



# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

### ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

## RELATÓRIO DE ESTÁGIO

### PRACTICUM REPORT

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

Por Rita Chaves Fonseca Cruz

Porto, Maio de 2017





# CATÓLICA

## INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

### ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

## RELATÓRIO DE ESTÁGIO

### PRACTICUM REPORT

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

Por Rita Chaves Fonseca Cruz

Sob orientação da Doutora Isabel Quelhas

Porto, Maio de 2017



## Resumo

Este relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa do Porto e foi elaborado segundo uma metodologia descritiva e reflexiva de toda a aprendizagem desenvolvida nos diversos contextos da prática em que decorreu a unidade curricular Estágio inserida no mesmo plano de estudos.

O Estágio de Saúde Infantil e Pediatria foi realizado em três módulos, cada um com a correspondência de 180h de contacto e 70h de trabalho individual, e que são respetivamente: módulo I – Saúde Infantil; módulo II – Serviços de Medicina e Cirurgia em contextos de doença aguda e crónica; e, módulo III – Serviços de Urgência e Serviços de Neonatologia.

Este relatório evidencia o caminho para a aquisição das competências de enfermagem especializadas na área de saúde infantil e pediátrica nos diversos contextos assistenciais. Neste sentido, estas competências foram agrupadas em quatro domínios de atuação: prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação, e para a sua obtenção defini objetivos, planeei atividades e mobilizei conhecimentos e habilidades adquiridos ao longo do meu percurso pessoal, académico e profissional.

No final, analiso os resultados e as implicações que as experiências vivenciadas têm no meu futuro profissional.

Palavras-chave: Enfermagem, Competências, Saúde Infantil e Pediátrica.



## Abstract

This report is presented in the scope of the Professional Masters Course in Infant and Pediatric Health Nursing of the Portuguese Catholic University of Porto and was elaborated according to a descriptive and reflective methodology of all the learning developed in the different contexts in which the Internship, a curricular unit inserted in the same study plan, took place.

The Internship in Child Health and Pediatrics was carried out in three modules, each one with 180h of contact and 70h of individual work, and they are respectively: module I - Child Health; module II - Medicine and Surgery Services in contexts of acute and chronic illness; and, module III - Emergency Services and Neonatal Services.

This report highlights the path towards the acquisition of specialized nursing skills in the area of child and pediatric health in the various care contexts. Therefore, these skills were grouped into four areas of action: care, care management, training and research, and for their achievement I have defined objectives, have planned activities and used the knowledge and abilities acquired throughout my personal, academic and professional career.

In the end, I analyze the results and the implications that the lived experiences will have on my professional future.

Keywords: Nursing, Skills, Child and Pediatric Health.



*“Não existe revelação mais nítida da alma de uma sociedade  
do que a forma como esta trata as suas crianças.”*

Nelson Mandela



## ÍNDICE GERAL

	Página
INTRODUÇÃO.....	13
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO.....	15
2. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO.....	19
CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
APÊNDICES.....	59
Apêndice 1. Plano da Sessão “Prevenção do Consumo de Tabaco”.....	61
Apêndice 2. Questionário sobre Consumo de Tabaco.....	65
Apêndice 3. Apresentação “Prevenção do Consumo de Tabaco”.....	69
Apêndice 4. Panfleto “Prevenção do Consumo de Tabaco”.....	77
Apêndice 5. Formação de Pares – “Maus Tratos a Crianças e Jovens” (Plano de Sessão, Apresentação e Questionário de Avaliação) .....	81
Apêndice 6. Estatísticas – Crianças assistidas no Serviço de Internamento do CHTMAD.....	93
Apêndice 7. Casuística – Consultas de Saúde Infantil.....	97
ANEXOS.....	101
Anexo 1. Visita Domiciliária ao Recém-nascido.....	103



## LISTA SIGLAS E ABREVIATURAS

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil  
CHTMAD – Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro  
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
CS – Centro de Saúde  
DGS – Direcção-Geral de Saúde  
EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica  
HPH – Hospital Pedro Hispano  
HSJ – Hospital de São João  
Nº – número  
NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ORL – Otorrinolaringologia  
PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar  
PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil  
PNSO – Programa Nacional de Saúde Oral  
PNSSR – Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva  
PNV – Programa Nacional de Vacinação  
RN – Recém-nascido  
SUP – Serviço de Urgência Pediátrica  
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade  
UCN – Unidade de Cuidados Neonatais  
UCP – Universidade Católica Portuguesa  
ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos  
USF – Unidade de Saúde Familiar



## INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da unidade curricular Relatório, incluída no Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa (UCP) Porto.

Este relatório teve por base a unidade curricular Estágio que foi dividida em 3 módulos, respetivamente, módulo I – Saúde Infantil, módulo II – Serviços de Medicina e Cirurgia em contextos de doença aguda e crónica e módulo III – Serviços de Urgência e Serviços de Neonatologia, sendo que cada módulo correspondeu a um total de 180h de contato e 70h de trabalho individual.

Por ordem cronológica, o meu percurso teve início com o módulo II, que decorreu no período de 2 de maio a 25 de Junho de 2016, no Serviço de Internamento de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD) – Unidade de Vila Real. Seguiu-se o módulo III – Serviços de Urgência e Serviços de Neonatologia, que decorreu no período de 12 de Setembro a 5 de Novembro de 2016, e dividiu-se em dois sub-módulos, respetivamente entre 12 de Setembro e 8 de Outubro no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do Hospital de São João (HSJ) e entre 10 de Outubro e 5 de Novembro na Unidade de Cuidados Neonatais (UCN) do Hospital Pedro Hispano (HPH). Por fim, o módulo I – Saúde Infantil, realizou-se no período de 7 de Novembro de 2016 a 13 de Janeiro de 2017 na Unidade de Saúde Familiar (USF) Nuno Grande e na Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC) Vila Real I, integradas no Centro de Saúde (CS) Vila Real I.

Os objetivos gerais a ter alcançado no final do estágio para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem foram os definidos no guia orientação do Relatório – Mestrado em Enfermagem da UCP:

- *Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na respetiva área de especialização em Enfermagem;*

- *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 Pediátrica (ESIP);*
- *Ter 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 conclusões, os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;*
- *Adquirir competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.*

Os objetivos deste relatório são: servir de instrumento de avaliação; realizar uma análise crítico-reflexiva do percurso desenvolvido ao longo da unidade curricular Estágio, focando os objetivos e as atividades realizadas no caminho para a obtenção das competências próprias do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP); e, permitir a reflexão sobre a prática com base na evidência científica e numa perspetiva de Enfermagem Especializada.

Quanto à estrutura do trabalho, após a introdução, faço uma breve descrição dos locais de estágio, onde abordo os motivos da escolha do campo de estágio, bem como a sua estrutura funcional e organizacional. Seguidamente, registo as competências de EESIP adquiridas no período de estágio, as quais divido em quatro domínios: prestação de cuidados; gestão de cuidados; formação; e, investigação, focando também os objetivos e as atividades desenvolvidas para conseguir essa aquisição, fazendo uma reflexão sobre todo esse percurso. Termina com uma apreciação global do estágio, salientando os resultados obtidos e o impacto de toda a experiência para o meu presente e futuro enquanto EESIP.

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

O meu percurso teve início no Serviço de Internamento de Pediatria do CHTMAD – Unidade de Vila Real, local proposto por mim pois desempenho funções como Enfermeira de Cuidados Gerais nessa unidade hospitalar e é nela que eu pretendo no futuro desempenhar funções como EESIP, pelo que este estágio serviu para compreender o funcionamento desta unidade na assistência à criança e família.

Esta unidade foi inaugurada em 1987 e a sua missão é *“proceder ao acolhimento, atendimento, tratamento médico e prestação de cuidados de Enfermagem à criança, adolescente e família, tendo sempre presente a qualidade dos serviços prestados, a segurança dos procedimentos, a motivação dos profissionais e a satisfação dos utentes”* (Manual de Integração do Serviço de Pediatria do CHTMAD, p.14). O serviço tem capacidade para admitir 21 crianças, que são geralmente distribuídas numa proporção 2:1 entre pediatria médica e pediatria cirúrgica respetivamente, sendo que as especialidades associadas a este serviço são: Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Otorrinolaringologia (ORL), Oftalmologia e Urologia. Existe ainda o regime de ambulatório que é geralmente utilizado pela especialidade de ORL e pressupõe um contacto telefónico com a família 24h após a alta para o acompanhamento da criança no pós-operatório. A proveniência das crianças internadas neste serviço é maioritariamente do Serviço de Urgência, mas também da Consulta Externa/Hospital de Dia, do Bloco Operatório, da unidade de Neonatologia e também de outros hospitais, por exemplo, para a continuidade de cuidados numa unidade mais perto da área de residência.

Do ponto de vista físico, destaco que no serviço existem 15 quartos (10 individuais, com um de isolamento, 4 duplos e 1 com 3 camas), 1 sala de estar e de refeições para as crianças e acompanhantes e 1 sala de atividades lúdicas, onde estão acompanhados pela educadora de infância no turno da manhã. A nível dos recursos humanos é constituído por uma equipa multidisciplinar responsável e experiente, onde estão incluídos 17 Enfermeiros, sendo que 4 são EESIP e 3 estão no caminho para o serem, o que demonstra o interesse da equipa em adquirir mais conhecimentos e competências que os tornem mais

capazes na prestação de cuidados de saúde à criança e família. Existe também uma equipa médica com elementos das várias especialidades referidas anteriormente, assistentes operacionais, psicóloga, nutricionista, assistente social, administrativos e educadoras de infância.

Seguiram-se o Serviço de Urgência Pediátrica do HSJ e a Unidade de Cuidados Neonatais do HPH, locais sugeridos pela minha orientadora de estágio, tanto pela sua relevância nesta área de assistência à criança, pois ambos são serviços de referência na região Norte, quer pela riqueza das experiências e oportunidades que me poderiam ser proporcionadas nestas unidades.

A Urgência Pediátrica do Porto está centralizada no SUP do HSJ, sendo as crianças admitidas provenientes não só de todo o Grande Porto bem como de vários locais da região Norte dependendo da especificidade de determinados casos. Esta unidade polivalente visa dar resposta à criança e família que se encontra em situação de urgência ou emergência. Relativamente à estrutura física destacam-se 2 salas de espera, sendo uma delas destinada para os adolescentes, 1 sala de emergência totalmente equipada para prestar suporte avançado de vida pediátrico e 1 sala de observação que pode admitir até 10 crianças, sendo que uma das camas se encontra num quarto individualizado para casos de isolamento por infeção ou imunossupressão ou necessidade de maior privacidade. A nível dos recursos humanos é constituído por uma equipa multidisciplinar responsável e experiente, onde estão incluídos 42 Enfermeiros, sendo que em cada turno se encontram 7 elementos distribuídos pelas diversas áreas do serviço: 1 na coordenação; 2 na triagem pediátrica; 2 na sala de observação; 1 na área cirúrgica; e, 1 no gabinete de enfermagem. É permitida a presença do acompanhante durante as 24 horas por dia, sendo que aquando da admissão na sala de observação, existe um cadeirão à disponibilidade dos mesmos.

A UCN do HPH está inserida na Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), que promove e facilita a continuidade de cuidados dentro das suas unidades. A sua finalidade é oferecer assistência ao recém-nascido e família, promovendo a sua interação sempre que possível e auxiliando quer o recém-nascido na adaptação à vida extrauterina quer a família na adaptação à parentalidade. A nível físico, destaco a zona de admissão que tem capacidade para acolher 8 recém-nascidos, com 4 unidades para cuidados intensivos neonatais e 4 para cuidados intermédios, apesar de por vezes isto poder ser alterado, consoante as necessidades de cuidados, e um cantinho da amamentação onde as mães podem proceder à extração de leite materno. A equipa de Enfermagem é constituída por

18 elementos, sendo distribuídos 3 elementos por turno. Nesta equipa existe um elemento denominado de enfermeiro de referência que atua como elo de ligação com os cuidados de saúde primários (CSP) da ULSM.

Por fim, o contexto de CSP realizou-se na USF Nuno Grande e na UCC Vila Real I, campos de estágio também propostos por mim, pois localizam-se na minha área geográfica de trabalho e tinha interesse em conhecer e integrar a realidade dos CSP desta região, nomeadamente, os projetos ligados à saúde infantil, de modo a compreender quais os que já se encontram implementados, quais os que estão a ser integrados neste momento e quais necessitam de ser trabalhados para serem concretizados no futuro. Estes aspetos poderiam ser muito relevantes para o meu futuro profissional pois posso investir nas áreas onde se notam maiores dificuldades e tornar-me num elemento com relevância para integrar esta equipa de cuidados num futuro próximo como EESIP.

A USF é constituída por uma equipa multidisciplinar que inclui médicos, assistentes operacionais, administrativos e 8 enfermeiros, sendo que 1 é EESIP, e que trabalham em conjunto para dar resposta às necessidades da sua população de aproximadamente 13000 utentes.

Quanto à UCC Vila Real I, é constituída por médicos, administrativos, assistentes operacionais, psicólogo, nutricionista e uma equipa de 9 enfermeiros, que inclui 2 especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (responsáveis pela execução dos cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade, Recuperação Pós-parto e Massagem Infantil, bem como pela consultoria em aleitamento materno), 2 especialistas em Enfermagem Comunitária (responsáveis pela gestão dos projetos no âmbito da Saúde Escolar, dinamizando diversos programas nacionais e regionais e intervindo junto da comunidade escolar, no âmbito da saúde individual e coletiva, inclusão escolar e estilos de vida), 2 especialistas em Reabilitação e 1 EESIP (responsável pelo Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)) que é também a enfermeira coordenadora de todo o CS. A UCC tem por missão *“contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, concorrendo assim e de um modo directo, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra”* (Regulamento Interno UCC Vila Real I, p.6) e trabalha em parceria com estruturas da comunidade local, como autarquias, segurança social, associações e outras, e articula diretamente com a equipa de saúde familiar de cada utente (médico e enfermeiro de família) sempre que necessário.



## 2. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO

Como referido no Regulamento dos Padrões de Qualidade do EESIP, “*os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem distinguem-se pelo desenvolvimento de competências técnicas e/ou relacionais, de forma a cuidar da criança/jovem em situação de doença bem como da criança/jovem saudável, quando a família não possui as competências e/ou capacidades para um resultado eficaz.*” (2011, p.5-6).

Desta forma, ao longo de todo o percurso nos diferentes contextos de estágio pretendi adquirir as competências necessárias para me tornar EESIP e para tal tive em conta as competências apresentadas no Guia de Estágio, que em seguida surgem agrupadas em 4 domínios de atuação: Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Formação e Investigação. Para atingir as referidas competências defini objetivos, alguns comuns aos 3 módulos de estágio e outros específicos a cada área de assistência à criança, que foram concretizados através do planeamento e realização de atividades ao longo de todo o estágio e que descrevo posteriormente.

### **Prestação de Cuidados**

#### Competência

- *Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.*

#### Objetivos

- Conhecer a dinâmica e a organização de cada contexto assistencial.
- Desenvolver uma relação profissional com a equipa de Enfermagem e restantes elementos da equipa multidisciplinar.

## Atividades

- ✓ Consultar os manuais de integração de cada unidade.
- ✓ Consultar os protocolos e normas existentes.
- ✓ Compreender a dinâmica de cada contexto assistencial.
- ✓ Compreender a articulação com outros recursos.
- ✓ Contribuir para um ambiente favorável ao trabalho em equipa.

Para o desenvolvimento destas competências procurei observar atentamente o dia-a-dia e as dinâmicas de cada unidade, abordando os profissionais de saúde que nelas desempenham funções, questionando-os para de melhor modo compreender os seus objetivos com a realização de cada intervenção. Além disso, consultei os diversos documentos que regulam cada unidade para de melhor forma conhecer a sua missão, visão e objetivos e analisei também os seus principais protocolos. Tudo isto permitiu-me uma melhor e mais fácil integração na equipa multidisciplinar, tendo sempre em vista a maior eficácia no trabalho em equipa.

Nos diversos contextos de estágio foram diferentes os métodos de trabalho existentes, desde o método de Enfermeiro de Referência na UCN ao método do Enfermeiro de Família na USF, tendo todos como foco central a criança e sua família e a resposta às suas necessidades.

