidade, o auto-erotismo, a procura de parceiros e, de um modo geral, todas as tentativas com o objectivo de obter gratificação de necessidades sexuais.”* (Sampaio et al, 2007)

A educação sexual que promovemos deve cooperar para a promoção de uma vivência sexual autónoma, responsável e gratificante do jovem. Deste modo é também importante informar que existem riscos do início de uma actividade sexual sem protecção.

*“As relações sexuais desprotegidas, para além do risco de gravidez, expõem ambos os intervenientes às ...”*(Marreiros, 2002) infecções sexualmente transmissíveis (IST's).

A prática do sexo seguro é a forma mais eficaz de prevenção das IST's. Deve sempre destacar-se a promoção da saúde e as condutas preventivas, enfatizando-se a distinção entre as formas de contacto que condicionam o aumento do risco de contágio ou aquelas que não envolvem qualquer forma de risco.

A promoção da saúde e o respeito mútuo vinculam-se à valorização da vida e são conteúdos importantes a serem sublinhados devendo conduzir a atitudes responsáveis, solidárias,

enfazando-se o convívio social e atitudes não discriminatórias em relação às pessoas com IST's.

A gravidez indesejada na adolescência é aquela que não foi desejada no momento da sua concepção, independentemente do uso ou não de contracepção. Por exemplo, a gravidez é considerada indesejada pelos adolescentes na medida em que muitos deles ainda não concluíram a sua formação, não são economicamente independentes e nem estão física e emocionalmente preparados para a paternidade e maternidade, o que denota que ainda não alcançaram a maturidade.

A gravidez na adolescência, para além das consequências médicas (incluindo a saúde mental), físicas, psicológicas, educacionais, sócio-económicas, traduz-se em implicações negativas na qualidade de vida futura dos adolescentes, com diminuição das suas oportunidades de emprego/carreira profissional.

A gravidez constitui por si só uma fase de profunda mudança, já que não resultou de um desejo assumido de duas pessoas, nem dum projecto de vida consistente. Na sua maioria não é bem aceite pelos pais dos adolescentes e, principalmente, no contexto de uma sociedade cidadina, podendo a rejeição ser experienciada pela adolescente.

É fundamental que os métodos contraceptivos sejam recursos usados no sentido de evitar uma gravidez. A escolha destes vai depender de cada situação pessoal e por isso exige aconselhamento por um profissional de saúde. Apesar de existirem várias formas de evitar que o espermatozóide encontre o óvulo, alguns métodos são mais seguros e oferecem mais vantagens que outros. Além disso, é apropriado saber que unicamente o preservativo previne o contágio das IST's.

*“A educação para uma sexualidade responsável está a cargo de todos, pais, escola, saúde e sociedade em geral e só com a colaboração de todos será possível obter resultados positivos. A educação é um processo que ocorre num continuum..., cujo objectivo principal é preparar os jovens para a tomada de decisões conscientes e responsáveis.” (Bóia, 2008)*

Neste sentido, o papel do profissional de saúde assume uma posição de excelência com o dever de preparar os jovens para o exercício pleno e gratificante da sua sexualidade, minorando os riscos que dela podem advir. Neste âmbito, torna-se crucial dotar o jovem de

informação acerca da sua própria saúde e de competências que o habilitem para uma progressiva auto-responsabilização, para que a sua tomada de decisão seja livre, informada e fundamentada.

Neste contexto, os recursos existentes na comunidade assumem particular importância, pelo que devem ser divulgados, já que o seu funcionamento é assegurado por profissionais competentes e com formação científica aprofundada nas áreas da educação para a saúde e educação sexual.

Finalizando, é de fulcral importância assinalar que é nesta área da educação para a saúde que o enfermeiro possui a sua grande arma no sentido de demonstrar o seu verdadeiro papel na comunidade e obter ganhos em saúde. Deste modo, todo o enfermeiro é, por inerência das suas funções, um educador para a saúde, já que cuidar é também educar, e educar para prevenir.

## 2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO



A definição de saúde mais difundida é a encontrada no preâmbulo da Constituição da OMS, sendo um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença.”. Dentro desta perspectiva, a Educação para a Saúde deve ter como finalidade a preservação da saúde individual e colectiva.

*“A promoção da educação para a saúde em meio escolar é um processo em permanente desenvolvimento para o qual concorrem os sectores da Educação e da Saúde. Este processo contribui para a aquisição de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontar-se positivamente consigo próprios, construir um projecto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis. A promoção da educação para a saúde na escola tem, também, como missão criar ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania activa”. (Protocolo Entre O Ministério Da Educação E O Ministério Da Saúde, 2006).*

É de fulcral importância que as acções de educação para a saúde sejam desenvolvidas e dinamizadas por um professor coordenador nomeado e com formação científica adequada, tendo este uma colaboração estreita com o centro de saúde respectivo, nomeadamente os enfermeiros responsáveis pela saúde escolar.

Mediante este trabalho de parceria, foi-nos proposta a elaboração de um projecto denominado “**Sexualidade Saudável**” pelas enfermeiras Alexandra Correia e Graça Fonseca, responsáveis pela Saúde Escolar da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Senhora da Hora, a desenvolver no Agrupamento de Escolas da Senhora da Hora nº2.

*“A adolescência é um período do desenvolvimento humano que decorre aproximadamente, dos 12 aos 19 anos de idade (segundo a OMS), caracterizado por uma revolução biopsicossocial. É um período de grande crescimento e transformações, onde tudo é vivido intensamente.” (Oliveira, 2008)*

Na adolescência, a vivência da sexualidade torna-se mais evidente. Muitas vezes, manifesta-se através de práticas sexuais inseguras, podendo tornar-se um risco devido à falta de informação, tabus ou mesmo pelo medo de assumi-la.

Assim, desenvolvemos um diagnóstico de situação dos adolescentes do ensino secundário desta escola, aplicando um questionário, com o intuito de analisarmos o seu conhecimento acerca da sexualidade, gravidez indesejada, recursos na comunidade na área da saúde sexual e reprodutiva, métodos contraceptivos e IST's.

Inicialmente entregou-se o questionário na escola e foi obtido, de imediato, o consentimento para a sua aplicação, pelo Conselho Pedagógico da mesma.

Prontamente, foi aplicado às turmas, pelo professor, na sala de aula, de modo anónimo e voluntário.

O questionário abrangeu 120 alunos do ensino secundário de sete turmas (12<sup>º</sup>A, 12<sup>º</sup>B, 12<sup>º</sup>C, 12<sup>º</sup>D, 12<sup>º</sup>E e 3<sup>º</sup>A e 3<sup>º</sup> B dos cursos profissionais de Técnico de Apoio à Infância e Técnico de Gestão e Equipamento Informático) com uma idade média de 17 anos. Foram preenchidos 120 questionários, sendo 59 do sexo feminino e 59 do sexo masculino. Apenas dois estudantes não identificaram o seu género.

Foi considerado importante o uso de um método contraceptivo numa relação sexual por 98% dos adolescentes. Os métodos mais nomeados foram o preservativo e a pílula. Cerca de 78% acham que se deve recorrer ao centro de saúde para pedir aconselhamento acerca do método contraceptivo.

No sentido de esclarecerem dúvidas relacionadas com a sexualidade referem, maioritariamente, falar com os pais (42,5%), com os amigos (33%), consultar um profissional de saúde (43%) e consultar a internet (40%).

É de salientar que 95,8% sabem quais os riscos de uma relação sexual não protegida, indicando uma gravidez indesejada e as IST's.

Relativamente à definição do conceito de sexualidade, a maioria (83,3%) assume que o comportamento sexual humano representa a forma mais profunda e completa de contacto e comunicação amorosa entre seres humanos, independentemente do seu género.

■ **Temas com melhores níveis de conhecimentos: (acima de 75% acertaram)**

- Função da pílula;
- Função do preservativo;
- Falibilidade do coito interrompido;
- Probabilidade de contágio do VIH;
- Conhecimento da existência de CAJ;
- Conceito de IST's.

■ **Temas com níveis razoáveis de conhecimentos: (entre 50% e 74%)**

- Objectivo da consulta de PF;
- Conhecimento de IST's.

■ **Temas com níveis insuficientes de conhecimentos (entre 25% e 49%)**

- Contracepção de emergência.

Após análise dos resultados, realizamos uma acção de educação para a saúde com o tema Sexualidade Saudável e orientamos o nosso percurso atendendo às necessidades encontradas, com o objectivo de colmatar as dúvidas / dificuldades.



### **3. OBJECTIVOS**

De acordo com Imperatori (1993), a fixação de objectivos constitui uma “(...) etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correcta e quantificada fixação de objectivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa”. Segundo Tavares (1992), “não interessam objectivos vagos, de âmbito alargado, impossíveis de serem atingidos na prática e portanto sem qualquer utilidade”.

Desta forma, foram delineados os seguintes objectivos gerais e específicos:

#### **OBJECTIVOS GERAIS**

- Contextualizar a sexualidade na adolescência;
- Informar acerca dos recursos existentes na comunidade na área da saúde sexual e reprodutiva;
- Compreender a importância da contraceção na prevenção de comportamentos de risco.

#### **OBJECTIVOS ESPECÍFICOS**

- Definir o conceito de sexualidade;
- Conhecer as quatro dimensões da sexualidade;
- Indicar os recursos da comunidade na área da sexualidade;
- Definir a consulta de Planeamento Familiar (PF);
- Conhecer as actividades de uma consulta de PF;
- Descrever comportamentos de risco;
- Evidenciar consequências da gravidez na adolescência;
- Estimular competências responsáveis sobre a contraceção;
- Informar acerca dos métodos contraceptivos mais adequados à adolescência;

- Explicar vantagens e desvantagens dos métodos contraceptivos;
- Definir IST's;
- Identificar meios de transmissão;
- Explicar formas de prevenção.

#### **4. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS**

De forma a atingir os objectivos delineados, foram seleccionados para a acção de formação os seguintes conteúdos:

- Contextualização da sexualidade na adolescência;
- Identificação dos riscos de uma relação sexual desprotegida;
- Consequências da gravidez na adolescência;
- Informação dos recursos existentes na comunidade na área da saúde sexual e reprodutiva;
- Importância dos métodos contraceptivos;
- Identificação de IST's e meios de transmissão.



## **5. METODOLOGIA**

O método a utilizar nesta acção de formação será uma combinação do método expositivo e do método exploratório.

O método expositivo compreende a transmissão de informação e é unidireccional, passivo e estruturado.

O método exploratório incita à exploração e descoberta através da interacção, e ao contrário do método expositivo, encoraja e facilita a troca de informação nos dois sentidos. (Collins, 2004; Amin, 2003)

Dado o conteúdo teórico do tema e a população da sessão, será essencialmente utilizado o método exploratório proporcionando uma interacção e partilha de ideias e experiências, com o objectivo também de captar a atenção do público alvo.



## 6. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE

A data para a realização desta Acção de Educação para a Saúde será nos dias 8, 9, 11 e 16 de Novembro de 2010. A escolha da data prendeu-se essencialmente pelo facto da escola ter pedido às enfermeiras responsáveis pela saúde escolar, no sentido de ser durante a aula de cada turma tornando-se uma sessão mais particular e personalizada para os estudantes se sentirem à vontade a questionarem dúvidas.

Previamente, será divulgada a acção de formação pela escola, de forma a permitir que todos os alunos envolvidos tomem conhecimento.

Os recursos a utilizar para a realização da acção de formação são:

- **Recursos Humanos:** 3 alunas do 3º Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do ICS da UCP do Porto com a orientação de 2 enfermeiras responsáveis pela Saúde Escolar da UCC Senhora da Hora;
- **Recursos Físicos:** Salas de aula do Agrupamento de Escolas da Senhora da Hora nº2;
- **Recursos materiais:** um computador portátil; um projector; colunas de som; métodos contraceptivos; panfletos dos recursos na comunidade;
- **Recursos Financeiros:** suportados pela UCC Sra Hora.

### 6.1 - Plano de Actividade da Acção de Educação para a Saúde: “Sexualidade Saudável”.

|  |   |
|--|---|
| Formadores: Patrícia Mendes, Sandra Ferreira e Vanessa Fernandes, Alunas do MESIP-ICS/UCP, Estágio de Módulo I | Grupo destinatário: Alunos do Agrupamento de Escolas da Senhora da Hora nº2 |
| Tema: “Sexualidade Saudável”   | Local: Salas de aula  |
| Duração: 90 min  | Data: 8, 9, 11 e 16 de Novembro de 2010                                     |
|  | Hora: a definir   |

|   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Contextualizar a sexualidade na adolescência;</b></li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir o conceito de sexualidade;</li> <li>• Clarificar as quatro dimensões da sexualidade;</li> <li>• Descrever comportamentos de risco;</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Informar acerca dos recursos existentes na comunidade na área da saúde sexual e reprodutiva;</b></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicar os recursos da comunidade na área da sexualidade;</li> <li>• Definir os objectivos e actividades de uma consulta de PF;</li> <li>• Evidenciar papel do profissional de saúde na Consulta de PF;</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Compreender a importância da contraceção na prevenção de comportamentos de risco;</b></li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular competências responsáveis sobre a contraceção;</li> <li>• Informar acerca dos métodos contraceptivos mais adequados à adolescência;</li> <li>• Explicar vantagens e desvantagens dos métodos contraceptivos;</li> <li>• Evidenciar consequências da gravidez na adolescência;</li> <li>• Definir IST's;</li> <li>• Identificar meios de transmissão;</li> <li>• Explicar formas de prevenção.</li> </ul> |

| <b>FASES   TEMPO</b>        | <b>CONTEÚDO</b>  | <b>MÉTODOS E TÉCNICAS</b>                          | <b>RECURSOS DIDÁCTICOS</b>                      | <b>AVALIAÇÃO</b> |
|-----------------------------|--|--|---|------------------|
| <b>INTRODUÇÃO</b><br>20 MIN | Apresentação da acção de formação;<br>Referência aos conteúdos que irão ser abordados;<br>Motivação para o tema;<br>Visualização de um filme "Sexualidade Saudável". | <b>Método Expositivo</b><br>(Técnica de Exposição) | <b>Projectáveis:</b><br>Computador e projector. | <b>Formativa</b> |

|   |   |  |  |                         |
|---|---|--|--|-------------------------|
| <p><b>DESENVOLVIMENTO</b></p> <p>55 MIN</p> | <p>Contextualização da sexualidade na adolescência;<br/> Identificação dos riscos de uma relação sexual desprotegida;<br/> Consequências da gravidez na adolescência;<br/> Informação dos recursos existentes na comunidade na área da saúde sexual e reprodutiva;<br/> Importância dos métodos contraceptivos;<br/> Identificação de IST's e meios de transmissão.</p> | <p><b>Método Expositivo</b><br/> (Técnica de Exposição)</p> <p><b>Método Exploratório</b><br/> (Técnica interactiva e explorativa)</p> | <p><b>Projectáveis:</b><br/> Computador e projector.</p> | <p><b>Formativa</b></p> |
| <p><b>CONCLUSÃO</b></p> <p>15 MIN</p>       | <p>Resumo dos conteúdos apresentados;<br/> Realização de um jogo de perguntas para discussão e esclarecimento de dúvidas;<br/> Avaliação da acção de formação através de questionário;<br/> Distribuição de panfletos dos recursos existentes na comunidade na área da sexualidade.</p>   | <p><b>Método Expositivo</b><br/> (Técnica de Exposição)</p> <p><b>Método Exploratório</b><br/> (Técnica interactiva e explorativa)</p> | <p><b>Projectáveis:</b><br/> Computador e projector.</p> | <p><b>Somativa</b></p>  |



## **7. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO**

A avaliação assume-se como um momento fulcral do processo formativo, de forma a compreender o sucesso da formação.

A aplicação de um pré-teste no sentido de realizar uma avaliação diagnóstica dos conhecimentos dos participantes da sessão relativamente ao tema foi realizada previamente à nossa acção de educação para a saúde. Este foi entregue por um professor na sala de aula e a sua resposta foi de forma anónima e voluntária.

Ao longo da formação, a avaliação formativa irá fornecer-nos dados sobre o decorrer da formação, nomeadamente a necessidade de incidir mais em algum conteúdo e, no final, a avaliação somativa.

De forma a proceder à avaliação da acção de formação, aplicamos um questionário semelhante ao inicial com o objectivo de compreender se a informação foi assimilada.



## 8. CONCLUSÃO

A vivência da sexualidade na adolescência torna-se mais marcante e evidente, encontrando-se relacionada com o normal desenvolvimento físico do adolescente em associação com influências psicológicas, socio-culturais e religiosas / éticas. O jovem vive de modo intenso a sua sexualidade e assume uma série de comportamentos de risco daí a importância da prevenção na adolescência.

É aqui importante o primordial papel da educação para a saúde já que esta assume “... a maior importância na actualidade portuguesa...” já que somos um país que possui uma “... elevada prevalência de IST, com destaque para a infecção pelo VIH, a patologia do colo do útero; onde a taxa de gravidez adolescente, sobretudo nas idades mais jovens, continua elevada e constitui um factor de risco psicossocial a ter em conta; e onde as primeiras relações sexuais ocorrem, muitas vezes, após a utilização de álcool ou drogas, não raro associadas a outros comportamentos de risco,...”. (Sampaio et al, 2007)

Neste contexto, a escola é um palco excelente para promover a mudança e adopção de comportamentos saudáveis.

A elaboração deste planeamento permitiu a estruturação da acção de formação que nos propomos desenvolver e é da nossa convicção que será de extrema importância para a concretização dos objectivos traçados.



## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amin Z. Overview of teaching and learning methods. Em: Basics in Medical Education. World Scientific Publishing Co, Singapura: 2003; 99-103;
- Bóia, Helena. O Conhecimento das Doenças Sexualmente Transmissíveis nos jovens adultos. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde. Porto, 2008;
- Camargo, Elisana; Ferrari, Rosângela. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. Brasil, 2008;
- Carvalho, Amâncio; Carvalho, Graça. Educação para a Saúde em Cuidados de Saúde Primários: Diagnóstico das dificuldades e necessidades de formação. 2002;
- Collins, J. (2004). Education Techniques for Lifelong Learning – Principles of Adult Learning; Radiographics 24:1483-1489. Disponível em: <http://radiographics.rsna.org/cgi/reprint/24/5/1483>;
- Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008. 1ª Edição. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2009;
- Dehne, Karl; Riedner, Gabriele. Sexually Transmitted Infections Among Adolescents – The Need For Adequate Health Services. Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH), World Health Organization. ISBN 92 4 156288 9. 2005;
- Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série) Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho. Programa Nacional de Saúde Escolar. Ministério da Saúde, 2006;
- Diniz, José; Albergaria, Margarida; Guerreiro, Cristina. Relatório – Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Subcomissão para Análise dos Manuais de Educação Sexual, 2007;
- Imperatori, E., Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais. (3ª edição). Lisboa: Edições da saúde – Escola Nacional de Saúde Pública, 77-78;
- Lei n.º 60 / 2009 de 6 de Agosto ( 1ª série) . Publicada em Diário da República n.º 151. Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, 2009;
- Marreiros, Maria. Relações Sexuais Precoces E Comportamentos De Risco Nos Adolescentes. Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto, 2002;
- Martins, Maria. Um Olhar Sobre a Saúde Reprodutiva em Portugal: O Passado, o presente, que futuro. VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra, 2004;

- Matos, M.; Simões, C.; Tomé, G.; Silva, M.; Gaspar, T.; Diniz, J.; Equipa do Projecto Aventura Social. Indicadores De Saúde Dos Adolescentes Portugueses – Relatório Preliminar HBSC 2006. Aventura Social & Saúde. Lisboa, 2006;
- Oliveira, Carlos. “Saúde e Sexualidade na Adolescência”. Formação Pedagógica Inicial de Formadores – Proposta Intervenção Pedagógica. Figueira da Foz, 2008;
- Organização Mundial de Saúde *et al.* Planejamento Familiar - Um Manual Global Para Profissionais E Serviços De Saúde, 2007;
- Organización Mundial de la Salud. Capacitacion para Orientar Adolescentes en Sexualidad y Salud Reproductiva – Guia para los Facilitadores. Suiza, 1993;
- Protocolo Entre O Ministério Da Educação E O Ministério Da Saúde, Lisboa, 2006;
- Renaud, Michel. A Sexualidade Humana – Reflexão Ética. Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 1999;
- Ross, David; Dick, Bruce; Ferguson, Jane. Preventing HIV / AIDS in Young People – A Systematic Review Of The Evidence From Developing Countries. World Health Organization, 2006;
- Sampaio, Daniel; Baptista, Maria; Matos, Margarida; Silva, Miguel. Relatório Final – Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Lisboa, 2007;
- Tavares, A. (1992). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde (2ª edição). Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa.
- [www.apf.pt](http://www.apf.pt)
- [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- [www.juventude.gov.pt](http://www.juventude.gov.pt)
- [www.min-edu.pt](http://www.min-edu.pt)
- [www.who.int](http://www.who.int)

# ANEXOS



# ANEXO I

Apresentação “Sexualidade Saudável”



**SEXUALIDADE**

PATÍCIA MENDES | SANDRA CASTRO | VANESSA FERNANDES  
Sob orientação de: Enfermeira Alexandra Correia e Enfermeira Graça Fonseca

**Sexualidade**

*"SEXUALIDADE é uma energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados, é ser-se sensual e ao mesmo tempo ser-se sexual. Ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental."*

OMS - Organização Mundial de Saúde

**Sexualidade**

- DIMENSÃO RELIGIOSA E ÉTICA
- DIMENSÃO PSICOLÓGICA
- DIMENSÃO SÓCIO-CULTURAL
- DIMENSÃO BIO-FISIOLOGICA

**Sexualidade**

**PUBERDADE**

- ▶ Aparecimento dos Caracteres sexuais secundários
- ▶ Maturação sexual  
menarca  
1ª ejaculação

**Sexualidade**

**Sexualidade**

**Sexualidade**

**FECUNDAÇÃO**

**Sexualidade**


**Identidade sexual**  
Refere-se à atração sexual "típica" ou "atípica" que a pessoa sente, por um determinado sexo, ao longo da sua vida.  
Heterossexual  
Homossexual  
Bissexual

**Orientação sexual**


**Resposta sexual**  
Refere-se ao que a pessoa pensa sobre si própria, sobre a sua sexualidade, emoções de si e sobre as relações com outros.

