



# CATÓLICA PORTO

## CIÊNCIAS DA SAÚDE

### Relatório de Estágio

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Marta Susana da Silva Duarte Vasconcelos

(Abril de 2013)





# CATÓLICA PORTO

## CIÊNCIAS DA SAÚDE

# Relatório de Estágio

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**Elaborado por:** Marta Vasconcelos

**Sob orientação de:** Mestre Clara Braga

(Abril de 2013)



## Resumo

A Enfermagem, como ciência e como profissão, deve acompanhar as mudanças ao longo dos tempos, correntes e avanço tecnológico de forma a manter uma evolução contínua na prestação de cuidados.

Nesta linha de pensamento e sabendo que a enfermagem é cada vez mais uma profissão dinâmica na procura de uma melhoria contínua torna-se indispensável a elaboração de trabalhos que emergem na e da prática, onde se incluem os relatórios, que promove a disseminação dos saberes e a implementação de medidas para a melhoria dos cuidados de enfermagem enquanto disciplina. Sendo melhoria contínua da qualidade uma das competências do enfermeiro especialista, torna-se imperativa, nos tempos que correm, a produção de trabalhos desta natureza, de forma a comunicar com rigor científico as reflexões realizadas.

Este documento, o Relatório de Estágio, constrói-se no âmbito deste Curso de Mestrado em Enfermagem lecionado na Universidade Católica Portuguesa do Porto.

A sua realização tem como principais objetivos descrever as diversas experiências vivenciadas nesta unidade curricular, fazendo uma análise crítica dos contextos e das práticas, refletindo sobre o processo de (re) construção das competências adquiridas e desenvolvidas. Pretendo, assim, enunciar as conclusões referentes aos estágios realizados, bem como a minha experiência profissional na área dos Cuidados Intensivos Neonatais.

A metodologia de trabalho utilizada foi descritiva, analítica e reflexiva.

O estágio reúne, além de uma importância vital no desenvolvimento de qualquer enfermeiro, características únicas e inimitáveis que o tornam ao mesmo tempo, insubstituível no que toca ao seu desenvolvimento e controlo pedagógico. Percorrer este caminho é fundamental para conseguir desenvolver as competências definidas pela UCP, no plano de estudos do ICS.

**Palavras-Chave:** Parentalidade; Parceria de Cuidados; Qualidade de Vida e Conforto da Criança/Adolescência e as suas famílias; Enfermeiro Especialista;



## Abstract

Nursing as a science and profession, should follow all technological and ways of thought, keeping a side by side continuous evolution related to care.

In this line of thought and knowing that nursing is a dynamic profession, its indispensable that in the need of a continuous improvement its mandatory that scientifically works should be done in a way to promote experiences and knowledge to improve measures to ways of practicing nursing. Being a constant quality improvement that a nursing specialist should do, its obligatory that in our times, the production of reports of this nature are essential, in a way to communicate all conclusions and thoughts with scientific accuracy.

This Report, was made for the Master's Degree of Nursing taught in Catholic University of Oporto.

This document has the first goals too describe several experiences had in this Master's Degree, doing a complete analysis of all context and practices, having thoughts and conclusions about all the processes of (re) construction of all competencies acquired and developed.

My intention is to enunciate all my conclusions related to all stages made, and my experiences acquired during this Master's Degree.

The work method used, is analytic and all conclusions are present through this report.

This degree gathers also a vital development to any nurse, a unique feature that makes this degree essential for pedagogical control and development. This path is fundamental to expand all competencies defined by UCP in its study plan of ICS.

**Search Words:** Parenting; Care Partnership; Comfort and life quality of children and their families; Nurse Specialist.



*“ O cuidado exige tempo, o tempo do outro.  
Cuidar no tempo do outro não é passividade  
ou indiferença, é a participação no seu caminho”.*

(Vieira, 2008)



## Agradecimentos

Ao longo do percurso realizado durante o último ano e meio, foi determinante o apoio de pessoas e instituições às quais agradeço a sua disponibilidade e o tempo dispensado.

- Aos serviços onde estagiei por me terem permitido desenvolver a aprendizagem prática;
- Às crianças/jovens e suas famílias a quem prestei cuidados pela disponibilidade e partilha de momentos enriquecedores para o meu amadurecimento profissional e principalmente pessoal;
- Às enfermeiras que me orientaram pela cooperação sem a qual os estágios não teriam corrido com o previsto;
- Às enfermeiras Cathy Rodrigues e Carolina Moreira por terem sido um exemplo como enfermeiras especialistas, pelo seu incansável apoio e pela constante disponibilidade ao longo da minha formação;
- Às minhas colegas de estágio com quem partilhei este percurso
- À Professora Clara Braga, docente do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto pela orientação prestada durante o estágio e a realização deste relatório;

**...a todos o meu Muito Obrigada!**



## Siglas e Abreviaturas

- CA** – Cantinho de Amamentação;
- CCP** – Cuidados Continuados Pediátricos;
- CHSJ** – Centro Hospitalar São João;
- CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;
- CPP** – Cuidados Paliativos Pediátricos;
- CPPP** – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade;
- CSP** – Cuidados de Saúde Primários;
- CS** – Centro de Saúde;
- CVC** – Cateter Venoso Central;
- CVP** – Cateter Venoso Periférico;
- DL** – Decreto-Lei;
- DGS** – Direção Geral de Saúde;
- EE** – Enfermeiro Especialista;
- EESIP** – Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;
- EESMO** – Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;
- ELI** – Equipa de Intervenção Precoce;
- Enf<sup>a</sup>** – Enfermeira;
- Enf<sup>o</sup>** - Enfermeiro;
- EPS** – Escolas Promotoras de Saúde;
- HO** – Óxido Nítrico
- HPH** – Hospital Pedro Hispano;
- HPISJ** – Hospital Pediátrico Integrado do São João;
- IACP** – Instrumento de Avaliação de Competências Parentais;
- ICS** – Instituto de Ciências da Saúde
- MI** – Massagem Infantil;
- MC** – Método Canguru
- NACJR** – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco;
- NIDCAP** – Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN;
- OE** – Ordem dos Enfermeiros;
- OMS** – Organização Mundial de Saúde;

**PNV** - Plano Nacional de Vacinação;  
**REPE** - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros;  
**RN** – Recém-nascido;  
**RNPT** – Recém-Nascido Pré-Termo;  
**SAPE** – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem;  
**SIP** – Saúde Infantil e Pediátrica;  
**SIJ** – Saúde Infantil e Juvenil;  
**SNG** – Sonda Nasogástrica;  
**SUP** – Serviço de Urgência Pediátrica;  
**TET** – Tubo Endotraqueal;  
**TIP** - Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico;  
**UCCP** – Unidade de Cuidados Continuados Pediátricos;  
**UCC** – Unidade de Cuidados à Comunidade;  
**UCIN** – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais;  
**UCP** – Universidade Católica Portuguesa  
**ULSM** – Unidade Local de Saúde de Matosinhos;

# Índice

<b>1 - Introdução</b> .....	<b>15</b>
<b>2- Contextualização do desenvolvimento do Estágio</b> .....	<b>19</b>
2.1 Módulo I – Unidade Local de Saúde de Matosinhos .....	19
2.2. Módulo II – Serviço de Medicina e Cirurgia .....	20
2.3 Módulo III – Serviço de Urgência Pediátrica.....	21
<b>3 - Experiência Profissional</b> .....	<b>23</b>
<b>4 - Competências desenvolvidas em Contexto de Estágio</b> .....	<b>37</b>
4.1. Domínio – Prestação de Cuidados de Enfermagem .....	38
4.2. Domínio – Gestão dos Cuidados de Enfermagem .....	69
4.4. Domínio – Investigação em Enfermagem .....	76
<b>5 - Conclusão</b> .....	<b>81</b>
<b>6 – Bibliografia</b> .....	<b>83</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>89</b>
<b>ANEXO I – PLANO DE ESTUDOS</b> .....	91
<b>ANEXO II – CRONOGRAMA MÓDULO CURRICULAR</b> .....	95
<b>ANEXO III – CONSULTAS E ATIVIDADES REALIZADAS NO ÂMBITO DA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL</b> .....	97
<b>ANEXO IV – ABORDAGEM NÃO FARMACOLÓGICA DA DOR DO RECÉM-NASCIDO</b> .....	102
<b>ANEXO V – PANFLETO “ GUIA DE BOLSO PARA OS MEUS PAPÁS”</b> .....	108
0 AOS 18MESES DE IDADE.....	108
<b>ANEXO VI – PANFLETO “ GUIA DE BOLSO PARA OS MEUS PAPÁS”</b> .....	112
18 MESES AOS 18 ANOS DE IDADE.....	112
<b>ANEXO VII – PANFLETO “BRONQUIOLITE”</b> .....	117
<b>ANEXO VIII – PANFLETO “ FEBRE”</b> .....	121
<b>ANEXO IX – AÇÃO DE FORMAÇÃO PARA O PROJETO BEM-ME-QUER</b> .....	125
PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE.....	125
- SONO E REPOUSO- .....	125
<b>ANEXO X – 1ª PARTE SESSÃO DE SAÚDE ESCOLAR</b> .....	139
“SESSÃO DA SEXUALIDADE HUMANA E SUAS EXPRESSÕES” .....	139
<b>ANEXO XI – 2ª PARTE SESSÃO DE SAÚDE ESCOLAR</b> .....	153
“SESSÃO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA” .....	153
<b>ANEXO XIII – PLANO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</b> .....	167

<b>ANEXO XIV – QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DOS JOVENS .....</b>	<b>171</b>
<b>ANEXO XV – ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS .....</b>	<b>175</b>
<b>ANEXO XVI – TESTE DE DIAGNÓSTICO.....</b>	<b>191</b>
<b>ANEXO XVII – AÇÃO DE FORMAÇÃO .....</b>	<b>195</b>
<b>- CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS- .....</b>	<b>195</b>
<b>ANEXO XVIII – PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO .....</b>	<b>211</b>
<b>ANEXO XIX – PANFLETO “CUIDADOS ALIMENTARES NO DOENTE NEUTROPÉNICO” .....</b>	<b>213</b>
<b>ANEXO XX – TABELA DE MATERIAL DE PENSOS .....</b>	<b>219</b>
<b>ANEXO XXI – CARTA DE PERMISSÃO DE CONSULTA DE DADOS.....</b>	<b>221</b>
<b>ANEXO XXII – PRÉ-PROJECTO DE CUIDADOS CONTINUADOS PEDIÁTRICOS DA ULSM.....</b>	<b>225</b>
<b>ANEXO XXIII – CERTIFICADO DO CURSO PÓS GRADUADO EM CUIDADO INTENSIVOS NEONATAIS .....</b>	<b>243</b>
<b>ANEXO XXIV – CERTIFICADO DO CURSO PÓS GRADUADO EM CUIDADO INTENSIVOS.....</b>	<b>247</b>
<b>ANEXO XXV – CERTIFICADO DO FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA .....</b>	<b>251</b>

## 1 - Introdução

A enfermagem é uma profissão que se constrói na e pela prática. Não só a profissão de enfermagem exige uma grande devoção. Nada é estático nem mecânico e portanto, o período em que o aluno se encontra em estágio é fundamental pois oferece a oportunidade de adquirir ou de mobilizar, integrar e aplicar na prática os saberes já existentes. Este conhecimento deve possibilitar o desenvolvimento das competências técnico-científicas, socio-relacionais, crítico-reflexivas e ético-deontológicas que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados, autônomos e interdependentes dirigidos aos projetos de saúde da criança e do jovem, a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.

O profissional de enfermagem deverá ter sempre presente a perspectiva de que os cuidados podem e devem englobar o utente, a família, o grupo e a comunidade, pois estes são parte integrante da vida da pessoa, influenciando o processo de transição saúde/doença. Este será o principal aspeto a ter em consideração quando nos reportamos ao desenvolvimento das competências profissionais de um enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem. Para Kelly (2007) in, *“a performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo da segurança do cliente”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010 p. 1). Neste sentido, a construção de uma consciência contributiva será um reforço para a mudança na identidade profissional e conseqüentemente, no desenvolvimento da profissão.

Carricho (2001), considera que *“Um relatório de uma atividade prática, é uma exposição escrita de um determinado trabalho. Não é apenas uma descrição do modo de proceder, pois este conjunto de informações constitui o protocolo. (...) De alguma forma, elaborar um relatório deve ser visto pelo aluno como uma etapa importante na sua formação académica, para que mais tarde, como profissional, possa ter adquirido e desenvolvido a praxis e o raciocínio crítico necessários à elaboração de um artigo científico”*. Os objetivos da sua elaboração são *“promover a responsabilização do processo de aprendizagem, encorajar a reflexão, melhorar o processo de ensino e providenciar evidências concretas da aprendizagem realizada”* (Nunes, 2000 p. 64).

Assim o relatório pode ser considerado como uma narração organizada de tudo o que fiz e de tudo o que procurei ser, para todas as crianças/ jovens e suas famílias – cuidei /atendi / assisti.

A elaboração deste documento foi orientada pela consciencialização da minha responsabilidade no processo de aprendizagem e alicerçada na necessidade de pensar criticamente o processo de (re)configuração do conhecimento. Está assim, inerente um processo de auto e hetero-reflexão e de análise crítica do percurso formativo, com o objetivo de proporcionar um crescimento pessoal e profissional que se reflita na melhoria da prática diária. Trata-se de interiorizar, descrever e pensar as experiências vivenciadas, repercutindo-as noutros contextos de formação/ aprendizagem (incluindo os da prática profissional).

Quando imaginava que teria de passar para o papel todo o percurso de aquisição de competências em Saúde Infantil e Pediátrica, achei que estava perante uma tarefa árdua. Efetivamente, é verdade. No entanto, a tomada de consciência do desempenho em contextos diferentes do habitual e que a maturidade se vai adquirindo, facilita a assimilação e mobilização da informação.

Este relatório descreve assim um percurso realizado, durante o estágio entre 23 de abril de 2012 e 21 de fevereiro de 201. De acordo com o plano de estudos o Curso supracitado do ICS da UCP contempla a Unidade Curricular Estágio que comporta uma carga horária de 540 horas de contacto, divididas em 3 Módulos, cada um com 180 horas e 70 horas de trabalho individual do aluno.

Agora que termino este curso, para o completar é necessário relatar o percurso desenvolvido para adquirir as competências de enfermeira especialista. Assim este documento tem como principais objetivos:

- servir de instrumento de avaliação;
- retratar a evolução profissional, demonstrando a aquisição de competências na área de ESIP;
- expor os objetivos e atividades desenvolvidas para os atingir;
- explicitar as reflexões efetuadas;
- descrever o meu desenvolvimento das competências ao longo do estágio;

Para a elaboração deste relatório a metodologia utilizada foi descritiva/ analítica, crítica e reflexiva, sustentada nas regras de elaboração e apresentação de trabalhos escritos adotados pela UCP, tendo com estratégias, a consulta o Guia de Estágio fornecido (ANEXO I) pela Universidade, reflexão e análise individual, assim como pesquisa

bibliográfica e sitiográfica, entrevistas aos membros das equipas onde realizei estágios e Orientação Pedagógica.

O relatório está estruturado da seguinte forma: a contextualização o módulo de estágio onde são abordados; as competências desenvolvidas, salientando os objetivos, atividades empreendidas e consequente reflexão crítica sobre a aprendizagem; a conclusão onde faço uma sumula dos desafios, das conquistas e perspetivo o futuro. As referências bibliográficas que me auxiliaram a desenvolver a minha aprendizagem e por último os anexos onde constam os documentos por mim elaborados ao longo do estágio, (bem como outros documentos que auxiliam a compreensão do documento).

Assim, com a elaboração deste documento pretendo ser capaz de descrever o meu desempenho e dedicação numa sequência lógica, sucinta e clara, no decorrer desta longa etapa.