Foi também importante para mim observar e integrar os procedimentos de articulação de cada unidade com outros serviços quer da mesma instituição, quer da comunidade, experiências importantes e que me permitiram o desenvolvimento de competências nesta área com vista à maior e melhor resposta às necessidades da criança e sua família, facilitando o seu acesso aos recursos necessários para a maximização do seu potencial de saúde.

## Competências

- *Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.*
- *Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara.*
- *Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP.*

- *Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.*
- *Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.*
- *Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica.*

#### Objetivos

- Desenvolver competências na vigilância da Saúde Infantil e Juvenil.
- Desenvolver competências na aplicação do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), bem como na interligação com outros programas, tais como o Programa Nacional de Vacinação (PNV), o Programa Nacional de Saúde Oral (PNSO), o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), o Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva (PNSSR) e o Programa Nacional para a Saúde Mental.
- Promover a responsabilização da criança e do jovem nas suas decisões no âmbito do seu projeto de saúde.

#### Atividades

- Realizar consultas de saúde infantil e juvenil com base no PNSIJ.
- Implementar medidas ao nível da promoção da saúde e da prevenção de doenças.
- Incentivar a autoestima e a autorresponsabilização do jovem e capacitá-lo para que atinja a maximização do seu estado de saúde.
- Incentivar o cumprimento do PNV.
- Utilizar estratégias para a promoção dos restantes Programas de Saúde.
- Detetar precocemente, acompanhar e encaminhar situações que possam afetar negativamente o bem-estar da criança e família.

Na USF as consultas de Enfermagem de Saúde Infantil cumprem as orientações dadas pela DGS e apresentadas no PNSIJ e são realizadas em conjunto com a consulta médica no gabinete de saúde infantil, o que por um lado é benéfico pois evita a duplicação da informação dada, mas por outro cria alguns obstáculos, como por exemplo na consulta do adolescente.

Inicialmente, tive um papel mais observativo e menos participativo, observando o funcionamento da consulta, a forma como era estabelecida a relação entre o enfermeiro e a criança e família e que questões eram abordadas e de que forma. Progressivamente, fui ganhando autonomia e confiança na realização de cada consulta, objetivo que não foi fácil de alcançar pois as idades que as consultas abrangem são variadas pelo que é necessário adequar os cuidados, os conteúdos e a comunicação a cada criança e família o que exige um elevado nível de empenho e de competência.

Durante este período realizei 153 consultas de Enfermagem de Saúde Infantil (Apêndice 7) e tive a possibilidade de prestar cuidados a crianças em todas as idades-chave previstas no PNSIJ, que correspondem a *“acontecimentos importantes da vida do bebé, da criança ou do adolescente, tais como as etapas de desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade”* (DGS, 2013, p. 7). Fiquei satisfeita pelo elevado nº de crianças com idade até 12 meses que consultei pois permitiu confirmar os dados existentes em que a taxa de natalidade deste distrito apresenta ligeira melhoria, ponto relevante para o meu futuro profissional nesta área geográfica.

Para a correta realização de cada consulta de Saúde Infantil consultei o PNSIJ, mas não só, pois ao longo das consultas os conteúdos abordados articulam-se com outros programas nacionais desenvolvidos pela DGS. Desta forma, em cada consulta abordei as dúvidas e receios dos pais e também os cuidados antecipatórios (como a alimentação, a saúde oral, os hábitos de higiene, os hábitos de sono e repouso, o comportamento social, os acidentes e segurança, a vacinação, entre outros). Além disso, em cada consulta procedi à avaliação dos parâmetros previstos para cada idade (perímetro cefálico, altura, peso, tensão arterial, índice de massa corporal, visão, audição, entre outros) e apliquei a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Psico-motor de Mary Sheridan Modificada, que me permitiram perceber se o crescimento e desenvolvimento da criança se estava a proceder dentro dos parâmetros expectáveis ou se existia algum sinal de alerta a que fosse necessário estar atento, pelo que nessa altura procurei explicar com tranquilidade e sem alarme aos pais que deviam estimular mais a criança a esse nível e numa próxima consulta seria reavaliado, permitindo-lhes também a colocação de dúvidas e a expressão de sentimentos relativa a esse e outros assuntos que considerassem necessários.

Salientando a consulta ao RN, este inicia o seu contato com os cuidados de saúde primários na primeira semana de vida, desta forma, foi-me possível realizar o teste do diagnóstico precoce, informando os pais sobre o motivo da sua execução bem como a

forma de acesso aos resultados, e inteirar-me sobre os dados e possíveis complicações do parto e confirmar a vacinação administrada na maternidade. Nesta fase o RN inicia a avaliação dos parâmetros antropométricos, que juntamente com outros fatores contribuem para perceber se o seu crescimento está a ocorrer de forma saudável ou se é necessária alguma intervenção, sendo importante detetar possíveis complicações o mais precocemente possível. Um dos temas fundamentais a ser abordado nesta altura é a amamentação, pelo que procurei promover o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade como indicado pela OMS, informando sobre os seus benefícios, ajudando as mães nas dúvidas sobre este tema, quer a nível da adaptação à mama, quanto ao nível da frequência, intervalo e duração das mamadas, bem como na informação sobre a prevenção de complicações, como a mastite, e o que fazer caso estas surjam. Foi também importante a abordagem da prevenção de acidentes como é o caso das quedas, queimaduras e afogamento, comuns nesta idade e que podem facilmente ser evitáveis com a implementação de regras simples. Na abordagem que tive com as famílias de RN, senti que consegui capacitar os pais na aquisição do seu papel parental com maior autonomia, segurança e tranquilidade, incentivando-os e encorajando-os com frequência na prestação destes cuidados.

Tive ainda oportunidade de realizar consulta de Enfermagem a adolescentes, algo que se mostrou um desafio pela especificidade desta área, mas que me levou a mobilizar informação relevante sobre os diferentes aspetos relacionados com a especificidade desta assistência ao jovem e que consegui aplicar com sucesso em vários momentos. Esta consulta prevê a responsabilização progressiva do adolescente bem como o aumento da sua autoestima e autonomia no que diz respeito ao seu projeto de saúde. Esta geralmente centra-se em vários temas onde se incluí a educação sobre a sexualidade (alterações corporais que surgem com a maturação sexual, proteção contra infeções sexualmente transmissíveis, prevenção de gravidez indesejada, entre outros), o que abrange o PNSSR, bem como a prevenção de comportamentos de risco como a violência, os consumos de substâncias e o suicídio, pois têm uma incidência significativa nesta etapa da vida, sendo de crucial importância o seu correto acompanhamento e encaminhamento. Nota-se que em muitos casos estes temas ainda são considerados tabu, pelo que é importante os profissionais de saúde desenvolverem competências nesta área para que atendam os adolescentes de forma global e compreensiva. Nesta consulta, as maiores dificuldades que senti prenderam-se com a estrutura física do local da consulta que era uma sala muito

infantilizada e na qual os adolescentes não se sentiam totalmente à vontade, bem como o fato de não me ser possível, ao contrário do médico que tinha o seu gabinete, ter uma conversa em privado com o adolescente, de modo a transmitir confiança e segurança para que pudesse partilhar comigo as suas dúvidas e problemas, tendo a consulta com o adolescente sido sempre realizada na presença do médico. Esta é uma área com bastante interesse para mim e à qual espero poder vir a dedicar mais tempo no futuro.

Em todas as consultas promovi a adesão ao PNV, cujo calendário se encontra harmonizado com as consultas de saúde infantil sugeridas, de modo a reduzir as vindas ao CS, contribuindo para um maior cumprimento do esquema de vacinação recomendado. No total administrei vacinas a crianças em 53 momentos, distribuídas pelas seguintes faixas etárias: 29 crianças entre os 2 e os 6 meses de idade; 9 crianças entre os 7 e os 12 meses de idade; 3 crianças entre os 13 e os 18 meses de idade; 7 crianças entre os 5 e os 6 anos; e, 5 crianças entre os 10 e os 13 anos. Sobre a vacinação, informei os pais acerca do esquema recomendado, de todas as possíveis reações e complicações, bem como sobre os benefícios da vacinação, apresentando um discurso de encontro às suas dúvidas e preocupações, conferindo-lhes segurança e tranquilidade. Tive ainda oportunidade de administrar vacinas extra PNV, como a vacina contra o meningococo do grupo B e contra o rotavírus, o que exigiu da minha parte pesquisa nesta área de modo a informar os pais corretamente sobre as suas vantagens, riscos e possíveis reações adversas.

Foram diversos os conteúdos que abordei nas consultas de vigilância de Saúde Infantil, nomeadamente, a alimentação: a promoção do aleitamento materno exclusivo; o início da diversificação alimentar, momento de muitas dúvidas e mudanças no seio familiar; a avaliação dos hábitos alimentares da criança, questionando o tipo de alimentos que ingere e se é o adequado para cada idade tendo em conta as orientações atuais sobre as regras da alimentação, procedendo à sua correção sempre que necessário. Relativamente a este assunto, notei a existência de algumas crianças com excesso de peso e obesidade, pelo que comuniquei ao médico de família que procedeu ao seu encaminhamento para o nutricionista do CS. Contudo ainda antes de tal, procedi também à promoção de hábitos de vida saudáveis como praticar atividade física regular, sendo elevado o número de crianças que recorreram às consultas e que praticam desporto extra período escolar, o que mostra uma mudança nos estilos de vida. Incentivei também a criança e família para que a mesma desenvolvesse atividades que promovessem a sua estimulação como a realização

de atividades lúdicas do seu interesse, bem como o aumento do tempo de convívio familiar, que contribui para aumentar o vínculo familiar e desenvolve crianças mais felizes e com maiores competências sociais e educacionais. Entre os temas incluí também a higiene oral (frequência diária, método de escovagem dos dentes, uso de escova e dentífrico correto, entre outros) e o incentivo ao uso dos cheques-dentista (em que idades são fornecidos, onde são entregues, quais as vantagens do seu uso), assuntos que interligam com o PNSO.

Dei ainda principal enfoque à prevenção de acidentes, onde considero que o EESIP tem uma grande responsabilidade na educação e alerta da família, pelo que em todas as consultas de vigilância que realizei, procurei reforçar medidas de segurança, adequando à faixa etária e ao contexto familiar que me era dado a conhecer, salientando que muitos destes acidentes, que podem causar a morte da criança, podem ser evitados com medidas relativamente simples e que criarão um ambiente mais seguro para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança.

#### Objetivo

- Desenvolver competências na realização da visita domiciliária ao recém-nascido.

#### Atividades

- ✓ Realizar visitas domiciliárias.

Segundo a APSI (2014, p.1), a visita domiciliária *“é uma estratégia de prestação de serviços de vigilância, assistência e de educação para a saúde a famílias ou pessoas em suas casas”*. Na área da Saúde Infantil é tida como um *“elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade”* (PNSIJ, 2013), pois com ela temos o potencial de aumentar as competências parentais e reduzir os impactos negativos a curto, médio e longo prazo na saúde da criança, contribuindo para um crescimento e desenvolvimento saudável.

Tive oportunidade de realizar esta visita nos primeiros 15 dias de vida do RN, cumprindo as orientações da DGS que refere que esta visita domiciliária deve ocorrer nos dias seguintes à alta da maternidade. Para a sua concretização, na USF foi definido um documento de apoio à mesma (Anexo 1) onde se registam os dados do parto, as vacinas administradas na maternidade, o tipo de alimentação, entre outros, e que salienta alguns temas que devem ser abordados no que diz respeito ao desenvolvimento e crescimento da

criança, à adaptação à parentalidade, à promoção da saúde do RN e família e à prevenção de acidentes e doenças.

Infelizmente, no período de estágio, apenas tive oportunidade de efetuar uma visita domiciliária à família e ao RN. Nesta visita, procurei observar as condições de habitação e de higiene do domicílio, a interação entre a mãe e o RN, o risco de acidente doméstico e as necessidades de ensino da família, de modo a realizar uma educação para a saúde mais adequada a esta família. Neste caso, o RN era o 4º filho desta mulher, pelo que a minha educação para a saúde passou numa primeira fase pela identificação das necessidades de aprendizagem de conhecimentos e de habilidades da família, seguindo-se o esclarecimento de dúvidas e o reforço de ensinamentos relativamente à promoção do aleitamento materno, à vinculação, aos cuidados de higiene e conforto ao RN, à segurança na perspetiva da prevenção de acidentes e à adesão à vacinação. Posteriormente, validei a informação transmitida e comprovei que o ambiente físico e familiar daquela família era favorável a um saudável crescimento e desenvolvimento daquela criança, não tendo sido necessário implementar nenhuma medida para correção de erros ou problemas existentes. Um dos aspetos que lamento, foi o fato de não me ter sido possível observar a amamentação do RN, pois havia sido alimentado antes da nossa chegada, no entanto, a mãe referiu não sentir dificuldades nessa. Realizei ainda a colheita de sangue capilar para diagnóstico precoce, lembrando a mãe sobre o motivo da realização deste exame e como aceder aos seus resultados.

A APSI reforça que estas visitas devem ser realizadas por profissionais especialmente treinados, como o EESIP, pois encontram-se mais atentos aos pormenores e têm mais competências para: *“avaliar as condições de segurança da casa e do ambiente envolvente; aconselhar e auxiliar a família na resolução da situação de risco detetada, no sentido de reduzir a probabilidade de ocorrência de um acidente ou a gravidade das suas consequências; educar a família para a segurança”* (APSI, 2014, p.2). Além disso, como as casas são todas diferentes, assim como as práticas das famílias, é essencial que o profissional de saúde mantenha o seu sentido crítico, sendo criativo na resolução de problemas.

#### Objetivo

- Integrar os projetos desenvolvidos pela UCC no âmbito da Saúde Infantil.

## Atividades

- ✓ Realizar uma sessão de educação para a saúde em meio escolar.
- ✓ Participar nos cursos de apoio à parentalidade da UCC.

A Saúde Escolar é uma área primordial no que diz respeito à Saúde Infantil, pois o EESIP tem a possibilidade de promover hábitos de vida saudáveis, prevenir comportamentos de risco e contribuir para a autorresponsabilização do jovem no que diz respeito ao seu projeto de vida. Neste âmbito, após debate de ideias com a equipa de Saúde Escolar, decidiu-se a realização, sob a minha responsabilidade, de uma sessão de educação para a saúde a jovens a frequentar o 9º ano de escolaridade sobre a Prevenção do Consumo de Tabaco, um tema que considerei pertinente pois segundo a OMS (2008) o tabaco é responsável por 5 milhões de mortes por ano em todo o mundo e metade dos jovens fumadores, acabam por morrer por consequências desse consumo.

Elaborei inicialmente um questionário sobre o Consumo de Tabaco (Apêndice 2) para tentar identificar os hábitos de consumo da população-alvo bem como os seus conhecimentos sobre pontos de ajuda.

Seguidamente, preparei uma apresentação (Apêndice 3) com os seguintes objetivos: sensibilizar os jovens sobre as consequências do consumo de tabaco, sobretudo a nível da saúde; informar sobre as vantagens de não fumar; ensinar como proceder à cessação tabágica (onde recorrer, quem procurar e o que fazer); incentivar a não fumar.

Por fim, pensei e realizei um panfleto informativo (Apêndice 4) para ser distribuído no final da sessão com as informações mais relevantes.

Infelizmente, por decisão da instituição escolar, a data prevista para a execução da formação foi adiada para após o término do período de estágio, o que me impossibilitou de a aplicar na prática. No entanto, o panfleto serviu para ser aplicado na USF no âmbito da consulta do adolescente na qual existia falta de informação relevante para fornecer ao adolescente para analisar antes da consulta ou em casa.

A assistência em Saúde Escolar conta com um gabinete de apoio ao estudante em cada escola pertencente à área geográfica do CS, onde os assuntos base abordados são o apoio à sexualidade e a prevenção de comportamentos de risco nos jovens. Como a relação que a Enfermeira cria com os estudantes é assente na privacidade e no sigilo, não se proporcionou a oportunidade da deslocação a estes gabinetes, pois a minha presença nos mesmos poderia inibir um jovem de recorrer a este apoio, o que não contribuiria para o

seu bem-estar. Assim, informei-me ao máximo sobre quais as linhas orientadoras que guiam o enfermeiro na assistência ao adolescente neste local, questionando a Enfermeira responsável pelo projeto, de modo a melhor compreendê-lo e a perceber que estratégias devem ser utilizadas na relação com o jovem para melhor responder às suas necessidades.