**Relações estabelecidas**

**EXPRESSA-SE COM SINGULARIDADE EM CADA INDIVÍDUO!**

**Sexualidade** 


Afectos      Responsabilidade      Emoções

Pensamentos            Cumplicidade

Sentimentos      *Amor*      Partilha

Desejos      *Liberdade*

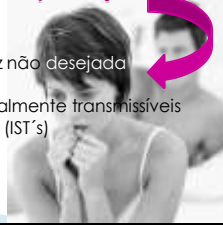
**Para uma vivência sexual autónoma, responsável e gratificante**


**Sexualidade** 

**Riscos do início da actividade sexual sem protecção**

Gravidez não desejada

Infecções sexualmente transmissíveis (IST's)



**Sexualidade** 

A **ESCOLHA** de um contraceptivo vai depender da tua situação pessoal e por isso exige aconselhamento por um profissional de saúde.


É o mais conveniente e eficaz?


Está adequado ao meu estilo de vida?

É reversível?

É um método acessível?


Existem riscos para a saúde?




**Sexualidade** 

**PARA UMA DECISÃO LIVRE E INFORMADA...**

**CENTRO DE SAÚDE SRA. HORA**  
 Consulta de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar  
 Consulta de Saúde Juvenil





**HORÁRIO**  
 Médico e Enfermeiro de família  
 Das 8 às 20h  
 SASU- 20-24H

**Sexualidade** 

**CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR**  
 OBJECTIVOS

- ▶ Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura;
- ▶ Regular a fecundidade segundo o desejo do casal;
- ▶ Preparar para a maternidade e a paternidade responsáveis;
- ▶ Reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil;
- ▶ Reduzir a incidência das ITS e as suas consequências, designadamente, a infertilidade;
- ▶ Melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos e da família.





**Sexualidade** 

**CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR**  
 ACTIVIDADES

- ▶ Informar sobre a anatomia e a fisiologia da reprodução;
- ▶ Facultar informação completa, isenta e com fundamento científico sobre todos os métodos contraceptivos;
- ▶ Fornecer, gratuitamente, os contraceptivos;
- ▶ Proceder ao acompanhamento clínico, qualquer que seja o método contraceptivo escolhido;
- ▶ Elucidar sobre as consequências da gravidez não desejada;
- ▶ Efectuar a prevenção, diagnóstico e tratamento das ITS;
- ▶ Efectuar o rastreio do cancro do colo do útero e da mama;
- ▶ Promover a adopção de estilos de vida saudáveis.




**Sexualidade** 





▶ **CAJ MATOSINHOS**  
 Segundas e Quintas  
 Das 16 às 19h

▶ **CAJ S. MAMEDE**  
 Quartas  
 Das 16 às 19h



**ANÓNIMO | CONFIDENCIAL | GRATUITO**

**Sexualidade** 

▶ **LINHAS TELEFÓNICAS DE APOIO** 

**SEXUALIDADE EM LINHA**  
**LINHA OPÇÕES** (LINHA DE APOIO E INFORMAÇÃO SOBRE GRAVIDEZ NÃO DESEJADA)  
**ILGA** (LINHA DE APOIO E INFORMAÇÃO SOBRE HOMOSSEXUALIDADE)  
**LINHA SIDA, SOS SIDA**  
**LINHA SAÚDE 24**

▶ **INTERNET**  
[www.juventude.gov.pt](http://www.juventude.gov.pt)  
[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)  
[www.apf.pt](http://www.apf.pt)

## Sexualidade


# MÉTODOS CONTRACEPTIVOS



## Sexualidade

# MÉTODOS HORMONAIS

## Sexualidade



- ▶ **A PÍLULA** é um método que, através da acção hormonal, inibe a ovulação evitando a gravidez.
- ▶ É constituída por hormonas sexuais sintéticas: **contraceptivo oral combinado - COC** (estrogénio - progestagénio) e **progestativo oral - POC** (progestagénio).

**EFICÁCIA:** 0,1 a 1 gravidezes ano /100 mulheres (99-99,9%)

## Sexualidade

- ▶ **Contraceptivo oral combinado - COC:** Iniciar preferencialmente no 1º dia do ciclo. Tomar o comprimido diariamente e à mesma hora, durante 21 dias. Interromper 7 dias. Recomeçar nova embalagem.
- ▶ **Progestativo oral - POC:** Iniciar preferencialmente no 1º dia do ciclo. Tomar o comprimido diariamente e à mesma hora, recomeçando uma nova embalagem, sem interrupção.

## Sexualidade

### Vantagens

- ▶ Não interfere na relação sexual ;
- ▶ Pode regularizar os ciclos menstruais ;
- ▶ Melhora a tensão pré-menstrual e a dismenorreia ;
- ▶ Não afecta a fertilidade ;
- ▶ Diminui o risco de doença inflamatória pélvica ;
- ▶ Reduz em 50% o risco de cancro do ovário e do endométrio.

## Sexualidade

### Desvantagens

- ▶ Não previne contra as IST's;
- ▶ Exige o compromisso diário, isto é, uma utilização correcta e regular.





## Sexualidade

### Precauções

- ▶ Esquecimento
- ▶ Vômitos
- ▶ Diarreia
- ▶ Associação com outros medicamentos




**Sexualidade** 



▶ **O ANEL VAGINAL** é um método contraceptivo hormonal feito de plástico transparente e flexível;


- ▶ É colocado pela própria mulher na vagina e deve ser mantido durante 21 dias;
- ▶ Colocar novo anel após 7 dias.

**EFICÁCIA:** 0,4 a 1,2 gravidezes ano /100 mulheres

**Sexualidade** 


**Vantagens**

- ▶ Não interfere no acto sexual;
- ▶ É um método reversível;
- ▶ Propensão para períodos mais curtos e regulares ;
- ▶ Retorno rápido aos níveis de fertilidade anteriores à utilização do anel ;
- ▶ Pode ter outros efeitos benéficos para a saúde, como a protecção contra os cancros dos ovários ou do colo do útero;
- ▶ Previne também o aparecimento de quistos nos ovários.

**Sexualidade** 

**Desvantagens**

- ▶ Não previne contra as IST's;
- ▶ Pode haver perda ou aumento de peso;
- ▶ Podem provocar irritação vaginal.



**Sexualidade** 




▶ **O IMPLANTE** é um método contraceptivo hormonal de longa duração;

- ▶ A sua inserção é feita no antebraço por um profissional especializado. É um procedimento simples e é necessário o uso de anestesia local;
- ▶ O seu efeito pode prolongar-se 3 a 5 anos e a sua remoção deve ser feita também por um médico. É recomendável para as mulheres que estejam a ponderar a esterilização, mas ainda não tomaram a decisão final.


**EFICÁCIA:** 0 a 0,07 gravidezes por ano /100 mulheres (99,8%)

**Sexualidade** 

**MÉTODO BARREIRA**

**Sexualidade** 

▶ **O PRESERVATIVO** é o único método contraceptivo, que protege contra as infecções sexualmente transmissíveis e ao mesmo tempo previne a gravidez.



**EFICÁCIA:** 5 a 10 gravidezes ano /100 mulheres (90-95%)

**Sexualidade** 

**Vantagens**

- ▶ Protege das IST's e da gravidez não desejada;
- ▶ Não necessita de acompanhamento médico;
- ▶ Pode contribuir para minorar situações de ejaculação precoce;
- ▶ Ausência de efeitos secundários graves ou contra-indicações.




**Sexualidade** 

**Desvantagens**


- ▶ Podem surgir reacções alérgicas;
- ▶ Pode romper-se.




**Sexualidade** 

### CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA


- Comprimidos constituídos por combinações de hormonas sexuais sintéticas (estrogénio e progesterona);
- A "pílula do dia seguinte" **NÃO É MÉTODO CONTRACEPTIVO**, só deve ser usada em situações de emergência (até 72h após a relação sexual, tendo maior eficácia nas primeiras 24h);
- NÃO É ABORTIVA.**





**Sexualidade** 

### Considerações importantes


- Não protege contra as IST's;
- Não afecta a fertilidade;
- Pode ser adquirida gratuitamente nos Centros de Saúde e hospitais;
- Existem marcas de venda livre nas farmácias;
- É recomendável que se procure aconselhamento técnico antes ou após a sua utilização;
- Pode causar náuseas ou vómitos.




**Sexualidade** 

### Como se transmitem ?

- Mãe para filho ( gravidez e durante o parto)
- Contactos sexuais com vários parceiros
- Relações sexuais sem uso de preservativo




Esperma  
Secreções vaginais  
Sangue

**Sexualidade** 

### IST's mais frequentes



Tricomoníase  
Gonorreia  
Clamídia  
HPV  
Uretrite e vulvovaginite  
Sífilis  
Herpes genital  
Hepatite B  
Sida  
Pediculose púbica  
Candidíase


**Sexualidade** 

### Vírus do Papiloma Humano (HPV)

Existem mais de 100 tipos de HPV.

**Pode causar:**


- Condilomas
- Verrugas genitais
- Câncer do colo do útero




**Factores de risco:**

- Relações sexuais muito precoces
- Elevado nº de parceiros
- Tabagismo

**A vacina está contemplada no Plano Nacional de Vacinação.**

**Sexualidade** 

### Clamídia



- Infecção pela bactéria Chlamydia trachomatis
- Sintomas:
  - Mulher: Dor pélvica  
Corrimento vaginal mucopurulento  
Dor a urinar e na relação sexual
  - Homem: Eritema e dor à palpação do meato  
Prurido  
Ardor ou dor ao urinar  
Corrimento uretral

**Infecções repetidas podem causar Doença Inflamatória Pélvica Esterilidade**

**Sexualidade** 

**SIDA**  
(Síndrome de Imunodeficiência Adquirida)

**Sintomas tardios:**

- Anemia
- Febre
- Perda de peso
- Alterações imunitárias

**Transmissão:**

- Sangue
- Esperma
- Secreções vaginais
- Via placentária / Leite materno

Infecções generalizadas  
Morte




1 **MITO**

O coito interrompido é um método contraceptivo eficaz!

2 **MITO**

Nunca se pode engravidar na primeira relação sexual.

3 **REALIDADE**

Qualquer pessoa pode estar infectada com uma IST.

4 **MITO**

Não se pode engravidar no período menstrual.



**DECIDE  
O TEU FUTURO,  
ESCOLHE A VIDA!**

# ANEXO II

## Questionário Inicial



# QUESTIONÁRIO

Somos um grupo de enfermeiras do Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa, a desenvolver um Estágio de Saúde Infantil e Pediatria na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Senhora da Hora

No âmbito da Saúde Escolar, foi-nos proposta a realização de uma Acção de Educação para a Saúde, subordinada ao tema Sexualidade. Este questionário tem como objectivo fazer o levantamento das vossas dúvidas e necessidades de informação, para que esta acção corresponda às vossas expectativas.

O questionário é anónimo e de fácil resposta, pelo que agradecemos a vossa colaboração.

## GRUPO I

1. Género:

- a. Feminino      b. Masculino

2. Idade: \_\_\_\_\_ anos

3. Área de Estudo: \_\_\_\_\_

4. Consideras importante usar um método contraceptivo numa relação sexual?

- a. Sim      b. Não

4.1. Se sim, qual ou quais ? \_\_\_\_\_

5. A quem, na tua opinião, se deve recorrer para pedir aconselhamento acerca do método contraceptivo?

- a. Centro de saúde
- b. Consulta privada (ginecologista)
- c. Pais
- d. Amigos
- e. Outros
- f. Centro de Atendimento e Jovens (CAJ)

**6.** O que fazes quando tens necessidade de esclarecer alguma dúvida ou tomar uma decisão relacionada com a sexualidade? Assinala as opções que achares adequadas.

- a. Falas com os teus pais
- b. Falas com os teus irmãos
- c. Falas com os teus amigos
- d. Consultas um profissional de saúde
- e. Consultas a internet
- f. Consultas livros da especialidade
- g. Outro

**7.** Sabes quais os riscos de uma relação sexual não protegida?

- a. Sim
- b. Não

Se respondeste sim, refere qual ou quais: \_\_\_\_\_

**8.** Quais dos seguintes temas gostarias de ver abordados na sessão, de um modo mais específico?

- a. IST's
- b. Sistema Reprodutor
- c. Métodos contraceptivos
- d. Orientação Sexual
- e. A primeira vez...
- f. Recursos disponíveis na comunidade
- g. Gravidez na adolescência
- h. Afectividade
- i. Outro \_\_\_\_\_

## GRUPO II

1. Das seguintes afirmações assinala a(s) que associas à sexualidade.

- a. A sexualidade expressa-se em várias dimensões, sendo a bio-fisiológica a mais importante.
- b. A sexualidade está intimamente ligada à estruturação do auto-conceito, da auto-estima e da concretização de um projecto de vida.
- c. Sexualidade é sinónimo de sexo.
- d. O comportamento sexual humano representa a forma mais profunda e completa de contacto e comunicação amorosa entre seres humanos, independentemente do seu género.
- e. A sexualidade implica ternura e intimidade.

2. Na tua opinião, quais os objectivos de uma Consulta de Planeamento Familiar? (assinala verdadeiro (V) ou Falso (F))

- a. Fornecer métodos contraceptivos.
- b. Permitir ao casal decidir quantos filhos quer, se os quer e quando os quer.
- c. Aconselhar a tua orientação sexual.

3. Das seguintes afirmações, assinala as que são Verdadeiras (V) ou Falsas (F).

- a. A pílula permite prevenir uma gravidez não desejada.
- b. A pílula permite prevenir infecções sexualmente transmissíveis (IST's).
- c. O preservativo protege das IST's e da gravidez indesejada.
- d. O preservativo deve ser colocado desde o início da relação sexual.
- e. O coito interrompido é uma forma eficaz de evitar uma gravidez.
- f. A vacina do Vírus do Papiloma Humano (HPV) está contemplada no Programa Nacional de Vacinação para o sexo masculino.
- g. O elevado número de parceiros sexuais é considerado um factor de risco para contrair uma IST.
- h. Pode-se contrair o VIH através de relações sexuais, sem preservativo, com uma pessoa infectada.
- i. Existe uma vacina que nos protege do VIH/SIDA.

- j. É um risco abraçar uma pessoa com SIDA.
- k. Quando se está infectado com VIH é para o resto da vida.
- l. Pode-se contrair o VIH através da comida e talheres.
- m. As pessoas infectadas com VIH podem afectar outros através do seu sangue.
- n. Em Portugal, não existem gabinetes de apoio à sexualidade, nem centros de apoio a jovens.

**4. A Contraceção de emergência: (escolhe a alínea verdadeira)**

- a. Pode ser utilizada até 48 horas após a relação sexual desprotegida, ou se o método anticoncepcional usado falhar;
- b. É abortiva;
- c. É um método contraceptivo eficaz;
- d. Está disponível no Centro de Saúde, na farmácia e nos Centros de Apoio a Jovens.

**5. Das seguintes afirmações, assinala a que na tua opinião define IST's:**

- a. São doenças contagiosas, cuja forma de transmissão é através das relações sexuais protegidas.
- b. Doenças que se transmitem através de inalação de partículas presentes no meio ambiente.
- c. Infecções que podem ser transmitidas, através de partilha de fluidos corporais (sangue, sémen, fluidos vaginais).

**6. Das seguintes alíneas indica qual (ais) a(s) que consideras IST's:**

- |                        |                           |              |
|------------------------|---------------------------|--------------|
| a. Sífilis             | b. Candidíase             | c. Gonorreia |
| d. Hepatite B          | e. SIDA                   | f. HPV       |
| g. Todas as anteriores | h. Nenhuma das anteriores |              |

# ANEXO III

## Questionário Final



**I. Das seguintes afirmações, assinala as que são Verdadeiras (V) ou Falsas (F).**

|   |  |
|---|--|
| A pílula permite prevenir uma gravidez não desejada.  |  |
| A pílula permite prevenir infecções sexualmente transmissíveis (IST's).   |  |
| O preservativo protege das IST's e da gravidez indesejada.  |  |
| O preservativo deve ser colocado desde o início da relação sexual.  |  |
| O coito interrompido é uma forma eficaz de evitar uma gravidez.   |  |
| A Contraceção de emergência pode ser utilizada até 48 horas após a relação sexual desprotegida, ou se o método anticoncepcional usado falhar. |  |
| A Contraceção de emergência encontra-se disponível no Centro de Saúde, nas farmácias e nos Centros de Apoio a Jovens.                         |  |
| A Contraceção de emergência é um método contraceptivo eficaz.   |  |
| A vacina do Vírus do Papiloma Humano (HPV) está contemplada no Programa Nacional de Vacinação para o sexo masculino.                          |  |
| O elevado número de parceiros sexuais é considerado um factor de risco para contrair uma IST.   |  |
| As IST's são doenças contagiosas, cuja forma de transmissão é através das relações sexuais protegidas.  |  |
| Existe uma vacina que nos protege do VIH/SIDA.  |  |
| Um dos objectivos de uma Consulta de Planeamento Familiar é o fornecimento de métodos contraceptivos.   |  |
| Um dos objectivos de uma Consulta de Planeamento Familiar é permitir ao casal decidir quantos filhos quer, se os quer e quando os quer.       |  |

**2. Por favor, indica com um X no quadrado que mais se adequa à tua resposta, segundo a legenda: (1) Nada adequada; (2) Pouco adequada; (3) Adequada; (4) Bastante adequada; (5) Muito adequada.**

|  | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| A duração da sessão foi:   |          |          |          |          |          |
| A profundidade dos conteúdos foi:                                |          |          |          |          |          |
| A clareza da apresentação da acção de educação para a saúde foi: |          |          |          |          |          |
| Os conteúdos abordados na acção de educação para a saúde foram:  |          |          |          |          |          |
| A informação transmitida foi:                                    |          |          |          |          |          |
| No global acha que esta acção de educação para a saúde foi:      |          |          |          |          |          |

# ANEXO IV

Panfleto: recursos da comunidade  
na área da Sexualidade



*Profissionais a quem  
podes recorrer*

*Apoio Técnico  
Enfermeiros  
Médicos  
Assistente social  
Psicólogo*



ULS MATOSINHOS  
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS



**Sexualidade  
Responsável**

*Informa-te*

*Proteje-te*

Elaborado por:  
Grupo de Enfermeiros de Saúde Escolar e Promoção  
da Saúde da ULS Matosinhos



## Contactos úteis

APF (Associação para Planeamento  
da Família) - Porto  
Rua Arnaldo Gama, nº 64 - 2º  
4000 - 049 Porto  
Tel.: 222 065 869  
E-mail: [apfporto@clju.pt](mailto:apfporto@clju.pt)



CAD Centro de Aconselhamento e Detecção  
precoce do VIH/SIDA - Porto

Rua da Constituição nº 1666

4250 - 208 Porto

Tel.: 228 317 515

E-mail: [cadporto@rszporto.min-saude.pt](mailto:cadporto@rszporto.min-saude.pt)

Horário: 2ª e 4ª das 14h às 20h

5ª das 8.30h às 20h

3ª e 6ª das 8.30h às 14h

CAJ

(Centros de Atendimento a Jovens)

Maternidade Júlio Dinis

Lg Maternidade Júlio Dinis

4050 - 371 Porto

Tel.: 226 063 137

Horário: 2ª, 4ª e 5ª das 13h  
às 16h

3ª das 9h às 13h

6ª das 13:30h às 15:30h



Casa da Juventude de Matosinhos

Av. D. Afonso Henriques, 487

4450-014 Matosinhos

Tel.: 229 398 090

Horário: 2ª e 5ª das 16h às 19.30h

Casa da Juventude de Santa Cruz do Bispo

Rua do Chouso 277 - 301

4455-803 Santa Cruz do Bispo

Horário: 6ª das 16h às 19.30

Casa da Juventude de S. Mamede de Infesta

Rua Silva Brinco, Nº 95

4465-266 SMI

Horário: 4ª das 16h às 19.00

Internet:

[www.apf.pt](http://www.apf.pt)

[www.juventude.gov.pt](http://www.juventude.gov.pt)

[www.enfermeiroonline.no.comunidades.net](http://www.enfermeiroonline.no.comunidades.net)

Linha SIDA - 800 266 666

Horário: 2ª e 6ª das 10h às 20h

Sábado das 14h às 20h

"Sexualidade em linha" - 800 222 003

E-mail: [sexualidade@ln.pt](mailto:sexualidade@ln.pt)

Horário: 2ª e 6ª das 12h às 19h

Sábado das 10h às 17h

"Linha de sexualidade segura"

800 202 120

Atendimento 24h

Sexualidade em atendimento (APF Porto)

222 001 798

Centro de Saúde

Consulta de Planeamento Familiar

Centro de Saúde de Matosinhos

Tel: 22 0914600

Centro de Saúde de Senhora da Hora

Tel: 22 9568000

Centro de Saúde de S Mamede Infesta

Tel: 22 9051400

Centro de Saúde de Leça do Palmeir

Tel: 22 9980000





# Avaliação da Acção de Educação para a Saúde

## ***“Sexualidade Saudável”***



Patrícia Mendes | Sandra Ferreira | Vanessa Fernandes

***Novembro 2010***

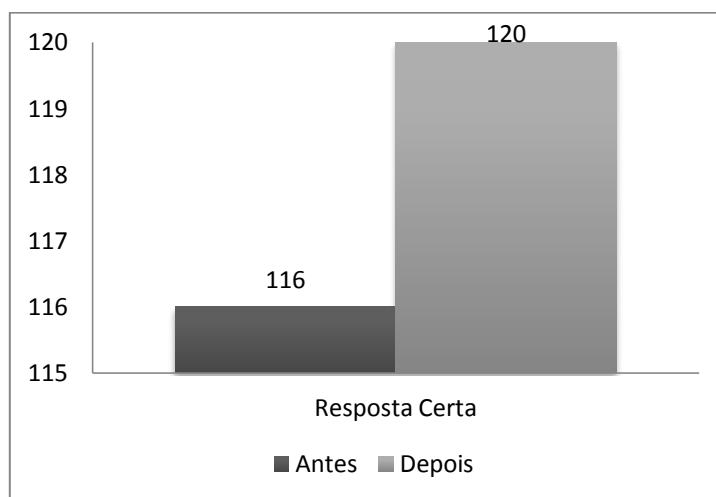
## GRUPO I

### (Avaliação de conhecimentos)

A avaliação constitui um momento de grande importância, de forma a corrigir ou melhorar comportamentos e técnicas de formação, para um maior sucesso. Tendo a sessão decorrido de acordo com o seu planeamento, segue-se a apresentação dos indicadores concebidos.