## 2- Contextualização do desenvolvimento do Estágio

Os Cuidados de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica são centralizados quer no tratamento da doença quer na sua prevenção, onde são envolvidos os pais, família e comunidade em geral. Para que estes pressupostos fossem mais facilmente assimilados e colocados em prática a Unidade Curricular Estágio foi subdividida em 3 Módulos:

- ❖ Módulo I – Saúde Infantil: desenvolveu-se na ULSM, com os objetivos de prevenção e promoção de saúde familiar, que decorreu no período de 26 de novembro de 2012 a 02 de fevereiro de 2013;
- ❖ Módulo II – Serviço de Medicina e Cirurgia; em contexto de doença aguda e crónica, realizado no Serviço de Internamento de Pediatria do CHSJ – Isolamentos de Pediatria, com os objetivos de tratamento de crianças com problemas de saúde de natureza aguda e/ou crónica, doença resultante de problemas médicos e/ou cirúrgicos e prevenção de eventuais recidivas. Decorreu no período de 01 de outubro a 24 de novembro de 2012;
- ❖ Módulo III – Cuidados Intensivos Neonatais e Urgência Pediátrica; na UCIN teve creditação pela minha experiência profissional de 6 anos e ter realizado a Pós – Graduação em Cuidados Intensivos Neonatais, que decorreu no período de 23 de abril a 23 de maio de 2012, o estágio da Urgência Pediátrica foi realizado no CHSJ no período de 23 de maio a 23 de junho de 2012.

Apresento o cronograma deste Módulo Curricular no ANEXO II.

### 2.1 Módulo I – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

A escolha deste campo de estágio, foi completamente ocasional, uma vez que não o conhecia.

A ULSM integra o Hospital Pedro Hispano, os Centros de Saúde de Matosinhos, Leça da Palmeira, São Mamede de Infesta e Senhora da Hora e o Centro de Diagnóstico Pneumológico, abrangendo toda a população do concelho de Matosinhos.

As instalações do Centro de Saúde da Sra. Hora foram concebidas de forma a permitir uma organização funcional e adequada à atividade de equipas de saúde familiar. O atual edifício do centro de saúde situa-se na rua da Lagoa e foi inaugurado em outubro de 1994.

Está estruturado em dois pisos e presta assistência à população das freguesias de Custóias, Sra. da Hora e Guifões inscritas no centro de saúde.

O horário de funcionamento é das 8h às 20h, em que cada Unidade de Saúde é constituída por administrativo, enfermeiros, médicos, podendo estar outros técnicos de saúde de serviço, tais como, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicóloga, entre outros. O CS Sra. da Hora tem disponíveis vários serviços que são assegurados por profissionais devidamente habilitados:

- ❖ Consulta em equipa de saúde familiar;
- ❖ Consulta de enfermagem;
- ❖ Consulta médica de urgência (recurso);
- ❖ Curso de preparação psico-profilática para o parto e puerpério;
- ❖ Curso de massagem infantil e recuperação pós-parto;
- ❖ Apoio Domiciliário Integrado (ADI);
- ❖ Saúde Escolar;

Desta forma fica assegurada e assistência à população segundo uma organização em equipas de saúde familiares em articulação com outros serviços e recurso comunitários.

A filosofia de trabalho por Enfermeiro de Família, que desempenha um papel imprescindível nos CS, ao reconhecer a importância da promoção da saúde da família para o desenvolvimento eficaz de todos os seus elementos. (ULSM, 2010)

## 2.2. Módulo II – Serviço de Medicina e Cirurgia

A preferência por um serviço de internamento tão específico como a Hemat oncologia Pediátrica deve-se ao facto de ser um desafio para mim. Neste contexto no CHSJ são internadas crianças com processos oncológicos, do foro médico e/ ou cirúrgico. Trabalhar com crianças com doença oncológica exigiu o desenvolvimento, não só de competências teóricas e técnicas, mas também competências do foro relacional que são fulcrais para promoção do conforto e da qualidade de vida das crianças/jovens e respetiva família.

O cancro é raro na criança, mas é a principal causa de morte, não accidental, após o primeiro ano de vida. Tendo, desta forma, o seu diagnóstico tem um enorme impacto familiar e social. De facto, esta doença é temida em qualquer idade, e na criança ela é encarada de forma ainda mais dramática, pelo potencial de vida naturalmente esperado, sendo uma frequente causa de desestruturação familiar. Por isso, parti para este estágio

com o propósito de intervir eficazmente e também aprender na relação com enfermeiros, pais e crianças/jovens.

### 2.3 Módulo III – Serviço de Urgência Pediátrica

O Serviço de Urgência Pediátrica localiza-se no piso 1 do CHSJ, E.P.E. e presta assistência a todas as crianças e adolescentes até aos 17 anos e 364 dias que recorrem com doença súbita ou violenta.

O SUP tem a colaboração de outras especialidades como: cirurgia, ortopedia, oftalmologia, neurologia, entre outras.

O serviço encontra-se organizado em 5 áreas de assistência distinta: área de admissão e receção, de triagem, de assistência clínica, OBS e de emergência pediátrica. Fisicamente é constituída por 6 gabinetes médicos, 1 gabinete de enfermagem, sala de trabalho de enfermagem, 2 gabinetes para triagem, sala de emergência com lotação para 2 crianças, 2 salas de espera (adolescentes e crianças), sala de nebulizações, sala de OBS (lotação de 10 crianças), sala de reuniões, wc para utentes e wc para os profissionais, vestiário para assistentes operacionais, vestiário de enfermagem, copa para refeições dos profissionais.

A equipa de profissionais de saúde é constituída por uma equipa médica que pode ser do HSJ, Hospital S. António ou Hospital Pedro Hispano; 14 enfermeiros especialistas, 25 enfermeiros, assistentes operacionais e secretários clínicos. Outras especialidades colaboram com os profissionais deste serviço como: Cirurgia Pediátrica, Ortopedia, Psiquiatria, Cardiologia Pediátrica, Neurocirurgia, entre outras.

As equipas organizam-se em cada turno para que os enfermeiros façam rotatividade por todos os postos. A chefe de equipa apoia os colegas, não ficando diretamente ligada a nenhum posto de prestação de cuidados.

As crianças têm direito a ser acompanhadas por um familiar/acompanhante. Na OBS têm direito ao acompanhamento por duas pessoas.



### 3 - Experiência Profissional

A minha experiência profissional na área da Pediatria começou pouco tempo depois de ter terminado o Curso de Licenciatura em Enfermagem. Comecei por trabalhar no Hospital Privado da Boavista (HPP), em meados de 2004, em Pediatria Cirúrgica, ORL, Oftalmologia e Ortopedia. O meu interesse e fascínio pela área foram aumentando, o que me levou a procurar mais e mais. Queria crescer na área de Saúde Infantil e Pediatria e por isso fui fazendo formações na busca de algo que me realizasse a nível profissional.

Finalmente em 2006, iniciei o meu percurso na Neonatologia, na UCIN do Centro Hospitalar São João.

O nascimento de um bebé prematuro ou de um bebé com problemas, é um momento de grande angústia e *stress* para a família, mas também é um momento de grande *stress* para toda a equipa de saúde que o recebe e lhe presta os cuidados imediatos. A Neonatologia é concerteza um lugar carregado de conotações, onde se vivem muitas emoções e onde o tempo é medido em gramas, dias de ventilação, quantidade de leite que o bebé consegue mamar. Pelo facto dos bebés prematuros necessitarem de se adaptar, antecipadamente, à vida extrauterina, numerosos cuidados terão de ser prestados para que possam superar algumas adversidades provenientes da sua prematuridade. Deposita-se neste processo de aprendizagem grandes expectativas, quer do ponto de vista pessoal quer profissional, essencial para poder adquirir sensibilidade e novas competências.

A Neonatologia do CHSJ é a mais diferenciada da região norte. Aí são admitidos RN em estado crítico que necessitam de cuidados intensivos e especializados, nascidos neste hospital ou provenientes de outros centros hospitalares, habitualmente transferidos através do subsistema do Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP). Garante a prestação de cuidados específicos a RN com patologia cirúrgica, cardíaca, metabólica, malformações congénitas, hipotermia induzida na encefalopatia hipóxico-isquémica, oxigenação por membrana extracorpórea (ECM).

Apesar de esta unidade não ter sido a minha primeira escolha, revelou-se uma experiência bastante enriquecedora como primeiro contacto nesta área tão específica. Tive oportunidade de contactar com situações muito particulares e críticas da neonatologia que não teria se trabalhasse numa outra unidade.

Neste sentido, algumas competências delineadas no plano de estudos foram sendo

desenvolvidas e adquiridas ao longo do meu percurso profissional, das quais algumas foram alvo de aperfeiçoamento durante os estágios.

Como tal, passarei à descrição das competências mencionadas anteriormente com a respetiva reflexão sobre as atividades desenvolvidas durante o exercício das minhas funções, que permitiram a creditação de parte do Módulo II.

### **Domínio da Prestação de Cuidados**

#### **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;
- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- 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;
- 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;

Durante a minha formação de base não tive oportunidade de ter qualquer contacto com serviços tão específicos com a Neonatologia, por isso quando me deparei com a realidade da do CHSJ, mesmo depois de ter tido formação específica, foi muito assustador. As características dos meus novos clientes bem como das suas famílias eram muito particulares e diferentes das que estava habituada.

Ao longo dos anos, fui ultrapassando estas dificuldades frequentando ações de formação, congressos, jornadas, cursos, experiência profissional e claro como não poderia deixar de referir, a colaboração e o apoio das equipas nas quais me integrei.

Uma enfermeira de Neonatologia necessita de ter um conhecimento teórico-prático muito presente sobre o desenvolvimento embrionário normal de uma criança, para conseguir saber como atuar fase aos RNPT que nascem prevendo quais serão as suas lacunas e défices orgânicos e cognitivos. Para além disso, admito que a diversidade de situações que recorrem a um serviço destes, exige um vasto e largo conhecimento, intervindo em todos os focos de enfermagem quer de forma geral ou específica, não me centrando na patologia mas sim num cuidar à criança/ família utilizando uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente, através do processo de enfermagem nos diferentes momentos durante o internamento.

Diariamente no meu trabalho tenho que tomar decisões com rapidez e eficiência, como puncionar uma criança para a estabilizar uma hipoglicemia grave, com insuficiência respiratória, numa asfixia grave, RN com restrição de crescimento grave, entre outras.

Estabelecendo prioridades e avaliando constantemente o meu plano de intervenção e reação do RN que foi alvo dessa mesma planificação. As minhas ações são autónomas e interdependentes onde assumem a responsabilidade e a prestação direta dos cuidados e uma independência com o outro, da equipa multidisciplinar, onde se realça a relação multidisciplinar entre os diferentes intervenientes no processo de cuidar do RN e Pais, de forma a demonstrar capacidade trabalhar de forma adequada, na equipa multi e interdisciplinar.

Um aspeto muito particular e que se destaca na forma como se trabalha num serviço de Neonatologia em relação a qualquer outro, é o trabalho em equipa, aqui é encarado e vivido de forma diferente e com uma importância reforçada. Como nos refere Tamez et al. (2009, p. 26) *“O trabalho em equipa é fundamental na admissão do recém-nascido enfermo, pois muitas são as intervenções que necessitam ser realizadas, praticamente, ao mesmo tempo. Priorizar os cuidados e intervenções, para não colocar em risco a estabilidade do recém-nascido”*. Para que todos os procedimentos sejam realizados da melhor forma e o mais rápido possível é muito importante o trabalho em equipa em que cada elemento sabe bem qual é o lugar que deve ocupar, respeitando todos os outros elementos e todas as funções.

Durante todos estes anos tive oportunidade de prestar cuidados de enfermagem especializados a RN de risco intermédio e alto risco, RN em ventilação assistida, quer invasiva ou não invasiva, mesmo ventilação de alta frequência com ou sem HO, RN com problemas do foro cardíaco, cirúrgico, com idades gestacionais inferiores a 30 semanas. Entre as crianças às quais prestei assistência, posso salientar que muitas delas não tinham

diagnóstico pré-natal o que tornava os primeiros momentos mais complicados e stressantes para toda a equipa, que nem sempre conseguia perceber o porquê das respostas do RN ao ambiente extrauterino. Por outro lado, a assistência aos pais, numa primeira fase ao pai, tornava-se bastante mais delicada, já que não estava a contar com este desenlace e nem sempre obtinham as respostas que estavam à espera de ouvir de toda a equipa.

Colaborar com a equipa médica na colocação nas cateterizações umbilicais e centrais, como diz o mesmo autor. *“A cateterização de vias centrais está indicada para os pacientes que deverão permanecer por período prolongado recebendo medicamentos endovenosos e soluções parenterais”* (Tamez, et al., 2009 p. 62), é uma realidade na UCIN.

A assistência a estes RN incluiu avaliação do crescimento e desenvolvimento, o banho, a massagem, os cuidados à pele, a alimentação por sonda e biberão, os cuidados específicos relacionados com a ventilação (mudança de equipamentos e manutenção) e a administração de medicação. Realização de ensinamentos e instruir os pais sobre a amamentação, extração e conservação de leite materno e incentivo à sua colaboração nos cuidados (mudança de fralda, alimentar por sonda ou biberão e cuidados de conforto gerais – uso do método mãe canguru care). Avaliar o grau de autonomia dos pais na prestação de cuidados, ajudando-os na adaptação à nova fase de desenvolvimento dos seus filhos e da família, de forma a torna-los mais competentes nas suas funções parentais no domicílio.

Em todos os serviços de Neonatologia onde trabalhei, o planeamento do regresso a casa é um aspeto altamente realçado nos cuidados de enfermagem prestados, é necessário estar confirmada a aptidão em determinadas funções com segurança no cuidado à criança para que a família tenha alta clínica, caso contrário esta será adiada até se reunirem as condições ideais pelos pais. *Tamez et al.* confirma-nos este aspeto referindo que *“Para facilitar a documentação da orientação de alta, sugere-se seguir uma ficha que contenha todos esses pontos a serem discutidos com os pais”* (Tamez, et al., 2009 p. 255 ). Ainda segundo *Tamez et al.* *“(...) o planeamento e o ensino dos pais devem ser feitos com antecedência, sendo o preparo da alta iniciado já por ocasião da admissão”* (Tamez, et al., 2009 p. 224).

Para que este processo de aquisição de informação seja eficaz é necessário que se consiga chegar até eles, com uma linguagem adequada ao seu nível cultural e de compreensão, de forma empática para diminuir os receios e a ansiedade no momento da alta.

Quando mais conhecia os RN mais sensível me ia tornando à sua necessidade de cuidados de conforto e bem-estar, à necessidade de ir ao encontro das posições mais

semelhantes às do seu meio ambiente familiar, onde hemodinamicamente ficavam mais estáveis e organizados. Foi então que achei necessário fazer uma formação que desse mais respostas “*Developmentally Supportive Care*” ministrada pela Magnamed<sup>1</sup> e me fizesse refletir sobre a importância do ambiente numa UCIN, para o melhor desenvolvimento dos RN, que por si só já o têm alterado. Consegui perceber melhor porque toda a equipa tenta com todos os esforços e grande articulação, concentrar os cuidados em períodos limitados, privilegiando os estados de alerta do RN, os momentos em que os pais estão presentes de forma a evitar manipulações desnecessárias. Conciliar as manipulações médicas com as intervenções de enfermagem e por sua vez adequadas às necessidades do RN e sua família, torna a manipulação mais vantajosa e menos agressiva.

Os pais também são informados e ensinados para adequarem o seu toque/“festinhas” à sensibilidade e especificidade do RN, é-lhes explicado o que é a contenção e de que forma o ajuda na sua organização.

*“Estar “organizado” para um RN significa que ele responde às exigências ambientais sem haver uma rutura fisiológica e comportamental, logo serão desejáveis cuidados que permitam a estabilização do funcionamento fisiológico e comportamental; segundo a National Association of Neonatal Nurses (1995, in Ludington-Hoe & Swinth, ob. Cit.)”* (Feliciano, 2007 p. 51).