Ao longo do estágio, foi-me possível ter uma observação participativa em duas sessões do curso de “Preparação para o Parto e Parentalidade”. Sendo um curso já instituído, não me foi possível desenvolver e expor um tema totalmente preparado por mim, no entanto, fui previamente informada sobre os temas, o que facilitou a minha participação durante essas sessões, nas quais fui capaz de informar sobre as últimas orientações em relação a cada conteúdo, partilhar experiências enquanto profissional de saúde, esclarecer dúvidas e desmistificar mitos, entre outros. Um dos conteúdos veiculados foi os cuidados de higiene e conforto ao recém-nascido, nos quais abordamos o banho, a troca da fralda, nomeadamente as especificidades relacionadas com o sexo feminino e com o sexo masculino, onde eu tive a oportunidade de fazer referência a diferentes orientações atuais, tais como: a pasta de água e suas vantagens, bem como as novas indicações sobre a frequência do banho ao RN. O outro conteúdo foi a Prevenção e Segurança Rodoviária, que incluiu informação atualizada sobre as últimas orientações relativas ao sistema de retenção que deve ser usado por cada criança em cada etapa de crescimento. Este foi um tema fundamental, pois os acidentes rodoviários são uma das principais causas de morte nas crianças até aos 15 meses (APSI, 2014).

Pude também participar no curso de “Recuperação Pós-parto”, no qual um dos temas base é a amamentação, não só o ensino, como também a instrução e o treino. Aqui efetuei também uma observação participativa, onde observei as mamadas dos RN, corrigindo posturas e técnicas de adaptação à mama, clarifiquei questões relativas ao aleitamento materno e informei sobre prevenção de complicações. Os temas abordados nesta sessão passaram por mitos relacionados com o aleitamento materno, o mecanismo da amamentação, as vantagens do aleitamento materno, as posições corretas para amamentar, o intervalo e a duração das mamadas e o aparecimento de eventuais problemas e o que fazer caso tais problemas se manifestem.

Frequentei ainda 2 sessões do curso de “Massagem Infantil”, desenvolvido por uma Enfermeira certificada pela Associação Portuguesa de Massagem Infantil, e no qual observei não só a execução das técnicas de massagem infantil mas também os seus benefícios, pois reforçam a vinculação, promovem a estimulação do latente através do

toque nutritivo, contribuem para o maior relaxamento do RN e da puérpera e promovem uma maior motilidade intestinal, reduzindo as cólicas.

Foi uma experiência muito satisfatória e senti que fui capaz de ajudar os pais na adaptação a esta nova etapa da sua vida, sentindo-se após estas sessões mais capazes e com maior segurança para assumirem o seu papel parental.

#### Objetivo

- Desenvolver competências na assistência à criança e família com problemas médicos e/ou cirúrgicos, agudos e/ou crónicos.

#### Atividades

- ✓ Integrar o contexto de assistência à criança e família com problemas médicos e/ou cirúrgicos, agudos e/ou crónicos.
- ✓ Compreender e integrar o processo de admissão, acompanhamento e preparação do regresso a casa da criança neste contexto assistencial.

Durante o período de estágio, considerei pertinente obter alguns dados relativos à caracterização das crianças internadas (Apêndice 6) para perceber se existiam diferenças significativas ligadas a determinados fatores como a idade da criança, a duração ou o motivo de internamento, para melhor adequar os meus cuidados num possível futuro profissional enquanto EESIP nesta unidade hospitalar.

Assim, posso concluir que neste contexto de estágio, prestei assistência a 69 crianças, sendo que o motivo de internamento em 39 dos casos foi por problema médico, em 21 dos casos foi por problema cirúrgico e 12 casos trataram-se de internamentos em regime de ambulatório. Quanto às idades, fui capaz de adequar a minha prestação de cuidados a cada estadio de desenvolvimento da criança, dando assistência desde o recém-nascido ao adolescente. Foram também variados os motivos de internamento quer relativo a problemas médicos quer cirúrgicos, indo desde os mais comuns, como infeções gastrointestinais e problemas respiratórios como a bronquiolite, até ao diagnóstico inaugural de doenças raras e crónicas.

A OMS define doença crónica como *“doenças de longa duração e progressão geralmente lenta”* e que *“são de longe a principal causa de mortalidade no mundo”*. Assim, pela sua longa duração, progressão e impacto na vida das crianças, é exigido aos profissionais de saúde que estejam atentos para dar resposta às suas necessidades

individuais e para poderem prevenir, detetar e atuar atempadamente noutros problemas que se possam associar à doença de base. Durante este estágio, os episódios de internamento foram maioritariamente por doença aguda, no entanto, ainda tive a possibilidade de prestar cuidados a crianças com doenças crónicas, nomeadamente, a dois irmãos com doença hematológica e com internamentos de repetição. Estes casos possibilitaram-me diversas experiências, bem como cuidados de enfermagem de elevada especificidade técnica, por exemplo, relativamente aos cuidados com o cateter venoso central que ambos tinham, bem como os cuidados durante a administração de hemoderivados e de terapêutica por cateter subcutâneo, o que contribuiu para o meu desenvolvimento de competências nessa área.

Para este reforço de conhecimentos e capacidades mais diferenciadas também foi significativo outro caso clínico, o de um lactente de 1 mês, que foi recebido no serviço após transferência de um hospital de referência para continuidade de cuidados. A história clínica incluía o diagnóstico de uma malformação congénita cardíaca ao 5º dia de vida, tendo sido necessária realização de cirurgia cardíaca, apresentando algumas consequências a nível do desenvolvimento, tais como períodos com sinais de dificuldade respiratória e necessidade de alimentação por sonda naso-gástrica e apresentando elevado risco de aspiração. Esta foi uma criança que precisou de vigilância 24 horas por dia, não só pelos cuidados necessários mas também por não ter a presença de um acompanhante durante a maioria das 24 horas, mas infelizmente a estrutura física (quartos fechados e não espaço aberto) e a distribuição de crianças por profissionais nem sempre o permitia. Mas com isto observei e incorporei a resiliência da equipa de enfermagem que deu o seu máximo para o maior benefício da criança, e com o seu empenho e dedicação, ao fim de duas semanas, a criança já era alimentada por via oral e mostrava-se mais reativa e sensível ao ambiente que a rodeava.

Neste contexto de estágio pude também concretizar a experiência de assistir à prestação de cuidados de enfermagem na Consulta Externa de Pediatria, nomeadamente, a nível das consultas de Desenvolvimento e de Diabetes, e no Hospital de Dia Pediátrico, o que foi muito satisfatório para mim pois permitiu-me observar uma vertente diferente de assistência à criança. Com a ida ao Hospital de Dia pude compreender a importância do trabalho desenvolvido neste âmbito, no qual os profissionais se apresentam como um apoio de retaguarda para as famílias, capacitando-as com estratégias que facilitem a prestação de cuidados no domicílio em diferentes situações e fornecendo-lhes um suporte

mais direcionado e especializado às suas necessidades, evitando muitas vezes a necessidade de hospitalização. Na Consulta Externa, pude verificar a confiança que as famílias e mesmo as crianças/jovens depositam na enfermeira que os recebe, pois geralmente cada enfermeira está direcionada para uma área de cuidados, como a Consulta de Desenvolvimento ou a Consulta de Diabetes, estabelecendo assim uma relação de proximidade que mantêm e que é fruto do trabalho desenvolvido ao longo de muitos anos. O principal foco de atenção nestas consultas é a avaliação do estado geral da criança e família, verificando se existiram alterações significativas desde a última consulta, a partilha de informação, procurando esclarecer dúvidas e reforçando os ensinamentos para a maximização da sua saúde, e a instrução e treino de alguns cuidados necessários no dia-a-dia das crianças. Assim, estimula-se também a autonomia das crianças e incentiva-se a autoestima e a expressão de sentimentos e emoções, pois sobretudo durante o período da adolescência, estas crianças encontram-se mais vulneráveis ao desenvolvimento de problemas de saúde mental pelo que se deve contribuir para a sua prevenção e deteção precoce.

Estes foram alguns dos casos que se constituíram como de especial relevo, mas todas as experiências foram únicas e extraordinárias e contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

#### Objetivo

- Desenvolver competências na assistência à criança e sua família em situação de urgência/emergência.

#### Atividades

- ✓ Conhecer qual o método de triagem utilizado na unidade e adquirir capacidades para a sua aplicação.
- ✓ Identificar as urgências e emergências médicas mais frequentes em cada idade.
- ✓ Agir em situações de emergência com eficácia, rapidez e racionalidade.
- ✓ Abordar a criança gravemente doente ou com lesão traumática importante.

Ao longo do estágio no SUP do HSJ, pude compreender a assistência do EESIP em cada área de trabalho na urgência pediátrica. A triagem é um dos locais mais exigentes pois uma má triagem da criança pode atrasar a prestação de cuidados. É por isso necessário,

apesar do curto tempo de contacto, ter um olhar atento e proceder à observação da criança, recolhendo os dados necessários para dar início à assistência à criança. O método de triagem usado foi a Triagem Canadiana e a sua utilização pareceu-me ser muito intuitiva e mais adaptada à área pediátrica do que outros métodos existentes, conseguindo facilmente desenvolver capacidades na utilização do programa em uso. No entanto, penso que este é um dos pontos mais complexos do serviço e justifica-se a presença do EESIP e de profissionais com elevada experiência na área pois é importante na diferenciação de alguns sinais de alerta, algo que se encontra previsto num parâmetro do programa de carácter mais subjetivo e que está sujeito ao critério da observação do triador, denominado triângulo de avaliação pediátrica.

O trabalho desempenhado na sala de tratamentos e área de cirurgia já me era familiar pela minha passagem pela Urgência Pediátrica do CHTMAD – unidade de Vila Real, pois desempenhei funções com as quais já me encontrava familiarizada, apesar de existirem situações diferentes devido a este ser um serviço de referenciação central. Serviu pois para fortalecer as competências previamente adquiridas e observar diferentes métodos de trabalho na prestação de cuidados que também valorizaram a minha prestação enquanto futura EESIP.

Sobre a sala de observação, tive menos oportunidades nesta área, mas aproveitei não só o momento no qual estive distribuída para esta área mas também a participação nos momentos de passagem de turno, nos quais é sempre transmitida a informação sobre as crianças admitidas nesse espaço. Isto mostrou-me que nesta área os cuidados necessários são variados, sendo por norma internamentos de curto prazo, sendo que as crianças têm diferentes necessidades de cuidados e geralmente precisam de uma maior vigilância. Foi por isso importante que eu tivesse conhecimentos sobre as doenças mais comuns em cada idade e competências para identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar em cada criança, implementando cuidados de enfermagem apropriados, bem como desenvolver estratégias que tranquilizem a família, diminuindo a ansiedade gerada pelo ambiente desconhecido que se associa à incerteza da gravidade da situação.

Relativamente às situações de emergência, participei em apenas um episódio na sala de emergência por agravamento do caso de uma criança que já se encontrava no serviço de urgência a receber cuidados, mas possibilitou-me a observação do papel desempenhado por todos os profissionais de saúde, que colaboraram em equipa para o sucesso da atuação com a criança. Deste modo, desenvolvi habilidades neste aspeto mas não cheguei a completar o objetivo pois não surgiu mais nenhuma oportunidade.

## Objetivo

- Adquirir e desenvolver competências para a prestação de cuidados de saúde ao recém-nascido prematuro e em situação de risco.

## Atividades

- ✓ Prestar cuidados de Enfermagem ao recém-nascido na UCN.
- ✓ Compreender os processos de admissão e de preparação do regresso a casa na UCN.

A realidade numa UCN não é fácil para ninguém, desde o recém-nascido, à sua família, até mesmo aos profissionais de saúde responsáveis pela prestação de cuidados. O nascimento de um filho prematuro acarreta consigo a angústia da incerteza no que se refere ao futuro daquele bebé e da sua família. Oliveira (2006) afirma que *“A UCN é com certeza um lugar carregado de conotações, onde se vivem muitas emoções e onde o tempo é medido em gramas, dias de ventilação, quantidades de leite que o bebé já consegue mamar”*.

Este percurso na UCN foi muito enriquecedor e possibilitou-me a prestação de cuidados a RNs pré-termo e de termo, com motivos de internamento variados e necessidades de cuidados diferentes, como por exemplo RNs com ventilação mecânica invasiva, submetidos a fototerapia ou com a presença de cateteres centrais.

Foi-me proporcionada muita informação e experiências num curto espaço de tempo o que, apesar de satisfatório a nível pessoal, académico e profissional, não facilitou a solidificação de algumas competências, sendo que a mais evidente se prendeu com o facto de sentir alguma insegurança na relação com a família. A insegurança que senti impediu que eu conseguisse estabelecer uma relação mais sólida com a família, algo que é essencial neste tipo de unidade de cuidados. Penso que foram vários os aspetos que contribuíram para este sentimento mas sinto que se o estágio fosse mais prolongado, o meu desempenho nesta área teria sido melhor. No entanto, consciente dessa lacuna nas minhas competências, incitei esforços para lhe dar resposta e desenvolver essa habilidade como EESIP nos restantes contextos de estágio.

Apenas tive a oportunidade de participar num processo de admissão do RN e sua família na UCN e numa conclusão de um processo de regresso a casa. Nestes processos, pude

realizar a colheita de dados com os pais, de modo a obter o máximo de informações disponíveis para uma melhor prestação de cuidados. Esta admissão é muitas vezes preparada antes mesmo do parto se concretizar, ao ser confirmada a existência da vaga necessária, bem como de todo o material que pode vir a ser utilizado, agilizando desta forma todo o processo de cuidados ao RN para quem um minuto de atraso na assistência pode fazer a diferença. Relativamente à preparação do regresso a casa, foi muito interessante perceber toda a interligação que existe com os CSP, salientando o projeto que a ULSM desenvolve no acompanhamento do prematuro no domicílio, onde inicialmente o enfermeiro de referência comunica a situação aos CSP da área de residência que enviam o Enfermeiro de Família à UCN para conhecer o RN e ficar a par de todo o seu processo de cuidados. Mais tarde e após a alta, estes 2 elementos de Enfermagem, realizam a visita domiciliária a esta família, observando a sua adaptação, prestando esclarecimento de dúvidas e corrigindo alguns cuidados de forma a melhorá-los. É uma atividade de extrema importância e que assegura aos pais a adequação dos cuidados ao RN. Para facilitar o regresso a casa, a ULSM dispõe ainda de um Apoio Pediátrico Referenciado (APR) para todas as crianças inseridas na área de influência da ULSM, permitindo ao médico de família o esclarecimento de dúvidas via telefónica com um pediatra qualificado e que o informará qual a melhor estratégia de cuidado.

Sendo o HPH creditado como Hospital Amigo do Bebê, a amamentação e o aleitamento materno foram pontos que valorizei nesta unidade. Sempre que a mãe desejou amamentar e quando existiam condições na sua saúde e na do RN para que tal acontecesse, estimei e apoiei esta atividade ao máximo, aplicando na prática as orientações emanadas pela evidência científica que comprova os benefícios deste tipo de alimentação. Nesta fase observei a adaptação à mama do RN, promovendo ensinamentos aos pais para uma amamentação mais eficaz, com mais-valias para o RN e para a família, contribuindo também para um maior vínculo afetivo. Quando a amamentação não foi possível pela condição de saúde do RN, ensinei e incentivei a mãe para proceder à extração do leite materno que posteriormente seria administrado ao RN. Desta forma, contribuí também para um sentimento de maior importância na prestação de cuidados ao RN por parte da família, pois muitas vezes, ao verem tantos fios e aparelhos, os pais mostram-se intimidados neste ambiente, sentindo por vezes impotência perante os cuidados que o seu filho necessita. É desta forma crucial permitir a sua expressão de sentimentos, algo que

tentei concretizar ao longo deste estágio e que fui conseguindo alcançar principalmente nas famílias de RNs com maior tempo de internamento.