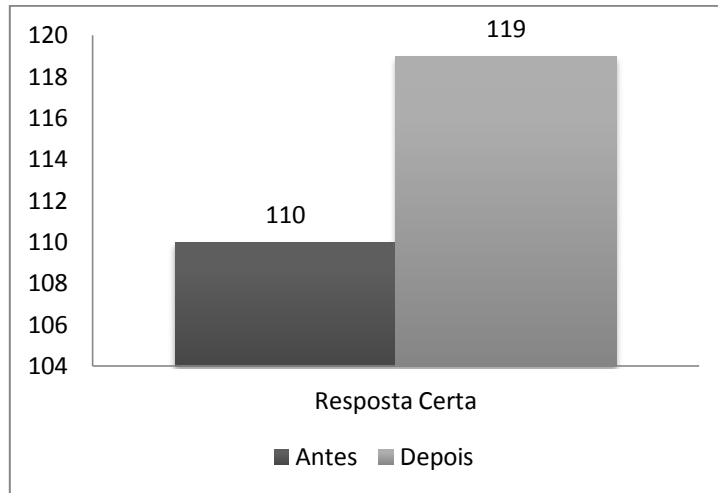
O indicador de actividade que estabelecemos para a avaliação dos conhecimentos dos alunos foi o nº de respostas certas pelo nº total de alunos (120) em comparação com o questionário inicialmente distribuído na escola de forma anónima e voluntária. Primeiramente este valor foi de 82% e no final da acção de educação para a saúde foi de 95%.

1 – A pílula permite prevenir uma gravidez não desejada:



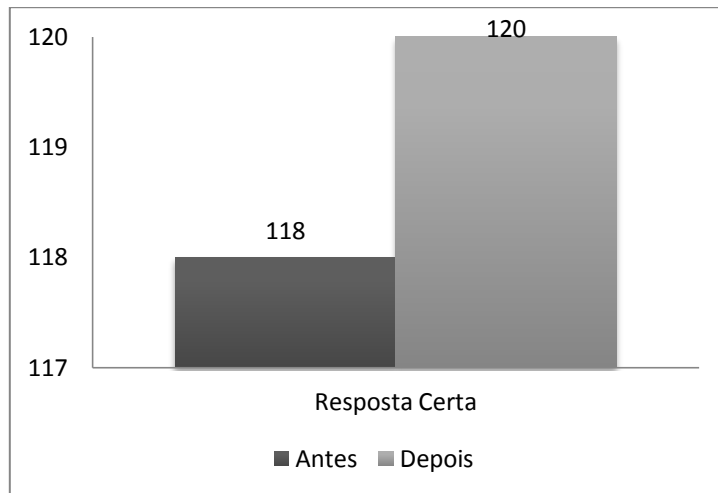
**Comentário:** Previamente à sessão 97% dos alunos acertaram na resposta e posteriormente todos (100%) consideraram que a pílula permite prevenir uma gravidez não desejada.

2 – A pílula permite prevenir infecções sexualmente transmissíveis (IST's):



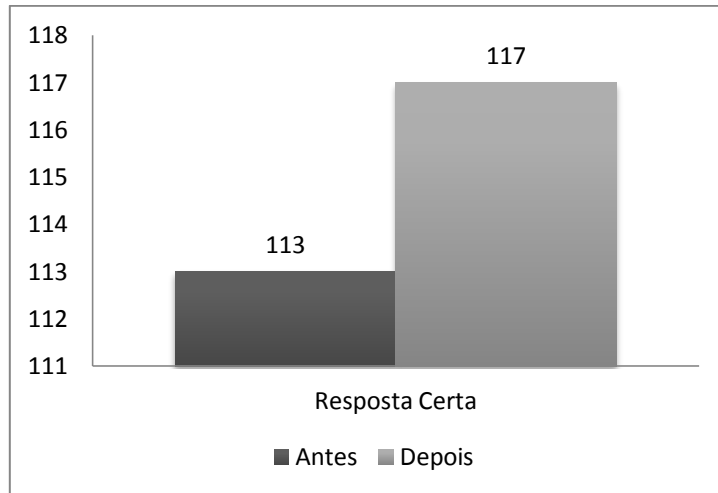
**Comentário:** Antecipadamente à sessão 92% dos jovens responderam correctamente e, após esta, 99% destes considerou que a pílula não permite prevenir IST's.

**3 – O preservativo protege das IST's e da gravidez indesejada:**



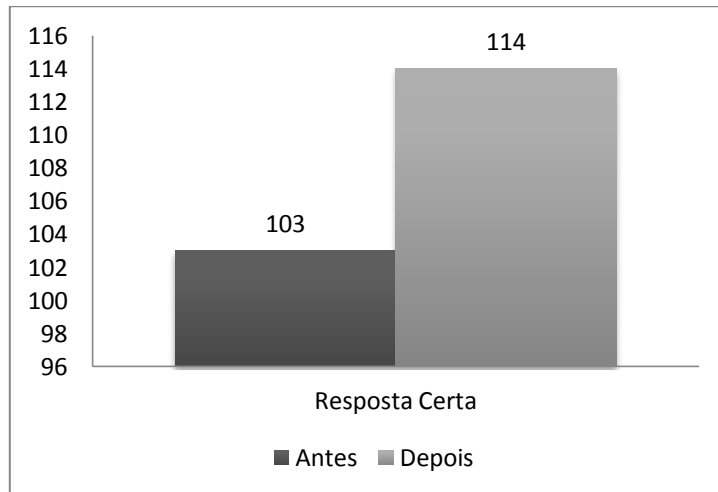
**Comentário:** Antes da acção de educação para a saúde 98% dos estudantes considerou que o preservativo protege das IST's e da gravidez indesejada e após a sessão todos (100%) o consideraram respondendo acertadamente.

**4 – O preservativo deve ser colocado desde o início da relação sexual:**



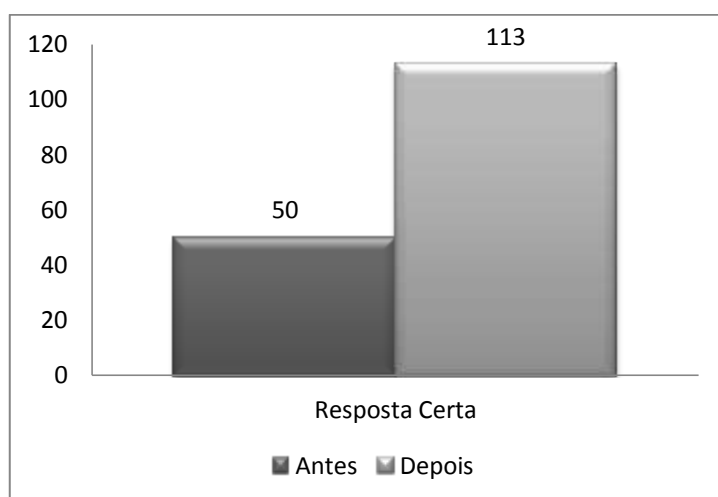
**Comentário:** Previamente à informação transmitida pelas profissionais de saúde, 94% dos adolescentes respondeu de modo correcto à pergunta e após a informação 98% considerou que o preservativo deve ser colocado desde o início da relação sexual.

**5 – O coito interrompido é uma forma eficaz de evitar uma gravidez:**



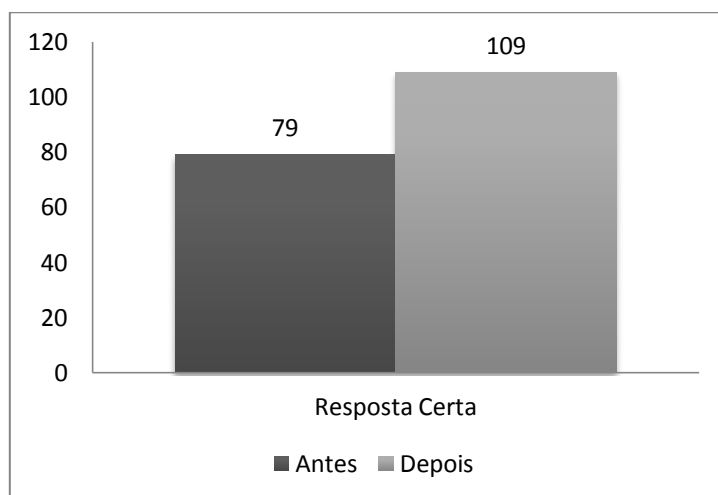
**Comentário:** Antecipadamente à sessão 86% dos jovens responderam correctamente e, após esta, 95% destes considerou que o coito interrompido não é uma forma eficaz de evitar uma gravidez.

**6 – A Contracepção de emergência só pode ser utilizada até 48 horas após a relação sexual desprotegida, ou se o método anticoncepcional usado falhar:**



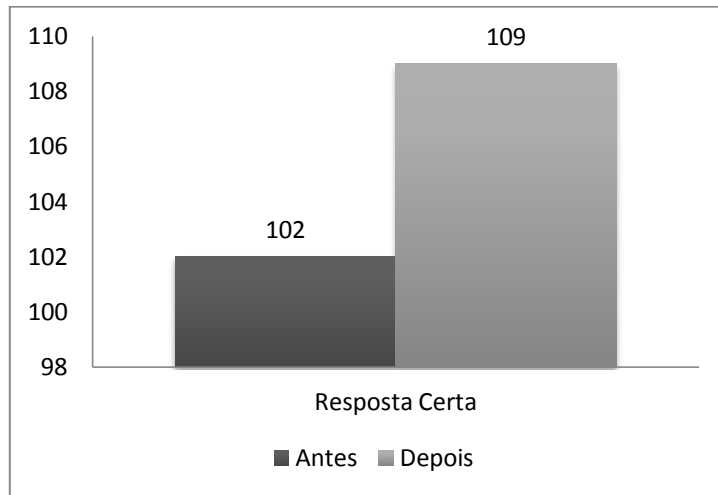
**Comentário:** Antes da acção de educação para a saúde 42% dos estudantes considerou que a contraceção de emergência não é apenas utilizada até 48h após a relação sexual desprotegida e após a sessão 94% também o considerou, respondendo acertadamente.

**7 – A Contraceção de emergência encontra-se disponível no Centro de Saúde, nas farmácias e nos Centros de Apoio a Jovens:**



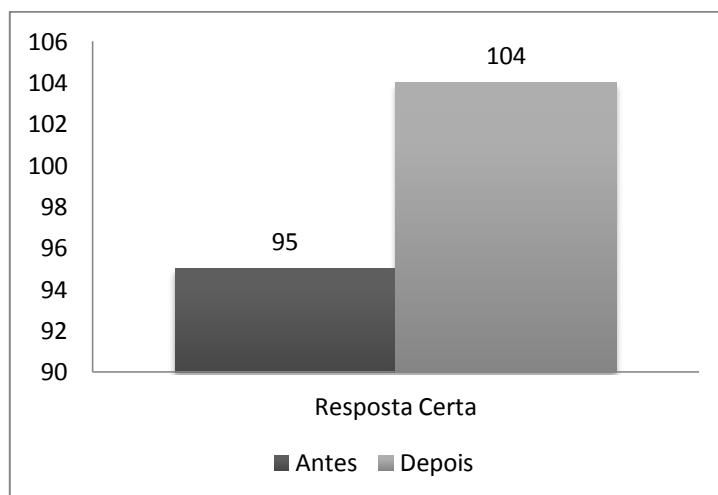
**Comentário:** Antecipadamente à sessão 66% dos jovens responderam correctamente e, após esta, 91% destes considerou que a Contraceção de emergência se encontra disponível nestes locais.

**8 – A Contraceção de emergência é um método contraceptivo eficaz:**



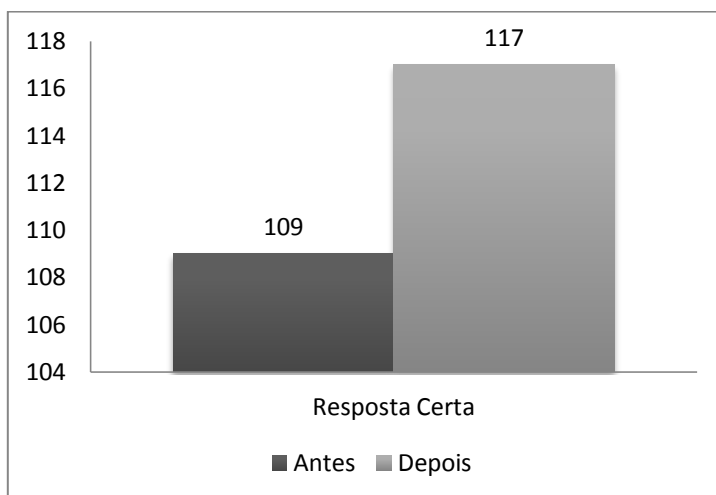
**Comentário:** Previamente à sessão 85% dos alunos acertaram na resposta e posteriormente a esta 91% consideraram, então, que a contracepção de emergência não é um método contraceptivo.

**9 – A vacina do Vírus do Papiloma Humano (HPV) está contemplada no Programa Nacional de Vacinação para o sexo masculino:**



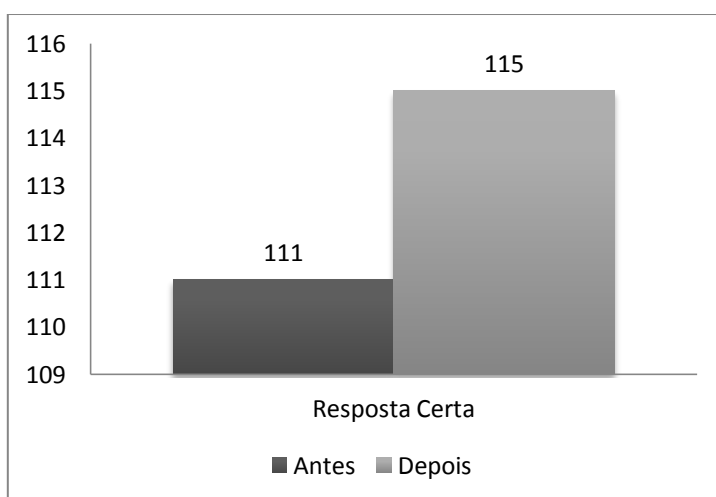
**Comentário:** Antecipadamente à sessão 79% dos jovens responderam correctamente e, após esta, 87% destes considerou que a vacina do HPV não está contemplada no Programa Nacional de Vacinação para o sexo masculino.

**10** – O elevado número de parceiros sexuais é considerado um factor de risco para contrair uma IST:



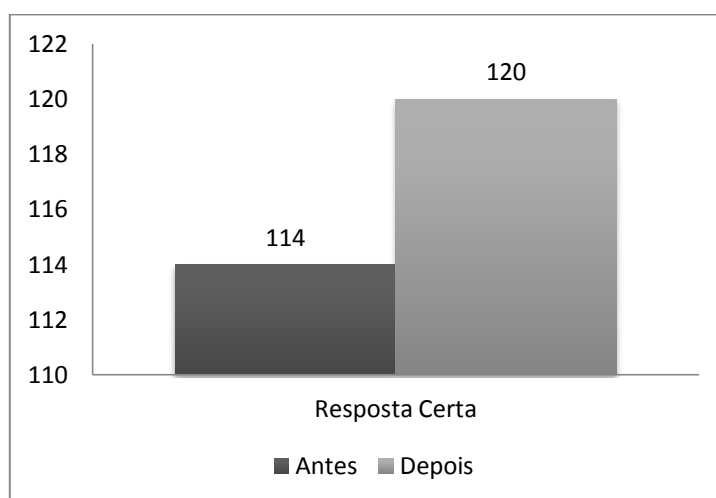
**Comentário:** Antes da acção de educação para a saúde 91% dos estudantes considerou que o elevado nº de parceiros sexuais é considerado um factor de risco para contrair uma IST e após a sessão 98% o consideraram, respondendo acertadamente.

**11** – As IST's são doenças contagiosas, cuja forma de transmissão é através das relações sexuais protegidas:



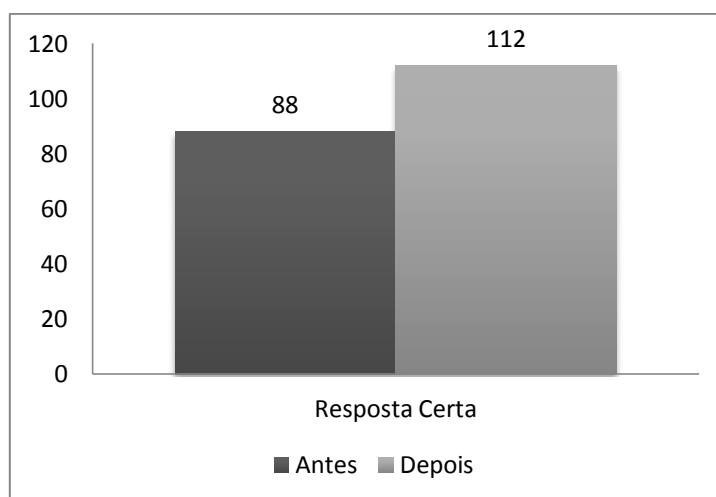
**Comentário:** Previamente à sessão 93% dos alunos acertaram na resposta e posteriormente 96% consideraram que as IST's não se transmitem através das relações sexuais protegidas.

**I2 – Existe uma vacina que nos protege do VIH/SIDA:**



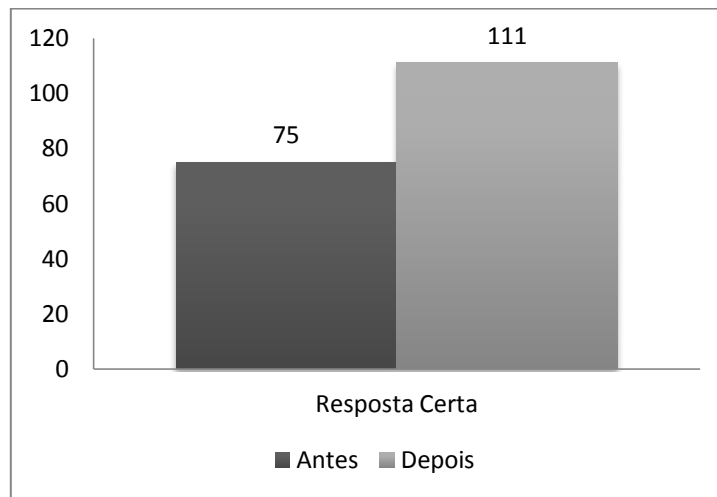
**Comentário:** Antecipadamente à sessão 95% dos adolescentes responderam correctamente e, após esta, todos (100%) consideraram que não existe uma vacina que nos protege do VIH.

**I3 – Um dos objectivos de uma Consulta de Planeamento Familiar é o fornecimento de métodos contraceptivos:**



**Comentário:** Antes da acção de educação para a saúde 73% dos estudantes considerou que um dos objectivos de uma consulta de PF é o fornecimento de métodos contraceptivos e após a sessão 93% o consideraram respondendo acertadamente.