O Método Canguru Care, tem sido um método de trabalho no qual tenho investido imenso a minha prática, já que exige grande participação dos pais o que permite um desenvolvimento do papel parental bem como a vinculação.

A prática de manter os RN em incubadoras para manter a sua temperatura corporal superior entre os 36°C ou 96,8°F, dificulta aos pais o estabelecimento de um contacto precoce com o seu bebé. Perante esta dificuldade achei que podia fazer um pouco mais por aquelas famílias, foi então que o Método Canguru veio responder a esta necessidade.

*“O Método Canguru, como o próprio termo indica designa um programa cuja sequência de operações assume aspetos que se assemelham à forma como os marsupiais, particularmente o mais conhecido – Canguru, carregam os filhos até que estejam prontos a enfrentar o meio envolvente de forma segura. À semelhança deste animal, há situações de nascimentos de crianças que acontecem antes do tempo previsto e necessário para uma maturação dos órgãos vitais que assegure a sua sobrevivência, logo torna-se*

---

<sup>1</sup> Empresa de Comercialização de produtos médicos, que tem uma gama de produtos de conforto ao Bebê Prematuro. Nesta formação para além de me terem mostrado esses produtos, ensinaram-me medidas de posicionamento e sensibilização para a otimização do ambiente físico, numa Neonatologia.

*imprescindível proporcionar-lhe uma situação intermédia entre o útero e o meio ambiente que os envolve” (Feliciano, 2007 p. 19).*

Neste sentido, a ciência tem caminhado a par e passo com a tecnologia tentando recriar um espaço onde o RN prematuro, consiga continuar o seu processo maturacional previsto *in útero*; daí que se tenha que garantir uma temperatura desejável e estável, níveis de oxigénio, batimentos cardíacos, entre outros, que têm resposta com uma serie de apetrechos tecnológicos (incubadoras, eléctrodos, monitores, sondas,...).

Ao mesmo tempo que estes acessórios se tornaram imprescindíveis à sobrevivência da criança prematura também aumentava o fosso e o afastamento entre os pais e o RN, como que um corte na vinculação/ do papel parental. Apesar desta alteração, não significa que a vinculação não venha a prosseguir a sua construção 2 ou 3 dias depois, ou até semanas após o nascimento, esta apenas ocorrerá embora de forma mais fragmentada. Foi um pouco a pensar nisso que comecei a dar mais valor ao MC e a traze-lo para a minha prática diária.

Este método, cria as condições similares às experimentadas pelo RN na vida intrauterina, tais como os sons dos batimentos cardíacos materno, a voz materna associada aos movimentos respiratórios. Fornece um equilíbrio entre os sistemas tátil e proprioceptivo (desenvolvimento mais precoce) e os sistemas visual e auditivo (desenvolvimento mais tardio), ambos sob estimulação inadequada. Protege o RN da estimulação nociva da UCIN auxiliando inicialmente no sono e, mais tarde, na atenção dirigida à mãe. Permite uma sincronia térmica entre a mãe e o filho evitando o seu arrefecimento e com isso o menor gasto de oxigénio e de energia, proporciona a flexibilidade dos membros superiores e inferiores e promove a vinculação precoce permitindo o desenvolvimento do papel parental para que a criança se sinta amada e protegida. Possibilita o enamoramento e emoções de afeto que advêm da partilha e encantamento recíproco, enquanto o RN é abraçado, tocado e contemplado mais de perto, o que transmite aos pais uma maior sensação de tranquilidade e de relaxamento que os mais disponíveis para participarem cada vez mais em procedimentos na UCIN (Davis, et al., 2003).

De uma forma sintética, o MC vai permitir aos pais um envolvimento redutor da ansiedade provocada por todo o ambiente hostil e atmosfera altamente tecnológica da UCIN, permitindo que a relação vinculativa seja estabelecida o mais cedo possível.

Neste sentido e com o objetivo de minimizar o impacto da hospitalização do RN e da família, promover a vinculação e papel parental, estabelecer parceria de cuidados o mais cedo possível para que os cuidados estivessem o mais tempo possível perto das crianças, tornei este método num instrumento de trabalho na minha prática.

Fui também percebendo que os RN cresciam mais depressa, tinham períodos de irritabilidade e choro bastante menores, porque um dos cuidadores estava mais presente e trabalhávamos em conjunto. As suas necessidades de oxigénio suplementar e/ou de ventilação assistida era menor e conseguíamos mais facilmente fazer esse desmame.

A amamentação é um outro momento crucial para o estabelecimento da vinculação e que beneficia bastante deste método. O contacto pele a pele facilita a amamentação que geralmente se consegue estabelecer mais cedo, uma vez que o RN procura o seio ao estímulo do odor do leite materno, o que favorece a solturas de leite e a sua própria produção. Ao mesmo tempo melhora e aumenta o interesse e padrão alimentar por parte da criança, exige um menor esforço e cansaço do RN logo aumenta mais rapidamente de peso. Ajuda na coordenação dos reflexos de sucção/ deglutição e respiração, a regurgitação é menos frequente e estabelece um início de vida mais saudável.

Um grande número de mães de RNPT deixa muito cedo de amamentar, não só porque deixam de produzir leite, como também perdem a motivação, já que, numa fase inicial o *stress* e adaptação da criança ao seio materno nem sempre é fácil. Sentem-se desencorajadas e com pouca paciência para lutarem com tantas contrariedades. Mais um motivo que me fez utilizar este método como instrumento de trabalho diário, para me ajudar na promoção e motivação desta prática.

Ao longo do meu percurso profissional tive o privilégio de conhecer e contactar de perto com profissionais creditados NIDCAP e de ter formação iniciada na área. É um programa que tem como objetivo implementar uma filosofia de cuidados centrados no desenvolvimento do RN envolvendo a família, proporcionando orientações educacionais e treinos específico em avaliação ao RN e à sua família. Segundo Warre et al (2004), a família é a influência mais constante sobre o desenvolvimento da criança, não sendo fácil a adaptação da parentalidade depois de uma experiência de prematuridade ou de um nascimento traumático. A minha atitude é de ajuda na adaptação destes pais às necessidades do filho pré-termo ou doente, de modo a que ganhem confiança e sejam envolvidos de forma ativa, tanto quanto possível nos cuidados os seus filhos. Os pais e a criança esperam que o ambiente da UCIN lhes conceda um ambiente de suporte, respeito, profissional e espaço onde sejam capazes de dar carinho, atenção e que os ajude no seu papel parental para se tornarem uma família de confiança no seu funcionamento mútuo (Santos, 2011).

Em relação à dor neonatal devemos lembrar que a fisiologia necessária para a sensação da dor amadurece às 20 semanas de gestação; então, qualquer RN numa UCIN tem as vias

de dor ascendentes periféricas já maduras; já a via descendente é imatura por falta de serotonina. Devido à maior densidade de recetores de dor na pele, o bebé prematuro sente dor mais forte e durante mais tempo que a dos adultos.

As consequências dos processos dolorosos repetidos criam mudanças estruturais permanentes no sistema nervoso do prematuro, aumentando assim a importância da avaliação deste 5º Sinal Vital, muitas vezes negligenciado nesta faixa etária (Batalha, 2010).

O alívio da dor é uma necessidade básica, um direito de qualquer pessoa e no que refere às crianças, esta ganha ainda mais significado. Para a criança, a dor e o desconforto, determinam um quadro de ansiedade comprometendo os aspetos físicos, emocionais e comportamentais, prejudicando o seu estado geral ou exacerbando o quadro algico. A dor é na sua essência uma experiência desagradável.

A avaliação e registo da intensidade da dor faz parte das minhas competências profissionais, como refere DGS (2008, p.5) ” *o controlo da dor deve, pois; ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde*”.

Os métodos disponíveis para avaliar a intensidade da dor não incorporam adequadamente ou quantitativamente todos os aspetos contextuais que influenciam a experiência dolorosa, por isso os profissionais de saúde devem inclui-los subjetivamente na sua avaliação e, na dúvida, considerar sempre a dor. “*O tratamento da dor deve ser feito por excesso e não por defeito. Mais vale tratar e não haver dor do que não tratar e haver dor*” (Batalha, 2010 p. 91).

Considero que esta área, tem sido uma onde a minha atuação tem vindo a melhorar, tenho investido numa atuação atempada e antecipada para que os RN sofram o menos possível. Explicar aos pais de que forma podem ajudar o seu bebé a tornar essa manipulação/ agressão menos dolorosa e traumática. A implementação de medidas não farmacológicas, sucção não nutritiva, a contenção, tem um papel fundamental no que se baseia a ideias de ausência de dor de maior intensidade.

Foi muito gratificante aperceber-me, que com a orientação e o mínimo de apoio, a maioria dos pais constitui uma força estabilizadora, mesmo nas situações mais ameaçadoras, pelo que o meu primeiro passo a tomar foi a negociação da sua presença e, se for esse o desejo de todos, ensiná-los a terem uma presença de qualidade. A parceria de cuidados, é isso mesmo, a negociação de cuidados com o cuidador, considerar os pais como parte integrante da equipa de saúde, com um importante desempenho na avaliação,

prevenção e tratamento da dor, desde que ensinados para tal. Concordo como Casey em 1988, quando afirma que *"para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de proteção, estímulo e amor"* assim sendo ninguém melhor que os pais para os prestar (Costa, et al., 2004).

Para isso, foi necessário melhorar a qualidade da comunicação dentro da equipa de saúde, porque dela depende a boa gestão dos cuidados. Ainda que não sendo exclusiva do tratamento da dor, a comunicação assume neste contexto um papel fundamental, pois o eficaz controlo da dor exige o envolvimento de uma equipa multidisciplinar.

A comunicação tem sido outra competência que considero estar sempre em constante desenvolvimento e crescimento. Para todo este trabalho, o envolvimento da família nuclear é necessário um adequado apoio, comunicação, saber quando e como se transmitem as boas e as más notícias. Aprender a estar em silêncio empático, porque também é comunicar saber ir ao encontro das necessidades destas famílias.

Eu sempre fui muito comunicadora mas considero que durante estes anos me tornei uma comunicadora mais assertiva e “ouvinte”. Nada melhor que lidar com problemas e com diferentes pessoas em diferentes circunstâncias de vida para que tudo tome um outro valor e outra dimensão.

Pelo facto de exercer funções em Neonatologia, fui adquirindo sensibilidade, para questões relacionadas com o desenvolvimento do RNPT e os fatores que interferem de forma a os minimizar; a importância de uma comunicação eficaz e pertinente com os pais; pequenos sinais de *stress* e de desorganização na criança; como identificar sinais precoces de mau desenvolvimento do papel parental; entre outros [...] por tudo isto considero que me foi atribuída a creditação neste Estágio, apesar de considerar que ainda tenho muito para aprender.

### Domínio da Gestão de Cuidados

#### **Competências :**

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

Ao longo do meu percurso profissional tive oportunidade de liderar equipas de prestação de cuidados, ou seja, para além de me encontrar na prestação direta de cuidados, ser também responsável pela organização e distribuição dos elementos da equipa pelas

crianças internadas. Tendo em conta a continuidade de cuidados, a relação já estabelecida com os familiares /criança bem como a carga de trabalho que essa distribuição implicava. Era também minha função resolver qualquer problema que surgisse no turno, quer burocrático quer relacional.

Em relação à gestão de material a minha única atuação e participação era única e exclusivamente supervisionar o material em falta ou material de uso particular para uma situação individual. Nestes turnos competia-me confirmar o material que é rececionado pelo serviço de armazém de forma a minimizar as falhas.

Também existia a responsabilidade de confirmar se existe material ventilatório devidamente montado e testado, bombas perfusoras e incubadoras (principalmente da incubadora de transporte) disponíveis para a necessidade de urgente /emergente de uma criança.

Na UCIN existem momentos de grande complexidade e situações imprevistas, que exigem uma avaliação adequada dos diferentes métodos de análise de atuação, segundo uma perspetiva avançada, que exige um trabalho de equipa, organizado e devidamente planeado. Assim o trabalho de enfermeiro responsável / chefe de equipa é um permanente desafio, pois é necessário conhecer bem a equipa a liderar.

O RN que se encontra em estado crítico, requer um conjunto de cuidados que exigem destreza manual, habilidade, respeito, organização e habilidades, que permitam um planeamento de cuidados de enfermagem que respeitem as prioridades e as necessidades mais prementes da criança em risco (Faure, et al., 2004).

Outros momentos de difícil gestão são as situações de fim de vida. A má notícia tem que ser comunicada aos pais /familiares e muitas vezes a equipa procura no líder a ajuda e o apoio para o fazer, mais do que propriamente os procedimentos técnicos que a situação exige. Pelo facto de ser Chefe de Equipa fui muitas vezes procurada pelos elementos da equipa para o fazer.

É também responsabilidade do chefe de equipa a verificação do carro de emergência e dos materiais provenientes da esterilização, bem como incentivar a equipa a fazer a gestão adequada de material a utilizar, evitando desperdícios.

A gestão adequada, tanto de recursos humanos como de material, permite uma melhoria nos cuidados de enfermagem, bem como uma rentabilização destes mesmos, levando a um controlo mais eficaz dos custos em saúde. É, neste sentido, que tento zelar pela qualidade e gestão dos cuidados na área da SIP.

## Domínio da Formação de Cuidados

### Competências :

- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
- Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;
- Promover a formação em serviço na área de EESIP;
- Colaborar na Integração de novos profissionais;

A componente formativa representa nas profissões diferenciadas, como é o caso de Enfermagem, não só o investimento inicial obtensão de um título académico, mas também um compromisso assumido durante toda a vida profissional. É neste sentido que, após a formação inicial, considerei determinante manter a minha formação académica, uma formação permanente, com o objetivo de adquirir e desenvolver conhecimentos e competências, e potenciar o desenvolvimento pessoal e profissional, o que se repercutirá na melhoria do seu desempenho e da qualidade dos cuidados que presta (Costa, et al., 1997).

Como já foi referido anteriormente, antes de optar por esta área tão específica de prestação de cuidados, procurei informar-me sobre as suas particularidades e suas exigências, fiz formação específica sobre temas pertinentes, que me foram ajudando no dia-a-dia.

A partir de determinada altura, comecei a confrontar-me com situações para as quais deixei de ter respostas tão fundamentadas e que por isso não me satisfaziam, pelo que voltei a sentir de forma urgente a necessidade de enriquecer os meus conhecimentos específicos na área, com o intuito de basear cada vez mais a minha prática na evidência científica. Considero que, *“A enfermagem baseada em evidências envolve a explícita e criteriosa tomada de decisão sobre a assistência à saúde para indivíduos ou grupo de pacientes baseada no consenso das evidências mais relevantes oriundas de pesquisas e informações de base de dados, respondendo as preferências do cliente e expectativas da sociedade”* (Galvão, et al., 2003 p. 43).

Por isso investi, a título particular, no Curso Pós-Graduado em Cuidados Intensivos Neonatais depois de ter frequentado um Curso de Cuidados Intensivos Polivalentes, teve a duração de aproximadamente 2 anos letivos (ANEXO XXIII e XXIV). Durante estes 2 anos senti que cresci muito a nível de conhecimento científico e prático, adquiri competências e performance em situações que anteriormente, eram desconfortáveis para

mim. Tentei sempre transmitir os novos conhecimentos com os meus parceiros, promovendo formações em serviço ou mesmo formações dentro da minha equipa.

Ao longo do meu percurso profissional tive oportunidade de colaborar na elaboração dos planos anuais de formação do serviço, baseando-nos na identificação das necessidades formativas que os enfermeiros ou auxiliares manifestavam. Assim, tive oportunidade de ser formadora e formanda, participando em ciclos de conferências nas instituições hospitalares, em que trabalhei.

Também pude participar na integração de novos elementos na equipa e com isto acompanhar a sua formação de forma a melhor a sua adaptação e a qualidade dos cuidados prestados. Tive oportunidade de acompanhar e orientar duas integrações na UCIN, onde sempre incentivei a autoformação e desenvolvimento profissional de forma a tornar a prática reflexiva constante no seu exercício profissional.