#### Objetivos

- Desenvolver competências no apoio e na promoção da parentalidade em cada contexto assistencial.
- Promover a transição para a parentalidade.
- Promover a parceria de cuidados em cada área de assistência à criança.

#### Atividades

- ✓ Implementar medidas que facilitem a adaptação à parentalidade.
- ✓ Ajudar os pais no desempenho do papel parental.
- ✓ Apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais.
- ✓ Incentivar e negociar o envolvimento da família na prestação de cuidados à criança, utilizando medidas promotoras da parceria de cuidados.

Na prestação de cuidados à criança é essencial estabelecer com a família uma relação com vista à maximização do seu estado de saúde. Neste sentido, ao longo de todo o estágio, regi-me pelo modelo de parceria de cuidados de Anne Casey (1988), que afirma que a filosofia da enfermagem pediátrica deve ter por base a parceria de cuidados, reconhecendo os pais como os melhores prestadores de cuidados à criança. Esta autora defende que *“para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados devem ser prestados em forma de proteção, estímulo e amor, e nesta perspectiva ninguém melhor que os pais para os desenvolverem”*.

Ao longo de todo o estágio, procurei desenvolver uma parceria negociada com a família, tendo em consideração os seus desejos e necessidades e também as suas capacidades e limitações no cuidado da criança. É a família quem melhor conhece a criança, pelo que o meu papel passou por capacitá-la, criando oportunidades de partilha de conhecimento e habilidades para que adquirisse ou melhorasse as competências necessárias para atender às necessidades da criança em cada etapa do seu projeto de saúde. Assim, promovi sempre o respeito pela família e o seu direito de ser informada e incluída nas tomadas de decisão dos cuidados à criança, apoiando e encorajando a família na maximização da sua autonomia e bem-estar. Deste modo, o meu papel não foi substituir os pais mas sim informá-los e alertá-los sobre os cuidados a ter em relação à criança, de modo a que sejam

capazes de implementar correções sempre que as mesmas sejam necessárias. A este nível, um dos aspectos mais reforçados, foi a promoção do aleitamento materno e da vinculação, pois está comprovada a sua relevância no desenvolvimento da criança, sendo função do EESIP conhecer as intenções da mãe, desmistificar possíveis mitos e proporcionar informação que permita a tomada de uma decisão consciente e fundamentada. Foi também importante salientar os benefícios de um forte vínculo entre a criança e família, pois é de extrema importância no desenvolvimento relacional, social e comportamental da criança.

Foi-me possível atingir estas competências nos vários contextos de estágio apesar de o tempo de contato com a família ter sido variado. No SUP, onde o tempo de contato com as famílias é mais curto, tentei sempre esclarecer dúvidas, por exemplo, em que momentos devem recorrer a um serviço de urgência ou quando devem procurar os CSP, e aproveitei todos os momentos para sessões de educação oportunistas, entre os mais comuns, indicar as formas de precaução de acidentes consoante cada idade da criança. Já nos serviços de internamento, existiu mais tempo de contato, o que facilitou a criação de uma relação com a família, que se sentiu mais confortável na expressão dos seus medos e dificuldades e possibilitou-me a aplicação de medidas para a estimulação da vinculação entre criança e família, com principal incentivo no contato físico, na interação e na amamentação no caso do latente.

Com a aplicação de todas estas medidas, os resultados que obtive por parte das famílias foram muito positivos, pois mostraram-se satisfeitos com o esclarecimento de dúvidas e de preocupações que realizei bem como com os ensinamentos realizados, que se mostraram pertinentes.

#### Objetivo

- Desenvolver estratégias para a minimização do impacto da doença e hospitalização na criança e família.

#### Atividades

- ✓ Compreender o impacto da doença e da hospitalização na criança e família.
- ✓ Auxiliar a criança e família a lidarem com a experiência da doença e hospitalização, tentando minimizar o seu impacto.

A hospitalização de uma criança, seja por um período breve ou prolongado, é sempre um fator gerador de *stress* no seio familiar, sendo fundamental o papel que o EESIP desempenha na minimização deste impacto tanto com a criança como com a sua família. Em primeiro lugar, e como referido na Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada (1988), “*a admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia*”, ou seja, o internamento hospitalar é o último recurso no processo de saúde/doença da criança e deve ser evitado sempre que possível ou quando inevitável, reduzido ao mínimo de dias essenciais para a recuperação saudável da criança. Algo que é cumprido no serviço de Pediatria do CHTMAD, onde muitas admissões já são em regime de ambulatório e analisando as estatísticas (Apêndice 6) observa-se que são escassos os internamentos superiores a 6 dias.

Hockenberry salienta que as crianças são particularmente sensíveis ao impacto da doença e da hospitalização porque “*representam uma mudança do estado habitual de saúde e da rotina familiar e as crianças possuem um número limitado de mecanismos para lidar com os factores de stress*” (2011, p.638) inerentes a esses processos. Assim foi essencial ter em mente três fatores: as crianças têm direito a estar acompanhadas pelas suas famílias durante todo o processo e em todas as intervenções realizadas; a família e a criança, consoante o seu estágio de desenvolvimento, devem ser englobadas na criação e execução do plano de prestação de cuidados; e, é essencial a gestão farmacológica e não farmacológica da dor bem como a ponderação dos procedimentos invasivos realizados, que devem ser apenas os indispensáveis para o melhor bem-estar da criança.

Um dos aspetos mais comumente observados devido à hospitalização é a ansiedade pela separação, pelo que em todos os contextos de assistência à criança em meio hospitalar é permitida a presença da pessoa significativa, seja pai, mãe ou cuidador, 24 horas por dia, no serviço de Pediatria do CHTMAD existe um divã por cada cama para um maior conforto do acompanhante junto da criança e este tem ainda direito às principais refeições de forma gratuita. Condições semelhantes são apresentadas na UCN do HPH, sendo que neste caso existe um cadeirão por berço devido às limitações físicas da unidade. Estas medidas cumprem a legislação em vigor relativamente aos direitos da criança, nomeadamente a Lei nº 106/2009 de 14 de setembro, bem como dão resposta à carta da Criança Hospitalizada (1988).

Além de ter promovido sempre a presença da família junto da criança para evitar a angústia da separação, procurei incentivar os pais a realizarem ao máximo as mesmas

atividades que tinham em casa para criar na criança uma sensação de regresso à rotina e diminuir o choque da hospitalização. Incentivei também a que trouxessem também alguns brinquedos da criança, para lhe transmitir maior conforto e segurança através de objetos que reconhece.

No impacto da hospitalização também surge o medo da lesão corporal e por isso também promovi estratégias de prevenção e alívio da dor que abordarei no objetivo seguinte.

#### Objetivo

- Desenvolver estratégias farmacológicas e não farmacológicas para a prevenção e alívio da dor na criança.

#### Atividades

- ✓ Aprofundar conhecimentos e integrar capacidades na gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor.
- ✓ Implementar estratégias farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor da criança.

Para a minimização do impacto da doença e da hospitalização é também fundamental a gestão de estratégias farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor da criança, pois esta constitui “*o principal motivo para a procura de cuidados de saúde*” e provoca “*sofrimento e (...) redução da qualidade de vida*” (DGS, 2008, p.1).

No internamento de Pediatria do CHTMAD, pude promover a administração de sacarose, a presença dos pais, a utilização da sucção não nutritiva, a aplicação de anestésico tópico antes da realização de colheitas, entre outros.

Na UCN, tive também em conta o controlo dos estímulos externos, sendo que o ambiente não deve ter luminosidade extrema nem ruídos elevados, pois num RN prematuro o simples fechar da porta de uma incubadora é extremamente desconfortável e pode desestabilizá-lo, pelo que é essencial ter este aspeto em consideração na assistência ao mesmo. Assim sendo, nesta unidade promovi também a manipulação mínima do RN, o que nem sempre foi fácil de concretizar pois a prestação de cuidados a um RN em cuidados intensivos exige um elevado número de procedimentos em muitas situações. No entanto, ponderei sempre os procedimentos invasivos e apenas os realizei quando o benefício foi maior, tendo utilizado os meios farmacológicos e não farmacológicos para

o alívio e controlo da dor, nomeadamente, o uso de sacarose oral, a sucção não nutritiva, o toque, entre outros.

Nos CSP o momento da vacinação foi a situação que mais dor e medo provocada nas crianças, pelo que promovi medidas como a amamentação, a sucção não nutritiva e o toque nos lactentes, e utilizei técnicas de distração, entre as quais a brincadeira, nas crianças do pré-escolar e escolar, incentivando sempre a colaboração dos pais e, após a administração da vacina, a congratulação da criança, felicitando-a pelo bom comportamento.

A aquisição deste objetivo foi transversal a todo o percurso de estágio e notei uma maior sensibilização dos profissionais neste aspeto, tendo-me sido facilitada a implementação destas estratégias não farmacológicas nos diferentes contextos.

#### Objetivo

- Desenvolver estratégias para uma maior eficácia na realização de ensinios.
- Promover comportamentos saudáveis e prevenir comportamentos de risco.

#### Atividades

- ✓ Identificar as necessidades de educação para a saúde, criando momentos para a sua realização.
- ✓ Realizar ensinios à criança e família nos diferentes contextos de estágio.

Trabalhei a área da educação para a saúde, sobretudo no contexto de CSP ligado aos temas que já abordei anteriormente, tendo sido gratificante acompanhar a mesma família e perceber que a informação dada e os ensinios realizados anteriormente foram eficazes e provocaram mudanças nos estilos de vida da família e conduziram-na a comportamentos de vida mais saudáveis.

Nos contextos de assistência em meio hospitalar promovi a maximização da hospitalização, favorecendo todas as oportunidades de contato com a criança e família para realizar ensinios, dando resposta às suas necessidades presentes e futuras, nomeadamente em temas como os cuidados a ter com a higiene corporal e oral, o incentivo à adesão a uma dieta equilibrada e adequada à criança, a criação de hábitos de sono, entre outros.

A educação para a saúde é uma área de crucial importância e que deve ser continuamente desenvolvida pelo EESIP para conduzir a criança e família na maximização do seu potencial de saúde e fazer uma avaliação positiva deste estágio pelas oportunidades proporcionadas e que me permitiram atingir este objetivo.

#### Competência

- *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.*

#### Objetivos

- Desenvolver estratégias de comunicação com a criança e família.
- Promover o respeito pelos valores, etnia e religião da criança e família, prestando cuidados culturalmente sensíveis e adequados.
- Promover um meio favorável para uma relação de confiança com a criança e família.
- Desenvolver estratégias de comunicação más notícias.

#### Atividades

- ✓ Utilizar técnicas de comunicação tendo em conta o estadió de desenvolvimento da criança, encontrando métodos e estratégias que facilitem a sua expressão de sentimentos e emoções.
- ✓ Estabelecer uma relação de confiança com a criança e família.
- ✓ Respeitar as crenças culturais e religiosas da criança e família.
- ✓ Proporcionar conforto à criança e família, aplicando conhecimentos e capacidades facilitadoras dos processos de luto, quando tal seja necessário.

Tendo em conta a amplitude da faixa etária que atualmente a Saúde Infantil e Pediátrica compreende, foram diversas as técnicas relacionais aplicadas na relação desenvolvida com o recém-nascido/criança/jovem e família, que é distinta a vários níveis, nomeadamente, ao nível da comunicação. Assim sendo, foi essencial ter em atenção as características da etapa do desenvolvimento em que a criança se encontrava bem como as

suas características individuais, e a cada família, tendo em conta as suas bases culturais e ideológicas, de modo a adequar o meu discurso, com vista a estabelecer uma comunicação mais eficaz, individualizada e adaptada.

Com esta finalidade, procurei trabalhar as minhas competências a nível relacional e comunicacional, sendo que procurei transmitir segurança aos pais e obter o máximo de informações sobre a relação familiar, os seus valores e crenças, as suas condições de socioeconómicas e habilitações literárias, com o objetivo de adequar a minha linguagem a cada criança e família, e disponibilizei-me para o esclarecimento das suas dúvidas e preocupações com tempo e clareza, criando uma relação de maior confiança com a família. Relativamente à criança, privilegiei a comunicação não-verbal, utilizando estratégias diferentes consoante a idade e o estágio de desenvolvimento, nomeadamente nas crianças mais pequenas, ao manter o diálogo com os pais e, progressivamente, ir me direcionando para a criança, descendo ao seu nível visual para esta se ir habituando há minha presença e não a associar a fatores negativos. Após estabelecer o contato, recorri frequentemente à utilização da brincadeira para estabelecer uma relação de confiança com a criança, pois como Sheridan (1990, p.11) enuncia, *“brincar é tão necessário ao pleno desenvolvimento do organismo de uma criança, seu intelecto e personalidade, como alimento, prevenção de doenças e acidentes”*. Deste modo, foram oferecidos brinquedos existentes em cada unidade e também incentivados os pais para que trouxessem os brinquedos mais significativos de casa durante o processo de internamento, intervenções que tiveram efeito positivo na criação de um clima de segurança com a finalidade de ultrapassar a ansiedade e o medo do desconhecido e que se mostram estratégias fundamentais na redução do impacto dos fatores stressores associados ao internamento.

Na comunicação com a criança e família, um dos meus objetivos passou pelo desenvolvimento de competências pessoais e profissionais na comunicação de más notícias, pois infelizmente na assistência à criança também se convive com casos de mau prognóstico, com situações paliativas e com perda de vidas, pelo que é importante ajudar a família nestes processos mas também desenvolver estratégias de *coping* para lidarmos com estes acontecimentos enquanto profissionais de saúde. Este objetivo não foi possível de alcançar pelo reduzido número de experiências, no entanto, pude falar com a equipa de Enfermagem em cada contexto, que partilhou comigo os seus sentimentos e estratégias de superação nessas situações. Na comunicação de más notícias é essencial que o EESIP seja o suporte da família tanto na facilitação dos processos de luto quanto na informação

da existência de doenças crónicas, de doenças oncológicas ou de malformações congénitas que vão destruir a imagem da criança perfeita e saudável no seio da família e cuja adaptação também deve ser acompanhada, promovendo-se o encaminhamento necessário junto de outros profissionais de saúde ou de outras instituições.

### Competências

- *Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.*
- *Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada.*
- *Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP.*
- *Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP.*

### Objetivos

- Refletir de forma crítica e sistemática sobre o papel desempenhado pelo EESIP em cada contexto assistencial.
- Demonstrar espírito de iniciativa, rentabilizando as oportunidades de aprendizagem.
- Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança em situação complexa.

### Atividades

- ✓ Observar e identificar sobre o papel do EESIP em cada contexto assistencial.
- ✓ Pensar de forma crítica sobre todas as intervenções realizadas, encontrando respostas para situações complexas e problemas novos.
- ✓ Participar em discussões na equipa multidisciplinar.
- ✓ Prestar cuidados a crianças em situação complexa.

Como a OE refere, o EESIP “*presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde,*

*assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, (...) de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível.” (2011, p.10).*

Foram várias as situações imprevistas e complexas que me surgiram ao longo deste estágio e que me exigiram a adaptação dos cuidados prestados.

No que diz respeito a crianças com doenças crônicas, foi-me possível a prestação de cuidados às mesmas e suas famílias na passagem pela Consulta Externa e pelo Hospital de Dia do CHTMAD, promovendo a sua contínua adaptação ao seu estado de saúde, incentivando as crianças desde cedo a uma responsabilização progressiva no que diz respeito ao seu estado de saúde. No serviço de pediatria da mesma instituição, foram poucos os casos de internamento por agudização da doença crónica, o que também se relaciona com uma melhor adequação dos recursos da comunidade que facilitam o acesso aos cuidados de saúde por outras vias como o apoio domiciliário, sendo a hospitalização utilizada apenas como último recurso.