**14** – Um dos objectivos de uma Consulta de Planeamento Familiar é permitir ao casal decidir quantos filhos quer, se os quer e quando os quer:

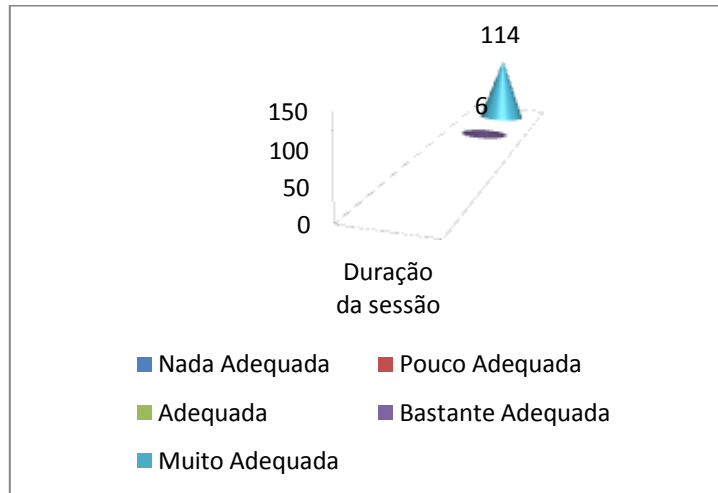


**Comentário:** Antes da acção de educação para a saúde 63% dos adolescentes considerou que um dos objectivos de uma consulta de PF é permitir ao casal decidir quantos filhos quer, se os quer e quando os quer e após a sessão 93% o consideraram respondendo acertadamente.

## GRUPO II

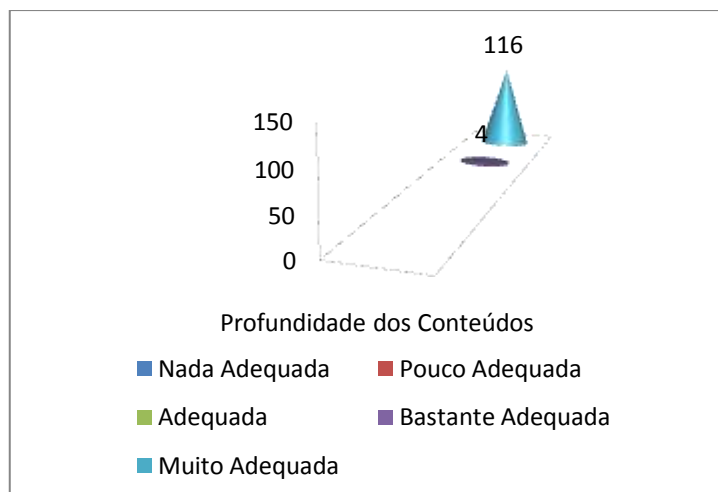
(Avaliação da formação / formador)

1 – A duração da sessão foi:



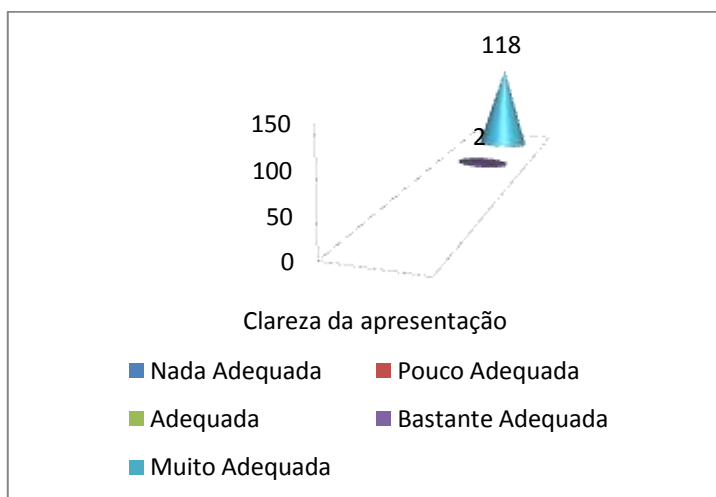
**Comentário:** Relativamente à duração da sessão, esta foi considerada muito adequada por 95% dos jovens e 5% considerou-a bastante adequada.

2 – A profundidade dos conteúdos foi:



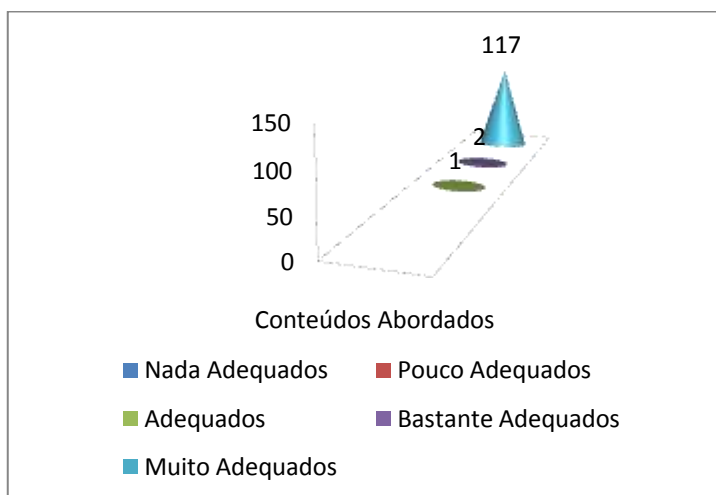
**Comentário:** De acordo com a profundidade dos conteúdos, foi avaliada como sendo muito adequada por 97% dos alunos e bastante adequada por 3%.

3 – A clareza da apresentação da acção de educação para a saúde foi:



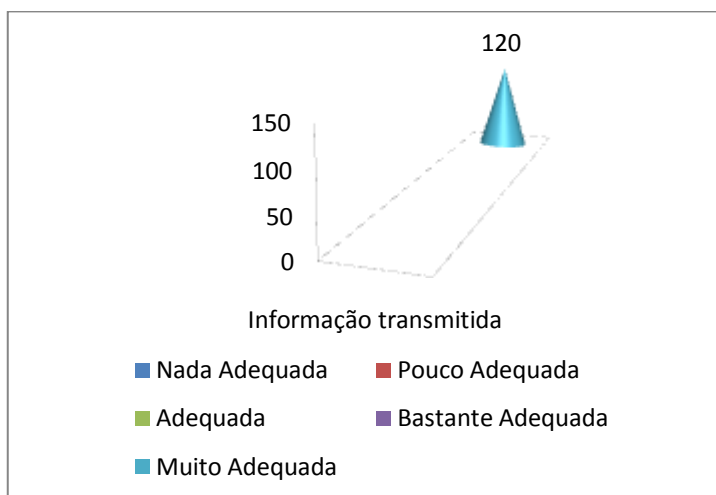
**Comentário:** No que diz respeito à clareza da acção de educação para a saúde, esta foi considerada por 98% dos estudantes muito adequada e bastante adequada por 2%.

4 – Os conteúdos abordados na acção de educação para a saúde foram:



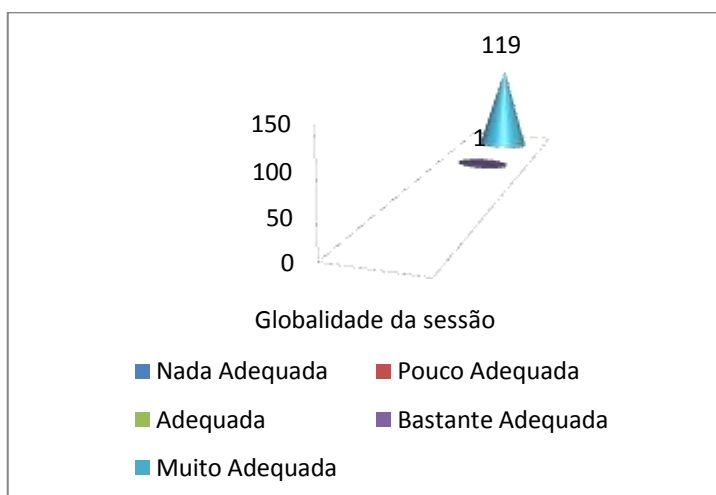
**Comentário:** Relativamente aos conteúdos abordados na acção de educação para a saúde, estes foram considerados muito adequados por 97,5% dos adolescentes.

5 – A informação transmitida foi:



**Comentário:** O gráfico demonstra claramente que todos os alunos consideraram que a informação transmitida foi muito adequada.

6 – No global acha que esta acção de educação para a saúde foi:



**Comentário:** De um modo global, e em síntese, a acção de educação para a saúde foi avaliada como bastante adequada por 99% dos jovens.

## **ANEXO IV**

Acção de Educação: **“Para Uma Vida Sem Fumo”**





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

Planeamento de uma Acção de Educação para a Saúde:

“Para Uma Vida Sem Fumo”

**PATRÍCIA MENDES**

**SANDRA FERREIRA**

**VANESSA FERNANDES**

**NOVEMBRO|2010**



**3º CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Ano Lectivo 2009/2010

Docentes orientadoras:

Enf.<sup>a</sup> Isabel Quelhas

Enf.<sup>a</sup> Constança Festas

Enfermeira Tutora:

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

**Planeamento**

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

**“Para Uma Vida Sem Fumo”**

**PATRÍCIA MENDES**

**SANDRA FERREIRA**

**VANESSA FERNANDES**

**NOVEMBRO | 2010**



## ÍNDICE

|  |         |
|--|---------|
| 0. INTRODUÇÃO.....   | 249     |
| 1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO.....  | 251     |
| 2. OBJECTIVOS.....   | 253     |
| 3. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS.....  | 251     |
| 4. METODOLOGIA.....  | 257     |
| 5. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE.....  | 259     |
| 5.1. Plano da Actividade da Acção de Educação para a Saúde: “Para Uma<br>Vida Sem Fumo”..... | 259     |
| 6. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO.....                                   | 263     |
| 7. CONCLUSÃO.....  | 265     |
| 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....   | 267     |
| <br>ANEXOS.....  | <br>269 |

### **Anexo I - Apresentação “Para Uma Vida Sem Fumo”**



## **0. INTRODUÇÃO**

A Acção de Educação para a Saúde “Para uma vida sem fumo” surgiu no âmbito do estágio de Módulo I, decorrente no Centro de Saúde da Sr.<sup>a</sup> da Hora, Unidade Local de Saúde Matosinhos. Este estágio decorreu no período de 4 de Outubro a 27 de Novembro do corrente ano, enquadrando-se no 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 Acção de Educação para a Saúde foi desenvolvida sob a orientação tutorial da Enfermeira Alexandra Correia.

Neste sentido, a elaboração deste planeamento tem como principais objectivos:

- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio de Módulo I;
- Desenvolver competências relativas à planificação de uma Acção de Formação.

Este documento encontra-se organizado da seguinte forma: inicialmente, é realizada uma análise da situação, seguida da apresentação dos objectivos e da selecção de conteúdos; seguidamente, é apresentada a metodologia, a organização e programação da actividade e, por último, a selecção e organização de estratégias de avaliação, terminando na conclusão.



## I. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

O tabagismo assume-se como o maior problema actual de saúde pública das sociedades desenvolvidas e é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo.

Fumar está associado a diversas doenças (cancro, problemas cardiovasculares, doenças respiratórias), provoca dependência, associa-se a problemas comportamentais (insucesso escolar), sociais e polui o ambiente.

Regra geral, é durante o período da adolescência que a grande maioria dos fumadores inicia o hábito de fumar e as explicações para esta iniciação estão hoje claramente identificadas, relacionam-se principalmente com causas comportamentais e sociais.

Face a este quadro, a educação para a saúde assume-se como uma área de extrema importância na Enfermagem, e na nossa opinião, com principal relevo na área da Saúde Infantil e Pediatria. Conscientes que a prevenção está entre as principais medidas de controlo do tabagismo e das suas consequências, elaboramos esta sessão de educação para a saúde, com o objectivo de sensibilizar e estimular as crianças para uma atitude pro-activa e responsável, para adoptarem estilos de vida saudáveis que contribuam para a melhoria da sua qualidade de vida.

De acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar (2006) “reduzir a prevalência dos factores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar os factores de protecção relacionados com os estilos de vida,” constitui um imperativo para os profissionais de saúde e as actividades que devem preconizar “deverão ser orientadas para determinantes da saúde, como a alimentação, a actividade física e a gestão do stress e os factores de risco como o tabaco e o álcool,...”.

A Saúde Escolar constitui uma das áreas prioritárias na prevenção de consumos nocivos e de comportamentos de risco. A escola encontra-se, por isso, numa posição ideal para a realização de acções que visem “educar para os valores, promover a saúde, a formação e a participação cívica dos alunos, num processo de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida e promovam a autonomia” (Organização Mundial de Saúde (OMS), em **Health for all**).

Neste sentido, foi elaborada uma Acção de Educação para a Saúde sobre este tema, com base na pesquisa bibliográfica qualitativa realizada (Cunha, 2006).

## 2. OBJETIVOS

De acordo com Imperatori (1993), a fixação de objectivos constitui uma “(...) etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correcta e quantificada fixação de objectivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa”. (p.77) Segundo Tavares (1992), “não interessam objectivos vagos, de âmbito alargado, impossíveis de serem atingidos na prática e portanto sem qualquer utilidade”. (p.114)

Desta forma, foram delineados os seguintes objectivos gerais e específicos:

### OBJETIVOS GERAIS

- Sensibilizar para os benefícios de uma vida sem fumo;
- Prevenir comportamentos de risco;
- Transmitir informação que apoie a sensibilização e estimular uma acção pro-activa e responsável;
- Contribuir para a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil;
- Desenvolver competências comunicacionais;
- Desenvolver competências no domínio das estratégias motivacionais de grupo.

### OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Aprofundar conhecimentos sobre a constituição do cigarro e as substâncias presentes no fumo;
- Transmitir informação sobre as consequências do consumo de tabaco para a saúde física (cancro, doenças cardiovasculares e respiratórias), saúde mental (dependência), relações interpessoais e ambiente (poluição do ar e produção de lixo);
- Sensibilizar as crianças para os efeitos nocivos do fumo passivo;
- Incentivar para medidas preventivas como estratégia de medidas de combate ao tabagismo;
- Estimular a adopção de estilos de vida saudáveis.



### **3. SELEÇÃO DE CONTEÚDOS**

De forma a atingir os objetivos delineados, foram selecionados para a acção de formação os seguintes conteúdos:

- Como é constituído o cigarro?
- O que faz à nossa saúde?
- Porquê fumar?
- O fumo passivo. Efeitos nocivos
- Vantagens de não fumares...
- As tuas escolhas!



#### **4. METODOLOGIA**

O método a utilizar nesta ação de educação para a saúde será uma combinação do método expositivo e do método exploratório, onde serão aplicadas técnicas e abordagens formativas de carácter exclusivamente interactivo.

O método expositivo compreende a transmissão de informação e é unidireccional, passivo e estruturado. O método exploratório incita à exploração e descoberta através da interação, e ao contrário do método expositivo, encoraja e facilita a troca de informação nos dois sentidos. (Collins, 2004; Amin, 2003)

No início da sessão irá ser apresentado um filme com o intuito de lançar o tema sobre o tabagismo, posteriormente será utilizado o método expositivo, embora haja espaço na ação de formação para a interacção com as crianças. Por fim iremos fazer um jogo que irá ser utilizado como instrumento de avaliação onde serão lançadas algumas questões ao grupo alvo, no sentido de avaliar o grau de compreensão da mensagem veiculada, de modo a obter o seu feedback.



## 5. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ATIVIDADE

A data para a realização desta Ação de Educação para a Saúde será no dia 17 de Novembro de 2010, pelas 14h30. A escolha do dia prendeu-se com o facto de coincidir com o Dia do Não Fumador.

Os recursos a utilizar para a realização da ação de formação são:

- **Recursos Humanos:** 3 alunas do 3º Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa do Porto (UCP);
- **Recursos Físicos:** Auditório da Junta de Freguesia de Guifões;
- **Recursos Materiais:** um computador portátil; um projector; cartões de jogo verdes e vermelhos;
- **Recursos Financeiros:** sem custos adicionais.

### 5.1. Plano da Atividade da Ação de Educação para a Saúde: “Para Uma Vida Sem Fumo”

|   |   |
|---|---|
| <b>Formadores:</b> Patrícia Mendes, Sandra Ferreira e Vanessa Fernandes, Alunas do Curso de EESIP-ICS/UCP, Estágio de Módulo I  | <b>Grupo destinatário:</b> Crianças a frequentar o 1º ciclo das Escolas da Lomba, Sendim, Passos Manuel e Monte Ribeirão  |
| <b>Tema:</b> Para uma Vida Sem Fumo (Anexo I)   | <b>Local:</b> Auditório da Junta de Freguesia de Guifões  |
| <b>Duração:</b> 40min   | <b>Data:</b> 17 de Novembro de 2010<br><b>Hora:</b> 14h30min  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Sensibilizar para os benefícios de uma vida sem fumo;</b></li><li>• <b>Prevenir comportamentos de risco;</b></li><li>• <b>Transmitir informação que apoie a sensibilização e estimular uma acção pro-activa e responsável;</b></li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Aprofundar conhecimentos sobre a constituição do cigarro e as substâncias presentes no fumo;</li><li>• Transmitir informação sobre as consequências do consumo de tabaco para a saúde física (cancro, doenças</li></ul> |

|  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Contribuir para a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil;</b></li> <li>• <b>Desenvolver competências comunicacionais;</b></li> <li>• <b>Desenvolver competências no domínio das estratégias motivacionais de grupo.</b></li> </ul> | <p>cardiovasculares e respiratórias), saúde mental (dependência), relações interpessoais e ambiente (poluição do ar e produção de lixo);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar as crianças para os efeitos nocivos do fumo passivo;</li> <li>• Incentivar para medidas preventivas como estratégia de medidas de combate ao tabagismo;</li> <li>• Estimular a adoção de estilos de vida saudáveis.</li> </ul> |
|--|---|

| <b>FASES   TEMPO</b>                        | <b>CONTEÚDO</b>   | <b>MÉTODOS E TÉCNICAS</b>  | <b>RECURSOS DIDÁCTICOS</b>                                | <b>AValiação</b>   |
|---|---|--|---|--|
| <p><b>INTRODUÇÃO</b></p> <p>5 MIN</p>       | <p>Apresentação da ação de educação para a saúde;</p> <p>Apresentação de um filme “Regresso às aulas”;</p> <p>Referência aos conteúdos que irão ser abordados.</p>  | <p><b>Método Expositivo</b> (Técnica de Exposição)</p> <p><b>Método Exploratório</b> (Técnica interactiva e explorativa)</p> | <p><b>Projectáveis:</b></p> <p>Computador e projector</p> | <p><b>Diagnóstica:</b></p> <p>Questões aos participantes</p> |
| <p><b>DESENVOLVIMENTO</b></p> <p>25 MIN</p> | <p>Constituição do cigarro;</p> <p>Malefícios do fumo do cigarro;</p> <p>Consequências para a saúde física e mental;</p> <p>Consequências para o ambiente e sociedade;</p> <p>Riscos associados à inalação do fumo passivo;</p> <p>Vantagens de uma vida sem fumo;</p> <p>A escolha de uma vida sem fumo.</p> | <p><b>Método Expositivo</b> (Técnica de Exposição)</p>   | <p><b>Projectáveis:</b></p> <p>Computador e projector</p> | <p><b>Formativa</b></p>                                      |

|                                |   |  |  |                        |
|--------------------------------|---|--|--|------------------------|
| <p>CONCLUSÃO</p> <p>10 MIN</p> | <p>Resumo dos conteúdos apresentados;</p> <p>Esclarecimento de dúvidas;</p> <p>Avaliação da acção de educação para a saúde.</p> | <p><b>Método Expositivo</b><br/>(Técnica de Exposição)</p> <p><b>Método Exploratório</b><br/>(Técnica interactiva e explorativa)</p> | <p><b>Projectáveis:</b><br/>Computador e projector</p> | <p><b>Somativa</b></p> |
|--------------------------------|---|--|--|------------------------|



## 6. SELEÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

A avaliação assume-se como um momento fulcral do processo formativo, de forma a compreender o sucesso da formação.

Na introdução, irá ser realizada, de forma informal, uma avaliação diagnóstica dos conhecimentos dos participantes da sessão relativamente ao tema.

De forma a proceder à avaliação da ação de formação, estabelecemos o seguinte **indicador de actividade**:

- $(N^{\circ} \text{ de respostas dadas correctamente no jogo} / N^{\circ} \text{ total de crianças que participaram na sessão}) \times 100\% = \% N^{\circ} \text{ de respostas correctas.}$

No final da ação de educação para a saúde será elaborado um documento onde estarão representados os dados obtidos na avaliação, já que “*o tratamento e análise dos dados recolhidos e a elaboração dos relatórios são fundamentais para o processo de avaliação*” (Cardoso, 2002).



## **7. CONCLUSÃO**

A consolidação de estilos de vida saudáveis nas crianças é um processo que implica a prevenção de consumos nocivos e comportamentos de risco. A formação é deste modo, uma oportunidade para fomentar atitudes assertivas, pelo que é necessário encontrar formas e estratégias para que essas melhorias, que são desejáveis, sejam alcançadas.

Tendo em conta o tema desta ação de educação para a saúde, consideramos que a prevenção será tanto mais eficaz quanto mais precocemente dotarmos as crianças de conhecimento para que possam tomar decisões responsáveis e fundamentadas. O enfermeiro, e principalmente, o enfermeiro especialista, tem aqui um papel fulcral em promover a aprendizagem de estilos de vida saudáveis.