De acordo com o DL nº412/98 que aprova o regime legal da carreira de enfermagem, estipula no artigo 7º, ponto 2, alínea g) que é da competência do enfermeiro especialista a responsabilizar-se pela formação em serviço, formação esta que, segundo o disposto no artigo 64º do mesmo DL visa satisfazer as necessidades da formação da equipa de enfermagem.

Posto isto, concluí que a formação em serviço ao longo da nossa prática profissional representa uma das maiores necessidades da equipa de enfermagem e acarreta um papel importante na melhoria dos cuidados prestados, uma vez que surgem dessas sessões novas ideias e conclusões fulcrais para o progresso das intervenções existentes.

### **Domínio da Investigação de Cuidados**

#### **Competências :**

- 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;

Os profissionais de enfermagem têm um corpo de conhecimentos próprios e que são a arte e ciência do cuidar, que engloba as competências do saber-fazer, saber-saber, e saber-

ser (Sousa, 2012). Existem saberes e formas de estar que só se aprendem na prática, quando surge a necessidade de adequarmos o que aprendemos aos casos que se nos deparam. Esta adequação, que é a experimentação, coloca-nos em contato com os problemas e desenvolve as nossas próprias capacidades. A aprendizagem reflexiva, constitui um elemento central, na construção do saber baseado na prática.

No entanto, como profissional procuro estabelecer uma relação de partilha de conhecimentos de modo a promover a investigação na área de EESIP, quer com os novos profissionais, com profissionais antigos e alunos.

Durantes estes longos 9 anos de profissão, a investigação sempre me acompanhou continuamente e continua a acompanhar. A procura de novas indicações, de *guidelines* para a prestação de cuidados ao RN, que minimizem os efeitos da hospitalização e da sua imaturidade orgânica e social. A busca de um meio tecnológico para os meus pequenos/grandes clientes sempre me fizeram investir muito na investigação, pesquisas bibliográficas, contato com diferentes bases de dados, realidades culturais e étnicas diferentes.

Com isto sempre tentei trazer para a minha prática diária as minhas “novas descobertas” e partilha-las com a restante equipa de forma a ser possível debate-las e chegar à conclusão se poderá ou não ser benéfico mudar ou adaptar os nossos procedimentos /práticas.

Foi com base na investigação que comecei a motivar e incentivar a equipa a aplicar, com mais frequência, o MC no desmame da ventilação assistida e na promoção do vínculo parental. Apesar de não existir nada muito concreto sobre a matéria existem evidências claras que este método pode melhorar as suas capacidades respiratórias diminuindo os seus consumos energéticos. Como tal e de acordo com o que a evidência científica me foi dizendo, fui colocando em prática depois de fazer uma revisão bibliográfica.

Foi bastante gratificante, ter iniciado este trabalho de investigação uma vez que mudou definitivamente a minha perceção das necessidades dos RNPT e minha prática profissional.

O conhecimento que adquiri pela investigação em Enfermagem foi e será utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (Internacional Council of Nurses, 1999).



## 4 - Competências desenvolvidas em Contexto de Estágio

É inevitável a importância de, no seio da sua atividade profissional, o enfermeiro com uma especialização na área desenvolver as suas competências, tendo oportunidade de prestar cuidados diferenciados plenamente adequados às necessidades da criança/adolescente e sua família, demonstrando a mais-valia que acarreta a sua formação profissional no exercício da sua atividade.

Todo o trabalho deve ser conduzido por objetivos individuais concretos de forma a orientar as nossas intervenções e facilitar uma avaliação justa das aprendizagens. Nada é feito sem ter um sentido próprio e como tal, é necessário seguir determinados parâmetros que nos permitam cumprir os objetivos definidos associados às competências que pretendemos desenvolver.

Segundo Lopes e Nunes, competência é definida como *“um conjunto de saberes ligados à formação inicial de base e à experiência adquirida ao longo do tempo de forma empírica e que é mobilizada numa situação concreta”* (Lopes, et al., 1995 pp. 10-13), como tal, o aprofundamento do conhecimento e aquisição de competências num domínio específico de enfermagem resulta na profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde/doença a que está mais exposta. O amplo entendimento das respostas humanas em situações específicas, as intervenções de elevado nível de adequação às necessidades do indivíduo potenciando os ganhos em saúde.

O desempenho do Enfermeiro Especialista requer um sólido conhecimento teórico avançado e uma proficiente utilização clínica desse conhecimento. A sua existência favorece o desenvolvimento profissional dos enfermeiros com quem trabalha e facilita a investigação de novas dimensões do **Cuidar**.

Ao longo do estágio esforcei-me por manter sempre presente as competências definidas pela UCP<sup>2</sup>, com o intuito de poder confrontar e enriquecer o meu património cognitivo. Benner (2001), defende que as competências que se adquirem no curso de base de enfermagem, serão desenvolvidas ao longo da vida profissional/prática (socialização profissional), no confronto com o contexto e com outros profissionais, num processo interminável e inacabado, que só se traduz numa mudança, quando transforma e enriquece o nosso património cognitivo. Com a alternância entre a realização de ações na prática, a reflexão crítica e as aquisições essenciais de conhecimentos.

---

<sup>2</sup> Documento Guia de Orientação de Estágio em Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa

As 29 competências que me foram propostas adquirir e desenvolver, no Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica, podem ser agrupados em 4 grandes áreas de atuação, que são a prestação de cuidados, a gestão, a formação e a investigação, baseada no Artigo 9º. Do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº.104/98, de 21 de Abril, as Intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes.

Para que cada competência fosse concretizada e desenvolvida ao longo desta etapa, foram estabelecidos objetivos específicos de acordo com os objetivos gerais propostos, no plano de estudo:

- ❖ Saber aplicar conhecimentos e ter capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria;
- ❖ 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, e os conhecimentos e raciocínio a elas subjacentes, quer a especialistas quer não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

#### 4.1. Domínio – Prestação de Cuidados de Enfermagem

No domínio da prestação de cuidados de enfermagem pretendo desenvolver competências que tem como foco a criança/família nos vários contextos da prática. Neste sentido a enfermagem procura ao longo de todo o ciclo vital, promover a saúde, prevenir a doença, promover processos de readaptação e satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida; procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – através do processo de aprendizagem da criança/família.

A prestação de cuidados é a principal área de atuação dos enfermeiros. Nesta qualificação profissional, tentei sempre implementar o processo de enfermagem, aquando da minha prestação de cuidados à criança/família.

A prestação de cuidados de Enfermagem consiste essencialmente num processo de construção, onde o ato de cuidar deverá estar obrigatoriamente interligado com a reflexão pessoal sobre o seu fundamento, legitimidade, consequências e dimensões éticas (Abreu, 2003).

**Competências :**

- Demonstrar capacidade de trabalhar; de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência da criança/família;

**Objetivos Específicos:**

- ↪ Conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional, das várias instituições onde estagiei;
- ↪ Compreender a dinâmica da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à criança/adolescente e sua família;
- ↪ Compreender o percurso do RN/criança/adolescente desde da admissão até à alta clínica;

**Atividades desenvolvidas:**

- ↪ Realizei visita aos vários contextos da prática; contatando com diversos profissionais;
- ↪ Refleti criticamente sobre os métodos de trabalho e intervenções de enfermagem implementadas;
- ↪ Adaptei-me às diferentes organizações das instituições, no que se refere a recursos humanos e organizacionais;
- ↪ Consultei normas, protocolos bem como documentos existentes e facilitadores na minha adaptação aos diferentes locais de estágio;
- ↪ Identifiquei recursos existentes nos diferentes locais de estágio que contribuem para a prática de cuidados;
- ↪ Contactei com o SAPE e realizei registos utilizando a linguagem CIPE para documentar a assistência de enfermagem;

### **Reflexão**

Para a efetivação dos objetivos, as estratégias/atividades planejadas foram na sua totalidade implementadas. Efetuei visitas guiadas às instalações das instituições onde tive a oportunidade de efetuar este Módulo Curricular, onde me foram apresentados os recursos humanos e materiais, assim como uma breve caracterização da população abrangida.

No seio de uma equipa de enfermagem, espera-se que a enfermeira especialista seja capaz de identificar os aspetos causadores de problemas na criança/adolescentes e suas famílias, procurando as melhores estratégias para os resolver, utilizando os recursos existentes no serviço, implementar intervenções que se adaptem à especificidade da criança/adolescente/família, tendo em conta o seu impacto de forma a poder ajustá-lo sempre que necessário. Deste modo, tornou-se importante conhecer as filosofias de trabalho dos diferentes locais que frequentei, de forma crítica debatendo com a equipa as intervenções implementadas.

Consultei as normas, protocolos, procedimentos e *dossiers* existentes nos serviços de forma a obter informação mais consistente sobre os métodos e filosofias de trabalho e adequar-me a eles.

Tive oportunidade de acompanhar os EE num Sistema de Triage Canadiano-Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (sistema baseado em cinco níveis de prioridades uniformizadas e estandardizadas como medida fundamental para garantir acessibilidade e melhor qualidade do serviço (Canadian Association of Emergency Physicians, 2001)), bem como na atuação em situações complexas em sala de emergência, conflitos interpessoais nas salas de espera, entre outros.

Foi através do estabelecimento de conversas com os elementos das equipas, que pude conhecer as dinâmicas da prática do Enfermeiros Especialistas em diferentes contextos de assistência á criança/adolescente e sua família. Uma das principais premissas que tive oportunidade de encontrar na prática de todos os EE, foi nunca dissociar a criança da família. Isto porque em Saúde Infantil, provavelmente mais do que em qualquer outra área, prestamos cuidados a um indivíduo inteiramente englobado no seu seio familiar que, principalmente nos primeiros anos, é responsável pelo seu desenvolvimento e crescimento, onde são construídas as bases para o autocuidado e responsabilidade com o seu bem-estar.

Segundo Casey, referenciada por Costa & Ferreira (2004) defende que *“para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de*

*proteção, estímulo e amor*”, e por isso será fulcral não esquecer que não há ninguém melhor do que os pais para a acompanhar e cuidar.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) permite o levantamento de diagnósticos de enfermagem correspondentes às necessidades de saúde demonstradas pela criança/adolescente e sua família e associar as intervenções para suplantar as mesmas.

A CIPE permite descrever toda a prática da enfermagem, através de uma classificação de fenómenos, ações e resultados de enfermagem. São estes últimos que demonstram os ganhos em saúde por meio da alternância de diagnósticos com a implementação de intervenções de enfermagem, evidenciando, desta forma, a eficácia da mesma originando, conseqüentemente, ganhos em saúde (Cardoso, et al., 2006).

Compreendo a importância da CIPE e o seu contributo para a melhoria dos cuidados de saúde, já que permite uniformizar os cuidados e os ensinamentos efetuados, além de permitir a utilização e tratamento de dados e informações para o planeamento e gestão dos cuidados de enfermagem, previsões financeiras, análises dos resultados das intervenções planeadas e desenvolvimento de políticas de saúde (Internacional Council of Nurses, 2009).

Durante o período de estágio tive oportunidade de efetuar registos de enfermagem, tomando o conhecimento da parametrização em vigor, consegui concluir que na área da SIP os focos mais frequentemente levantados independentemente de ser em contexto hospitalar e/ou comunitário, são papel parental, dor, autoimagem, autocuidado, défice de conhecimento, febre, obstrução das vias aéreas e o sono.

Considero a implementação da CIPE uma mais-valia nos serviços, uma vez que permite demonstrar a importância das atividades independentes de enfermagem através do uso de uma linguagem universal.

Penso ter conseguido integrar-me facilmente nas equipas e na dinâmica dos serviços, pois mobilizei conhecimentos previamente existentes devido à minha prática profissional. Tive ainda a oportunidade de consultar toda a documentação inerente aos serviços, respeitando sempre o sigilo profissional e atuando de forma ética e deontologicamente correta.

Posso dizer que este objetivo foi totalmente concretizado e alcançado com relativa facilidade.

**Competências :**

- Demonstrar um nível de conhecimentos na área de ESIP;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades éticas e sociais;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionados com o cliente e família, na área de ESIP;
- Refletir na e sobre a prática, de forma crítica;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;

**Objetivos Específicos:**

- ↪ Aprofundar competências no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença;
- ↪ Potenciar o desenvolvimento das competências da criança/adolescente e suas famílias no autocuidado;
- ↪ Maximizar o potencial de crescimento e desenvolvimento da criança/família durante a hospitalização;
- ↪ Conhecer e analisar criticamente as respostas da criança/adolescente e sua família ao processo de doença e hospitalização;
- ↪ Compreender a importância do papel do EE no acompanhamento de crianças com necessidades especiais;

**Atividades desenvolvidas:**

- ↪ Utilizei a metodologia científica no planeamento e prestação de cuidados à criança/jovem e família (diagnostique/ planeei/ intervi/ avaliei);
- ↪ Promovi o autocuidado da criança/ adolescente e sua família com a privacidade desejada;
- ↪ Identifiquei os focos da prática utilizando a linguagem classificada CIPE;
- ↪ Realizei o acolhimento da criança/jovem e família;
- ↪ Envolvi a família no processo do cuidar, considerando-os como centro responsável e respeitável de decisão;
- ↪ Fomentei ensinamentos em todas as intervenções de enfermagem, de acordo com a faixa etária e com as necessidades identificadas, para a promoção de comportamentos saudáveis e prevenção de acidentes;

- ↪ Incentivei a participação em jogos didáticos promovendo a ocupação dos tempos livres, minimizando os possíveis efeitos negativos da hospitalização na criança/jovem e família;
- ↪ Proporcionei atividades lúdicas adequadas ao nível de desenvolvimento da criança/jovem;
- ↪ Avaliei o crescimento e desenvolvimento da criança/adolescente;
- ↪ Ensinei e treinei as habilidades com os familiares relativamente aos cuidados que teriam que prestar aos seus filhos (domicílio, internamento);
- ↪ Identifiquei/ utilizei as estratégias para diminuir a ansiedade da criança/adolescente e sua família;
- ↪ Adquiri capacidades de identificação de problemas de saúde precocemente;
- ↪ Observei e colaborei no processo de triagem da criança/jovem;
- ↪ Colaborei em situações de emergência ou risco de vida;
- ↪ Analisei a dinâmica da Visita Domiciliária no âmbito da Saúde Infantil;

### Reflexão

No atendimento da criança/família, sempre procurei, independentemente da sua situação clínica ou idade, estar atenta aos seus sinais de *stress*, de instabilidade emocional, mobilizando, todo o tipo de estratégias que se encontravam ao meu alcance, nomeadamente a oportunidade de lhes prestar informação viável (referente aos recursos físicos e humanos do serviço, à própria evolução clínica da criança, à necessidade de lhe ser dedicado um leque de cuidados terapêuticos por vezes traumáticos, às normas/ rotinas/ procedimentos próprios da unidades, circuito de atendimento e de saída da criança), dando-lhes a conhecer os limites da minha competência profissional e dos restantes elementos da equipa.

A prestação de cuidados, como o próprio nome indica, centra-se no cuidado à pessoa. Desta forma a minha preocupação foi sempre o **binómio criança/adolescente e a família**.

Considero que a atuação de enfermagem deve ser essencialmente centrada na família, ao longo de todo o ciclo de vida, pelo que admito que assume maior importância nos cuidados pediátricos “... *centram-se na família e são prestados em parceria com os pais*” (Collière, 1999).

No sentido de aprofundar estas capacidades, foi meu objetivo durante o módulo de estágio construir novas estratégias de atuação com a criança/adolescente e sua família, desenvolvendo habilidades de observação, escuta ativa e ensinamentos, identificar as

necessidades em saúde e prestando cuidados de enfermagem adequados que contribuíssem para ganhos em saúde. Assim sendo, a avaliação inicial, a identificação dos fenómenos de enfermagem, a definição de diagnósticos, a implementação de intervenções para lhe dar resposta e avaliação do impacto, uma vez que as considero determinantes para o desempenho do EE.