Outro exemplo, numa situação complexa foi a prestação de cuidados a crianças institucionalizadas quer em contexto de CSP quer em meio hospitalar, pois estas são crianças que se encontram privadas de um meio familiar adequado ao seu desenvolvimento físico e intelectual, pelo que foi necessário que eu adaptasse as minhas intervenções a esta realidade. Nesta situação importa diferenciar os casos de crianças institucionalizadas por falta de condições socioeconómicas da família, mas que ainda mantém relação com a mesma, dos casos de crianças institucionalizadas por maus tratos e abusos. Em ambas as situações coloquei enfoque na saúde mental da criança, tendo encorajado sempre a expressão de sentimentos e emoções, tentando compreender como foi a adaptação a esta nova etapa da sua vida e mostrando-me disponível para esclarecer qualquer dúvida e prestar apoio ou encaminhar a situação quando necessário, procedendo ao seu encaminhamento sempre que necessário. No entanto, na criança vítima de maus tratos é de particular importância promover a sua autoestima e prevenir comportamentos de risco como o abuso de substâncias, a automutilação e o suicídio.

Outro caso foi a realização de consultas a mães adolescentes institucionalizadas no Centro de Apoio à Vida, apoiando-as e acompanhando-as em 2 fases da sua vida (adolescência

e gravidez/maternidade), que deveriam ocorrer em alturas separadas, mas que indesejavelmente se apresentam em conjunto, pelo que é fundamental não só manter a sua promoção da saúde mas também ajudar na aquisição progressiva de competências pessoais, sociais e do sentido de responsabilidade imprescindíveis à promoção de autonomia e construção do seu novo projeto de vida e/ou reorganização do mesmo para que sejam capazes de cuidar não só de si mas também dos seus filhos.

Surgiu também uma situação complexa com a referenciação de uma rapariga de 12 anos que já havia iniciado atividade sexual e que já apresentava história de consumo de substâncias. Este também foi um assunto de produziu alguns conflitos pessoais na enfermeira da Saúde Escolar porque apesar de a rapariga ter permitido a transmissão da informação à sua enfermeira e médico de família, o mesmo não aconteceu em relação à sua família, pelo que sendo menor, surge aqui um conflito entre o dever legal, que seria informar a família, e o dever ético e deontológico que pressupõe o sigilo da informação, bem como põe em causa o seu trabalho ao nível da saúde escolar que tem como base o estabelecer uma relação de confiança com os jovens.

Relativamente à ação realizada com esta criança ao nível da saúde juvenil, esta foi convocada para uma consulta em conjunto com a sua mãe para se perceber melhor o meio familiar desta criança. Posteriormente a jovem foi incentivada a partilhar em privado a sua história com a equipa, tendo-se aproveitado este momento para a informar sobre os riscos dos seus comportamentos e os benefícios que poderia obter se não os tivesse e para tentar perceber o motivo por trás dos mesmos. De seguida e após o consentimento da jovem, a mesma partilhou essa informação com a sua mãe, permitindo que esta a ajudasse na prevenção destes comportamentos de risco. Deste modo, a intervenção foi bem-sucedida pois a mãe tomou conhecimento dos problemas vivenciados pela sua filha, no entanto, é um caso que continuará a ser acompanhado pelo enfermeiro e médico de família e pela enfermeira que integra o projeto de Saúde Escolar, para que esta criança possa crescer e desenvolver-se num ambiente saudável.

Infelizmente, durante o período de estágio no contexto de CSP, não houve oportunidade para eu participar numa reunião do NACJR, pois não houve nenhuma programada nessa altura, nem para abordar as suas funções e métodos de assistência bem como os principais motivos de referenciação. No entanto reforcei os meus conhecimentos nesta que é uma

das áreas do meu interesse, tendo sido o tema da minha sessão de formação de pares e que abordarei mais à frente.

Este percurso veio reforçar a minha opinião de que a presença do EESIP nestes contextos de assistência à criança é fulcral e insubstituível, pelo seu nível de conhecimento e detenção de capacidades especializadas, que fazem a diferença em momentos decisivos, nos quais é necessário praticar cuidados com assertividade, eficácia, segurança e qualidade tanto junto da criança como da sua família.

## **Gestão de Cuidados**

### Competências

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

### Objetivos

- Compreender o processo de gestão de cuidados em vigor nos vários contextos assistenciais.
- Compreender o papel do EESIP na gestão de cuidados em cada contexto.
- Incorporar aspetos na liderança e supervisão de cuidados como EESIP nos vários contextos da prática de cuidados.

### Atividades

- ✓ Observar a gestão de cuidados realizada pelo EESIP em cada unidade de prestação de cuidados à criança, colaborando sempre que possível.

- ✓ Conhecer os métodos e estratégias de supervisão utilizados pelo EESIP.
- ✓ Observar as estratégias utilizadas pelo EESIP como líder e na gestão de conflitos.
- ✓ Colaborar nos programas de melhoria contínua da qualidade e segurança da prestação de cuidados de Enfermagem.
- ✓ Colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar.
- ✓ Conhecer o processo de integração de novos profissionais e de alunos.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2011, p.4) afirma que este “*gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.*”. Neste sentido, ao longo de todo o estágio, promovi a aquisição de competências nesta área através primeiramente da observação do papel de EESIP, conhecendo e compreendendo as suas estratégias, e seguidamente colaborei sempre que possível na sua tomada de decisão e participei nas decisões da equipa multidisciplinar.

No contexto de USF já se encontra implementado o método de trabalho de Enfermeiro de Família, algo que apreciei pois nunca tinha tido a oportunidade de o aplicar na prática e desta forma pude compreendê-lo melhor e desenvolver competências na sua aplicação. A OE (Nov. 2010, p.1) refere que o Enfermeiro de Família “*é gestor e organizador de recursos com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção, sendo para cada família a referência e o suporte qualificado para a resposta às suas necessidades e para o exercício das funções familiares*”. Ao observar e utilizar este método pude avaliar a sua eficácia nas consultas realizadas bem como comprovar a satisfação das famílias com o mesmo. A grande vantagem, na minha opinião, é o conhecimento que cada enfermeiro tem dos seus utentes o que permite um contato mais individualizado e que vai mais de encontro às reais necessidades de cada utente. A grande desvantagem que me apercebi é que um EESIP a desempenhar funções neste tipo de modelo, apenas pode aplicar os seus conhecimentos e capacidades nos seus utentes, o que fica aquém dos projetos que o mesmo poderia desenvolver se prestasse cuidados a toda a população infanto-juvenil da unidade.

Pude ainda desenvolver competências no que diz respeito ao sistema de registos de enfermagem em uso, neste caso o *SClinico* versão para cuidados de saúde primários, utilizando a linguagem CIPE. Neste sistema procedi à identificação das necessidades da

criança e família, formulando diagnósticos de enfermagem sensíveis aos nossos cuidados e planeando e mais tarde implementando intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes que deem resposta ao que a criança e família precisa para um crescimento e desenvolvimento saudável.

No serviço de Pediatria do CHTMAD também desenvolvi competências na aplicação do programa *SClinico*, neste caso a versão para meio hospitalar, e que permitiu uma maior e mais eficaz continuidade de cuidados pois permite a visualização de todos os registos do processo da criança, facilitando a adequação dos cuidados tanto às suas necessidades quanto às da sua família.

Quanto à organização dos cuidados, este contexto de estágio permitiu-me implementar medidas e estratégias para a prestação de cuidados centrados na criança e família, tendo em vista a melhoria contínua da qualidade desses cuidados, bem como a satisfação quer por parte dos utentes quer por parte da equipa multidisciplinar, e também me foi possível participar na articulação com outros recursos, promovendo a melhoria da acessibilidade da criança aos cuidados de saúde que necessita. Neste contexto tive ainda contato com alunos da licenciatura de Enfermagem, sendo-me possível colaborar quer na sua integração quer na sua orientação, apoiando-os quando necessário, percebendo desta forma a importância do papel do EESIP nesta área pois os alunos de hoje são os Enfermeiros do futuro e acredito que a competência do profissional que os orienta bem como o tipo de orientação dada tem influência significativa na forma como estes estudantes se moldam enquanto Enfermeiros.

No SUP do HSJ constatei que em cada turno existe um elemento, que é o mais graduado, que fica como Responsável de Turno. Ao acompanhar a minha orientadora neste papel pude incorporar aspetos de gestão de cuidados, nomeadamente na colaboração entre a equipa multidisciplinar e na análise das necessidades que surgem em cada turno, agilizando os recursos necessários ou desenvolvendo estratégias alternativas para uma melhor prestação de cuidados à criança e família, fazendo a ligação com o turno anterior e posterior. Além disto, pude observar o papel deste elemento no que diz respeito à gestão de conflitos quer no seio da equipa multidisciplinar quer junto da família, pois quando se veem em situações de angústia e *stress*, as famílias podem reagir com agressividade e irracionalidade para com os profissionais de saúde, sendo essencial alguém com aptidão

para gerir esses momentos e comunicar de forma assertiva, salientando que o foco de todos, quer profissionais de saúde quer família, é o bem-estar da criança.

Neste contexto tive contato e desenvolvi capacidades na aplicação do programa jOne desenvolvido nesta unidade hospitalar e que aplica a triagem canadiana como modelo de triagem pediátrica, facilitando também a continuidade dos cuidados ao demonstrar os registos quer de Enfermagem quer Médicos associados a cada criança, bem como as intervenções necessárias quer autónomas quer interdependentes para mais eficazmente dar resposta às necessidades da criança.

Na UCN do HPH observei o papel do EESIP e tentei incorporar o máximo de conhecimentos e habilidades, sobretudo ao nível da gestão de vagas de cuidados neonatais intensivos e intermédios que é realizada consoante os recém-nascidos presentes na unidade, sendo por vezes necessária a antecipação da transferência para o serviço de Pediatria ou a agilização do transporte para outra unidade com capacidade de admissão. Pude também perceber a sua importância na distribuição dos recém-nascidos por cada elemento de Enfermagem de modo a evitar a sobrecarga do profissional, promovendo uma maior qualidade e segurança nos cuidados prestados. Nesta unidade surpreendeu-me pela positiva a existência do Enfermeiro de Referência que promove a articulação com as restantes unidades da ULSM, contribuindo para uma mais eficaz continuidade de cuidados. Penso que esta é uma função essencial e que deveria existir em todas as unidades de saúde de modo a facilitar a transmissão da informação e a promover uma melhor prática de cuidados à criança e família no seu todo, e foi uma oportunidade muito estimulante e importante para mim pois é uma área na qual tenho muito interesse e sobre a qual desejo investir num futuro como EESIP.

Ao longo de todo este caminho tive sempre presente a *“procura permanente da excelência do exercício profissional”*, de modo a contribuir para a *“máxima eficácia na organização dos cuidados de Enfermagem”* (OE, 2011, p.12), considerando que fui bem-sucedida na aquisição destas competências.

## 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.*
- *Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.*
- *Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.*
- *Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.*
- *Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.*

### Objetivos

- Desenvolver competências no autodesenvolvimento pessoal e profissional.
- Desenvolver competências ao nível da formação de pares.

### Atividades

- ✓ Mobilizar os conhecimentos adquiridos, tanto a nível académico quanto profissional, para a execução de uma prática de cuidados segura e eficaz.
- ✓ Consultar os planos de formação dos serviços, participando nas formações do grupo de pares sempre que possível.
- ✓ Identificar as necessidades formativas na área da Enfermagem de Saúde Infantil e pediátrica.
- ✓ Realizar uma sessão de formação de pares.

A procura por uma maior formação quer a nível pessoal, através de cursos de pós-graduação, mestrado ou doutoramento, quer dentro da instituição, com o investimento em sessões de formação para os profissionais, contribui para uma maior qualidade dos cuidados prestados e, como a OE menciona, “*a existência de uma política de formação contínua dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade*” (OE, 2011, p. 12) é essencial

para se atingir a excelência dos cuidados. Deste modo, atribui-se à formação o papel de proporcionar a aquisição de instrumentos e de saberes que visam aumentar a segurança e a qualidade dos cuidados, promovendo a atualização de conhecimentos e estimulando o desenvolvimento de novas competências ou reforçando as já existentes. Assim sendo, ao longo de todo o estágio procurei manter uma formação continuada e atualizada com vista ao desenvolvimento profissional, relembrando a experiência académica e profissional anterior, de modo a prestar cuidados eficazes, seguros e fundamentados. Desta forma, pude pautar este estágio por uma postura que demonstrou os conhecimentos e capacidades técnicas e relacionais que adquiri e desenvolvi na minha carreira académica, pessoal e profissional, tendo-me sido possível a integração na discussão de ideias e no esclarecimento de dúvidas dentro da equipa multidisciplinar.

Durante o período na UCN, foi-me dada a oportunidade de participar numa formação em serviço com os temas “Icterícia Neonatal” e “Exsanguineotransusão” que se mostrou muito interessante e enriquecedora e que me trará mais-valias para o futuro.

Algo que queria fortemente realizar neste estágio era uma atividade na área da formação de pares e que, apesar das dificuldades, consegui executar, obtendo um feedback bastante positivo por parte da equipa que esteve presente na mesma. Esta formação (Apêndice 5) foi inspirada pelo fórum das especialidades desenvolvido pela UCP e pelo crescendo de internamentos por questões sociais, pelo que os objetivos passaram por sensibilizar os profissionais de saúde sobre o tema dos maus tratos em crianças e jovens, enumerar sinais, sintomas e indicadores de maus tratos em crianças e jovens e descrever o processo de sinalização da criança vítima de maus tratos. No final da formação, distribui um questionário de avaliação da mesma e que pretendia uma apreciação geral da formação. O resultado foi muito positivo com desempenho maioritariamente muito bom e no qual me foram apontados os pontos a melhorar para o futuro como falar mais calmamente e gerir melhor o tempo para existir um maior espaço para o esclarecimento de dúvidas. Além disso, foi também satisfatória a proposta de colaboração que me foi apresentada e que se torna numa ponte para um futuro a desempenhar funções na área de assistência à criança.

A formação em serviço é promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade dos cuidados, pelo que deve ser uma área de aposta em cada contexto de assistência à criança.

Sinto que com este percurso desenvolvi competências na sua concretização e planeio que quando me for dada uma oportunidade como EESIP, ser capaz de identificar as necessidades formativas do meu contexto de trabalho e promover um plano de formação tendo em vista o desenvolvimento profissional dos outros enfermeiros.

## **Investigação**

### Competências

- *Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas.*
- *Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada.*
- *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.*

### Objetivos

- Incorporar na prática de cuidados de Enfermagem os resultados da evidência científica.
- Promover uma prática baseada na evidência.
- Valorizar a investigação como contributo válido para o desenvolvimento da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

### Atividades

- ✓ Efetuar pesquisa bibliográfica de forma sistemática e pertinente, utilizando as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados.

- ✓ Integrar os novos conhecimentos provenientes da investigação/evidência científica.
- ✓ Utilizar e partilhar os resultados provenientes da mais recente evidência científica.
- ✓ Participar em eventuais projetos de investigação na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Como Enfermeiros assumimos “*a missão de promover a defesa da Qualidade e Segurança dos Cuidados de Enfermagem*” e a OE “*entende que a Investigação em Enfermagem é um pilar fundamental para alcançar este desiderato.*” (OE, 2006, p. 34). O investimento na investigação em Enfermagem aumenta a qualidade e a segurança da prestação de cuidados, promovendo a atualização constante de conhecimentos e a consolidação de novas capacidades, o que produz maiores ganhos em saúde. É também importante para apoiar e fundamentar a importância da Enfermagem enquanto disciplina, conferindo-lhe maior valor dentro da sociedade.

Para atingir estas competências, tentei sempre mobilizar o conhecimento científico adquirido ao longo de todo o meu percurso académico e profissional e realizei pesquisa bibliográfica relevante e pertinente, essencial em contextos assistenciais tão específicos e exigentes, no entanto, nem sempre foi fácil pelo pouco tempo disponível. Pesquisei os documentos orientadores essenciais para a prestação de cuidados em cada contexto assistencial, como as Orientações e Circulares produzidas pela DGS, as *guidelines* emitidas pela OMS e os documentos emitidos pela OE, que considero terem sido extremamente úteis para a aplicação destes conceitos na prática dos cuidados. Tudo isto foi usado na prática com a comprovação da evidência nuns casos e o debate interessante de ideias noutros, por exemplo, nos cuidados ao coto umbilical e no tratamento do eritema da fralda, temas em que existem diferentes pontos de vista e que por vezes geram alguma controvérsia dentro da equipa de Enfermagem. Estes foram importantes momentos de reflexão e que estimularam a procura por mais informação e aplicação da mesma de modo a observar quais os resultados que se obteriam, sendo de extrema importância esta partilha entre a evidência científica e o resultado da sua aplicação na prática.