A elaboração deste planeamento, permitiu a estruturação da ação de formação que nos propomos desenvolver e é da nossa convicção que será de extrema importância para a concretização dos objectivos traçados.



## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amin Z. Overview of teaching and learning methods. Em: Basics in Medical Education. World Scientific Publishing Co, Singapura: 2003; 99-103;
- Cardoso Z. Avaliação da formação: Glossário anotado. Instituto para a Inovação da Formação: 2002; 1-25;
- Collins, J. (2004). Education Techniques for Lifelong Learning – Principles of Adult Learning; Radiographics 24:1483-1489. Disponível em : <http://radiographics.rsna.org/cgi/reprint/24/5/1483>;
- 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;
- Imperatori, E., Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais. (3ª edição). Lisboa: Edições da saúde – Escola Nacional de Saúde Pública, 77-78;
- Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde ( 2004-2010). Volume 1. Prioridades e Volume 2. Orientações estratégicas. Julho de 2004. <http://www.dgs.pt/>;
- OMS. Health 21. Health for all in the 21st century. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen. 1999;
- Programa Nacional De Saúde Escolar (2006). Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série). Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho; 1-12;
- Tavares, A. (1992). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde (2ª edição). Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa.



# **ANEXOS**



# **ANEXO I**

Apresentação

“Para Uma Vida Sem Fumo”





Para uma vida sem fumo...

- Como é constituído o cigarro?
- O que faz à nossa saúde?
- Porquê fumar?
- O fumo passivo
- Vantagens de não fumares...
- As tuas escolhas!

Para uma vida sem fumo...

Como é constituído o cigarro?

É constituído pelas folhas secas de uma planta, a NICOTIANA TABACUM.

Para uma vida sem fumo...

Para uma vida sem fumo...

- ALCATRÃO** → Substância que provoca o cancro
- NICOTINA** → Causa dependência no organismo
- MONÓXIDO DE CARBONO** → Diminui a quantidade de oxigénio que chega às células

Para uma vida sem fumo...

O que faz à nossa saúde?


Para uma vida sem fumo...

Para uma vida sem fumo...

Porquê fumar? Se...

**Na Saúde:**

- ❖ Irrita os olhos;
- ❖ Provoca tosse;
- ❖ A pele fica mais rapidamente enrugada;
- ❖ Os dentes ficam amarelos;
- ❖ Os dedos das mãos ficam amarelos;
- ❖ Provoca dores de cabeça, enjoo e tonturas;


Para uma vida sem fumo... 


**Porquê fumar? Se...**

**Na Saúde:**

- ❖ Falta de concentração;
- ❖ Provoca problemas no coração, nos pulmões e estômago;
- ❖ Diminui as defesas do nosso organismo;
- ❖ Provoca dependência.


*Basta fumar um cigarro para trazer consequências negativas para a saúde.*



Para uma vida sem fumo... 

**Na pessoa e suas relações:**

- ❖ Mau cheiro
- ❖ Mau hálito
- ❖ Obriga os outros a fumar o mesmo fumo
- ❖ Provoca dependência
- ❖ É caro




Para uma vida sem fumo... 

**No ambiente:**


- ❖ Produz lixo
- ❖ Polui o ar




Para uma vida sem fumo... 

**Fumo passivo, o que é?**


O fumo passivo é o fumo que inalas quando estás perto de alguém que está a fumar. Assim, debes evitar estar próximo daqueles que o estejam a fazer, já que o fumo traz consequências graves para a tua saúde.




Para uma vida sem fumo... 

**Vantagens de não fumares...**

- ❖ Vives mais tempo
- ❖ Tens menor risco de sofreres de vários tipos de cancro e ter algumas doenças
- ❖ Respiras melhor e sem tosse
- ❖ Cansas-te menos
- ❖ Poupas dinheiro
- ❖ Ficas com um hálito mais fresco
- ❖ Cheiras a limpo




Para uma vida sem fumo... 

**As tuas escolhas!**

- ❖ Não fumes, Sê original, Sê diferente.
- ❖ Se tens alguém de quem gostes, que fume, mostra-lhe que ele está errado!
- ❖ Escolhe ter hábitos de vida saudáveis.
- ❖ Escolhe a vida.


**NÃO TE ESQUEÇAS QUE O TABACO É UM DOS MAIORES INIMIGOS DA TUA SAÚDE!**



Para uma vida sem fumo... 


**JOGO**



1 Para uma vida sem fumo... 

O fumo do cigarro é constituído por:

- a Alcatrão ✓
- b Nicotina ✓
- c Monóxido de carbono ✓
- d Azeite ✗




**2** Para uma vida sem fumo... 

Fumar:


- a Só um cigarro faz mal ✓
- b Provoca tosse ✓
- c Faz os dentes ficarem brancos ✗
- d Diminui as defesas do nosso organismo ✓
- e Não prejudica o ambiente ✗



**3** Para uma vida sem fumo... 

Se não fumares:

- a Vives mais tempo ✓
- b Respiras melhor ✓
- c Ficas com mau hálito ✗
- d Cansas-te menos ✓
- e A pele fica mais bonita ✓



Para uma vida sem fumo... 

Agora podes explicar às pessoas os malefícios do tabaco






**APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA  
ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “PARA UMA VIDA SEM FUMO”**

Os resultados obtidos pela avaliação devem ser utilizados para reflectir, corrigir e melhorar técnicas e estratégias de formação.

Após se terem efectuado as análises estatísticas dos dados recolhidos, dos indicadores de avaliação, organizamos este trabalho no sentido de dar a conhecer o número e percentagem das crianças, que participaram na acção de educação para a saúde - “Para uma Vida Sem Fumo”.

Os quadros que se seguem representam o número de crianças que responderam correcta e incorrectamente às perguntas, quando jogaram o jogo “*Para Uma Vida Sem Fumo*”.

**Quadro I** - N.º de perguntas e respostas correctas e incorrectas na pergunta I - **O fumo do cigarro é constituído por :**

| Pergunta1           | Correctas | Incorrectas |
|---------------------|-----------|-------------|
| Alcatrão            | 87        | 1           |
| Nicotina            | 88        | 0           |
| Monóxido de carbono | 86        | 2           |
| Azeite              | 88        | 0           |

**Quadro 2-** N.º de perguntas e respostas correctas e incorrectas na pergunta 2 – **Fumar** :

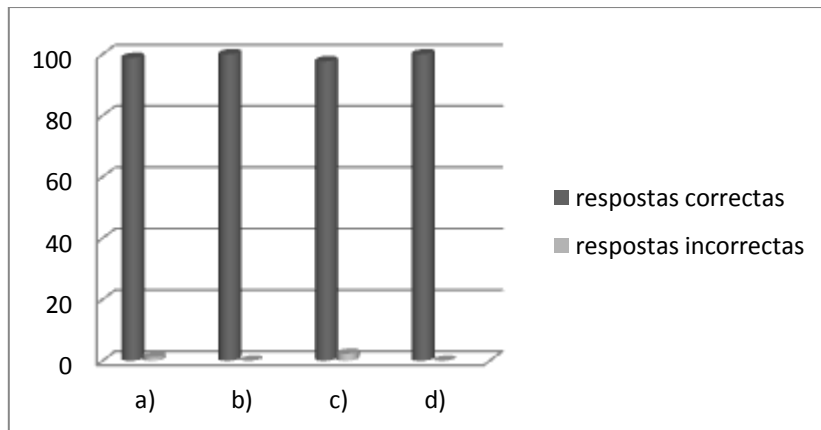
| Pergunta2                             | Correctas | Incorrectas |
|---------------------------------------|-----------|-------------|
| Só um cigarro faz mal                 | 86        | 2           |
| Provoca tosse                         | 88        | 0           |
| Faz os dentes ficarem brancos         | 86        | 2           |
| Diminui as defesas do nosso organismo | 88        | 0           |
| Não prejudica o ambiente              | 88        | 0           |

**Quadro 3-** N.º de perguntas e respostas correctas e incorrectas na pergunta 3- **Se não fumares:**

| Pergunta3               | Correctas | Incorrectas |
|-------------------------|-----------|-------------|
| Vives mais tempo        | 88        | 0           |
| Respiras melhor         | 88        | 0           |
| Ficas com mau hálito    | 86        | 2           |
| Cansas-te menos         | 87        | 1           |
| A pele fica mais bonita | 85        | 3           |

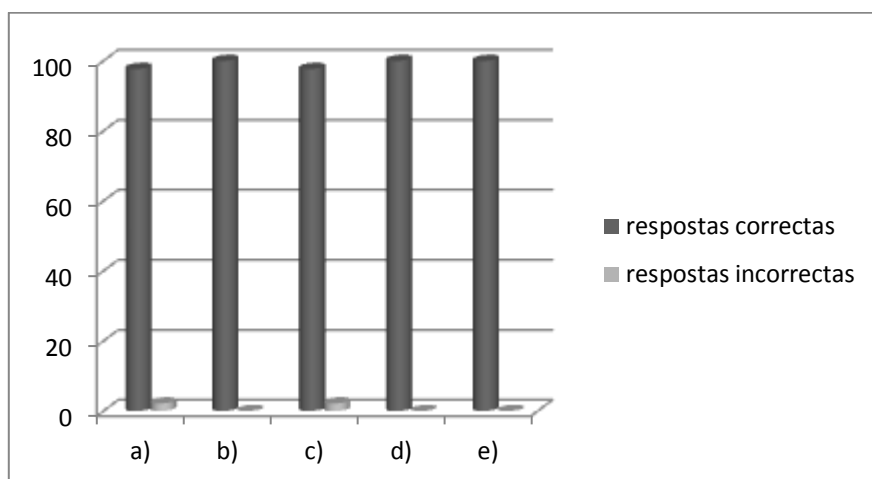
Após se trabalharem os indicadores de avaliação, para avaliar os conhecimentos das crianças que assistiram a acção de educação “ Para Uma Vida Sem Fumo”, chegamos aos resultados que se encontram expressos nos seguintes gráficos.

**Gráfico 1** - % de crianças que responderam correctamente à 1ª pergunta do jogo “Para Uma Vida Sem Fumo”



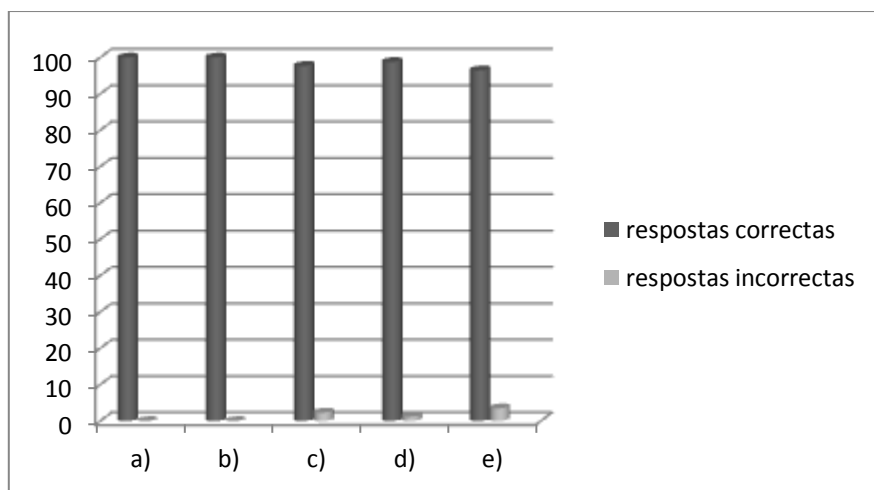
Como podemos concluir, através da análise do gráfico 1, das 88 crianças que participaram no jogo “Para Uma Vida Sem Fumo”, 98,8% responderam correctamente à alínea a) da 1ª pergunta; 97,7% responderam correctamente à alínea c) e 100% responderam correctamente às alíneas b) e d).

**Gráfico 2** - % de crianças que responderam correctamente à 2ª pergunta do jogo “Para Uma Vida Sem Fumo”



Através da análise do gráfico, das 88 crianças que participaram no jogo “Para Uma Vida Sem Fumo”, 100% responderam correctamente às alíneas b), d) e e) da 2ª pergunta; e 97,7% responderam correctamente às alíneas a) e c).

**Gráfico 3** - % de crianças que responderam corretamente à 3ª pergunta do jogo “Para Uma Vida Sem Fumo”



Através da análise do gráfico, das 88 crianças que participaram no jogo “Para Uma Vida Sem Fumo”, 100% responderam corretamente às alíneas a) e b) da 3ª pergunta; 97,7% responderam corretamente à alínea c); 98,8% responderam corretamente à alínea d) e 96,5% responderam corretamente à alínea e).

## **ANEXO V**

Certificado de Presença:

**“ A Criança e o Jovem na ULS Matosinhos ”**



# CERTIFICADO DE PRESENÇA

## A Criança e o Jovem na ULS de Matosinhos



Certifica-se que

Sandra Ferreira

participou no Encontro A Criança e o Jovem na ULS de Matosinhos, organizado pelo Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano e ACES, realizado no Auditório do Hospital Pedro Hispano, nos dias 23 e 24 de Abril de 2010.

Pela Comissão Organizadora



*Célia F. Gomes*



## **ANEXO VI**

Ação de Formação:

**“ Escala de EDIN: Avaliação da dor no RN”**





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

PLANEAMENTO DE UMA ACÇÃO DE FORMAÇÃO:

“ESCALA DE EDIN- AVALIAÇÃO DA DOR NO RN”

**PATRÍCIA MENDES**

**SANDRA FERREIRA**

**MAIO|2010**



**3º CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Ano Lectivo 2009/2010

Docente orientadora:

Enf.<sup>a</sup> Isabel Quelhas

Enfermeiras Tutoras:

Ana Antunes | Mónica Oliveira | Sandra Loureiro | Sandra Soares

**Planeamento**

**de uma Acção de Formação:**

**“Escala de EDIN- Avaliação da dor no RN”**

**PATRÍCIA MENDES**

**SANDRA FERREIRA**

**MAIO | 2010**



# ÍNDICE

|  |     |
|--|-----|
| 0. INTRODUÇÃO.....   | 293 |
| 1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO.....  | 295 |
| 2. OBJECTIVOS.....   | 299 |
| 3. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS.....  | 301 |
| 4. METODOLOGIA.....  | 303 |
| 5. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE.....  | 305 |
| 5.1. Plano da Actividade da Acção de Formação: “Escala de EDIN: avaliação da dor no RN”..... | 305 |
| 6. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO.....                                   | 309 |
| 7. CONCLUSÃO.....  | 311 |
| 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....   | 313 |
| ANEXOS.....  | 315 |

**Anexo I** - Apresentação “Escala de EDIN: avaliação da dor no RN”

**Anexo II**- Documento de avaliação da acção de formação



## 0. INTRODUÇÃO

A acção de formação “Escala de EDIN: avaliação da dor no RN” surgiu no âmbito do estágio de Módulo II, decorrente no Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde Matosinhos. Este estágio decorreu no período de 19 de Abril a 19 de Junho, enquadrado no 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). Este projecto foi desenvolvido sob a orientação tutorial das Enfermeiras Ana Antunes, Mónica Oliveira, Sandra Soares e Sandra Loureiro.

Neste sentido, a elaboração deste planeamento tem como principais objectivos:

- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio de Módulo II;
- Desenvolver competências relativas à planificação de uma Acção de Formação.

Este documento encontra-se organizado da seguinte forma: inicialmente, é realizada uma análise da situação, seguida da apresentação dos objectivos e da seleção de conteúdos; seguidamente, é apresentada a metodologia, a organização e programação da actividade e, por último, a seleção e organização de estratégias de avaliação, terminando na conclusão.



## I. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

A dor é um fenómeno complexo e multidimensional com uma componente fisiológica, sensorial, afectiva, cognitiva, comportamental e sociocultural que percebemos como presente ou subjacente às descrições das experiências de dor ou da nossa própria vivência. (Batalha, 2010, p. 3)

Segundo a International Association for the Study of Pain (IASP), a dor “é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos reais ou eventuais dos tecidos ou descrita em termos desses danos”.

A valorização da dor como 5º sinal vital, impõe a aquisição de estratégias de avaliação sistemática e intervenção dirigida à minimização dos seus efeitos, com especial impacto na criança. A utilização de escalas de avaliação seguras, fáceis de utilizar e validadas para a população em causa assume particular relevância. Nesta linha de pensamento, foi detectada a necessidade desta acção de formação, após uma análise das escalas da dor utilizadas no Serviço de Pediatria. As escalas utilizadas, por não serem adequadas ao recém-nascido (RN), impedem a avaliação da sua dor, de forma fiável e segura. Neste contexto, fez-nos sentido introduzir a Escala de EDIN, que por ser usada no Serviço de Neonatologia, irá permitir não só uma continuidade dos cuidados dos recém-nascidos que são transferidos, como também permitirá uniformizar a avaliação da dor do RN na instituição.

Justificada a actividade, é igualmente importante realizar o seu enquadramento teórico.

Até há bem pouco tempo, acreditava-se que o neonato, e particularmente o prematuro, não sentia dor. De acordo com vários autores, segundo Askin e Wilson (2006), “acreditava-se que as vias nervosas de neonatos não eram suficientemente mielinizadas para transmitir os estímulos dolorosos, que o neonato não possuía uma função cortical suficientemente integrada para interpretar ou recordar de experiências dolorosas e que o risco de anestesia era muito elevado para justificar qualquer possível benefício no alívio da dor”. Desta forma, segundo Johnston et al (1997), citado por Askin e Wilson (2006), eram consequentemente realizados procedimentos dolorosos, incluindo cirurgias, sem recorrer a nenhum tipo de anestesia. (p.243)

Esta visão tradicional foi, entretanto, refutada por diversas pesquisas e estudos que evidenciaram que tanto os recém-nascidos de termo como os prematuros, percebem e reagem à dor da mesma forma que outras crianças e adultos. (Askin & Wilson, 2006, p.244)

Argumentos anatómicos, neuroquímicos, fisiológicos, metabólicos, hormonais, comportamentais e cognitivos, demonstraram até, que o recém-nascido (RN) é hiperálgico, podendo perceber a dor com mais intensidade que os adultos. (Batalha, 2010, p.15)

Os recém-nascidos são assim particularmente sensíveis aos efeitos da dor que ocorre num momento em que o seu Sistema Nervoso Central se encontra em grande desenvolvimento. Alguns estudos apontam para consequências a curto e longo prazo como hipersensibilidade à dor e importantes mudanças comportamentais em pré-escolares, que sugerem a presença de memória para a dor no recém-nascido. (Batalha, 2010, p.14)

A avaliação da dor fornece informação aos profissionais para intervirem no seu controlo. Uma dor não identificada não poderá ser tratada e a sua não quantificação impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou da eficácia da mesma. Na criança pré-verbal, em que não é possível o auto-relato, a avaliação da dor assume dimensões ainda mais complexas. A avaliação da dor no recém-nascido constitui, assim, um desafio que exige dos profissionais um conhecimento e reconhecimento das manifestações não verbais da dor para uma avaliação objectiva, rápida e confiável.

As manifestações de dor no recém-nascido incluem respostas fisiológicas e comportamentais várias. A resposta fisiológica inclui: alterações hemodinâmicas como taquicardia, hipertensão, respiração superficial e rápida, redução da saturação de oxigénio; alterações na pele manifestadas por palidez ou rubor, diaforese e sudorese palmar; aumento do tônus; pupilas dilatadas; aumento da PIC; evidências laboratoriais como a hiperglicemia, a redução do pH e a elevação de corticóides.

As manifestações comportamentais incluem as vocalizações, a expressão facial, movimentos corporais e postura e as alterações no estado (sono, apetite, nível de actividade, agitação, irritabilidade, indiferença). No que diz respeito às vocalizações, o profissional deve estar atento à qualidade, momento e duração do choro, gemidos e grunhidos. A avaliação do choro do recém-nascido pode fornecer importantes indicadores na avaliação da dor, já havendo estudos que apontam para as características peculiares do choro quando associado a dor intensa. (Branco, Fekete, Rugolo, 2006) Relativamente à expressão facial, são sinais de dor o franzimento das sobrancelhas, o tremor do queixo, os olhos firmemente fechados, a contorção facial e a boca aberta e de forma quadrangular. Os movimentos corporais e postura revelam uma retracção dos membros, movimentos violentos, rigidez, flacidez e fechamento dos punhos.

São várias as escalas utilizadas para avaliar a dor no RN, tendo a escala de EDIN (Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau- Né) reprodutibilidade assegurada em Portugal, sendo que a sua aplicação é rápida, simples e fácil e a sua concordância entre avaliadores é excelente. (Batalha, Santos, Guimarães, 2003)

A escala EDIN é uma escala unidimensional comportamental composta por cinco indicadores: expressão facial, movimentos corporais, qualidade de sono, qualidade de interação e reconforto. Avalia a dor aguda de duração breve e prolongada em RN com mais de 25 semanas de gestação, estando amplamente difundida em França, é actualmente usada nas mais variadas situações e serviços, até aos três meses de idade. Cada indicador é medido numa escala de 0 a 3 pontos, perfazendo no total uma pontuação mínima de zero e máxima de quinze pontos, sendo que valores iguais ou superiores a cinco, é recomendada uma intervenção farmacológica para alívio de dor. A sua utilização requer um contacto mínimo ideal de quatro a oito horas.