*“Para que a criança e família se adaptem à hospitalização e a aceitem, é necessário que se faça um acolhimento eficaz, que lhes traduza confiança e os faça sentir únicos”* (Jorge, 2004 p. 36), e para isso, é necessário que o enfermeiro assista a criança e sua família de forma a assumi-la como vetor central de atuação, demonstrando confiança, competência e qualidade técnica, humana e relacional. O primeiro contacto influenciará o tipo de relação, ligação, afetividade e reação que estarão presentes durante todo a ligação com o serviço e/ou internamento.

Neste sentido, pude colaborar de forma direta com os EE e com a restante equipa, nos cuidados à criança/ família nos diversos contextos.

Considero fulcral, a atuação de um enfermeiro especialista em SIP, pois ao conhecer a sua população alvo será capaz de identificar as necessidades existentes, implementar intervenções que darão resposta aos diagnósticos levantados, encontrar estratégias adequadas às situações concretas de forma a corresponder as expetativas depositadas sobre si e demonstrando a sua importância, potenciando, desta forma, o desenvolvimento e crescimento da criança/adolescente. Assim sendo, é esperado que seja capaz de identificar os focos de atenção mais frequentes em cada faixa etária, orientando antecipadamente a criança/família para situações de risco, tendo em conta a sua especificidade e do meio envolvente. Neste sentido a atuação do enfermeiro é orientada não só pela individualidade da criança mas também pelos dados e informações obtidas pela avaliação inicial, conversas com a família e pessoas de referência.

Segundo a Direção geral de Saúde (2005, p.5), *“ a saúde não depende exclusivamente da prestação de cuidados. A influência do ambiente – social, biofísico e ecológico – é determinante. No entanto, é indiscutível o impacto das ações de vigilância da saúde infantil e juvenil pertinente e de qualidade. A manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças é, pois, um imperativo para os profissionais e para os serviços”*.

Tendo em consideração a afirmação, considero os momentos de avaliação inicial e primeiro contato com o cliente, uma oportunidade de observar a criança. Permite obter importantes dados sobre as suas atividades diárias, o seu estado de saúde, o desempenho escolar bem como a forma como são estabelecidas as relações interpessoais, permitindo

levantar diagnósticos de enfermagem de acordo à especificidade de cada criança. Nesta altura, a relação de confiança e de ajuda, a comunicação serão ferramentas importantes para demonstrar a importância dos cuidados de enfermagem e a sua influência na aprendizagem de comportamentos de saúde saudáveis e adequados.

Ao longo deste percurso tentei aplicar ao máximo este princípio de atuação, acompanhada pelos respetivos Enfermeiros Orientadores, aproveitando todas as oportunidades de aprendizagem. Particpei e colaborei em todos os cuidados globais, atividades e ensinamentos à criança/família, com liberdade de ação, na escolha dos temas de educação para a saúde, promovendo a autonomia das crianças, jovens e família, utilizando técnicas de comunicação oral adequadas ao ciclo vital, estágio de desenvolvimento da criança e à compreensão cognitiva e cultural da família.

A admissão nos serviços de saúde apresenta inúmeros desafios para a criança/família em especial quando se tratam de serviços como a Urgência (Obs ou sala de reanimação) e o Internamento de Pediatria – Isolamentos que, na maior parte das vezes são vistos de uma forma muito negativa. Para Jorge (2004, p. 37) “ *O acolhimento é uma atitude que promove a confiança dos pais na equipa... Raramente há uma segunda oportunidade para se criar uma boa impressão do local ou das pessoas*”, pelo que fui empática com a criança/família em todas as situações, demonstrando disponibilidade para a escuta ativa. Considero que foi minha preocupação fazer uso de uma linguagem clara, compreensível. De acordo com o que é minha filosofia de cuidados, procurei sempre ter uma atitude flexível para com a criança e família, num clima de confiança e partilha personalizada. Em relação aos lactentes, a comunicação não-verbal foi eleita através de sons e brinquedos coloridos.

sons e brinquedos coloridos.

Após o acolhimento destas famílias e durante a implementação dos planos de cuidados, tive a preocupação de explicar aos familiares a situação da criança/adolescente, o motivo pelo qual estavam com determinados adereços e artefactos (TET, SNG, CVP, CVC, entre outros), de forma a reduzir a angústia e o medo. Ao ouvir as suas preocupações e dúvidas, fornecendo os esclarecimentos e informações sobre as rotinas da criança, procedimentos e cuidados que envolviam o seu filho, facilitou o estabelecimento da relação empática.

Houve a preocupação em garantir, sempre que possível, as práticas diárias intrínsecas da criança/adolescente e família, entre os quais destaco, a presença do objeto de referência/afeto e de brincadeira, valorizando todas as formas de contacto com a família e amigos (telefonemas, visitas, fotografias), respeitar os horários de refeições e hábitos de

higiene/conforto e pela atenção da privacidade/intimidade, promovendo a liberdade de movimentos e incentivo pela independência, para uma estimulação adequada face ao seu desenvolvimento, ao mesmo tempo favorecendo o contacto com outras crianças. Quando os pais se apercebem que existe este respeito pelas suas crianças e por eles próprios, o estabelecimento da relação de confiança e facilitador da parceria.

No elenco de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, o trabalho de cuidar em parceria surge como promotor da otimização da saúde no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.

Só desta forma poderá fomentar a parceria de cuidados com a família, através de uma atitude de solicitude, acolhendo esta como parte integrante da equipa multidisciplinar, promovendo a segurança, a autonomia e o desenvolvimento de competências. Perante uma situação de integração eficaz da família no seio da equipa, a criança percebe uma condição de maior segurança emocional, seja através da linguagem verbal e mesmo não-verbal, seja através de um simples toque.

A parceria está associada a um processo dinâmico que requer participação ativa e acordo de todos os parceiros na procura de objetivos comuns. Caracteriza-se pela partilha de poder e partilha de conhecimentos; definição de objetivos comuns, centrados na pessoa; participação ativa de todos os parceiros e concordância de todos os parceiros na relação (Casey, 1993).

Enfermeiros, pais e crianças passam a conviver no mesmo espaço, a partilhar experiências, valores, saberes e poderes o que conduz a uma alteração na forma de ser e de estar, tanto dos profissionais como dos pais já que é negociada a sua participação ativa nos cuidados à criança. A natureza da relação que se estabelece no seio da equipa implica a negociação do envolvimento dos pais e a clarificação do papel de cada interveniente no processo, dimensões essenciais para o novo modo de pensar e organizar o trabalho em parceria.

Assim, pretende-se promover o papel parental, integrando os pais nos cuidados, permitindo que sejam os principais prestadores de cuidados, respeitando as rotinas diárias da família, fornecendo as informações sobre o que pode alterar a dinâmica familiar e pessoal, fatores de risco e estratégias mais eficazes. Em todos os locais de estágio assisti e desempenhei um papel promotor do papel parental, desenvolvendo cuidados em conjunto com os pais de forma a potenciar as suas capacidades como cuidadores e promotores do bem-estar dos seus filhos.

As reações da criança à doença e à hospitalização dependem principalmente do nível de desenvolvimento psíquico na ocasião do doença/internamento, grau de apoio familiar, tipo de doença e das atitudes dos profissionais de saúde para com elas (Hockenberry, et al., 2011).

Segundo René Spitz (1945), as crianças podem mesmo desenvolver comportamentos psicofísicos regressivos que podem culminar num agravamento do processo de recuperação, que dominou por **hospitalismo**. Trata-se de um conjunto de perturbações físicas e psíquicas que as crianças podem sofrer em consequência de um internamento prolongado em instituições hospitalares, quando estão privadas do afeto materno. É a situação das crianças gémeas, quando uma delas fica doente por um tempo prolongado ambas vêm-se privadas do afeto do pai que acompanha mais a criança doente, com a agravante que esta fica ainda privada do seu ambiente de conforto. O caso que assisti, a criança hospitalizada de apenas 8 meses, passava mais tempo com a mãe, por isso os sintomas que são descritos por Spitz eram mais exacerbados pela criança saudável, que apesar de não estar institucionalizada foi privada abruptamente do afeto da mãe (Spitz, 1945).

Neste caso, tentei convencer os pais para a substituir o prestador de cuidados de referência alternadamente, para promover restabelecimento e a aproximação dos dois, de forma a minimizar também o impacto da hospitalização no irmão. Inicialmente não foi uma situação muito fácil mas aos poucos conseguiu-se, nada que com paciência, empenho e convicção não se consiga, até porque as melhorias das condições de saúde ajudaram.

Segundo Fromer (1998), *“as crianças mais pequenas, até aos 3 anos, são as que mais dificuldades têm em lidar com o diagnóstico, uma vez que não conseguem entender as preocupações que os seus pais passam a ter a partir dessa altura com a criança doente, acabando por fazer falsas interpretações, achando que estão a ser rejeitadas”*, o que tornou esta situação ainda mais complexa. (Araújo, 2011 p. 82).

*rejeitadas”*, o que tornou esta situação ainda mais complexa. (Araújo, 2011 p. 82).

Apesar de realçar a identificação desta sintomatologia relativa ao processo de hospitalização, enquanto estudante de CMEESIP, foi nas estratégias facilitadoras que foquei as minhas intervenções.

Há que salientar a diferença entre a adaptação saudável e a patológica. Desta forma planeei as minhas intervenções com o objetivo de promover uma adaptação sadia que espelhe a acomodação a um novo estado, através de mecanismos de *coping*.

Porque no meu entender, os profissionais de saúde que trabalham com crianças, precisam, além de competência e conhecimentos especializados, consciencializarem-se das necessidades globais das mesmas, necessidades que ultrapassam, claramente, os cuidados inerentes à patologia. *“Assim, é importante ter sempre em consideração que os tratamentos não devem apenas aumentar a esperança de vida da criança, mas também melhorar a sua qualidade de vida”* (Araújo, 2011 p. 126).

Após várias pesquisas bibliográficas efetuadas e uma reflexão mais meticulosa consegui identificar outras estratégias desenvolvidas nos locais de estágio para potenciar as capacidades das crianças/adolescentes e família para maximizar o crescimento/desenvolvimento da sua qualidade de vida.

A **Humanização dos Serviços com a Humanização dos Cuidados**, através da criação das condições legisladas, adequação de comportamentos e atitudes dos profissionais de saúde relativamente ao atendimento à criança e à família, e limitação dos internamentos hospitalares, oferecer as condições que possibilitem a real permanência dos pais ou substitutos legais junto das crianças internadas. Ao mesmo tempo, foi identificada uma preocupação com a estrutura física dos espaços, no sentido de os tornar menos medicalizados e agressivos, envolvendo toda a equipa neste processo de acolhimento do ambiente.

Neste caso penso que todos os meus campos de estágio atuavam adequadamente, apesar das limitações físicas que muitas vezes existem. O corpo profissional é sensível às necessidades das crianças/adolescentes e suas famílias.

Cada sorriso que lhes arranquei foi para mim uma vitória, um contributo por tudo o que eles me ensinaram a valorizar na vida. São pequenos HOMENZINHOS/MULHERZINHAS, que conseguem todos os dias encontrara um raio de luz, esperança e um sorriso para dar aos familiares, renovando as suas energias e forças, para mais um dia de batalha. Estas crianças que encontramos nestes pequenos compartimentos de terapia, depois de todo o sofrimento que vivem diariamente, ainda conseguem ter carinho para dar, preocupar-se com o sofrimento que os seus pais tentam esconder. Todos os dias, que convivi com estas crianças/adolescentes aprendi muito com eles, por isso que os considere pequenos HOMENZINHOS/MULHERZINHOS. Nos momentos em que sentiam, que os familiares e a equipa estavam perto de perder a força e a esperança tinham sempre um sinal para mostrar que a luta tinha que continuar, porque eles ainda estavam prontos para o resto da caminhada.

A Pedagogia Hospitalar tem como objetivo proporcionar a continuidade do processo de educação da criança/adolescente em idade escolar e internada. A Carta Europeia das Crianças Hospitalizadas preconiza que a criança tem o “*Direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programa de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar, durante sua permanência hospitalar*” (Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, 1995).

Apesar do enfermeiro ser o profissional que mais tempo disponibiliza á criança/adolescente, esta área do cuidar é frequentemente dirigida ao exercício de outros profissionais, nomeadamente, educadores de infância, professores, psicólogos, etc, que vêm o seu tempo útil de contato com a criança/adolescente limitado a algumas horas por dia. Infelizmente, e com prejuízo para o processo pedagógico e conseqüentemente para o educando, este âmbito encontra-se ainda numa fase embrionária e de subdesenvolvimento, chegando por vezes a ser subestimado pelos próprios prestadores de cuidados.

Na realidade que assisti, as educadoras de infância eram necessariamente em número reduzido para as carências das cerca de 60 camas do Serviço de Pediatria. Os minutos que passam com as crianças são necessariamente embutidos pelo *stress* de terem mais crianças para educar, de não conseguirem respeitar um plano curricular e esquema pedagógico. Como aluna do CMEESIP, tive oportunidade de colaborar em estes profissionais de forma a colmatar algumas das suas dificuldades que se deparavam com o tempo, mas não considero que tenha sido satisfatória a assistência que prestei nesta área.

Associações de Apoio à Criança Internada. Associações sem fins lucrativos, cujo objetivo é diminuir o impacto da hospitalização nas crianças.

Durante o meu estágio tive oportunidade de contactar com três associações com presença assídua, A Acreditar, Operação Nariz Vermelho e Cor é vida.

A Associação de Pais e Amigos de Crianças com Cancro (ACREDITAR) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social que pretende ajudar as crianças e as perspetivas famílias a superar melhor os diversos problemas que se colocam a partir do momento em que é diagnosticado o cancro, contribuindo para fomentar a esperança (Acreditar, 1993).

Destaco ainda as publicações e folhetos informativos que esta associação produz para servirem de resposta às dúvidas que a doença oncológica traz para a própria criança, pais e família. Esta associação apenas entra em contacto com as crianças, adolescentes e familiares de portadores de doença oncológica.

A Operação Nariz Vermelho, que visa humanizar os cuidados hospitalares através do brincar e do riso. É constituída por artistas da área do espetáculo que se deslocam aos hospitais para, durante uns momentos, alegrar a criança e diminuir os efeitos da hospitalização, a nível de todo o internamento de Pediatria do CHSJ, EPE (Operação Nariz Vermelho, 2002).

Um médico e um(a) enfermeiro(a) de nariz vermelho e de sapatos de palhaço transformam por momentos um hospital num circo, através de brincadeiras com os pais, crianças e profissionais de saúde. Momentos no meu entender, tão terapêuticos como medicação. São como comprimidos de alegria e injeções de boa disposição.

A Cor é Vida tem como missão “COLORIR VIDAS e TRANSFORMÁ-LAS, através da educação humana, solidária e participativa, que contribuam para um mundo mais justo e solidário. Dirigido a crianças e jovens que se depararam com uma doença incapacitante e vulnerável, como as doenças oncológicas, estendendo-se a intervenção a todo o agregado familiar em contexto hospitalar e domiciliário. É composta por uma equipa multidisciplinar de técnicos voluntários que comprometidamente vem atuando de modo a proporcionar, tanto quanto possível, maior proximidade, melhor bem-estar e qualidade de vida, junto de realidades sociais em situação de maior vulnerabilidade e/ou exclusão social (Cor é vida, 2003).

Em suma, a hospitalização de uma criança provoca inevitavelmente sofrimento nela bem como na sua família, e pode repercutir-se no seu desenvolvimento por isso, a equipa hospitalar, e em particular a equipa de enfermagem, deve ter como preocupação não apenas restaurar a saúde, mas igualmente evitar os efeitos negativos da hospitalização.