Em relação aos projetos de investigação, participei na colheita de dados em projetos desenvolvidos quer no Serviço de Pediatria do CHTMAD quer no SUP do HSJ, mas notei algum desinvestimento por parte das instituições que frequentei, o que é preocupante visto o papel essencial que a investigação tem na melhoria da qualidade dos cuidados

prestados. Mas é algo compreensível face à sobrecarga e à exaustão a que os profissionais de saúde estão sujeitos na conjuntura atual do Serviço Nacional de Saúde. No entanto, e apesar dessas adversidades, o EESIP tem responsabilidade acrescida nesta área pois tem maior dever na identificação de possíveis problemas, na idealização de novas intervenções, na sua aplicação e na análise dos seus resultados, de modo a produzir investigação e maiores ganhos em saúde.

O alcance destas competências foi transversal ao longo de todo o estágio e estará sempre presente ao longo da minha vida profissional, pois com a realização constante de novos estudos e investigações, é pertinente a mobilização de quadros de referência próprios da profissão e da área da especialidade e o recurso a programas, modelos e técnicas de intervenção próprios da enfermagem e da saúde infantil e pediatria, fundamentando a prática clínica.



## CONCLUSÃO

Em suma, por tudo o que referi anteriormente, faço uma apreciação global muito positiva em relação a este estágio no que diz respeito às experiências e oportunidades que me proporcionou e que com toda a certeza vão fazer a diferença no meu percurso profissional. Os diversos contextos de estágio cumpriram as expectativas, tendo também me surpreendido pela positiva em diversas situações, e deixaram-me com uma visão clara sobre a assistência à criança e família em cada um deles.

A OE refere que o EESIP *“presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e casa, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível.”* (2011, p.3), sendo que ao chegar à meta deste percurso sinto que fui capaz de adquirir as competências necessárias para me transformar num EESIP com qualidade.

Não foi um caminho fácil, pois exigiu muitos sacrifícios e esforços da minha parte, mas não desisti e consegui ser bem-sucedida no alcance dos objetivos definidos e na potencialização de todas as oportunidades, podendo hoje afirmar que sou uma melhor Enfermeira por isso. Esta experiência valeu a pena por tudo o que vivenciei, pelas crianças e famílias com quem contatei, pelos profissionais de saúde com quem trabalhei e com quem aprendi e fortaleci conhecimentos e capacidades, pelas instituições que conheci e que me mostraram projetos interessantes e fundamentais que ao serem desenvolvidos trarão ganhos a todos os níveis da saúde.

A elaboração deste relatório estimulou também em mim uma prática reflexiva, levando-me a aprender com os meus erros e fracassos, refletindo sobre os mesmos e sobre a sua

resolução, para aumentar o meu conhecimento e contribuir para o meu progresso e autonomia profissional.

Este período de aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências reforçou o meu sentimento em relação a esta área de Enfermagem, fortalecendo a minha decisão de querer após a conclusão deste curso, desempenhar funções como EESIP e mostrou-me que o meu foco ideal é a área das crianças com doença crónica e com necessidades especiais. Pretendo assim ser um elemento de referência nesta área, quer a nível da prestação de cuidados a estas crianças e suas famílias, respondendo às suas necessidades e apoiando-as com todos os recursos que estiverem ao meu alcance, quer na interligação com outros profissionais ou instituições ligadas à criança e família para que se crie uma rede de suporte essencial na maximização do seu estado de saúde.

Por tudo isto sei que acabo este caminho sendo capaz de prestar “*cuidados de Enfermagem especializados em Saúde da Criança e do Jovem, numa perspectiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível.*” (OE, 2011, p.3).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APSI. 2014. *Orientações Técnicas para a inclusão da avaliação de risco de acidente nas visitas domiciliárias*. Casa + Segura – Conhecer para melhor proteger.
- Casey, A.; Mobbs, S. 1988. *Partnership in Practice*. Nursing Times. Vol. 44, nº 84. p. 67-68.
- CHTMAD. 2013. *Manual de Integração do Serviço de Pediatria*.
- Direção-Geral da Saúde. 2012. *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.
- Hockenberry, M. J. et all. 2011. *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 8.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Instituto de Apoio à Criança. 2008. *Carta da Criança Hospitalizada*. 4<sup>a</sup> ed. Lisboa.
- Oliveira, A. 2006. *Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais*. <http://www.nascerprematuro.org/content/view/47/54/> Consultado em: 30-09-2016.
- Ordem dos Enfermeiros. 2006. *Tomada de posição – Investigação em Enfermagem*. Revista Ordem dos Enfermeiros, nº21, p.34-35.
- Ordem dos Enfermeiros. 2010. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. 2010. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. Novembro 2010. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa.

- Ordem dos Enfermeiros. 2011. Regulamento dos *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Especializados de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. 2013. *Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa.
- Sheridan, M. 1990. *Brincadeiras Espontâneas na Primeira Infância*. São Paulo, Manole.
- UCC Vila Real I. *Regulamento Interno*.
- Universidade Católica Portuguesa. 2016. *Plano de Estudos do Mestrado de Natureza Profissional de Enfermagem – Objetivos e Competências a Desenvolver*.
- Universidade Católica Portuguesa. Setembro 2016. *Guia Orientação do relatório – Mestrado em Enfermagem*. Porto.
- OMS. 2008. *Report on the global tobacco epidemic. The MPOWER package*. Genebra.
- OMS. *Chronic diseases*. [http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/)  
Consultado em: 01-07-2016.

## APÊNDICES



# APÊNDICE 1

Plano da Sessão “Prevenção do Consumo de Tabaco”



### Plano de Sessão da Formação

Sessão de Formação	PREVENÇÃO DO CONSUMO DE TABACO
Destinatários	Jovens a frequentar o 9ºano de escolaridade
Data	Janeiro de 2017
Local	Escola
Total tempo	1 hora e 30 minutos
Formador	Rita Cruz

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sensibilizar os jovens sobre as consequências do consumo de tabaco, sobretudo a nível da saúde</li><li>• Informar os jovens sobre as vantagens de não fumar</li><li>• Ensinar como proceder à cessação tabágica (onde recorrer, quem procurar e o que fazer)</li><li>• Incentivar os jovens a não fumar</li></ul>
Conteúdos programáticos	<ul style="list-style-type: none"><li>• O que pode levar a fumar?</li><li>• Tabaco e seus constituintes</li><li>• Consequências do Consumo de Tabaco</li><li>• Vantagens de deixar de fumar</li><li>• Como deixar de fumar</li></ul>
Metodologia	Método Expositivo
Materiais	Videoprojector Computador Portátil Informação em Suporte de Papel (panfleto sobre “Prevenção do Consumo de Tabaco”)



## APÊNDICE 2

Questionário sobre Consumo de Tabaco



## Questionário

### Consumo de Tabaco

Género

- Feminino
- Masculino

Idade

- 13 - 14 anos
- 15 - 16 anos
- 17 - 18 anos
- Mais de 18 anos

1. Já alguma vez fumaste?

- Sim.
- Não.

2. Se sim, com que idade fumaste pela primeira vez?

- Menos de 10 anos
- 11 - 12 anos
- 13 - 14 anos
- 15 - 16 anos
- Mais de 16 anos

3. Convives com alguém que fume?

- Não.
- Os meus amigos
- Os meus pais.
- O meu irmão.
- Outro: \_\_\_\_\_

4. Se já fumaste, continuas a fumar frequentemente?

Sim.

Não.

5. Se respondeste sim na pergunta anterior, diz o que te leva a fumar.

Porque os meus amigos fumam.

Facilita a integração num grupo.

Torna-me mais importante.

Porque gosto.

Porque os meus pais fumam.

Por curiosidade.

Outro: \_\_\_\_\_

6. Se fumas, já alguma vez tentaste deixar de fumar?

Sim, tentei e consegui deixar de fumar.

Sim, tentei mas não consegui parar de fumar.

Não, nunca tentei.

7. Se já tentaste e não conseguiste parar de fumar, qual foi o motivo?

Porque é viciante.

Porque se deixasse era visto de outra maneira.

Porque se deixasse era excluído do grupo.

Porque não quero.

Outro: \_\_\_\_\_

8. Conheces algum local onde recorrer para pedires ajuda para deixares de fumar?

Não

Sim. Qual? \_\_\_\_\_

## APÊNDICE 3

Apresentação “Prevenção do Consumo de Tabaco”



## PREVENÇÃO CONSUMO DE TABACO

UCC - C.S. Vila Real 1  
Énf. Rita Cruz - Estudante Curso MESIP - UCP Porto  
Janeiro 2017

## SUMÁRIO

- O que pode levar a fumar?
- Tabaco e seus constituintes
- Consequências do Consumo de Tabaco
- Vantagens de deixar de fumar
- Como deixar de fumar

## OBJETIVOS

- Informar sobre as consequências do consumo de tabaco.
  - Ensinar sobre as vantagens de não fumar
  - Informar como se pode parar de fumar
  - Incentivar os jovens a não fumar
- A % de consumo de tabaco nos adolescentes, apesar de estar a diminuir, ainda é preocupante.
  - Em Portugal, o 1º contacto com o cigarro ocorre cerca dos 12-14 A.
  - Quanto mais cedo se inicia este vício, mais difícil é libertar-se dele.
  - Metade dos jovens que mantêm os hábitos tabágicos virá a morrer de doenças relacionadas com o tabagismo.

## O QUE VOS PODE LEVAR A COMEÇAR A FUMAR?

- Influência familiar
  - Pressão do grupo
  - Vontade de ser conhecido no seu meio
  - Falta de informação
  - Curiosidade
- Na nossa sociedade, principalmente enquanto jovens, somos muito influenciados pelos nossos ídolos, família, grupo de amigos, entre outros, existindo a tendência de os imitar como forma de afirmação e de integração.
  - Muitas vezes é desta maneira, pela ousadia ou rebeldia em fumar, que se inicia este consumo e depois é difícil largar o vício.

Mas será esta a postura correcta a adoptar?  
Porque não uma postura de afirmação que diga "Não ao tabaco!"  
Ou dizer algo tão simples como "Não, obrigado, eu não fumo."

## TABACO E SEUS CONSTITUINTES



## O TABACO CONTÉM MAIS DE 4000 SUBSTÂNCIAS!

- Acetaldeído – usado na produção do álcool.
- Naftaleno – desinfecante usado para matar traças e baratas.
- Xileno – gás cancerígeno que se pode encontrar no alcatrão e petróleo.
- Arsénio – veneno.
- Cádmio – usado nas pilhas.
- Acetato de chumbo – o seu consumo excessivo pode provocar insensidade.
- Fósforo P4 P6 – usado na produção de veneno de rato.
- Níquel – usado no fabrico de aço inoxidável e de baterias recarregáveis.
- Cianeto – neurotoxina altamente letal.
- N-nitrosaminas – composto químico cancerígeno.
- Formaldeído – usado na conservação de cadáveres.
- Polónio-210 – substância radioativa.
- Monóxido de carbono – gás tóxico presente nos gases de exaustão dos automóveis.
- Teresbentina – diluente capaz de transformar a tinta em óleo.
- Tolueno – solvente industrial.
- Butano – combustível dos isqueiros.
- Acetona – usada para remover o verniz.
- Amónia – desinfecante usado para limpar o chão e casas de banho.

## MAS PORQUE É QUE ALGUMAS PESSOAS GOSTAM?

- A indústria do tabaco utiliza diversas substâncias para melhorar a sua aceitabilidade e que contribuem para potenciar o efeito aditivo da nicotina.
- São exemplos os seguintes aditivos:
  - Mentol
  - Baunilha
  - Brandy
  - Chocolate

## CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE TABACO

- Consequências para a saúde
- Consequências económicas



O consumo de tabaco é considerado pela Organização Mundial de Saúde a principal causa de morte evitável em todo o mundo.

De acordo com as estimativas morrem cerca de 10 mil pessoas por dia em todo o mundo em consequência do consumo de tabaco.

Em média, uma pessoa que fuma um maço de cigarros ou mais por dia vive sete anos a menos do que uma pessoa que nunca fuma.



## O TABACO É RESPONSÁVEL POR:

- 30% das mortes por cancro
- 90% das mortes por cancro do pulmão
- 97% das mortes por cancro da laringe
- 25% das mortes por doenças do coração
- 85% das mortes por bronquite e enfisema
- 25% das mortes por AVC
- 50% dos casos de cancro de pele



## CONSEQUÊNCIAS ECONÓMICAS

O consumo de 1 maço de tabaco por dia equivale a:

- 1 dia - 4,50€
- 1 semana - 31,50€
- 1 mês - 135€
- 1 ano - 1620€

O que poderiam fazer com esse dinheiro?



## VANTAGENS DE NÃO FUMAR

- Reduz a ansiedade e aumenta o bem-estar geral
- Ajuda a respirar sem problemas e diminuir os ataques de tosse
- Melhora o hábito e diminui as manchas amarelas nos dentes
- Trava o envelhecimento precoce
- Reduz os custos financeiros
- Reduz o risco de sofrer algumas das doenças anteriormente referidas

1 dia - melhora a tensão arterial

1 ano - reduz o excesso de risco de enfarte para metade

5 anos - o risco de acidente vascular torna-se igual ao dos não-fumadores

10 anos - o risco de cancro do pulmão reduz-se para metade

15 anos - o risco de enfarte e de morte torna-se idêntico ao dos não-fumadores

- Cada cigarro que fumam tira-vos 7 minutos de vida!

## É POSSÍVEL DEIXAR DE FUMAR?

× Sim!



## COMO DEIXAR DE FUMAR?

- Onde recorrer e quem procurar?
- Como o fazer?



## ONDE RECORRER E QUEM PROCURAR?

- O gabinete de apoio ao aluno na vossa escola
- O vosso centro de saúde, procurando a ajuda do vosso médico de família e enfermeiro de família
- Instituto Português do Desporto e Juventude - Loja Ponto Já, Rua Dr. Manuel Cardona 5000 - 558 Vila Real Tel. 259 309 640 loja.vreal@ipdj.pt

## DICAS PARA DEIXAR DE FUMAR

- Escolhe uma data para deixar de fumar, de preferência uma data importante, como um aniversário. Ficares bem e celebra esse dia, comitadas e festas!
- Anuncia à tua família e amigos a tua decisão e procura apoio junto deles ou até mesmo de alguém que também esteja a deixar de fumar.
- Nos dias anteriores, escreve uma lista de motivos que te levaram a deixar de fumar e lê-a sempre que sentires vontade de desistir.
- Na noite anterior à data escolhida, deixa fora o tabaco que estiver e recolhe os cinzeiros, ligantes e outros objetos relacionados com o tabaco.
- No dia escolhido, não penses que não voltadas a fumar. Preocupa-te só com o presente dia e não te deixes influenciar por tua decisão. Não te preocupes o melhor para ti.
- Apesar de teus hábitos alimentares e hábitos que evitares a fumar e evita ambientes onde se fuma.

## CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE TABACO

- Cancro do pulmão, da cavidade oral, laringe, faringe, esófago, rins, pâncreas, cólon, entre outros
- Doenças cardiovasculares como doença vascular periférica e acidente vascular cerebral (AVC)
- Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), asma e maior prevalência das infeções respiratórias
- Redução da capacidade mental em tarefas mais complexas.
- Envelhecimento precoce e maior cansaço na realização de atividade física.

## CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE TABACO

- No homem: pode provocar infertilidade e impotência.
- Na mulher: diminui a fertilidade, aumenta o risco de menopausa precoce e de aparecimento de osteoporose.
- Na gravidez: aumenta o risco de prematuridade, de mortalidade perinatal e de aborto espontâneo.



## EFEITOS DO TABAGISMO NA SAÚDE DOS JOVENS

- Menor nível de função pulmonar, o que prejudica a aptidão física, tanto em termos de desempenho quanto de resistência, sendo incompatível com o desporto de alta competição.
- Fumar em idade precoce aumenta o risco de cancro do pulmão, pois quanto mais tempo se fuma, maior é o risco.
- Mais episódios de falta de ar, quase três vezes mais do que os não fumadores.
- O tabaco retira a concentração e o raciocínio, provocando diminuição no desempenho escolar.
- Jovens fumadores têm maior probabilidade de consumir álcool e drogas.