## 2. OBJECTIVOS

De acordo com Imperatori (1993), a fixação de objectivos constitui uma “(...) etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correcta e quantificada fixação de objectivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa”. (p.77) Segundo Tavares (1992), “não interessam objectivos vagos, de âmbito alargado, impossíveis de serem atingidos na prática e portanto sem qualquer utilidade”. (p.114)

Desta forma, foram delineados os seguintes objetivos gerais e específicos:

### OBJETIVOS GERAIS

- Aprofundar conhecimentos teóricos sobre a dor no recém-nascido;
- Sensibilizar para a importância da avaliação da dor no RN;
- Contribuir para a implementação da escala de EDIN no Serviço de Pediatria;
- Uniformizar a avaliação da dor do RN na instituição.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a dor numa perspectiva multidimensional;
- Demonstrar a evolução da percepção da dor no RN;
- Relacionar o desenvolvimento do SNC do RN com as consequências da dor não tratada;
- Identificar as manifestações comportamentais e fisiológicas da dor no RN;
- Descrever a escala de EDIN;
- Descrever a categorização da dor, segundo a escala de EDIN;
- Alertar para os aspetos a ter em conta na utilização da escala de EDIN.



### **3. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS**

De forma a atingir os objectivos delineados, foram seleccionados para a ação de formação os seguintes conteúdos:

- Abordagem multidimensional da dor;
- A dor no RN- perspectiva histórica;
- Neurodesenvolvimento da percepção;
- Consequências da dor no RN;
- Manifestações fisiológicas e comportamentais de dor no RN;
- Escala de EDIN: caracterização, categorização da dor, requisitos e horário para a sua aplicação.



#### **4. METODOLOGIA**

O método a utilizar nesta acção de formação será uma combinação do método expositivo e do método exploratório.

O método expositivo, compreende a transmissão de informação e é unidireccional, passivo e estruturado. O método exploratório incita à exploração e descoberta através da interacção, e ao contrário do método expositivo, encoraja e facilita a troca de informação nos dois sentidos. (Collins, 2004; Amin, 2003)

Dado o conteúdo teórico do tema, será essencialmente utilizado o método expositivo, embora haja espaço na acção de formação para a interacção e partilha de ideias e experiências.

Conscientes de que este será apenas o primeiro passo da implementação da Escala de EDIN no serviço, adoptamos como estratégia a distribuição da escala em formato de bolso, a todos os participantes da sessão e à restante equipa, para facilitar numa fase inicial, a sua aplicação na prática e disponibilizamos a bibliografia utilizada, para a consulta da equipa.



## 5. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE

A data para a realização desta Acção de Educação para a Saúde será no dia 7 de Junho de 2010, pelas 14h30. A escolha do dia prendeu-se essencialmente com o facto de permitir a presença das quatro enfermeiras tutoras.

Previamente, será divulgada a acção de formação de duas formas distintas: oralmente nas passagens de turno e pela afixação da informação na sala de trabalho e no dossier do horário, de forma a permitir que toda a equipa tome conhecimento.

Os recursos a utilizar para a realização da acção de formação são:

- **Recursos Humanos:** 2 alunas do 3º Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa do Porto (UCP);
- **Recursos Físicos:** Sala de reuniões do Serviço de Pediatria;
- **Recursos materiais:** um computador portátil; um projetor;
- **Recursos Financeiros:** suportados pelas alunas de Enfermagem do 3º Curso de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria.

### 5.1.Plano da Actividade da Acção de Formação: “Escala de EDIN: avaliação da dor no RN”

|  |  |
|--|--|
| <b>Formadores:</b> Patrícia Mendes e Sandra Ferreira, Alunas do Curso de EESIP-ICS/UCP, Estágio de Módulo II | <b>Grupo destinatário:</b> Crianças internadas no Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano |
| <b>Tema:</b> Escala de EDIN – Avaliação da dor no Recém- Nascido (Anexo I)                                   | <b>Local:</b> Sala de reuniões - Serviço de Pediatria  |
| <b>Duração:</b> 40min  | <b>Data:</b> 7 de Junho de 2010  |
|  | <b>Hora:</b> 14h30min  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Aprofundar conhecimentos teóricos</li></ul>                          | <ul style="list-style-type: none"><li>• Caracterizar a dor numa perspectiva</li></ul>            |

|   |  |
|---|--|
| <p>sobre a dor no recém-nascido;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar para a importância da avaliação da dor no RN;</li> <li>• Contribuir para a implementação da escala de EDIN no Serviço de Pediatria;</li> <li>• Uniformizar a avaliação da dor do RN na instituição.</li> </ul> | <p>multidimensional;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstrar a evolução da percepção da dor no RN;</li> <li>• Relacionar o desenvolvimento do SNC do RN com as consequências da dor não tratada;</li> <li>• Identificar as manifestações comportamentais e fisiológicas da dor no RN;</li> <li>• Descrever a escala de EDIN;</li> <li>• Descrever a categorização da dor, segundo a escala de EDIN;</li> <li>• Alertar para os aspectos a ter em conta na utilização da escala de EDIN.</li> </ul> |
|---|--|

| FASES   TEMPO                               | CONTEÚDO   | MÉTODOS E TÉCNICAS   | RECURSOS DIDÁCTICOS  | AValiação  |
|---|--|--|--|--|
| <p><b>INTRODUÇÃO</b></p> <p>5 MIN</p>       | <p>Apresentação da acção de formação;</p> <p>Referência aos conteúdos que irão ser abordados.</p>  | <p><b>Método Expositivo</b> (Técnica de Exposição)</p> <p><b>Método Exploratório</b> (Técnica interactiva e explorativa)</p> | <p><b>Projectáveis:</b></p> <p>Computador e projector.</p> | <p><b>Diagnóstica:</b></p> <p>Questões aos participantes</p> |
| <p><b>DESENVOLVIMENTO</b></p> <p>25 MIN</p> | <p>Abordagem multidimensional da dor;</p> <p>A dor no RN- perspectiva histórica;</p> <p>Neurodesenvolvimento da percepção;</p> <p>Consequências da dor no RN;</p> <p>Manifestações fisiológicas e comportamentais de dor no RN;</p> <p>Escala de EDIN:</p> | <p><b>Método Expositivo</b> (Técnica de Exposição)</p>   | <p><b>Projectáveis:</b></p> <p>computador e projector</p>  | <p><b>Formativa</b></p>                                      |

|                            |   |   |  |                 |
|----------------------------|---|---|--|-----------------|
|                            | caracterização, categorização da dor, requisitos e horário para a sua aplicação.                    |   |  |                 |
| <b>CONCLUSÃO</b><br>10 MIN | Resumo dos conteúdos apresentados;<br>Esclarecimento de dúvidas;<br>Avaliação da acção de formação. | <b>Método Expositivo</b><br>(Técnica de Exposição)<br><br><b>Método Exploratório</b><br><br>(Técnica interactiva e explorativa) | <b>Projectáveis:</b><br>computador e projector | <b>Somativa</b> |



## 6. SELEÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

A avaliação assume-se como um momento fulcral do processo formativo, de forma a compreender o sucesso da formação.

Na introdução, irá ser realizada, de forma informal, uma avaliação diagnóstica dos conhecimentos dos participantes da sessão relativamente ao tema, de uma forma mais dirigida, já que de uma forma geral, conhecemos a realidade da equipa. Ao longo da formação, a avaliação formativa irá fornecer-nos dados sobre o decorrer da formação, nomeadamente a necessidade de incidir mais em algum conteúdo e, no final, a avaliação somativa.

De forma a proceder á avaliação da ação de formação, estabelecemos o seguinte **indicador de actividade**:

$(\text{N}^\circ \text{ Enfermeiros participantes na ação de formação} / \text{N}^\circ \text{ Enfermeiros da equipa}) \times 100\% = \% \text{ enfermeiros participantes na acção de formação}$

No que diz respeito à avaliação de outros indicadores, decidimos utilizar o documento de avaliação (**Anexo II**), utilizado no serviço, pelo responsável da formação. Este facto será vantajoso, pois a equipa encontra-se familiarizada com o documento e, na medida em que este será obrigatoriamente preenchido no final da ação, não faria sentido duplicar a avaliação. Este documento foi-nos fornecido pela Enfermeira Joana, responsável pela Formação em serviço.



## **7. CONCLUSÃO**

A avaliação e a gestão da dor na criança, e particularmente na criança pré-verbal, são muitas vezes um desafio, mas constitui, sobretudo, um imperativo moral e ético de todos os enfermeiros. O reconhecimento desta realidade foi um factor determinante para o planeamento desta actividade.

Neste contexto, a formação em serviço constitui o palco ideal para a promoção de mudança e assume particular importância na mobilização de conhecimentos para uma prática de cuidados de qualidade.

A elaboração deste planeamento, permitiu a estruturação da ação de formação que nos propomos desenvolver e é da nossa convicção que será de extrema importância para a concretização dos objectivos traçados.



## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amin Z. Overview of teaching and learning methods. Em: Basics in Medical Education. World Scientific Publishing Co, Singapura: 2003; 99-103.
- Askin, D., Wilson, D. (2006). Problemas de Saúde de Neonatos. In Hockenbenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M., Wong *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª edição). Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 241-246.
- Batalha, L., Santos, L., Guimarães, H. (2003). Avaliação de Dor e Desconforto no Recém-nascido. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 34 (3), 159-163.
- Batalha, L., Santos, L., Guimarães, H. (2005). Avaliação da dor no período neonatal. *Acta pediátrica portuguesa*, 36 (4), 201-207.
- Batalha, L., Santos, L., Guimarães, H. (2007). Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38 (4), 144-151.
- Batalha, L. (2010). Dor em pediatria compreender para mudar. Lisboa: Lidel.
- Branco, A., Fekete, S., Rugolo, I. (2006) . O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido. *Rev Paul Pediatría*, 24 (3), 270-274.
- Collins, J. (2004). Education Techniques for Lifelong Learning – Principles of Adult Learning; *Radiographics* 24:1483-1489. Disponível em: <http://radiographics.rsna.org/cgi/reprint/24/5/1483>.
- Imperatori, E., Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais. (3ª edição). Lisboa: Edições da saúde – Escola Nacional de Saúde Pública, 77-78.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor Guia Orientador de Boas Práticas. *Cadernos OE*, 1 (1), 1-51.
- Tavares, A. (1992). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde (2ª edição). Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa.



# **ANEXOS**



# **ANEXO I**

## Apresentação

“Escala de EDIN: avaliação da dor no RN”






## ESCALA DE EDIN

Avaliação da dor no RN

Patrícia Mendes | Sandra Ferreira  
3º Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria  
Sob a orientação de: Professora Isabel Queilhas  
ICS- UCF | 7 de Junho de 2010

## OBJECTIVOS

- Aprofundar conhecimentos teóricos sobre a dor no recém-nascido;
- Sensibilizar para a importância da avaliação da dor no RN;
- Apresentar a Escala de EDIN e os aspectos relevantes da sua utilização;
- Contribuir para a implementação da escala de EDIN no Serviço de Pediatria;
- Uniformizar a avaliação da dor do RN na instituição.



## A DOR

"A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial ou descrita nos termos dessa lesão"  
Associação Internacional para o Estudo da Dor (1979)

"Cada indivíduo aprende a aplicação da palavra dor por meio das experiências dolorosas vivenciadas no início da vida."  
BRANCO, Anete et al (2006)

"Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor."  
Ordem dos Enfermeiros (2008)

## DOR NUMA CONCEPÇÃO MULTIDIMENSIONAL



- Fisiológica
- Sensorial
- Afectiva
- Cognitiva
- Comportamental
- Sociocultural

## A Dor no RN

"A dificuldade sentida na medição da dor neste grupo etário constitui um dos maiores obstáculos ao tratamento da sua dor"

"Hoje é possível demonstrar que o RN, incluindo o prematuro não só é competente para sentir dor, como a pode, inclusivamente, perceber de forma mais intensa."

"Todos nós, mas muito particularmente o RN tem o direito moral e ético de possuir as melhores condições que propiciem o desenvolvimento de todo o seu potencial. A avaliação válida e segura da dor é a condição básica para se atingir esse objectivo."

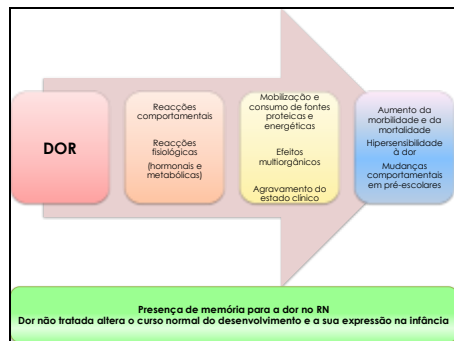
## A Dor no RN

- ANTES:**
  - As vias nervosas de neonatos não eram suficientemente mielinizadas para transmitir os estímulos dolorosos;
  - O neonato não possuía uma função cortical suficientemente integrada para interpretar ou recordar as experiências dolorosas.
- ACTUALMENTE SABE-SE QUE :**
  - Os neurotransmissores aparecem nos gânglios medulares desde a 13ª à 16ª semana de gestação;
  - Maturação do córtex cerebral do feto ocorre até à 28ª semana de gestação;
  - A densidade dos receptores nociceptivos das terminações nervosas cutâneas é, ao nascimento, superior à do adulto;
  - As substâncias inibidoras são quantitativamente insuficientes ao nascimento.

## A DOR NO RN

Plasticidade do SNC (em desenvolvimento)

EXPLICA AS ALTERAÇÕES OCORRIDAS NO SISTEMA NOCICEPTIVO EM MATURAÇÃO E A CONSEQUENTE MODIFICAÇÃO PERMANENTE NO PADRÃO DE CONEXÕES NEURONAIS E NO MECANISMO DE RESPOSTA À DOR



## MANIFESTAÇÕES DE DOR

### Respostas fisiológicas

Wang Fundamentos de Enfermagem Pediátrica, 7ª Edição, 2006

## MANIFESTAÇÕES DE DOR

### Respostas comportamentais

Wang Fundamentos de Enfermagem Pediátrica, 7ª Edição, 2006

## EXPRESSÃO FACIAL

- Fronte abaulada
- Contração das sobrancelhas
- Olhos firmemente fechados
- Sulco nasolabial aprofundado
- Língua tensa
- Boca aberta
- Tremor do queixo

A quantificação da dor é considerada cientificamente correcta e o uso de escalas de avaliação é a forma mais segura para a medir, desde que usados instrumentos de avaliação seguros e válidos.

## ESCALA DE EDIN

*ÉCHELLE DE DOULEUR E D'INCONFORT DU NOUVEAU-NÉ*  
(Escala de dor e desconforto no recém-nascido)

## ESCALA DE EDIN

- Escala unidimensional comportamental composta por 5 indicadores;
- Desenvolvida a partir de indicadores comportamentais considerados mais pertinentes para avaliar a dor no RN (PREMATUROS E DE TERMO);
- Avalia a dor aguda de duração breve e prolongada a RN com mais de 25 semanas de gestação;

## ESCALA DE EDIN

- Desenvolvida inicialmente para unidades neonatais, tendo sido amplamente difundida e actualmente usada em variadas situações e serviços;
- Validada em Portugal:  
*"A escala EDIN por ser válida e fiável para uso clínico entre nós, é uma ferramenta que pode contribuir decisivamente para a melhoria da qualidade de vida das crianças e suas famílias se usada diariamente pelos profissionais de saúde."*  
BATALHA, SANTOS E GUIMARÃES (2003)

**CONCLUSÃO DO ESTUDO:** rápida, simples e fácil e a concordância entre avaliadores é excelente.

| INDICADOR  | DESCRIÇÃO  |
|------------|--|
| ROSTO      | <b>0</b> - Rosto calmo<br><b>1</b> - Caretas passageiras: sobrancelhas franzidas/lábios contraídos/queixo franzido/queixo trémulo<br><b>2</b> - Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas<br><b>3</b> - Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acizentada |
| CORPO      | <b>0</b> - Corpo calmo<br><b>1</b> - Agitação transitória, geralmente calmo<br><b>2</b> - Agitação frequente, mas acalma-se<br><b>3</b> - Agitação permanente, crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel          |
| SONO       | <b>0</b> - Adormece facilmente, sono prolongado e calmo<br><b>1</b> - Adormece facilmente<br><b>2</b> - Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado<br><b>3</b> - Não adormece  |
| INTERACÇÃO | <b>0</b> - Atento<br><b>1</b> - Apreensão passageira no momento do contacto<br><b>2</b> - Contacto difícil, grito à menor estimulação<br><b>3</b> - Recusa o contacto, nenhuma relação possível, Grito ou gemido sem a menor estimulação   |
| RECONFORTO | <b>0</b> - Sem necessidade de recomforto<br><b>1</b> - Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta<br><b>2</b> - Acalma-se dificilmente<br><b>3</b> - Inconsolável, sucção desesperada  |

## CATEGORIZAÇÃO DA DOR



- **0 pontos:** sem dor
- **1-4 pontos:** dor ligeira
- **5-8 pontos:** dor moderada
- **9-12 pontos:** dor intensa
- **13-15 pontos:** dor muito intensa

VALOR IGUAL OU SUPERIOR A 5



Intervenção terapêutica para alívio da dor  
Foco de atenção: Dor

## HORÁRIO DE AVALIAÇÃO

- 1 avaliação/turno;
- Mais do que uma vez por turno, quando:
  - Existirem sinais de desconforto ou dor;
  - Forem utilizadas estratégias de analgesia;
  - Houver anteriormente avaliação positiva de dor;
  - Forem efectuados procedimentos dolorosos.

## REQUISITOS

- Contacto mínimo com o RN de pelo menos uma hora, sendo o recomendado de 4 a 8 horas;
- RN acordado;
- Exclusão de alguns factores externos como a necessidade de alimentação ou sono;
- Não pode ser utilizada em RN sob o efeito de curarizantes ou com deficiências cerebrais graves.

*Vamos fazer figas para que a equipa tenha gostado da EDIN... vai ser mais fácil perceberem quando temos dor e precisamos de ajuda!*



## BIBLIOGRAFIA

- Bataglia L. Dor em pediatria: compreender para mudar. 2010 Mar. Lidel; ISBN 978-972-757-593-0.
- Bataglia L, Santos L, Guimarães H. Avaliação de Dor e Desconforto no Recém-nascido. Acta Pediátrica Portuguesa 2003;34(1): 159-163.
- Bataglia L, Santos L, Guimarães H. Dor em cuidados intensivos neonatais. Acta Pediátrica Portuguesa 0873-9781/07/38-41-44.
- Bataglia L, Santos L, Guimarães H. Avaliação da dor no período neonatal. Acta pediátrica portuguesa 2005;4(3): 201-207.
- Ordem dos Enfermeiros. Dor. Guia orientador de boas práticas. 2008;1(1). Cadernos OE. ISBN: 978-972-996469-5.
- Branco A, Fikete S, Rugolo I. O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido. Condição e repulicada: Paul Pediatría 2004; 24(3):270-4.
- Hockenberry M, Wilson D, Winkelstein M. Wong Fundamentos de Enfermagem pediátrica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora; 2006. 241-246. ISBN 13: 978-85-352-1918-0.



## **ANEXO II**

Documento de avaliação da acção de formação



## AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Designação da Acção de Formação: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Aprecie e marque com um X a opção escolhida

### 1 - ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Objectivos: Confusos  Algo confusos  Claros  Muito claros

Conteúdo: Insuficiente  Suficiente  Bom  Muito Bom

Utilidade do tema: Inaplicável  Pouco útil  Útil  Muito útil

Correspondeu às expectativas: Nada  Pouco  Muito  Totalmente

Instalações: Más  Suficientes  Boas  Muito Boas

Meios audiovisuais: Inadequados  Pouco adequados  Adequados

### 2 - FORMADOR

Domínio do assunto: Não domina  Domina mal  Domina bem  Domina muito bem

Motivação do grupo: Pouco motivado  Motivado  Muito motivado

### 3 - Em que vai influenciar a sua prática após esta formação

\_\_\_\_\_

### 4 - Sugestões de melhoria

\_\_\_\_\_

Nome(facultativo): \_\_\_\_\_



**AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO:  
ESCALA DE EDIN- AVALIAÇÃO DA DOR NO RN**

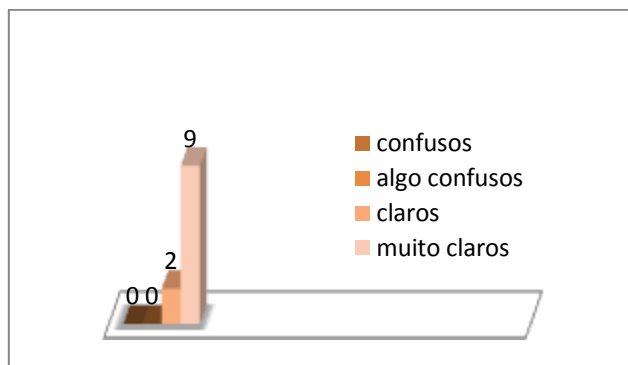
A avaliação constitui um momento de grande importância, de forma a corrigir ou melhorar comportamentos e técnicas de formação, para um maior sucesso. Tendo a formação decorrido de acordo com o planeamento da mesma, segue-se a apresentação dos indicadores planeados.