É importante referir que estas conclusões e reflexões nunca teriam sido possíveis se não fosse possível prestar cuidados. Consequentemente, foram experiências recolhidas durante a prestação de cuidados de enfermagem à criança/adolescente e sua família, quer em contexto hospitalar quer em contexto comunitário, que permitiram evoluir pessoal e profissionalmente de forma adequar as minhas intervenções ao meio social em que a família se insere e às características pessoais dos indivíduos.

**Competências :**

- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;

**Objetivos Específicos:**

- ↪ Promover a assistência à família no apoio ao desempenho e transição dos papéis parentais;

**Atividades desenvolvidas:**

- ↪ Assisti aos pais na vivência do papel parental, auxiliando-os na adaptação às transições inerentes ao desenvolvimento da criança;
- ↪ Identifiquei aos pais as estratégias de promoção da vinculação, supervisei os cuidados parentais, dando reforços positivos, orientando no ajuste do papel parental;
- ↪ Assisti a aulas do Curso de Educação Parental e Curso de Preparação para o parto e parentalidade (CPP);
- ↪ Assisti às aulas de Massagem Infantil (MI);
- ↪ Identifiquei e avaliei as necessidades parentais;
- ↪ Realizei entrevistas informais e por vezes individuais aos casais para esclarecimento de dúvidas;
- ↪ Orientei e apoiei os pais na tomada de decisão;
- ↪ Valorizei os conhecimentos, desempenho e competências dos pais promovendo a sua confiança e auto estima;
- ↪ Negocieei os cuidados a prestar à criança/jovem com este e os pais;
- ↪ Incentivei a participação dos pais nos cuidados à criança/jovem;
- ↪ Divulguei o CA e a importância do aleitamento materno;
- ↪ Incentivei os pais para amamentação;

## Reflexão

O conceito de Parentalidade é relativamente recente, tendo surgido por volta dos anos 60, altura em que surgiu interesse em compreender o processo que origina a relação entre pais e filhos e a sua evolução (Jornig, 2010). Atualmente e de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011), a **Parentalidade** é vista como a *“Ação de tomar conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”*. Desta forma, e em primeiro lugar, o exercício da Parentalidade pretende garantir a sobrevivência da criança. Para além disso, tem como propósito promover o desenvolvimento das habilidades e capacidades necessárias para que aquela criança cresça e se torne num adulto autossustentado; por fim, os pais ainda pretendem desenvolver na criança comportamentos que maximizem os valores e as crenças culturais da sociedade em que vivem (Hockenberry, et al., 2011).

Houzel (2004) refere que o termo parentalidade não pressupõe apenas ser pai, mas sim *“torna-se pai”*, que ocorre por meio de um processo mental complexo. Ele considerou três perspetivas para avaliar as funções parentais: o exercício da parentalidade; a experiência da parentalidade e a prática da parentalidade. O primeiro refere-se aos direitos e deveres jurídicos subjacentes ao papel parental. O segundo, à experiência consciente e inconsciente de vir a ser pai e de preencher os papéis parentais. Compreende o desejo pela criança e o processo de transição para a parentalidade. A prática da parentalidade diz respeito às atividades que os pais desenvolvem com os seus filhos.

A gravidez e o nascimento de um filho provocam alterações físicas, psicológicas e sociofamiliares na mulher e no casal, havendo a necessidade de um acompanhamento e preparação precoces, integrais e continuados.

A entrada de um novo membro na família traz consigo todo um conjunto de alterações e uma panóplia de sentimentos, que pode ser encarado positiva ou negativamente. Esta fase exige de toda a família, uma readaptação e um assumir de novos papéis e responsabilidades - **transição**.

Embora todas as transições sejam responsáveis por alterações na vidas dos indivíduos e tenham implicações importantes na sua saúde e bem-estar, torna-se pai ou mãe é uma

transição especialmente “crítica/especial” já que é permanente e o grau de sucesso com que é realizada tem implicações não só na saúde dos próprios pais como também na saúde e desenvolvimento das respetivas crianças (Martins, 2008).

Dada a multiplicidade de estruturas familiares atualmente existentes, o Enf<sup>o</sup> tem um papel primordial na identificação dos problemas e necessidades de cada família, considerando-a como unidade.

Meleis, *et al* (2000), admite que a transição para a parentalidade pode relacionar-se com a necessidade de adaptação aos diferentes estádios de desenvolvimento da criança, ou pode surgir da necessidade de lidar com eventos e situações críticos como o nascimento de uma criança prematura ou a doença crónica, que exigem a mudança de papéis e redefinição da identidade parental e familiar.

Por si só, o nascimento de um bebé, em especial um primeiro filho, pode ter um grande impacto, logo, com as alterações dos papéis familiares, o aumento das responsabilidades que implicam por vezes o aumento de momentos de tensão familiar, podem por em causa o processo de parentalidade, tornando-se um grande foco de atenção ao longo de todo o meu estágio.

O início da amamentação, o ganho ou a perda ponderal do bebé, icterícia neonatal, são apenas algumas questões que podem dificultar o desenvolvimento desde papel. Foi neste sentido que os CA surgem, não só como o espaço físico ideal (tranquilo e com privacidade) para amamentar, mas também como um lugar onde dispõem de um profissional de saúde, com formação específica acerca do assunto – de preferência EESIP ou EESMO – para esclarecer as dúvidas e apaziguar todas as angústias. Por estes motivos foi também minha preocupação desenvolver habilidades práticas e relacionais que permitissem desempenhar bem esta função e motivar os casais para uma amamentação eficaz, saudável e consciente.

Esclareci sempre que surgiu oportunidade, acerca das vantagens e técnicas da amamentação, extração de leite materno e ainda, foi possível falar sobre o CA e observar a mamada e a pega do bebé, vigiar a mama e integridade dos mamilos. Estas oportunidades foram momentos de enriquecimento profissional uma vez que me permitiu contribuir para o estabelecimento efetivo da amamentação, motivando os pais para a amamentação exclusiva até aos 6 meses como o preconizado pela OMS, promovendo, consequentemente, o crescimento e desenvolvimento da criança e, ainda, a vinculação entre pais e filho.

Considerei sempre as condições socioeconómicas da família, para encontrar as estratégias mais eficazes e plausíveis para o caso com que me deparava, tendo tido

necessidade de me adaptar á realidade da família para que essas estratégias fossem aplicáveis e as mais indicadas para cada caso.

Os pais são sem dúvida as principais fontes de apoio e segurança para a criança, bem como os principais “conhecedores” das suas preferências, hábitos e rotinas. Desta forma é fundamental que estes acompanhem a criança no processo de crescimento e desenvolvimento, de forma a proporcionar-lhe o melhor bem-estar (Tavares, 2011). Contudo é conhecido que o exercício de parentalidade assume importância extrema no que respeita à promoção de bem-estar e saúde da criança, podendo ter repercussões significativas no seu desenvolvimento.

Será ainda importante realçar que a vivência de cada experiência de Parentalidade, inclusive pela mesma pessoa, é única pois esta carece da influência de diversos fatores, relacionados com a criança (como o temperamento, peso à nascença, alimentação...), com os pais (recordações da educação da infância ou o nível de formação) e com a própria situação (como os sistemas de apoio parental disponíveis ou o stress). Estes fatores determinam a natureza da Parentalidade e a competência para o desempenho do papel parental (Secco, et al., 2003).

O investimento no aprofundamento de competências relacionadas com a criação de uma relação terapêutica com os pais/crianças é uma tarefa vital para a EESIP, mas que requer um compromisso constante e exigente por parte dos pais, no qual a intervenção dos profissionais de Enfermagem, poderá ser determinante, favorecendo o *empowerment* dos pais; é-lhes dada a possibilidade de concretizar o processo de Parentalidade que planearam para si próprios e para o seu filho (Nyström, et al., 2004).

Existem enormes formas de “se ser pai e de ser mãe”, toda a dificuldade reside no facto de se deixar lugar para que se abstenham de todos os julgamentos sobre a “melhor maneira de ser pai e de ser mãe”. Este foi um trabalho árduo, porque a tendência natural de todo o profissional de saúde é a de pensar que ele sabe mais e melhor que os próprios pais como estar com a criança, quais são as suas necessidades e expectativas. O meu papel foi, não de dizer o que é preciso ser, ou mesmo como é preciso fazer, mas sim o de permitir que as capacidades dos pais surjam e possam ser sustentadas por nós.

Segundo Mercer (2002), a realização da identidade parental é um processo de desenvolvimento, em que os pais atingem competências e integram um adequado comportamento segundo um papel definido, tornando-se confortáveis com a sua identidade com pais. Este processo envolve cada vez mais a relação com o seu bebé, tornando-se hábeis na realização de tarefas e com elas atingir a satisfação deste novo papel.

O nascimento de qualquer criança assinala a chegada de uma nova identidade ao mundo. Os primeiros dias após o parto são um pouco confusos para os pais, muito mais quando este acontecimento acontece precocemente e de forma inesperada. Todos os pais, perante uma situação destas, dúvida das suas competências para cuidar da criança. Quando se trata de uma doença crónica, esta competência pode ser severamente desafiada pelas mudanças e múltiplas ruturas que a doença provoca no seu dia-a-dia (Coleman, et al., 2003).

A forma encontrada pela ULSM, para minimizar estas dificuldades dos pais, foi a criação do projeto de intervenção em enfermagem para a parentalidade Bem-Me-Quer, sob a responsabilidade de enfermeiras especialistas em saúde infantil e pediatria. Que tem como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população parental, infantil e juvenil da área geográfica do Concelho da Sra. da Hora, providenciando a todos os pais e/ou cuidadores a informação, recursos e suporte necessários aos cuidados da criança, ou adolescente, num ambiente ótimo que deve encorajar o seu crescimento e desenvolvimento. Abrange os casais ou grávidas desde as 20 semanas de gestação até às crianças com 9 anos, assim como as crianças institucionalizadas na casa do Caminho (Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE, 2010).

O facto de ter podido ter contacto com este projeto foi bastante importante pois permitiu concretizar, de forma mais consolidada, os objetivos a que me propus, pois ilustra a relevância dada ao papel Parental e ao seu desenvolvimento.

Contactei sempre que possível com as famílias/pais e participei no curso de forma interventiva, com o intuito de melhorar a transmissão da informação. Disponibilizei-me para esclarecer todas as suas dúvidas mesmo que de forma particular caso se sentissem mais à vontade. Considero que a oportunidade de trabalhar com a família aspetos particulares desta aprendizagem tem que ser bem aproveitada pelo profissional de enfermagem, dado espaço para que as dúvidas surjam e sejam esclarecidas adequadamente.

Tive ainda oportunidade de participar em sessões de Educação Escolar, colaborei em projeto desenvolvido na Instituição, Como o Projeto Bem-me-Quer, com o tema “Sono e Repouso”. (ANEXO XIII)

Realizei panfletos informativos subordinados a alguns temas abordados no curso de promoção da parentalidade, com o intuito de distribuir aos pais no final das sessões. (ANEXOS IX, X, XI e XII).

Ainda relacionado com o desenvolvimento do papel parental, considero que a minha participação nas sessões do Curso de Massagem Infantil, proporcionou-me mais um

momento de interação entre os pais e os filhos, uma oportunidade de convívio e partilha de experiências onde se desenvolve a auto estima e a confiança no cuidado ao RN, pois melhoram o conhecimento do seu filho. Permitiu-me perceber de forma este contacto favorece o estabelecimento e o fortalecimento da relação pais-filhos, i quanto pode colaborar no processo da **Vinculação** e consequentemente das **Competências Parentais**.

A partir do momento em que os pais se sintam mais seguros, permiti maior abertura na interação pais/filho, promovendo o desenvolvimento dos cuidados prestados, funcionando como suporte e orientação. Nos casos, em que a situação clinica era mais crítica e/ou menos estável, tornou esta dinâmica menos intensa e mais controlada e supervisionada.

A autoeficácia para desempenhar as tarefas parentais e estabelecer e manter relações pode aumentar a satisfação com o papel parental, ou seja, os pais com maior autoconfiança geralmente estão mais satisfeitos com a sua parentalidade. Logo cuidam mais eficazmente dos seus filhos, resultando num melhor desenvolvimento físico, emocional e cognitivo da criança/família (Elek, et al., 2004)

A importância da presença dos pais, juntos dos seus filhos é atualmente reconhecida e considerada de importância vital para a formação de uma relação estável e permanente durante os primeiros anos de vida. As relações iniciais entre as crianças e os seus pais são consideradas o protótipo de todas as relações sociais futuras.

A ideia principal que norteia essas preocupações reside no reconhecimento de que a família é necessária para que a criança se possa desenvolver. Ela estará sempre vinculada à sua mãe, ao seu pai, ... e à sua história familiar. Zelar pela preservação dos vínculos afetivos familiares, através de um bom acolhimento e orientação da família, cuidamos e prevenimos a instabilidade de todos os integrantes desse grupo e, portanto, garantimos para a criança num espaço saudável, capaz de ser útil para o seu desenvolvimento. Para que a família seja, incluída e considerada nas decisões, é necessário haver a atenção e sensibilização por parte de toda a equipa multi e interdisciplinar (Shields, 2011).

Neste sentido, a minha atuação centrou-se na prestação e cuidados na íntegra, mas tendo sempre o apoio da Enfermeira Orientadora, o que me permitiu “ocupar” mais na dimensão relacional de enfermagem e todas as atividades que favorecessem atingir o objetivo.

**Competências :**

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

**Objetivos Específicos:**

- ↪ Aprofundar competências comunicacionais e relacionais, com a criança e família, nos vários contextos;

**Atividades desenvolvidas:**

- ↪ Utilizei diferentes formas de comunicação com a criança/família dependendo da situação e características pessoais;
- ↪ Estabeleci uma comunicação funcional pedagógica e terapêutica com a criança/adolescente e suas famílias;
- ↪ Escutei ativamente as crianças, jovens e familiares;
- ↪ Demonstrei disponibilidade para atender às solicitações e responder às dúvidas das famílias, fazendo-o de forma clara e exequível;
- ↪ Estabeleci relação terapêutica;
- ↪ Demonstrei respeito pelas convicções da criança/jovem e/ou pais procurando sempre que possível, integrá-los no processo de promoção da saúde;
- ↪ Promovi um ambiente propício ao estabelecimento da comunicação para poderem ser expressos todos os sentimentos da criança/adolescente e suas famílias;
- ↪ Favoreci o acolhimento e o conforto, fomentando a privacidade da criança/adolescente e família;
- ↪ Avaliei a eficácia das estratégias comunicacionais desenvolvidas;

**Reflexão**

A comunicação constituiu a base das relações entre as pessoas e pode ter expressões variadas. O simples gesto, o toque, a postura, a palavra, o sorriso e/ou o silêncio são formas de comunicar. É fundamental no exercício da enfermagem e por isso recomendável o desenvolvimento de habilidades comunicacionais.

Durante o estágio a comunicação foi o pilar central, estando presente diariamente no relacionamento com a criança/adolescente/família assim como no contacto com os colegas e os restantes profissionais de saúde da equipa multidisciplinar.

A comunicação e o cuidar da criança assumiu, assim, um papel de destaque no meu desempenho, sendo um dos veículos principais na relação de ajuda e na correta avaliação de desempenho. O objetivo da comunicação na relação de ajuda é então, dar á criança a possibilidade de escolher, de identificar as suas necessidades, de sentir, de saber, de decidir se deve alterar alguma coisa para que o seu dia- a- dia, por vezes enfrentando uma doença se torne melhor.

Compreendi que a comunicação deve ser uma competência essencial no enfermeiro em pediatria, mas que necessita que este conheça e compreenda a criança na situação física, social e cultural, tendo sempre em conta que esta compreende os nossos sentimentos, já que a criança tem o seu auge de compreensão através da linguagem não-verbal.

Desenvolvi a competência da comunicação, experimentando livremente com os pais e crianças relações produtivas e promotoras de parcerias de cuidados. Onde existiu a negociação entre os pais e a equipe de enfermagem, na prestação de determinadas funções de forma a favorecer o interesse da criança, diminuir o impacto da hospitalização e favorecer a relação pais-filho.