## NÃO TE PREJUDICAS SÓ A TI!

- Não é só o saúde dos fumadores que está em risco. Todos os que estão à tua volta também estão expostos ao fumo passivo também são prejudicados.
- De acordo com a OMS, o risco de cancro do pulmão em fumadores passivos é 20 a 30% superior aos não fumadores não expostos ao fumo do tabaco.
- Pensam sempre no meio que vos rodeia e pensam que um dia mais tarde podem ser os vossos filhos que pela exposição ao fumo do vosso tabaco, desenvolveram crises de asma ou outras doenças que podem mesmo conduzir à sua morte.



## FUMO PASSIVO

Segundo a OMS, cerca de 40% das crianças estão regularmente expostas ao fumo passivo em casa e 31% das mortes atribuídas ao fumo passivo ocorrem em crianças.

### Consequências nas Crianças:

- Doenças no trato respiratório inferior, como bronquite e pneumonia, particularmente durante o 1º ano de vida.
- Asma - a exposição ao fumo passivo pode causar o estreitamento de novas células e depositar células nas crianças sensíveis, aumentando o número de visitas a serviços de emergência e o uso de medicamentos.
- Pode provocar otite média que, se não for tratada, pode levar à perda auditiva.
- No bebé, pode causar o Síndrome de Morte Súbita Infantil.

## SE NÃO CONSEGUIRES À PRIMEIRA, NÃO DESISTAS!

- Não te sintas derrotado e revê a tua lista de razões para não fumar.
- Reconhece o caminho que já percorreste e que estás mais perto de deixar de fumar do que no início.
- Analisa o que te fez acender o cigarro e aprende com os teus erros.

## RECOMENDAÇÕES

- Quando sentires um desejo de fumar, respira fundo e calmamente, ou mastiga uma pastilha sem açúcar. Pensa que este desejo apenas dura uns instantes e diminui a partir da segunda ou terceira semana.
- Para o nervosismo: caminha, toma um banho relaxante e evita bebidas com cafeína.
- Para a fome: bebe água e sumos com baixo teor de calorias.
- Não tenhas medo de engordar, desde que mantenhas uma alimentação saudável e equilibrada e actividade física regular, o teu corpo não sofrerá grandes alterações.
- Durante os primeiros dias sem fumar, desfruta das melhorias que fores sentindo. Vais notar menos cansaço, tossirás menos, recuperarás o paladar e o olfacto. Vais ganhar saúde e poupar dinheiro.



## BIBLIOGRAFIA

- AMARAL, A. - "Tabagismo em adolescentes: Por que os jovens estão a fumar?" *Análise Brasileira de Psiquiatria*, vol. 36, nº6, p. 673-673, Novembro/Dezembro 2010.
- DGS - Coesão Pedagógica - Programa Ação de Educação. Circular normativa n.º 26/2016, de 28/12/2016.
- DGS - Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Diário da República, 2.ª série, n.º 33, 18 de Janeiro de 2012.
- FONSECA, M. et al. - "Os desafios da escola ao tabagismo e ao alcoolismo". *Revista Portuguesa de Pedagogia*, vol. 44, n.º 1, p. 217-236, 2010.
- Instituto Português do Sabor e Aromas - Portal de Informação. Disponível em <http://www.ipsa.gov.pt/ipsa/>.
- MATOS, M. et al. - "Substitutos e o "Smoking, Nicotine e Dependence". *Revista da Associação Portuguesa de Prevenção do Tabagismo*, Ministério da Saúde, Lisboa, 2010.
- MATOS, M. et al. - "O fumo dos adolescentes portugueses", Relatório do estudo HNSC (2010). *Associação Social e Saúde*, Lisboa, 2012.
- NUNES, A. - "Os jovens e os hábitos associados ao consumo de tabaco". *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 22, nº2, p. 57-61, Junho/Dezembro 2004.
- OMS - "Why is tobacco a public health priority?". *Tobacco Free Initiative*, 2006.
- OMS - "Report on the global tobacco epidemic". *The WHO/ITC survey*, Geneva, 2016.



## APÊNDICE 4

Panfleto “Prevenção do Consumo de Tabaco”



### Vantagens de não fumar:

- Renova a aparência e aumenta o bem-estar geral
- Ajuda a respirar sem problemas e diminui os acessos de tosse
- Melhora o hábito e diminui as manchas amarelas nos dentes
- Trava o envelhecimento precoce
- Reduz os custos financeiros
- Reduz o risco de sofrer algumas das doenças anteriormente referidas

Cada cigarro que uma pessoa fuma tira-lhe 7 minutos de vida!



Onde recorrer para deixar de fumar?

- O gabinete de apoio ao aluno na vossa escola
- O vosso centro de saúde, procurando a ajuda do vosso médico de família e enfermeiro de família
- Instituto Português do Desporto e Juventude – Loja Ponto Já. Morada: Rua Dr. Manuel Cardo- na 5000 - 558 Vila Real Tel. 259 309 640 loja- ja.vreal@ipdj.pt



Trabalho realizado por:  
Rita Cruz, Curso MESIF—UICP Porto

C.S. Vila Real 1  
UCC e USF Nuno Grande

# Prevenção do Consumo de Tabaco



## NÃO FUMES!

Na nossa sociedade, principalmente enquanto jovens, somos muito influenciados pelos nossos ídolos, família, grupo de amigos, existindo a tendência de os imitar como forma de afirmação e de integração.

Muitas vezes é desta maneira que se inicia este consumo e depois é difícil largar o vício.

Mas será esta a postura ~~correcta~~ a adoptar?

Por que não dizer algo tão simples como

“Não, obrigado, eu não fumo.”

O tabaco contém mais de 4000 substâncias tóxicas e cancerígenas .

Morrem cerca de 10 mil pessoas por dia em todo o mundo em consequência do consumo de tabaco.

O tabaco é responsável por:

- 30% das mortes por cancro
- 90% das mortes por cancro do pulmão
- 97% das mortes por cancro da laringe
- 25% das mortes por doenças cardíacas
- 85% das mortes por bronquite e enfisema
- 25% das mortes por AVC
- 50% dos casos de cancro de pele

## Fumar é caro!

Agora pode não ser o teu dinheiro mas no Futuro será!

O consumo de 1 maço de tabaco por dia equivale a:

- 1 dia – 4,50€
- 1 semana – 31,50€
- 1 mês – 135€
- 1 ano – 1620€

Efeitos nos Jovens:

- Prejudica a aptidão física, tanto em termos de desempenho quanto de resistência, sendo incompatível com o desporto de alta competição.
- Retira a concentração e o raciocínio, provocando a diminuição do desempenho escolar.
- Aumenta o risco de cancro do pulmão.
- Cria maior probabilidade de consumir álcool e drogas.

Podem pensar que as coisas más só acontecem aos outros, mas o que é certo é que se fumas em breve começarás a sentir as consequências!



O que poderias fazer com esse dinheiro?



Deixar de fumar faz bem à tua saúde e à tua carteira!

## Não te prejudicas só a ti!

Todas as pessoas que estão expostas ao fumo passivo são prejudicadas, tendo 20 a 30% de risco acrescido de desenvolverem cancro do pulmão por esse motivo.

## APÊNDICE 5

Formação de Pares – “Maus Tratos a Crianças e Jovens”

Plano de Sessão, Apresentação e Questionário de Avaliação



### Plano de Sessão da Formação

Sessão de Formação	MAUS TRATOS A CRIANÇAS E JOVENS
Destinatários	Enfermeiros dos serviços de assistência à criança
Data	21.06.2016
Local	Serviço de Pediatria do CHTMAD – Unidade de Vila Real
Total tempo	30 Minutos
Formador	Rita Cruz

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sensibilizar os profissionais de saúde sobre o tema dos maus tratos em crianças e jovens.</li><li>• Enumerar sinais, sintomas e indicadores de maus tratos em crianças e jovens.</li><li>• Descrever o processo de sinalização da criança vítima de maus tratos.</li></ul>
Conteúdos programáticos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estatística sobre crianças vítimas de Maus Tratos</li><li>• Tipos de Maus Tratos a Crianças</li><li>• Sinais, sintomas e indicadores de Maus Tratos a Crianças</li><li>• Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco</li><li>• NHACJR do CHTMAD</li><li>• Sinalização de uma situação de Maus Tratos a Crianças</li></ul>
Metodologia	Método Expositivo
Materiais	Videoprojector Computador Portátil



## Apresentação – “Maus Tratos em Crianças e Jovens”



### OBJECTIVOS

- Sensibilizar os profissionais de saúde sobre o tema dos maus tratos em crianças e jovens.
- Enumerar sinais, sintomas e indicadores de maus tratos em crianças e jovens.
- Descrever o processo de sinalização da criança vítima de maus tratos.

### MAUS TRATOS EM CRIANÇAS

- “Os maus tratos em crianças e jovens dizem respeito a qualquer acção ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima.”
- É um fenómeno complexo e multifacetado.
- Tem repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade das crianças.
- É um problema de saúde pública.
- É um desafio para a Saúde e os seus profissionais.

### ESTATÍSTICAS<sup>2</sup>

- Em 2015, 1.084 crianças foram vítimas de maus tratos
  - Média de 8 crianças por dia e 20,8 por semana
- Perfil geral da vítima:
  - Sexo feminino (54,6%)
  - Idade média (9,9 anos)
  - Parte de uma família nuclear com filhos (45,6%)
  - Estudante (94,4%)



### ESTATÍSTICA VILA REAL 2015<sup>3</sup>

- Dos 534 casos de violência registados pelo gabinete da APAV em 2015, em 195 (36,5%) as vítimas foram crianças e em 170 (31,8%) as vítimas eram filho(a) do agressor.



### TIPOS DE MAUS TRATOS

- Negligência
- Mau Trato Físico
- Mau Trato Psicológico/Emocional
- Abuso Sexual
- Síndrome de Munchausen por Procuração



## NEGLIGÊNCIA

◦ "Entende-se por negligência a incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afecto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais."<sup>4</sup>

- Pode manifestar-se de:
- forma activa;
  - forma passiva.



## ALGUNS SINAIS, SINTOMAS E INDICADORES DE NEGLIGÊNCIA<sup>4</sup>:

- Cuidância de higiene;
- Vestuário desadequado em relação à estação do ano e lesões consequentes de exposições climáticas adversas;
- Inexistência de rotinas;
- Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas;
- Perturbações no desenvolvimento e nas aquisições sociais que não estejam a ser devidamente acompanhadas;
- Incumprimento do Programa-Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil e/ou do Programa Nacional de Vacinação;
- Doença crónica sem cuidados adequados (falta de adesão a vigilância e terapêuticas programadas);
- Intoxicações e acidentes de repetição.

## MAU TRATO FÍSICO

◦ "O mau trato físico resulta de qualquer acção não accidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa vir a provocar) dano físico."<sup>4</sup>



## ALGUNS SINAIS, SINTOMAS E INDICADORES DE MAU TRATO FÍSICO<sup>4</sup>:

- Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo accidental;
- Síndrome da criança espanada;
- Alopecia traumática e/ou por postura prolongada com deformação do crânio;
- Lesões provocadas que deixam marca(s) (p. ex. fivela, corda, mãos, chicote, régua...);
- Sequelas de traumatismo antigo;
- Fracturas das costelas e corpos vertebrais, fractura de metafise;
- Demora ou ausência na procura de cuidados médicos;
- História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos diferentes cuidadores;
- Perturbações do desenvolvimento;
- Alterações graves do estado nutricional.



## MAU TRATO PSICOLÓGICO/EMOCIONAL

◦ "O mau trato psicológico resulta da privação de um ambiente de tranquilidade e de bem-estar afectivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/jovem."<sup>4</sup>



#### ALGUNS SINAIS, SINTOMAS E INDICADORES DE MAU TRATO PSICOLÓGICO/EMOCIONAL<sup>4</sup>:

- Episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;
- Comportamentos agressivos e/ou auto-mutilação;
- Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas interpessoais;
- Perturbações do comportamento alimentar;
- Alterações do controlo dos esfínteres;
- Choro incontrolável no primeiro ano de vida;
- Comportamento ou ideação suicida.

#### ABUSO SEXUAL

- "O abuso sexual corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em actividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha."<sup>4</sup>
- Consiste em práticas nas quais a criança/adolescente, em função do estágio de desenvolvimento:
  - Não tem capacidade para compreender que delas é vítima;
  - Percebendo que o é, não tem capacidade para nomear o abuso sexual;
  - Não se encontra estruturalmente preparada;
  - Não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido.
- Punido pelo Artigo 171º do Código Penal.

#### ALGUNS SINAIS, SINTOMAS E INDICADORES DE ABUSO SEXUAL<sup>4</sup>:

- Lesões externas nos órgãos genitais;
- Presença de esperma no corpo da criança/jovem;
- Laxidão anormal do esfínter anal ou do hímen, fissuras anais;
- Leucorréia persistente ou recorrente;
- Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal;
- Lesões no pénis ou região escrotal;
- Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração do freio dos lábios;
- Laceração do hímen;
- Infecções de transmissão sexual;
- Gravidez.

#### SÍNDROMA DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

- "A Síndrome de Munchausen por Procuração diz respeito à atribuição à criança, por parte de um elemento da família ou cuidador, de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando, por vezes, procedimentos de diagnóstico exaustivos, incluindo o recurso a técnicas invasivas e hospitalizações frequentes."<sup>4</sup>

#### SÃO INDICADORAS DESTE SÍNDROMA SITUAÇÕES COMO AS SEGUINTE:

- Administrar à criança/jovem uma droga/medicamento para provocar determinada sintomatologia;
- Adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina da vítima;
- Provocar semi-sufocação de forma repetida antes de acorrer ao serviço de urgência anunciando crises de apneia.



### ENQUADRAMENTO LEGAL E NORMATIVO

- Lei de Bases da Saúde ( n.º48/90 de 24 de Agosto)
- Lei n.º 147/1999 de 1 de Setembro – Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo
- Despacho n.º 31292/2008 de 5 de Dezembro – Criação da Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco

### ACÇÃO DE SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (ASCJR)

- Visa a criação de uma resposta estruturada do Serviço Nacional de Saúde ao fenómeno dos Maus Tratos, através do desenvolvimento da "Rede Nacional de Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco".
- Coordenação Nacional – DGS.
- Coordenação Regional – ARS.
- Intervenção a nível dos CSP – NACJR.
- Intervenção a nível dos Hospitais com atendimento Pediátrico – NHACJR.

### ACÇÃO DE SAÚDE PARA CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (ASCJR)

#### Missão:

- Apoiar e orientar a intervenção da saúde nas crianças e jovens em risco, com vista a uma mais efectiva prevenção do fenómeno dos maus tratos e a uma significativa melhoria da qualidade das respostas do Serviço Nacional de Saúde a esta problemática.\*

#### Objectivos:

- Promover os direitos das crianças e jovens, em particular a saúde, através da prevenção da ocorrência de maus tratos, da detecção precoce de contextos, factores de risco e sinais de alarme, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e ou encaminhamento dos casos identificados;
- Adequar os modelos organizativos dos serviços nesse âmbito, incrementar a preparação técnica dos profissionais, concertar os mecanismos de resposta e promover a circulação atempada de informação pertinente.\*

### NHACJR DO CHTMAD

#### ◦ Constituição do Núcleo

Grupo Profissional	Unidade de Vida Real
Médica Pediatra	Suzana Sousa
Enfermeira	Marina Silva
Assistente Social	Isabel Pezoto
Psicóloga	Maria de Lourdes Gonçalves

### O QUE É UMA SINALIZAÇÃO?

- No Serviço Nacional de Saúde, é a referencição de uma possível situação de maus tratos, por um profissional de saúde, a uma equipa multidisciplinar, nomeadamente o NACJR ou o NHACJR, e que irá implicar a necessidade de uma investigação mais detalhada e consequente intervenção protectora para a criança/jovem em causa.

### QUEM PODE/DEVE SINALIZAR?

- Qualquer profissional de saúde pode sinalizar → sinalizações internas do Serviço Nacional de Saúde.
- Qualquer cidadão poderá referenciar ao Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco da área de residência da criança/jovem, uma situação que considere suspeita de se enquadrar numa situação de maus tratos → sinalização externa.