O **indicador de atividade** que estabelecemos para a avaliação da ação de formação, referente à percentagem de enfermeiros participantes na sessão é de 46%. Consideramos a participação da equipa bastante positiva porque na realidade, a ausência dos restantes elementos está, na sua generalidade, condicionada por factores extrínsecos: licença de maternidade (2 elementos), atestado médico (1 elemento), férias (2 elementos), bem como o facto de estarem destacados para a consulta de pediatria (2 elementos) e o próprio horário de *roulement*.

Tal como mencionado no planeamento, usamos como guia de avaliação, o documento utilizado pelo local de estágio, na formação em serviço.

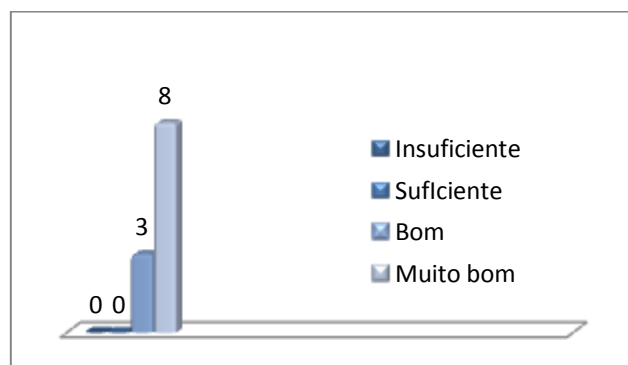
**PONTO I- AÇÃO DE FORMAÇÃO**

O ponto I discrimina a avaliação da formação nos vários componentes: objetivos, conteúdo, utilidade do tema, adequação às expectativas, instalações e meios audiovisuais.



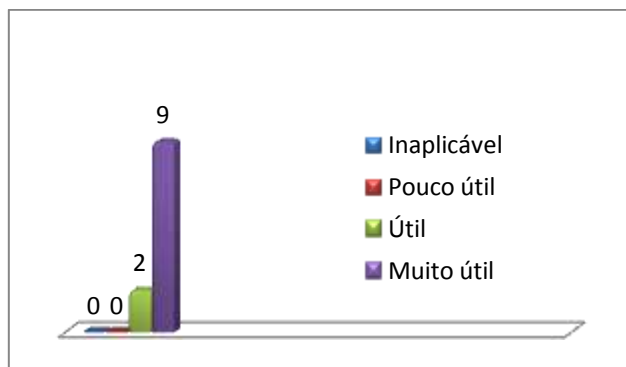
**Gráfico 1** - Objectivos da formação

**Comentário:** Relativamente aos objectivos, a equipa destacou o facto de serem muito claros. Este facto está provavelmente relacionado com o facto de serem simples, exequíveis e dirigidos.



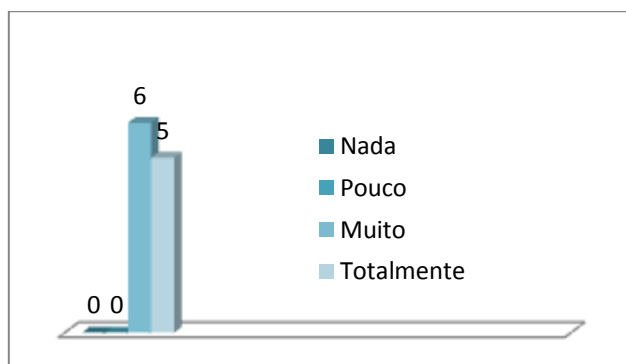
**Gráfico 2** - Conteúdo da formação

**Comentário:** No que diz respeito ao conteúdo, a equipa demonstrou estar globalmente bastante satisfeita. No que concerne a este item, consideramos que a selecção do conteúdo é de extrema importância para manter a formação objectiva e pouco extensa. Talvez o que justifique esta avaliação foi o facto de, para atingir estes objectivos, optamos por abordar apenas a escala de EDIN e excluir as outras escalas de avaliação da dor no RN, na sua generalidade, com parâmetros fisiológicos, sem viabilidade de aplicação prática no Serviço de Pediatria.



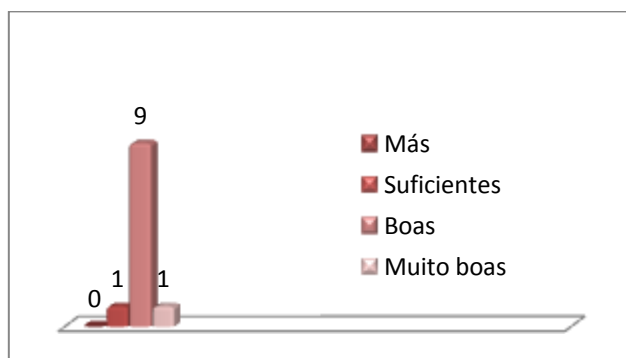
**Gráfico 3-** Utilidade do tema

**Comentário:** O gráfico demonstra claramente, o reconhecimento da equipa da importância do tema da acção de formação para a prática, já que a maioria dos enfermeiros considerou o tema como muito útil. Esta avaliação é indicadora das potencialidades da aplicação da Escala de EDIN no Serviço de Pediatria.



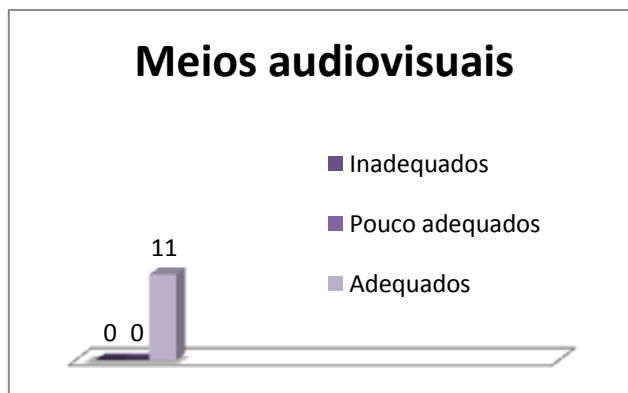
**Gráfico 4-** Correspondência às expectativas

**Comentário:** O gráfico é ilustrativo da avaliação positiva da equipa, relativamente ao alcance das expectativas para esta acção de formação.



**Gráfico 5-** Qualidade das instalações

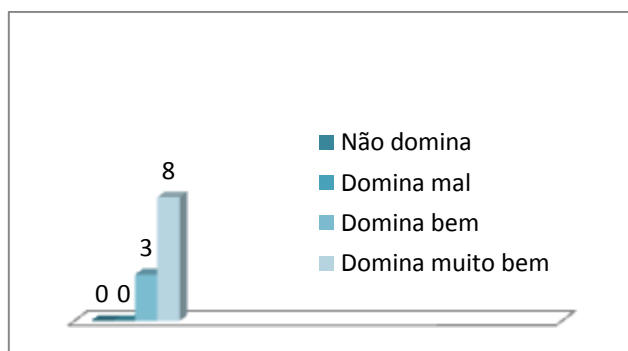
**Comentário:** A adequação das instalações à acção de formação, embora positiva, não foi a ideal. O local previsto para a realização da acção era na sala de reuniões que tem a desvantagem de se localizar fora do Serviço de Pediatria. Em virtude de termos presentes o maior número de enfermeiros na formação, esta foi realizada, de acordo com sugestão da enfermeira chefe, na sala de tratamentos do serviço.



**Gráfico 6-** Adequação dos meios audiovisuais

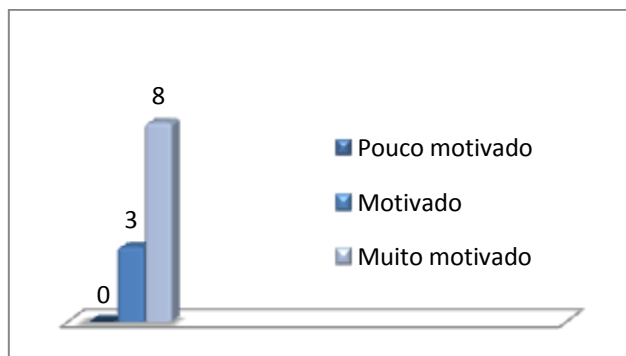
## PONTO II- FORMADOR

O ponto 2 está relacionado com a avaliação do formador.



**Gráfico 7-** Domínio do assunto

**Comentário:** A avaliação dos formadores foi bastante positiva, o que na nossa opinião, está relacionada com a experiência prática que temos na utilização da escala de EDIN. Este facto permitiu-nos ressaltar alguns aspectos e dúvidas que podem surgir na sua aplicação, bem como exemplificar com situações que ocorrem no nosso dia-a-dia.



**Gráfico 8-** Motivação do grupo

**Comentário:** O gráfico é demonstrativo da realidade que nos deparamos no Serviço de Pediatria, em que detectamos a necessidade desta formação, mas também o grande interesse da equipa no tema. O facto de a nossa experiência ser positiva na utilização da Escala de EDIN, permitiu-nos, como formadoras, motivar a equipa durante a formação.

### **PONTO III- INFLUÊNCIA NA PRÁTICA**

Neste ponto, destacamos alguns comentários efetuados pela equipa:

- *“Avaliar a dor no RN, de forma mais perceptível”*
- *“Melhorar a prática de enfermagem referente à avaliação da dor e atuação perante a mesma.”*
- *“Uniformização da prática de enfermagem.”*

### **PONTO IV- SUGESTÕES DE MELHORIA**

Não foram efetuados comentários, relativos a este item.



## **ANEXO VII**

Acção de Formação:

**“Para Uma Imunização Sem Dor”**





**CATÓLICA**

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

**Instituto de Ciências da Saúde**

**PLANEAMENTO DE UMA ACÇÃO DE FORMAÇÃO:**

**“SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR”**

**PATRÍCIA MENDES**

**SANDRA FERREIRA**

**VANESSA FERNANDES**

**NOVEMBRO|2010**



**3º CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Ano Lectivo 2009/2010

Docentes orientadoras:

Enf.<sup>a</sup> Isabel Quelhas

Enf.<sup>a</sup> Constança Festas

Enfermeira Tutora:

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

**Planeamento**

**de uma Ação de Formação:**

**“Sacarose - Para uma imunização sem dor”**

**PATRÍCIA MENDES**

**SANDRA FERREIRA**

**VANESSA FERNANDES**

**NOVEMBRO | 2010**



# ÍNDICE

|   |     |
|---|-----|
| 0. INTRODUÇÃO.....  | 341 |
| 1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO.....   | 343 |
| 2. OBJECTIVOS.....  | 345 |
| 3. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS.....   | 347 |
| 4. METODOLOGIA.....   | 349 |
| 5. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE.....   | 351 |
| 5.1. Plano da Actividade da Acção de Formação: “Sacarose - Para uma<br>imunização sem dor”..... | 351 |
| 6. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO.....                                      | 355 |
| 7. CONCLUSÃO.....   | 357 |
| 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....  | 359 |
| ANEXOS.....   | 361 |

**Anexo I** – Procedimento da sacarose

**Anexo II**- Apresentação “Sacarose – Para uma imunização sem dor”

**Anexo III**- Documento de avaliação da acção de formação



## **0. INTRODUÇÃO**

A ação de formação “Sacarose - Para uma imunização sem dor” surgiu no âmbito do estágio de Módulo I, decorrente no Centro de Saúde Sra. Hora, Unidade Local de Saúde Matosinhos. Este estágio decorreu no período de 4 de Outubro a 26 de Novembro, enquadrado no 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). Este projeto foi desenvolvido sob a orientação tutorial da Enfermeira Alexandra Correia.

Neste sentido, a elaboração deste planeamento tem como principais objetivos:

- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio de Módulo I;
- Desenvolver competências relativas à planificação de uma Ação de Formação.

Este documento encontra-se organizado da seguinte forma: inicialmente, é realizada uma análise da situação, seguida da apresentação dos objectivos e da seleção de conteúdos; seguidamente, é apresentada a metodologia, a organização e programação da atividade e, por último, a seleção e organização de estratégias de avaliação, terminando na conclusão.



## I. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

A dor é um fenómeno complexo e multidimensional com uma componente fisiológica, sensorial, afectiva, cognitiva, comportamental e sociocultural que percebemos como presente ou subjacente às descrições das experiências de dor ou da nossa própria vivência. (Batalha, 2010, p. 3)

Segundo a International Association for the Study of Pain (IASP), a dor “é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos reais ou eventuais dos tecidos ou descrita em termos desses danos”. Branco *et al* (2006) diz que “*Cada individuo aprende a aplicação da palavra dor por meio das experiências dolorosas vivenciadas no início da vida.*” Desta forma, todas as experiências dolorosas vivenciadas desde cedo terão um impacto significativo no desenvolvimento. De acordo com Hatfield *et al* ((2008), estas experiências poderão alterar permanentemente o sistema nervoso central e incluem comprometimento de estruturas cognitivas. (p.328)

Em contexto de Saúde Infantil, podemos considerar que as experiências dolorosas são menos frequentes, embora a imunização seja um procedimento doloroso causador de grande impacto nos pais e na criança, apesar de clarificadas as suas amplas vantagens.

De acordo com Hatfield *et al* (2008), a relutância dos pais na adesão à vacinação pode ser parcialmente explicada pela percepção que estes têm que os seus filhos vivenciam uma dor substancial durante as várias imunizações. (p. 327)

Neste sentido e tendo em conta o direito primordial da criança, deliberado na Carta dos Direitos da Criança, que diz que “*As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo*”, cabe ao profissional de saúde, e principalmente ao enfermeiro, adoptar estratégias que minimizem a dor associada a estes procedimentos. Este facto é salientado pela Ordem dos Enfermeiros (2008) que defende que “*Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor.*”

Neste contexto, a utilização da sacarose tem sido amplamente estudada e a evidência demonstra que existem claros benefícios no seu uso, que não se resumem ao período neonatal. São vários os estudos que suportam a evidência de que a sacarose é eficaz na redução da dor associada a procedimentos dolorosos bem como reduz o tempo de recuperação da criança

após este procedimento. (Hatfield *et al*, 2008; Dilli, D., Kucuk, IG & Dallar, Y., 2009; Hardcastle, T., 2010; Lefrak, L. *et al.*, 2006; Taddio, A. *et al.*, 2008).

Tendo conhecimento desta realidade, pareceu-nos muito pertinente a realização desta acção de formação visto nos apercebermos, por entrevistas informais com os enfermeiros, não ser do conhecimento da equipa os benefícios da sacarose e a sua forma de utilização.

## **2. OBJECTIVOS**

O estabelecimento de objetivos é de primordial importância para o sucesso da ação de formação. Segundo Tavares (1992), *“não interessam objetivos vagos, de âmbito alargado, impossíveis de serem atingidos na prática e portanto sem qualquer utilidade”*. (p. 114)

Desta forma, foram delineados os seguintes objetivos gerais e específicos:

### **OBJETIVOS GERAIS**

- Aprofundar conhecimentos sobre a temática da dor;
- Sensibilizar para a importância da minimização da dor na criança;
- Contribuir para a utilização da sacarose em procedimentos potencialmente dolorosos, nomeadamente na imunização infantil.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Contextualizar a formação na temática da dor;
- Informar sobre a sacarose, nomeadamente em que é que consiste e o seu mecanismo de acção;
- Apresentar alguns estudos relevantes que comprovam a eficácia da sua utilização;
- Esclarecer sobre as dosagens indicadas para uma utilização correta;
- Indicar as indicações, contra-indicações e efeitos secundários associados à sacarose;
- Descrever o procedimento a ser utilizado.



### **3. SELEÇÃO DE CONTEÚDOS**

De forma a atingir os objetivos delineados, foram selecionados para a ação de formação os seguintes conteúdos:

- Importância do controlo da dor
- A sacarose e o seu mecanismo de ação
- Sacarose – Eficácia comprovada
- Controvérsias da sacarose
- Dosagens recomendadas
- Indicações
- Contra-indicações
- Efeitos secundários
- Procedimento.



#### **4. METODOLOGIA**

Visto tratar-se de algo novo para a equipa, será essencialmente utilizado o método expositivo, embora haja espaço na acção de formação para a interacção e partilha de ideias e experiências.

Será elaborado um dossier para consulta, que será constituído pela bibliografia consultada para a elaboração desta formação, que ficará disponível para toda a equipa. Também será afixado na sala de saúde infantil de cada módulo o procedimento e as dosagens a administrar em cada situação particular (Anexo I). Consideramos que desta forma, estão reunidas as condições para que a equipa inicie a administração da sacarose, contribuindo assim para a minimização da dor na criança.



## 5. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ATIVIDADE

A data para a realização desta ação de formação será no dia 25 de Novembro de 2010, pelas 13h. A escolha do dia prendeu-se essencialmente com a disponibilidade do espaço físico e dos profissionais.

Previamente, será divulgada a acção de formação de duas formas distintas: oralmente sempre que surgir oportunidade e pela afixação da informação em alguns espaços relevantes do Centro de Saúde, de forma a permitir que toda a equipa tome conhecimento.

Os recursos a utilizar para a realização da ação de formação são:

- **Recursos Humanos:** 3 alunas do 3º Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa do Porto (UCP);
- **Recursos Físicos:** Sala de reuniões do Centro de Saúde Sra. Hora;
- **Recursos Materiais:** um computador portátil; um projector, amostra da sacarose;
- **Recursos Financeiros:** suportados pelas alunas de Enfermagem do 3º Curso de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria.

### 5.1 Plano da Actividade da Acção de Formação: “Escala de EDIN: avaliação da dor no RN”

**Formadores:** Patrícia Mendes, Sandra Ferreira e Vanessa Fernandes, Alunas do Curso de EESIP-ICS/UCP, Estágio de Módulo I

**Grupo destinatário:** Equipa de Enfermagem do Centro de Saúde Sra. Hora

**Tema:** Sacarose – Para uma imunização sem dor (Anexo II)

**Local:** Sala de reuniões

**Duração:** 30min

**Data:** 25 de Novembro de 2010

**Hora:** 13h

- Aprofundar conhecimentos sobre a temática da dor;
- Contextualizar a formação na temática da dor;
- Sensibilizar para a importância da minimização da dor na criança;
- Informar sobre a sacarose,

- Contribuir para a utilização da sacarose em procedimentos potencialmente dolorosos, nomeadamente na imunização infantil.
- nomeadamente em que é que consiste e o seu mecanismo de acção;
- Apresentar alguns estudos relevantes que comprovam a eficácia da sua utilização;
- Esclarecer sobre as dosagens indicadas para uma utilização correcta;
- Indicar as indicações, contra-indicações e efeitos secundários associados à sacarose;
- Descrever o procedimento a ser utilizado.

| <b>FASES   TEMPO</b>             | <b>CONTEÚDO</b>  | <b>MÉTODOS E TÉCNICAS</b>   | <b>RECURSOS DIDÁCTICOS</b>                    | <b>AValiação</b>                                  |
|----------------------------------|--|---|---|---|
| <b>INTRODUÇÃO</b><br>5 MIN       | Apresentação da acção de formação;<br>Referência aos conteúdos que irão ser abordados.   | <b>Método Expositivo</b><br>(Técnica de Exposição)<br><br><b>Método Exploratório</b><br>(Técnica interactiva e explorativa) | <b>Projectáveis:</b><br>Computador e projetor | <b>Diagnóstica:</b><br>Questões aos participantes |
| <b>DESENVOLVIMENTO</b><br>20 MIN | Importância do controlo da dor;<br>A sacarose e o seu mecanismo de acção;<br>Sacarose – Eficácia comprovada;<br>Controvérsias da sacarose;<br>Dosagens recomendadas;<br>Indicações;<br>Contra-indicações;<br>Efeitos secundários;<br>Procedimento; | <b>Método Expositivo</b><br>(Técnica de Exposição)  | <b>Projectáveis:</b><br>Computador e projetor | <b>Formativa</b>                                  |

|                                      |   |  |  |                        |
|--------------------------------------|---|--|--|------------------------|
| <p><b>CONCLUSÃO</b></p> <p>5 MIN</p> | <p>Resumo dos conteúdos apresentados;</p> <p>Esclarecimento de dúvidas;</p> <p>Avaliação da ação de formação.</p> | <p><b>Método Expositivo</b><br/>(Técnica de Exposição)</p> <p><b>Método Exploratório</b><br/>(Técnica interactiva e explorativa)</p> | <p><b>Projetáveis:</b><br/>Computador e projetor</p> | <p><b>Somativa</b></p> |
|--------------------------------------|---|--|--|------------------------|



## 6. SELEÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

A avaliação assume-se como um momento fulcral do processo formativo, de forma a compreender o sucesso da formação.

Na introdução, irá ser realizada, de forma informal, uma avaliação diagnóstica dos conhecimentos dos participantes da sessão relativamente ao tema, de uma forma mais dirigida, já que de uma forma geral, conhecemos a realidade da equipa. Ao longo da formação, a avaliação formativa irá fornecer-nos dados sobre o decorrer da formação, nomeadamente a necessidade de incidir mais em algum conteúdo e, no final, a avaliação somativa.

De forma a proceder à avaliação da acção de formação, estabelecemos o seguinte **indicador de atividade**:

$(\text{N}^\circ \text{ Enfermeiros participantes na acção de formação} / \text{N}^\circ \text{ Enfermeiros da equipa}) \times 100\% = \% \text{ enfermeiros participantes na acção de formação}$

No que diz respeito à avaliação de outros indicadores, decidimos utilizar o documento de avaliação (**Anexo III**), utilizado no Centro de Saúde, pelo responsável da formação. Este facto será vantajoso, pois a equipa encontra-se familiarizada com o documento e, na medida em que este será obrigatoriamente preenchido no final da acção, não faria sentido duplicar a avaliação.