O brincar na criança Hospitalizada / ludoterapia assume-se, então como tentativa de transformar o ambiente das enfermeiras, proporcionando condições psicológicas melhores para as crianças e adolescentes internados. É visto como meio privilegiado para a observação e atendimento da criança hospitalizada e suas necessidades, já que o jogo é mais do que um fenómeno fisiológico ou um reflexo psicológico.

É uma estratégia que permite reduzir o *stress*, lidar com as emoções e facilitar a interação entre as crianças, seus acompanhantes e equipa de saúde. Assim, atividades com a comemoração de épocas festivas (início do Inverno, aniversários, dia de Natal) e a promoção de brincadeiras permitem às crianças exprimirem os seus sentimentos, fornecendo aos profissionais de saúde informações sobre o impacto da hospitalização (Hockenberry, et al., 2011). As brincadeiras servem ainda, de ferramentas para a integração da doença e do internamento com experiências promotoras do desenvolvimento da criança, no sentido de fomentar a sua capacidade de resiliência, permitindo-lhe construir defesas e respostas perante as adversidades.

Ao contrário do que esperava no início do estágio, foi nas horas que trabalhei brincando com aquelas criança/ jovens, que realmente intervir e me aproximei de forma consciente do

significado terapêutico do brincar e da minha visão pessoal do que é SER ENFERMEIRO ESPECIALISTA em PEDIATRIA. Espera-se que o enfermeiro especialista seja capaz de identificar os aspetos causadores de maior *stress* para a criança/adolescente e acompanhantes, procurando as melhores estratégias para o reduzir e, através dos recursos existentes no serviço, implementar intervenções que se adaptem á especificidade de cada criança/adolescente, nunca descorando os cuidados e os horários dos procedimentos técnicos a executar. Trabalhar com recursos lúdicos significa tentar encontrar no brinquedo livre, respostas para a maneira, como a criança lida com as emoções suscitadas pela situação de hospitalização, juntar o útil ao agradável, personalizar o mais possível o ambiente de cada família.

Tenho necessariamente que sublinhar a importância da brincadeira terapêutica enquanto uma brincadeira entendida como restabelecimento, recuperação, conciliando a diversão e a terapia. Com frequência intervinha primeiro no boneco doente que apresentava máscara, muitos fios e fralda, o que me aproximava da criança (Tavares, 2011).

Compreendo que a comunicação deve ser uma competência essencial no enfermeiro em pediatria, mas que necessita que este conheça e compreenda a criança na situação física, social e cultural, tendo sempre em conta que esta compreende os nossos sentimentos, já que a criança tem o seu auge de compreensão através da linguagem não-verbal.

No sentido de aprofundar as minhas capacidades nesta temática, senti a necessidade de construir estratégias de comunicação com a criança/adolescente e suas famílias, desenvolvendo habilidades de observação, escuta ativa e ensinos, identificando as necessidades em saúde e prestando cuidados de enfermagem adequados que contribuíssem para ganho em saúde.

Acredito que para o estabelecimento de uma relação terapêutica com a criança/jovem é importante considerar dois aspetos:

- ❖ A abordagem à criança nunca deve ser abrupta nem invasiva, respeitando acima de tudo o seu espaço pessoal (NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente,, 2010)

Deve ser dado tempo à criança para que avalie a pessoa desconhecida, numa tentativa de criar empatia diminuindo a ansiedade; deste modo, será mais fácil a abordagem inicial se for dirigida aos pais ou ao objeto de conforto que a acompanhe (boneco, peluche), e não à criança diretamente;

- ❖ Privilégio da utilização de uma linguagem não-verbal

Apesar de nos lactentes não existirem dúvidas que é através desta linguagem que teremos que comunicar, não se deve subvalorizar a sua importância em crianças maiores e adolescentes; pela sua espontaneidade, as crianças dificilmente conseguem esconder o que sentem e por isso, deve avaliar-se a concordância entre a oralidade e a expressividade; nos jovens, a avaliação dos elementos não-verbais da comunicação deve focar-se nos gestos repetitivos e tiques que poderão traduzir ansiedade, euforia ou desconforto, aferindo-os com a objetividade/congruência do discurso (não raras vezes são os elementos não verbais da comunicação, não concordantes com o discurso oral, que nos alertam para o aprofundamento de temas que constituem os problemas que, verdadeiramente, necessitam de apoio urgente) (Hockenberry, et al., 2011). A perspicácia das crianças é uma das suas maiores "armas" num meio onde por vezes têm dificuldade em comunicar com os adultos.

Como refere Bowlby, *"a percepção e a conduta da criança são influenciadas pela atitude dos Pais"* (Bowlby, 1973), pelo que o trabalho desenvolvido com estes é indissociável do cuidar em pediatria. Os pais constituem frequentemente o elo de ligação que nos permite alcançar a confiança da criança e portanto, é fulcral o estabelecimento desta relação terapêutica, que influenciará bastante o sucesso da nossa atuação.

Desenvolvi a competência da comunicação, estabelecendo com os pais e crianças relações que considero produtivas e promotoras de parcerias de cuidados, onde existiu negociação entre os pais e a equipe de enfermagem, na prestação de determinadas atividades de forma a favorecer o interesse da criança, diminuir o impacto da consulta e favorecer a relação pais-filho.

Para tal, procurei aprimorar algumas das minhas competências comunicacionais que visam o estabelecimento de uma relação de ajuda, considerando que a assertividade terá que ser uma característica constante. Procurei implementar outras técnicas de comunicação terapêutica como a utilização da escuta ativa e do silêncio, de acordo com a situação e com as pessoas que se encontravam à minha frente.

Para Hockenry, et al (2011), o desenvolvimento da linguagem e do pensamento serve de referência para as estratégias de comunicação com a criança.

Ao longo do estágio, observei o comportamento de várias crianças/adolescentes durante a prestação de cuidados, constatando que com a idade o internamento assume uma relevância maior, sendo mais difícil de tolerar.

Embora a capacidade cognitiva dos adolescentes lhes permita perceber melhor determinados tratamentos e as intervenções, o rompimento com a sua rotina diária e com os amigos pode-se tornar intolerável. As manifestações deste descontentamento são

bastante visíveis bem mais cedo do que numa criança mais pequena. Nestas o facto de se encontrarem privadas de brincar, correr e interagir com os outros dificulta a adesão ao regime do internamento, com o agravamento de não conseguirem perceber porque estão confinadas a um espaço tão pequeno.

Para as famílias, principalmente para os pais, a ansiedade de ter um filho doente e internado acarreta na maior parte das vezes um conjunto de situações complicadas de gerir. A intensificação da separação do companheiro e se for o caso, de outros filhos, o abandono das suas rotinas diárias, do trabalho e um acréscimo de despesas associadas a deslocações e refeições fora de casa. Não só este somatório de situações descritas, como o facto de muitas vezes não conseguirem sentir-se úteis no processo do tratamento e cura do filho, e se sentirem. Por serem excluídos, na tomada de decisões relativamente aos tratamentos implementados. Eles são as pessoas que melhor conhecem a criança, e por isso podem fornecer ferramentas fundamentais para tornar a hospitalização, tratamento/internamento num momento menos traumático para ela e por sua vez mais tranquilo para os profissionais de saúde.

Visto isto, centrei a minha atuação na família, procurando reduzir a ansiedade explicando objetivamente e com uma linguagem perceptível o que se iria passar no decorrer do tratamento, as intervenções terapêuticas, que sintoma/s podia sentir e sequelas da doença. Observei os comportamentos e escutei as dúvidas e sentimentos de forma a promover o conforto e a segurança que necessitavam.

Tive contacto com várias crianças/adolescentes e famílias que se confrontaram com situações de grande sofrimento decorrente do diagnóstico oncológico, tratamentos e exames complementares, alteração da autoimagem e medo da morte (Lima, et al., 2000).

Além da dor causada pelos procedimentos, a quimioterapia e/ou a radioterapia trazem consigo os efeitos colaterais, responsáveis por inúmeras complicações (trombocitopenia, anemia, neutropenia, hipertermia, entre outras) levando a reinternamentos para as poder controlar, e conseqüentemente a, sofrimento que vai muito além da dor física. Esta é acompanhada pela dor emocional, por danos afetivos que se evidenciam nos seus comportamentos diários.

Os adolescentes não falam apenas do sofrimento mas quando devidamente orientados e acompanhados, são capazes de apresentarem alternativas para o minimizar. Para isso, é necessária uma comunicação eficiente, capaz de estabelecer um bom relacionamento é necessário ter uma atitude de saber estar perante da criança/adolescente e suas famílias,

mostrar sempre a disponibilidade para tirar dúvidas, dar as informações que necessitem, ou simplesmente, **estar lá.**

Por ter tido o privilégio de acompanhar mais de perto, uma família de um adolescente ao qual lhe foi diagnosticado uma doença oncológica grave e de prognóstico reservado, sendo capaz de concluir que cada adolescente é um ser único, singular e que, mesmo ao viver uma situação de doença comum a outros adolescentes, vivencia-a da sua forma característica. Por este motivo que sempre tentei tornar as intervenções personalizadas/individualizadas, principalmente no que se refere à comunicação, à percepção das crianças/jovens e suas famílias (Lima, et al., 2000).

Se houve um bom relacionamento e comunicação com a equipa, as crianças/jovens mostram-se capazes de verbalizar os seus sentimentos, em relação a eles próprios e aos seus familiares, procuram alternativas para amenizar o seu sofrimento e melhorar o seu dia-a-dia.

Mais do que me parecia evidente, os jovens assumem um papel protetor em relação aos seus pais e familiares mais próximos, que os torna solitários; encurralados na sua própria dor (Araújo, 2011).

É realmente importante conseguir estar do lado destas famílias e destes jovens, conseguir conversar e estabelecer uma relação empática e de confiança. Investir na comunicação e na capacidade de ouvir, interpretar entre linhas.

É dever de um EE acompanhar arranjar as estratégias necessárias para oferecer o apoio e a ajudar necessária para minimizar as sequelas das crianças/jovens e familiares que passam por este árduo percurso.

#### **Objetivos Específicos:**

- ✎ Promover a gestão adequada da Dor;

#### **Atividades desenvolvidas:**

- ✎ Avaliei as diferentes escalas de dor, nos diferentes contextos;
- ✎ Observei diferentes contextos de dor na criança;
- ✎ Sensibilizei as equipas de saúde para a necessidade de monitorização e controlo da dor;
- ✎ Instituí medidas não farmacológicas no controlo da dor e ensinei-as aos pais;
- ✎ Valorizei as queixas dos pais e as manifestações das crianças/jovens;

- ↳ Identifiquei estratégias utilizadas para diminuir a ansiedade da criança/adolescente e sua família em procedimentos dolorosos;
- ↳ Dei a conhecer o Protocolo de Administração de Sacarose como medida de controlo da dor ligeira; (ANEXO VIII)

### Reflexão

Segundo o Plano Nacional de Luta Contra a Dor “...a dor, deve ser tratada, com perspectiva de êxito proporcionais ao entendimento que dela temos e fazemos, à adequação e preparação científica dos serviços e profissionais de saúde envolvidos e ao manejo de todos os recursos, técnicos e humanos, disponíveis” (Direção Geral de Saúde, 2008).

Desde o nascimento que a criança tem a capacidade de sentir dor. Nas crianças muito pequenas, dor e medo face ao desconhecido confundem-se muitas vezes pela imaturidade nas estruturas cognitivas. “A capacidade das crianças de descrever dor muda conforme elas crescem e de acordo com a sua maturidade cognitiva e de linguagem” (Hockenberry, et al., 2011 p. 163).

Definir dor, não é uma tarefa fácil. Apesar da maioria das pessoas já terem sentido dor, é evidente que nem todas a sentem, suportam e falam dela da mesma forma. A dor é segundo (Fernandes, 2000 p. 11) “uma condição inalienável da existência humana”. Mais acrescento que “a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual potencial ou real, ou cuja descrição pode corresponder à existência de tal lesão” (Ordem dos Enfermeiros, 2008). É importante que o En<sup>o</sup> reconheça que a experiência dolorosa tem por base processos psicológicos que influencia a experiência e manifestação de uma dor, e que desta forma não se relaciona exclusivamente com o mecanismo que a gere. Sendo a dor uma experiência subjetiva e individual, sem relação obrigatória com o mecanismo que a gere, é imprescindível compreender que a criança tem sempre razão quando define e valoriza a sua dor (Metzger, et al., 2002).

Assim, considerei oportuno ao longo do estágio e durante os contatos que tive com os pais/famílias e jovens, fazer referência precisamente a isto, de forma a minimizar os efeitos de queixas por vezes inespecíficas. Preocupei-me em reforçar ensinamentos sobre a avaliação das queixas dos seus filhos e quais as medidas não farmacológicas a usar para as minimizar.

A “dor é aquilo que a pessoa que a experiência diz que é, existindo sempre que ela diz que existe” Margo McCaffery citado pela (Ordem dos Enfermeiros, 2008 p. 16), pelo que, encarei a avaliação da dor como um cuidado a realizar na minha prática diária, com

vantagem principalmente para a criança/família. Desta forma, considerei vantajoso discutir e tentar implementar, na consulta de Saúde Infantil e no procedimento de administração de vacinas o protocolo de administração de sacarose como medida de controlo da dor. Quando colocada na região anterior da língua, a sacarose desencadeia um reflexo gustativo que se pensa estimular a secreção de endorfinas. A sucção não nutritiva provoca uma estimulação muito intensa e agradável que parece ajudar a bloquear a perceção da dor e também parece permitir ao recém-nascido autorregular a quantidade de estímulos recebidos pelo seu sistema nervoso central (Batalha, 2010).

Esta medida deve ser encarada como um dos recursos para a diminuição da dor nos procedimentos dolorosos e não como uma intervenção milagrosa, já que existe uma panóplia de outras estratégias como musicoterapia, o lúdico, o contacto pele a pele que podem e devem ser associadas à administração da sacarose. Esta preocupação justifica-se num serviço onde existem procedimentos como; venopunções e punções capilares, vacinação, algaliações, realização de pensos e qualquer outro procedimento doloroso, bem como, a habitual presença dos pais como mediadores e agentes de proteção para o recém-nascido/criança, para que ele se sinta acompanhado pelas pessoas significativas e toda a sala está decorada de forma a humanizar o espaço, tornando-o menos ameaçador.

A aplicação do EMLA creme antes dos procedimentos, que anestesia a pele diminuindo a sensação de dor causada pelas picadas, evidenciou um efeito satisfatório no internamento e em algumas situações no serviço do SU (no internamentos em Obs.), pois a criança mostrava-se menos ansiosa resultando numa maior adesão durante o procedimento.

Manter os pais tranquilos e fazer-los sentir que são capazes de satisfazer as necessidades dos seus filhos é também uma mais-valia para o controlo do seu desconforto e do bem-estar (Araújo, 2011).

Para além desta medidas não farmacológicas e outras como a musicoterapia, a humanização do espaço, o lúdico, o contacto pele-a-pele, a presença dos pais como agentes protetores da integridade física do filho, existem outras medidas farmacológicas que têm, evidentemente, efeito efetivos na redução da dor. No entanto, também apresentam efeitos secundários e devem ser administrados de forma segura e consciente (Batalha, 2010).

Posto isto, considero ser o papel do enfermeiro especialista, apresentar à equipa de enfermagem o leque de medidas não farmacológicas existentes, discutindo como esta deve ser usada e quando, de forma a melhorar a qualidade da prestação de cuidados, minimizar a dor e ansiedade sentida, reduzindo o trauma físico e psicológico das crianças/adolescentes durante os procedimentos de enfermagem. O objetivo foi sempre compreender de que

forma a doença e processo de tratamento influencia e prejudica o crescimento/desenvolvimento da criança e recorrer a intervenções que contribuam para minorar esses riscos.

Foram todos estes argumentos utilizados, para a implementação do Protocolo da Administração de Sacarose como medida de conforto da dor bem como a disponibilização de todo o suporte bibliográfico solicitado, nos locais onde fiz os meus estágios (ANEXO VIII).