### QUAIS SÃO OS FACTORES A QUE SE DEVE ESTAR ATENTO ANTES DE SINALIZAR?

- Os maus tratos resultam da conjugação de diferentes factores (de risco, protecção e agravamento/crise de vida) que interagem entre si e que devem ser ponderados durante a avaliação da situação.
- Factores de risco - qualquer tipo de influência(s) que aumente a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus tratos.
- Factores de agravamento/crise de vida - são eventos ou novas circunstâncias na vida da criança/jovem, família ou cuidadores que alteram a dinâmica entre factores de risco e protecção e podem precipitar a ocorrência de maus tratos.
- Factores de protecção - variáveis biopsicossociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e podem remover ou minorar o impacto dos factores de risco.

**QUANDO É QUE EXISTE SITUAÇÃO DE PERIGO?  
ARTIGO 3º - LEI Nº147/99**

- A criança ou o jovem está em perigo quando:
  - Está abandonada ou vive entregue a si própria;
  - Sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais;
  - Não recebe os cuidados ou a atenção adequados à sua idade e situação pessoal;
  - É obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
  - Está sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
  - Assume comportamentos ou se entrega a actividades ou costumes que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação.

**FICHA DE SINALIZAÇÃO PARA OS CSP,  
SERVICOS DE INTERVENÇÃO E CE**

Nome		Idade	Sexo	Estado civil
Morada (rua nº e andar)		Localidade	Município	
Telefone		Móvel		
Número de Título		Número de Matrícula Civil		
Número de Família		Número de Habitação		
Estado de Saúde (Físico/ Psíquico/ Neurológico)		Situação de Segurança		
1. Motivos da Situação de Perigo: Descrição da Situação: _____ Data de Início: _____ Duração: _____ Perigos para a saúde: _____ Condições: _____ Data de actualização: _____ Data de actualização: para a família ou situação, em anexo: _____				

<b>2. Motivos da Situação de Perigo</b>	
Má nutrição	<input type="checkbox"/> Insegurança
Má saúde psicológica/emocional	<input type="checkbox"/> Abandono
Má saúde física	<input type="checkbox"/> Instabilidade parental/familiar
Má saúde emocional	<input type="checkbox"/> Mau uso de medicamentos
Problemas comportamentais - agressividade	<input type="checkbox"/> Problemas comportamentais
Condições de vida (rua, energia, saneamento)	<input type="checkbox"/> Substâncias psicoactivas, álcool, tabaco, ...
agitação excessiva	<input type="checkbox"/> Desatenção com o estudo
Comportamentos de risco (ex. condução)	<input type="checkbox"/> Ausência de apoio social
Alcool, outras drogas, jogos, ...	<input type="checkbox"/> Ausência de apoio social
Tratamento de saúde psicológica	<input type="checkbox"/> Problemas de saúde graves (oncologia)
Problemas de saúde	<input type="checkbox"/> Problemas de saúde graves (oncologia)
Problemas de saúde	<input type="checkbox"/> Problemas de saúde graves (oncologia)
Problemas de saúde	<input type="checkbox"/> Problemas de saúde graves (oncologia)
Problemas de saúde	<input type="checkbox"/> Problemas de saúde graves (oncologia)
Para a presente sinalização indicam-se que os observadores/interactores, após terem as suas observações aqui identificadas no documento em anexo,	
Tipo de situação: <input type="checkbox"/> Suspeita <input type="checkbox"/> Denúncia anónima <input type="checkbox"/> Crise <input type="checkbox"/> Denúncia directa <input type="checkbox"/> Denúncia indirecta <input type="checkbox"/> Denúncia indirecta	Tipo de intervenção: <input type="checkbox"/> Ligam <input type="checkbox"/> Visita em casa <input type="checkbox"/> Visita <input type="checkbox"/> Visita técnica

Existem ou tem conhecimento de situações de risco para a segurança/comportamento de situações de risco? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Situações de risco (Múltiplas de situações): <input type="checkbox"/> Situações de risco para a saúde <input type="checkbox"/> Mau uso de medicamentos <input type="checkbox"/> Contacto com familiares <input type="checkbox"/> Contacto com colegas <input type="checkbox"/> Contacto com outros indivíduos (Membros da Família/Parentes) <input type="checkbox"/> Contacto com Conselho de Regulação <input type="checkbox"/> Intervenção em Serviço Hospitalar <input type="checkbox"/> Contacto com o Serviço Nacional de Emergência <input type="checkbox"/> Contacto com PSP <input type="checkbox"/> Contacto com Polícia de Segurança Pública (PSP) <input type="checkbox"/> Contacto com Polícia de Segurança Pública (PSP)	
Outras intervenções realizadas: _____ Data de início de implementação do Plano: _____ A implementação do plano encontra-se em curso? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
3. Motivos da Situação de Perigo: <input type="checkbox"/> Situações de risco para a segurança/comportamento de situações de risco para a segurança/comportamento de situações de risco <input type="checkbox"/> Situações de risco para a segurança/comportamento de situações de risco para a segurança/comportamento de situações de risco	

**PRINCÍPIOS ORIENTADORES PARA A ACÇÃO  
LEI Nº147/99 – ARTIGO 4º**

- Interesse superior da criança e do jovem
- Privacidade
- Intervenção precoce
- Intervenção mínima
- Proporcionalidade e actualidade
- Responsabilidade parental
- Prevalência da família
- Obrigatoriedade da informação
- Audição obrigatória e participação
- Subsidiariedade

**NÍVEIS DE INTERVENÇÃO**

- 3 níveis de intervenção no domínio da promoção dos direitos e protecção das crianças e jovens em risco



**QUEM DEVO CONTACTAR PARA OBTER MAIS  
INFORMAÇÕES SOBRE MAUS TRATOS EM  
CRIANÇAS E JOVENS?**

- Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco do Serviço de Saúde da área de residência (Gabinete Nacional de Núcleos)
- APBI (Associação para a Promoção da Segurança Infantil) 218 870 101
- APAV (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima) 707 300 077
- CNAETT (Confederação Nacional de Acção sobre o Trabalho Infantil) 800 202 076
- CNPC/JB (Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco) 210 114 900
- Linha Nacional de Emergência Social (Instituto da Segurança Social) 144
- Saúde 24 (Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde) 808 24 24 24
- SOS – Criança (Instituto de Apoio à Criança) 800 20 20 51 - 217 931 617

**116 006**

**BIBLIOGRAFIA**

- <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/maus-tratos-em-criancas-e-jovens/conteudo.aspx>
- **Dados do Relatório Anual da APAV 2015**
- **Relatório APAV Vila Real 2015**
- <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/maus-tratos-em-criancas-e-jovens/topologia.aspx>
- <http://www.dgs.pt/accao-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/nucleo-de-saude-para-criancas-e-jovens-em-risco/nucleo-e-objectivos.aspx>
- Lei n.º 147/1999 de 1 de Setembro
- Despacho n.º 31292/2008 de 5 de Dezembro
- DGS – ACJR – Projecto aos Serviços de Saúde

### Questionário de Avaliação do Desempenho do Formador

Designação da Ação de Formação: “Maus Tratos em Crianças e Jovens”

Formador: Rita Cruz

Para cada item avalie na escala apresentada o desempenho do formador.

Legenda: 1 – Insuficiente; 2 – Suficiente; 3 – Bom; 4 – Muito Bom

Itens	1	2	3	4
Clareza na apresentação do tema				
Conhecimento do formador sobre as matérias abordadas				
Utilização de metodologias de formação ajustadas				
Adequação do tempo relativamente ao conteúdo da formação				
Utilidade da informação recebida				
A Formação correspondeu ao que dela esperava				
Apreciação Global da Formação				

Sugestões:

---

---

---

---

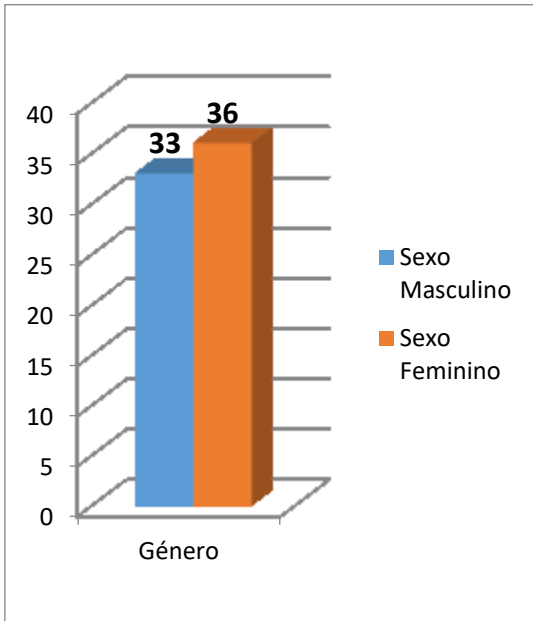


## APÊNDICE 6

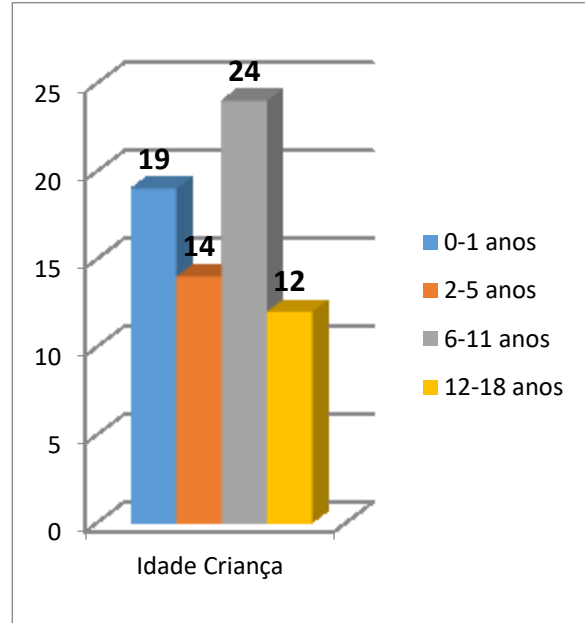
Estatísticas – Crianças assistidas no Serviço de Internamento do CHTMAD



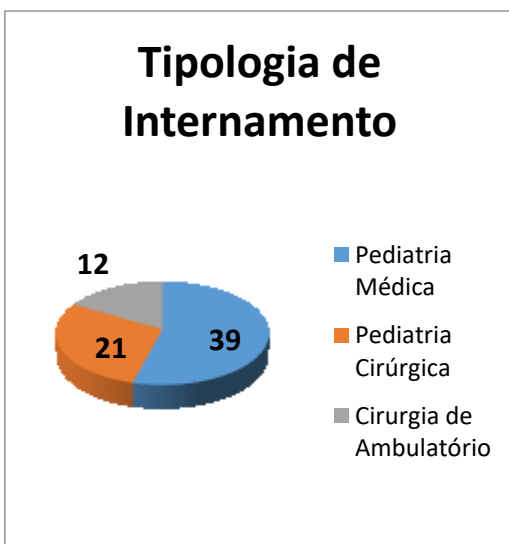
Estatísticas – Crianças assistidas no Serviço de Internamento do CHTMAD



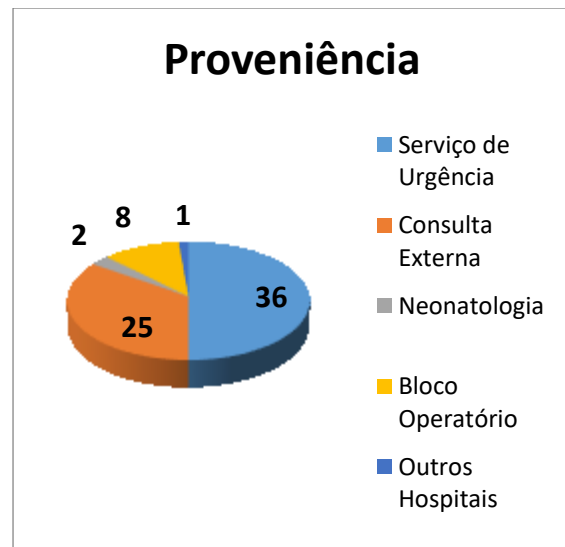
1 Relação Nº Crianças Admitidas / Gênero



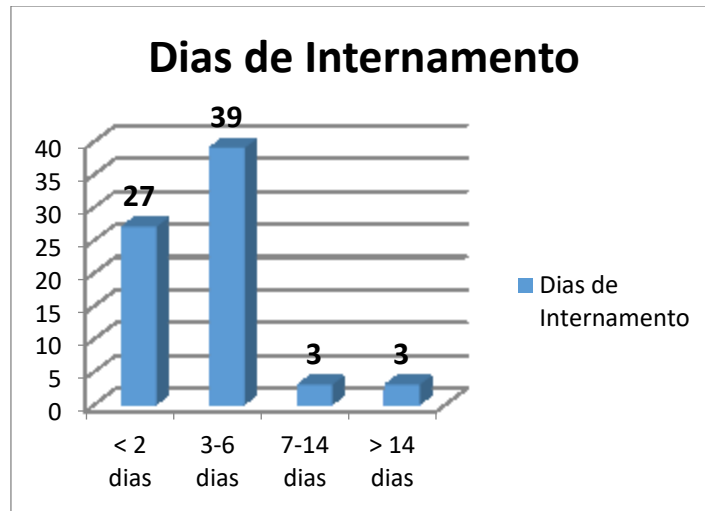
2 Relação Nº Crianças Internadas / Idade



3 Tipologia de Internamento



4 Proveniência



5 N° dias de internamento

## APÊNDICE 7

Casuística – Consultas de Saúde Infantil



## Casística – Consultas de Saúde Infantil





## ANEXOS



# ANEXO 1

## Visita Domiciliária ao Recém-nascido

Fonte: USF Nuno Grande, 2016



## VISITA DOMICILIÁRIA AO RECÉM-NASCIDO

Nome da mãe: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ anos

1º filho       2º filho       3º filho ou +

Nome do RN: \_\_\_\_\_ DN: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Local do parto: \_\_\_\_\_

Tipo de parto:  eutócico       cesariana       fórceps       ventosa

Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ gr; Comprimento: \_\_\_\_\_ cm; Perímetro cefálico: \_\_\_\_\_ cm.

Índice de Apgar: 1º minuto \_\_\_\_\_ ao 5º minuto \_\_\_\_\_ Reanimação:  S  N

Observações: \_\_\_\_\_

Vacinas administradas na maternidade: BCG \_\_/\_\_/\_\_\_\_; VHB \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Diagnóstico Precoce: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Tipo de alimentação: \_\_\_\_\_

### Desenvolvimento infantil:

- Ensinar sobre comportamentos de procura de saúde durante o desenvolvimento
- Monitorizar peso corporal: \_\_\_\_\_
- Vigiar o coto umbilical
- Vigiar reflexos da criança

### Adesão à vacinação:

- Ensinar os pais sobre resposta à vacinação
- Ensinar sobre comportamento de procura de saúde: vacinas

### Papel parental:

- Dar material de leitura
- Ensinar os pais sobre alimentação do recém-nascido
- Ensinar os pais sobre cuidados ao coto umbilical
- Ensinar os pais sobre o choro do recém-nascido
- Ensinar os pais sobre higiene do recém-nascido
- Ensinar os pais sobre prevenção de acidentes
- Ensinar sobre papel maternal em relação ao recém-nascido
- Ensinar sobre papel parental em relação ao recém-nascido
- Ensinar sobre posicionamento do recém-nascido depois da refeição
- Ensinar sobre posicionamento do recém-nascido durante a refeição
- Ensinar sobre transporte do recém-nascido
- Informar sobre características do recém-nascido
- Informar sobre icterícia fisiológica do recém-nascido
- Informar sobre a perda de peso fisiológica do recém-nascido
- Instruir os pais sobre como posicionar o recém-nascido
- Observar apego ao recém-nascido
- Promover a ligação mãe-filho
- Promover papéis parentais
- Promover vinculação

### Paternidade:

- Elogiar o envolvimento dos pais
- Incentivar a comunicação expressiva de vinculação
- Incentivar o envolvimento dos pais
- Promover a paternidade

____/____/____ _____
-------------------------