## **7.CONCLUSÃO**

A deteção da necessidade de informação da equipa relativamente à sacarose constituiu o ponto de partida para este projeto. Intervir na minimização da dor na criança é investir em boas práticas, baseadas na evidência, que em muito vão contribuir para a prestação de cuidados de qualidade, pelo que constitui um desafio muito gratificante.

Neste contexto, a oportunidade da formação em serviço assumiu-se como determinante, na medida em que esta constitui o palco ideal para a promoção de mudança e assume particular importância na mobilização de conhecimentos.

A elaboração deste planeamento, permitiu a estruturação da acção de formação que nos propomos desenvolver e é da nossa convicção que será de extrema importância para a concretização dos objectivos traçados.



## 8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L., Santos, L., Guimarães, H. (2007). Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38 (4), 144-151;
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria compreender para mudar*. Lisboa: Lidel;
- Branco, A., Fekete, S., Rugolo, I. (2006) . O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido. *Rev Paul Pediatría*, 24 (3), 270-274;
- Dilli, D., Kucuk, IG, Dallar, Y. (2009). Interventions to reduce *pain* during *vaccination* in infancy. *The Journal of Pediatrics*, 154 (3), 385-90;
- Lefrak, L. *et al.* (2006). Sucrose Analgesia: identifying potentially better practices. *Pediatrics*, 118, 197-202;
- Gasparido, C., Linhares, M., Martinez, F. (2005). A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Jornal de Pediatria*, 81(6), 435- 442;
- Hardcastle, T. (2010). Sucrose has been shown to have analgesic properties when administered to neonates and infants. *Clinical Feature*, 20 (1), 19- 22;
- Hatfield, L., Gusic, M., Dyer, A., Polomano, R. (2008). Analgesic properties of oral sucrose during routine immunizations at 2 and 4 months of age. *Pediatrics*, 121, 327-334;
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor Guia Orientador de Boas Práticas*. Cadernos OE, 1 (1), 1-51;
- Taddio, A. *et al.* (2008). Effectiveness of sucrose analgesia in newborns undergoing painful medical procedures. *Research*, 179 (1), 37- 43;
- Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde (2ª edição)*. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa;
- Thompson, D. (2005). Utilizing an oral sucrose solution to minimize neonatal pain. *JSPN*, 10(1), 3- 10.



# **ANEXOS**



# **ANEXO I**

## **Procedimento da Sacarose**





UCC Srª da Hora

# Sacarose

Para uma imunização sem dor



## PROCEDIMENTO:

- Abrir diariamente uma solução de sacarose, logo que necessário;
- Aplicar sobre a língua, 2 minutos antes do procedimento doloroso;
- Administrar dose certa, de acordo com a respectiva tabela;
- Realizar procedimento após 2 minutos;
- Administrar 2ª dose, se necessário, após 5 a 10 minutos;
- Associar à sacarose outras medidas de conforto não farmacológicas.

## PESO

## DOSE POR ADMINISTRAÇÃO

|                 |        |
|-----------------|--------|
| » 1,5 kg < 2 kg | 0,3 ml |
| » 2 kg < 2,5 kg | 0,5 ml |
| » 2,5 kg < 3 kg | 1ml    |
| » 3 kg          | 2ml    |

Fonte: "Protocole d'utilisation du saccharose" – Hôpital Aimand Trousseau, 2003

Patrícia Mendes | Sandra Castro | Vanessa Fernandes

Curso de Pós-Licenciatura | Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Orientação de estágio: Enf.ª Alexandra Correia



## **ANEXO II**

### Apresentação

“Sacarose - Para uma imunização sem dor”



UCCS 5ª do Norte CATÓLICA

# SACAROSE

## Para uma imunização sem dor

Patrícia Mendes | Sandra Castro | Vanessa Fernandes  
Sob orientação de: Enf.ª Alexandra Correia

UCCS 5ª do Norte CATÓLICA SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

## OBJECTIVOS GERAIS

- Aprofundar conhecimentos sobre a temática da dor;
- Sensibilizar para a importância da minimização da dor na criança;
- Contribuir para a utilização da sacarose em procedimentos potencialmente dolorosos, nomeadamente na imunização infantil.

UCCS 5ª do Norte CATÓLICA SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

- Enquadramento
- Sacarose – Constituição e mecanismo de acção
- Eficácia comprovada
- Controvérsias
- Dosagens
- Indicações
- Contra-indicações
- Efeitos secundários
- Procedimento

UCCS 5ª do Norte CATÓLICA SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

*"A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial ou descrita nos termos dessa lesão"*

Associação Internacional para o Estudo da Dor (1979)

*"Reluctance to adhere with the recommended immunization ... may be partially explained by parental perception that their children endure a substantial amount of pain during routine immunizations..."*

Hoffield et al, 2008

UCCS 5ª do Norte CATÓLICA SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

*"Cada individuo aprende a aplicação da palavra dor por meio das experiências dolorosas vivenciadas no início da vida."*

Branco et al (2006)

*"... the pain and stress suffered early in life permanently alter the central nervous system... include permanent impairment of elements of cognitive development..."*

Hoffield et al (2008)

UCCS 5ª do Norte CATÓLICA SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

Artº 5 - " As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo".

Carta dos direitos da criança, Leiden (1988)

*"Enquanto profissionais privilegiadas pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor."*

Ordem dos Enfermeiros (2008)

UCCS 5ª do Norte CATÓLICA SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

## SACAROSE

Carboidrato(dissacarídeo) formado pela união de dois monossacarídeos, a glicose e a frutose.

**MECANISMO DE ACÇÃO:**  
Estimula a libertação de endorfinas, substâncias analgésicas naturalmente produzidas pelo corpo da criança.

**PICO DE ACÇÃO:** 2 minutos

UCCS 5ª do Norte CATÓLICA SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

## EFICÁCIA COMPROVADA

*"Of all the regimens, the lowest pain scores occurred with the use of 24% sucrose solution combined with pacifier. The mean pain score for the combination of sucrose with pacifier was 0.7 as compared to 1.4 for the sterile water with pacifier group"*

Elsersafy et al, 2009

"Pain scores for treatment regimens (P: pacifier, S: sucrose 24%, W: sterile water)"

UNICEF CATÓLICA SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

## EFICÁCIA COMPROVADA

"Administration of 2 mL of a 24% oral sucrose solution 2 minutes before routine immunizations is effective in decreasing maximum immunization pain and shortens the time before returning to a near normal state ..."

Hatfield et al, 2008

UNICEF CATÓLICA SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

## CONTROVÉRSIAS...

- IDADES
- DOSAGENS E CONCENTRAÇÕES
  - 0,6ml/kg | 0,17g/kg
  - 12%, 24%, 50%

UNICEF CATÓLICA SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

## DOSAGENS

| Peso           | Dose por Administração | Dose nas 24 Horas |       |
|----------------|------------------------|-------------------|-------|
|                |                        | Pré-termo         | Termo |
| ≪ 1,5 kg       | 0,2ml                  | 0,8ml             | 1,6ml |
| ≧1,5 kg ≪ 2 kg | 0,3ml                  | 1,2ml             | 2,4ml |
| ≧2 kg ≪ 2,5 kg | 0,5ml                  | 2ml               | 4ml   |
| ≧2,5 kg ≪ 3 kg | 1ml                    | 4ml               | 8ml   |
| ≧3 kg          | 2ml                    | 8ml               | 16ml  |

Fonte: "Protocole d'utilisation du saccharose" – Hôpital Armand Trousseau, 2003

UNICEF CATÓLICA SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

## INDICAÇÕES

- Vacinação
- Injeções IM ou SC
- Punção do calcanhar
- Punção vesical
- Colocação de sonda gástrica
- Aspiração de secreções
- Realização ou remoção de penos

UNICEF CATÓLICA SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

## CONTRA-INDICAÇÕES

- Alto risco de NEC
- Atrésia do esôfago ou fístula traqueo-esofágica
- Sedação
- Intolerância à frutose ou sacarose.

UNICEF CATÓLICA SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

## EFEITOS SECUNDÁRIOS

- Náuseas ou vômitos
- Hiperglicemia

UNICEF CATÓLICA SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

## PROCEDIMENTO

- Abrir diariamente uma solução de sacarose, logo que necessário (validade\_24 horas);
- Aplicar sobre a língua, 2 minutos antes do procedimento doloroso;
- Administrar dose certa, de acordo com a respectiva tabela;
- Realizar procedimento após 2 minutos;
- Administrar 2ª dose, se necessário, após 5 a 10 minutos;

UNICEF CATÓLICA SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

## PROCEDIMENTO

- Associar à sacarose outras medidas de conforto não farmacológicas:
  - Realização de técnica com perícia e delicadeza
  - Envolvência dos pais nos cuidados, ensinando-os para uma presença de qualidade
  - Sucção não nutritiva
  - Massagem
  - Medidas gerais de conforto (balançar, pegar ao colo, afagar, conversar)

UNICEF do Brasil CATÓLICA Faculdade de Medicina da Universidade Católica de São Paulo SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

**EM CONCLUSÃO...**

**SACAROSE**

Hatfield et al, 2008

17

UNICEF do Brasil CATÓLICA Faculdade de Medicina da Universidade Católica de São Paulo SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

*Vamos fazer figas para que a equipe tenha gostado da sacarose... sei que as vacinas são para o meu bem mas serão ainda melhores se não me doerem tanto!*

UNICEF do Brasil CATÓLICA Faculdade de Medicina da Universidade Católica de São Paulo SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Branco, A., Fekete, S., Rugolo, I. (2006). O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido. Rev Paul Pediatr, 24(3), 270-274.
- Chil, D., Kucuk, IG, Daltaz, Y. (2009). Interventions to reduce pain during vaccination in infancy. The Journal of Pediatrics, 154 (3), 385-90.
- Elsentry, F.; Alsaedi, S.; Louwers, J.; Sadiq, B.; Mensale, A. (2009). Oral sucrose and a pacifier for pain relief during simple procedures in preterm infants: A randomized controlled trial. Ann Saudi Med.
- Gaspardo, C., Linhares, M., Martinez, F. (2005). A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. Jornal de Pediatria, 81 (6), 435-442.
- Hardcastle, I. (2010). Sucrose has been shown to have analgesic properties when administered to neonates and infants. Clinical Features, 20 (1), 19-22.
- Hatfield, L., Gusic, M., Dyer, A., Palomano, R. (2008). Analgesic properties of oral sucrose during routine immunizations at 2 and 4 months of age. Pediatrics, 121, 327-334.
- Lefrak, L. et al. (2006). Sucrose Analgesia: identifying potentially better practices. Pediatrics, 118, 197-202.
- Taddio, A. et al. (2008). Effectiveness of sucrose analgesia in newborns undergoing painful medical procedures. Research, 179 (1), 37-43.
- Thompson, D. (2005). Utilizing an oral sucrose solution to minimize neonatal pain. JPN, 10(1), 3-10
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor Guia orientador de boas práticas. Cadernos OE, 1(1), 1-51.

19



## **ANEXO III**

**Documento de avaliação da acção de formação**



|   |   |
|---|---|
| <br><small>SINAR para Saúde<br/>C.E.F.P.P.G.</small> | <b>AVALIAÇÃO FINAL DA ACÇÃO</b><br><br><b>Formação em serviço</b> |
|---|---|

**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 "concordo parcialmente"; 2 "discordo em parte"; 1 "discordo em absoluto"
- Marcação com X do quadrado escolhido

| <b>1. AVALIAÇÃO DA ACÇÃO</b>                                | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.1 Os objectivos da acção são perceptíveis                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 O conteúdo da acção é adequado às necessidades          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.3 Os temas abordados são actuais e úteis                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.4 A acção/módulo correspondeu às expectativas             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.5 Existiu motivação para participar na acção              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.6 As actividades realizadas são adaptadas à sessão        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.7 Existiu um bom relacionamento entre o grupo de trabalho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.8 As instalações são adequadas                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.9 Os meios audiovisuais são os necessários                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.10 A documentação é apropriada                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.11 O apoio técnico/administrativo/pedagógico é eficaz     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## **2. ACTUAÇÃO DOS FORMADORES**

|              |   | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--------------|---|---|---|---|---|
| 2.1 Formador | O formador demonstra domínio sobre o(s) assunto(s) abordado(s)                                |   |   |   |   |
| 2.2 Formador | Os métodos adoptados pelo formador são adequados relativamente aos objectivos da acção/módulo |   |   |   |   |
| 2.3 Formador | A linguagem utilizada pelo formador é adequada  |   |   |   |   |
| 2.4 Formador | O formador demonstra empenho na condução da acção/módulo                                      |   |   |   |   |
| 2.5 Formador | O relacionamento com o grupo de trabalho foi bom  |   |   |   |   |

## **3. SUGESTÕES/CRÍTICAS**

### **3.1 Aspectos positivos na acção**

|  |
|--|
|  |
|  |

### **3.2 Aspectos a melhorar**

|  |
|--|
|  |
|  |

### **3.3 Sugestões**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

Nome (opcional) \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

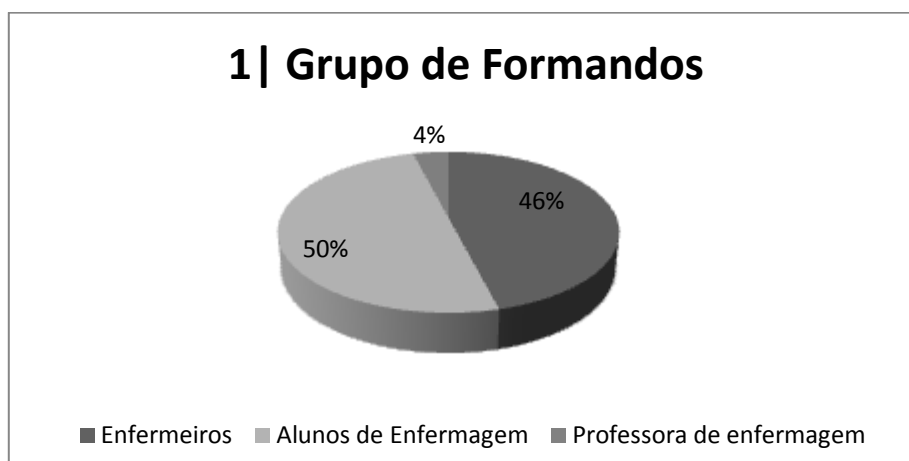
## AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

### SACAROSE - PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

A avaliação constitui uma etapa fundamental no processo formativo, pelo que foi solicitado aos formandos o preenchimento do instrumento de avaliação da ULSM.

Este instrumento avalia dois itens distintos: a acção propriamente dita e a actuação dos formadores. Quanto à avaliação da acção, o documento privilegia a percepção dos objectivos, a adequação do conteúdo às necessidades, a actualidade dos temas abordados, as expectativas e a motivação dos formandos, o relacionamento entre o grupo de trabalho e adequação do espaço físico, da documentação e dos meios audiovisuais. No que diz respeito à actuação dos formadores, é avaliado o domínio sobre o assunto, a adaptação do método aos objectivos, a adequação da linguagem, o empenho e o relacionamento com o grupo de trabalho.

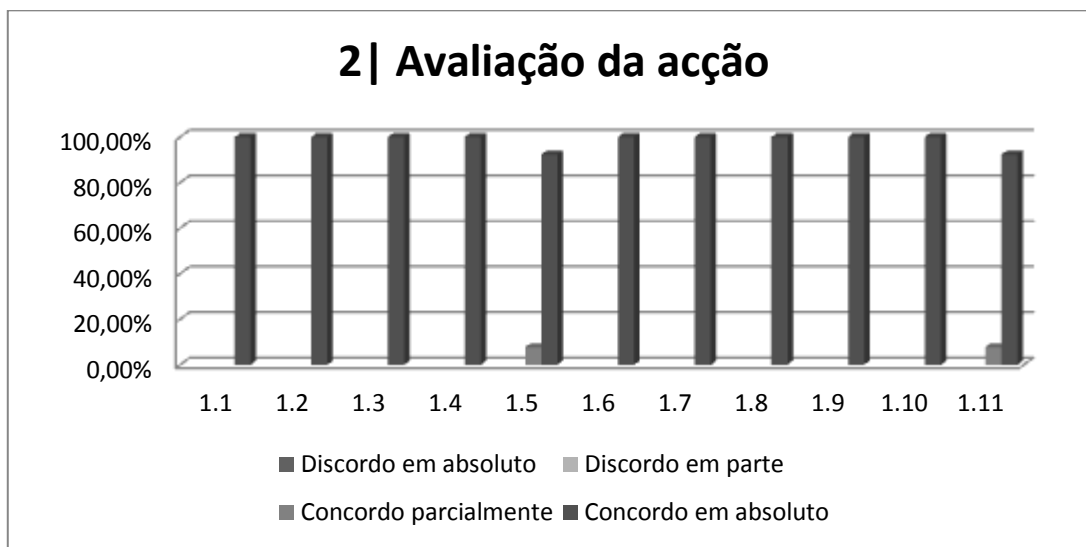
Relativamente aos formandos presentes na sessão, a análise do gráfico seguinte demonstra que no grupo, constituído por 28 formandos, metade eram alunos de enfermagem que assistiram à formação com a respectiva enfermeira orientadora, sendo os restantes enfermeiros do Centro de Saúde. O documento de avaliação da sessão foi distribuído unicamente aos profissionais da instituição, de acordo com indicação da enfermeira responsável pela formação.



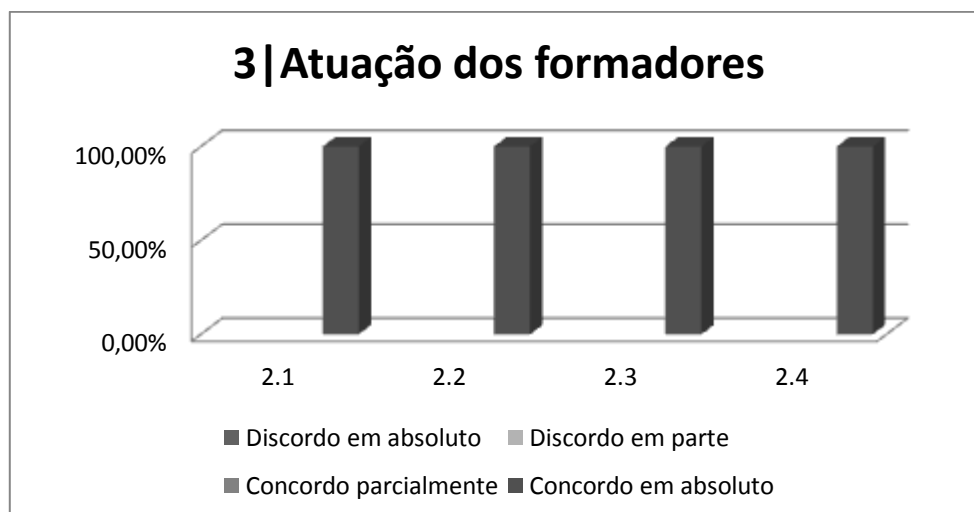
A presença dos alunos de enfermagem, apesar de não planeada, foi muito gratificante para o grupo de trabalho, visto potenciar a possibilidade de contribuir para a formação de alunos do curso base.

Tendo em conta o indicador de actividade definido no planeamento da acção de formação, respeitante à percentagem de enfermeiros participantes na acção, esta foi de 44%. Consideramos este indicador bastante positivo, na medida em que nem toda a equipa trabalha na área de Saúde Infantil, pelo que acreditamos que aqueles para os quais a formação teve maior relevância, estiveram presentes na acção.

Relativamente ao instrumento de avaliação da sessão, foram encontrados os seguintes dados.



No que diz respeito à avaliação da acção, 100% do universo amostral, constituído por 13 enfermeiros, classificaram com 4 valores as questões relativas à percepção dos objectivos (1.1), a adequação do conteúdo às necessidades (1.2), a actualidade dos temas abordados (1.3), as expectativas (1.4), às actividades realizadas (1.6), ao relacionamento entre o grupo de trabalho (1.7), à adequação das instalações (1.8), dos meios audiovisuais (1.9), da documentação (1.10). Relativamente às questões sobre a motivação dos formandos (1.5) e o apoio técnico/administrativo/pedagógico eficaz (1.11), 92,3% dos formandos classificaram com 4 valores e 7,7% com 3 valores.



No ponto 2 do instrumento de avaliação, relativo à atuação dos formadores, 100% dos formandos classificaram com 4 valores todos os itens sujeitos a avaliação, nomeadamente o domínio sobre o assunto (2.1), os métodos adotados (2.2), a linguagem utilizada (2.3), o empenho (2.4) e o relacionamento com o grupo de trabalho (2.5).

No ponto 3 do Documento de avaliação final da ação, é reservado um espaço para sugestões e críticas. No ponto 3.1 referente aos aspetos positivos da ação, encontraram-se três opiniões que passam a ser citadas: *“Foram ao encontro das necessidades da equipa”*, *“Sensibilização para uma prática não instituída na unidade”* e *“Perceptível, comprovada cientificamente”*.