**Competências :**

- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e a família, na área de ESIP;

**Objetivos Específicos:**

- ↪ Desenvolver competências na assistência à criança/jovem, no âmbito da saúde escolar;

**Atividades desenvolvidas:**

- ↪ Colaborei nos projetos em desenvolvimento na instituição;
- ↪ Conheci o programa nacional de saúde escolar (Direcção Geral de Saúde, 2006);
- ↪ Acompanhei a enfermeira de saúde escolar;
- ↪ Compreendi a importância do papel do enfermeiro de saúde escolar;
- ↪ Realizei sessões de educação escolar no CS; (ANEXO XIV e XV)
- ↪ Avaliei o impacto que essas sessões tiveram na aquisição dos seus conhecimentos;

**Reflexão**

A educação para a saúde representa uma oportunidade para desenvolver uma responsabilidade individual e coletiva perante a saúde. É um dos papéis mais importantes da enfermagem, acarretando uma relevância inegável na promoção da saúde e ensino de atividades de vida saudáveis.

Compete ao enfermeiro especialista a identificação precoce de situações de risco e intervir de modo a promover comportamentos de saúde adequados de forma a capacitar o indivíduo para o autocuidado e torná-lo principal agente do seu bem-estar e nível de saúde. Através das suas competências, o enfermeiro especialista em ESIP será capaz de desenvolver estratégias adequadas às características do grupo de crianças com que se depara e o contexto socioeconómico em que se inserem. Assim sendo, no âmbito da educação para a saúde, a saúde escolar e a colaboração do enfermeiro especialista com o colega responsável pela mesma tem todo o sentido, pois será esta cooperação que acarretará intervenções efetivas na promoção da saúde das crianças e jovens.

Em todos os locais de estágio, o objetivo foi capacitar a criança/adolescente e seus cuidadores para o autocuidado e potenciar as suas capacidades de manter e proteger o seu bem-estar. São desenvolvidas de forma programada, direcionadas a grupos de pessoas ou em contextos de consulta de enfermagem ou, ainda, na prestação de cuidados durante o internamento.

A *“Organização Mundial de Saúde, em Health of All in the 21st century”* estabeleceu metas de saúde para os próximos anos, tendo a promoção da saúde e os estilos de vida saudáveis uma abordagem privilegiada no ambiente escolar, e os serviços de saúde, um importante papel na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, no que se refere à saúde das crianças e à escolarização. [...] Mais, define Escola Promotora da Saúde (EPS) como aquela que inclui a educação para a saúde no currículo e possui atividades de saúde escolar” (Direcção Geral de Saúde, 2006 p. 4). Fica desta forma, demonstrada a importância do papel da enfermagem junto das crianças no sentido de as capacitar para o autocuidado através de comportamentos e hábitos de vida saudáveis.

Assim sendo, durante o estágio de Módulo I, foi-me proposta a elaboração de sessões de Educação para a Saúde subordinadas ao “Saúde Sexual e

Reprodutiva”, dirigidas a alunos do 9ºano de 7 turmas diferentes de 2 escolas, Escola EB 2/3 Irmãos Passos e Escola EB 2/3 Sra. da Hora.

Ao longo do desenvolvimento deste trabalho, procurei compreender o que representa para os jovens a presença da “Enfª na escola” (os alunos foram levados pelo escola para o CS para estas sessões mas á responsabilidade da instituição escolar, em horário escolar) e encontrar estratégias para que as sessões fossem interessantes e adequadas ao desenvolvimento cognitivo desta faixa etária, no sentido de assegurar a transmissão e aquisição de conhecimentos e competências pretendidas. Para isso foi necessário conhecer um pouco as formações prévias no âmbito durante a Saúde Escolar e o programa curricular do ensino secundário. Foi realizado um plano de sessão, exposto no ANEXO XVI.

As estratégias utilizadas durante as sessões foram aperfeiçoadas de forma a tornar cada vez a sessão mais clara e acessível ao nosso público. De uma forma geral, considero que foram escolhidas estratégias adequadas, já que as respostas dos grupos foram positivas e no final a maioria foi capaz de reproduzir oralmente os conceitos transmitidos (ANEXO XVII e XVIII).

Com esta experiência pude compreender a necessidade de atualização contínua exigida, do domínio de competências pedagógicas e de comunicação com os jovens e da premência que os conhecimentos acerca da psicologia do desenvolvimento têm para se desenvolverem planeamentos adequados às características e necessidades da população escolar. Na minha opinião, é indiscutível o esforço e mérito da equipa pedagógica, mas inclusão saúde escolar com a colaboração de uma EESIP é muito vantajoso e imprescindível, pois traz uma visão mais integradora ao planeamento da atuação da equipa, aplicando os conhecimentos especializados que possui, em todos estes domínios.

A minha colaboração nestas atividade, revelou-se como crucial no meu processo de aprendizagem, desvendando outros caminhos para a orientação da

consulta e também a possibilidade de interligar os dados obtidos nestas consultas com a saúde escolar, para o acompanhamento destes adolescentes na escola, em termos de conhecimentos de comportamentos de risco e hábitos de vida saudáveis, possibilitando um intercâmbio de informação pertinente com os professores que acompanham os adolescentes. (ANEXO XVII e XVIII).

#### **Objetivos Específicos:**

↳ Compreender a importância do papel do enfermeiro especialista no acompanhamento de crianças com necessidades especiais;

#### **Atividades desenvolvidas:**

↳ Conheci o processo de sinalização e apoio continuado a crianças e suas famílias com necessidades especiais;

↳ Conheci as estratégias desenvolvidas para prestar cuidados adequados às necessidades da criança/ adolescentes e sua família;

↳ Conheci a articulação entre os serviços de saúde e os de ação social;

↳ Visitei a “A Casa do Caminho” com o objetivo de fazer cumprir o PNV;

↳ Reuni com a Enf<sup>a</sup>, elo de ligação da ELI e NACJR do CS, com o intuito de perceber como funcionam e interagem com a equipa multidisciplinar;

#### **Reflexão:**

É certo que todas as crianças têm direito à assistência, como preconizado na Declaração dos Direitos da Criança, independentemente da sua condição física e/ou mental.

Inserir-se no âmbito de atuação do enfermeiro especialista em ESIP a articulação interdisciplinar sempre que necessário no sentido de solucionar problemas de saúde complexos.

As competências do enfermeiro especialista em ESIP e a sua experiência de atuação na área específica, permitem-lhe diagnosticar problemas precocemente e orientar estratégias para os solucionar. Para isso, deve estender os seus conhecimentos a todos os níveis, incluindo o multidisciplinar. Desta forma será possível encontrar soluções eficazes para o problema existente.

No que diz respeito à ação social e instituições de solidariedade social, verificamos que ocorre, na maior parte dos casos, uma lacuna na colaboração com a enfermagem. Por este motivo, verifica-se com mais frequência um contato do enfermeiro com um profissional ligado à ação social do que o oposto. Todavia, considero que o enfermeiro especialista deve direcionar, sempre que necessário, a sua intervenção para um profissional habilitado nessa área com o intuito de uma parceria onde surjam as respostas adequadas.

Relativamente à colaboração do enfermeiro especialista em ESIP do CS da Sra. Hora com as instituições de solidariedade social existentes na comunidade, encontra-se estabelecido o contato com a Associação A Casa do Caminho, onde a enfermeira comparece para efetuar a vacinação das crianças acolhidas e identificar situações de risco para a saúde das mesmas.

Tive oportunidade de acompanhar a enfermeira nestas visitas de sessões de vigilância de saúde e vacinação, o que permitiu perceber melhor o objetivo e o benefício desta colaboração.

No caso das crianças com deficiência física e/ou mental, verifica-se uma articulação semelhante de serviços, onde há uma referenciação do caso entre o enfermeiro e o assistente social, assim como nos casos em que sejam identificadas algumas situações de risco social.

Tive também oportunidade de articular com a enfermeira que faz parte da ELI e NACJR, de forma a perceber um pouco mais sobre a sua atuação e articulação na comunidade, bem como o apoio que dão a toda a equipa. Ao contrário do que imaginava estes núcleos não resolvem os problemas mas cooperam com as unidades de saúde familiares com os seus recursos e conhecimentos para que o melhor seja atingido pelas famílias. O objetivo destas entidades é prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos.

Uma serie de critérios que têm que ser respondidos e realizados rigorosamente para que um destes planos de intervenção seja levantado.

#### 4.2. Domínio – Gestão dos Cuidados de Enfermagem

Vivemos num tempo de mudança nos serviços de saúde, em que os enfermeiros têm um papel de grande relevância, que implica um esforço individual e coletivo em adequar o

perfil e as competências e em evidenciar a relação eficácia-eficiência da sua atividade, garantindo a qualidade dos serviços.

São geralmente, estes enfermeiros ligados à gestão das unidades de cuidados que fazem a gestão dos recursos materiais, equipamentos e humanos. E este facto acontece porque são estes enfermeiros que têm uma maior perceção de suporte organizacional num modelo de gestão de unidades de saúde e que poderão contribuir para a eficiência, objetivando a Melhoria Contínua da Qualidade. Esta eficiência é entendida como uma medida do custo exigido para atingir qualquer melhoria num sistema de saúde como uma relação entre os custos e os resultados, ou seja aquilo que se obtém com os recursos disponíveis. É assim possível prestar bons cuidados de saúde com menos custos e sem desaproveitamentos, sejam recursos humanos, materiais ou financeiros. Os recursos humanos, são as *“pessoas que integram, permanecem e participam na vida da empresa, qualquer que seja o seu nível hierárquico ou tarefa. Os recursos humanos são os mais complexos da organização pelo que requerem particular atenção dos gestores e sua gestão exige níveis elevados e cuidado, atenção e especialização”* (Frederico, et al., 1999 p. 25).

#### **Competências a adquirir segundo o Plano de Estudo:**

- Exercer supervisão do exercício profissional na área de ESIP;
- Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na área de ESIP;
- Realizar a gestão dos cuidados na área de ESEP;
- Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de ESIP;
- Colaborar na integração de novos profissionais;

#### **Objetivos Específicos:**

- ↪ Refletir sobre o papel do enfermeiro especialista na qualidade da prestação de cuidados à criança/adolescente e sua família, no âmbito da gestão de cuidados;
- ↪ Conhecer modelos e estratégias dos diferentes modelos aspetos da gestão dos cuidados de enfermagem nos serviços de saúde;

#### **Atividades desenvolvidas:**

- ↪ Refleti sobre as competências do EE na dinâmica organizacional dos serviços;
- ↪ Observei as estratégias do EE na gestão de conflitos e na satisfação das expectativas da equipa e clientes;

- ↳ Observei e colaborei no processo de gestão nos serviços de relativamente aos métodos de gestão de recursos humanos, equipamentos e stock existentes;
- ↳ Analisei o EESIP na organização diária/por turno das tarefas a realizar pela equipa;
- ↳ Colaborei com a equipa nos procedimentos de garantia e melhoria contínua da qualidade;

### **Reflexão**

Para a concretização destas competências solicitei a colaboração dos vários Enfermeiros Chefes e das Enfermeiras Especialistas de Saúde Infantil e Pediatria, que me esclarecem e informaram sobre os aspetos relacionados com a gestão de recursos humanos e materiais, a metodologia utilizada na elaboração do horário e o plano de distribuição dos enfermeiros por turno. Mas a minha principal preocupação era perceber o papel e a importância que o EE assume nesta função.

Os EE mostraram ter um papel fundamental na melhoria dos cuidados à criança/adolescente e a sua família. Eles tornam-se os elementos fulcrais para a aquisição de competências na área da SIP. Notou-se francamente que na maior parte das vezes são eles, os impulsionadores para as diferentes mudanças, realizadas nos diferentes serviços de saúde.

Durante o módulo de estágio procurei acompanhar as enfermeiras orientadoras no sentido de aprofundar conhecimentos e adquirir novas competências, através da observação da sua atuação e comparação com a minha prática profissional. Pude comprovar que a equipa encara o EE como um elemento de referência na prestação de cuidados de excelência e na organização das tarefas a executar. Por um outro lado é a este elemento que recorrem quando surge alguma dúvida relativamente à possibilidade de atuação, sobretudo em situações de maior complexidade, como profissional detentor de conhecimentos mais aprofundados; por outro lado, veem neste elemento alguém que gere os cuidados a prestar, estabelece prioridades, baseando-se em princípios exequíveis e planeia uma intervenção adequada às reais necessidades não só do próprio utente, mas também da sua família e/ou comunidade.

Compreendi, desta forma, a mais-valia que este elemento representa não só para a equipa de enfermagem, como também para a equipa multidisciplinar e para a população – alvo dos seus cuidados. Desempenha o papel de colega possuidor de conhecimentos atualizados capaz de interligar a prática com a teoria, no sentido de atender a

criança/adolescente e sua família consoante as suas necessidades em saúde. Orienta os cuidados segundo prioridades e presta o apoio necessário em saúde e ao nível psicológico e social mediante a sua área de intervenção, para além de liderar a equipa assegurando o normal funcionamento do serviço durante o seu turno

O papel de EESIP, com conhecimentos diferenciados para a deteção de situações de risco na infância e adolescência ou comprometimento do desenvolvimento, é deveras importante e revela-se essencial na prática quotidiana; a partir desta deteção, que constitui por vezes a fase mais difícil, surge muitas vezes o encaminhamento e sinalização de crianças/jovens para Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco ou para o programa de Intervenção Precoce.

Tive oportunidade de acompanhar a EE, em reuniões onde eram tomadas decisões que envolviam os cuidados prestados e as suas opiniões eram consideradas e valorizadas.

Assim sendo, procurei prestar cuidados à criança e sua família orientados para as necessidades identificadas, recorrendo aos recursos existentes, implementando, um plano de cuidados congruente com todos estes fatores, muitas vezes com a finalidade de capacitar os indivíduos e os seus cuidadores para a promoção da saúde, ensinando-os a desenvolver habilidades lembrando-me que o meu papel como enfermeira, é potenciar as suas capacidades e complementar os cuidados nas atividades onde exista dependência ou défice. Depois de realizar a avaliação do meu desempenho, considero que fui capaz de adquirir as competências relacionadas com a gestão e liderança de cuidados.

Acredito que conseguirei encarar a realidade do local de trabalho de uma forma abrangente, tomando conhecimento das necessidades da instituição, sendo capaz de manter a organização da mesma e seu adequado funcionamento no que diz respeito à equipa de enfermagem e suas atividades. Espero também ser capaz, de mostrar a forma como a minha capacidade de intervenção junto das criança/adolescentes e sua família e comunidade se traduz em cuidados centrados nas suas necessidades como um só e, não apenas, nos problemas evidentes que os levam ao atendimento de enfermagem.

#### 4.3. Domínio – Formação em Enfermagem

A componente formativa representa nas profissões diferenciadas, como é o caso de Enfermagem, não só o investimento inicial obtenção de um título académico, mas também um compromisso assumido durante toda a vida profissional. É neste sentido que, após a

formação inicial, considero determinante que o profissional de enfermagem se dedique a uma formação permanente, com o objetivo de adquirir e desenvolver conhecimentos e competências, e potenciar o desenvolvimento pessoal e profissional, o que se repercutirá na melhoria do seu desempenho e da qualidade dos cuidados que presta (Costa, et al., 1997)

Os Enfermeiros sentem cada vez mais necessidade de desenvolver o seu conhecimento científico e a sua aplicação prática a nível dos cuidados que prestam. Simultaneamente, reconhece-se a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes, para alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência e ainda para demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática.

Procura-se com a investigação fomentar uma atitude de carácter reflexivo e capacidade de análise crítica como a melhor forma de a enfermagem se desenvolver, equacionando aquilo que faz. Refletindo e questionando os modelos de trabalho e as práticas profissionais, a enfermagem vai encontrando alternativas adequadas à resolução dos problemas com que atualmente se debate.

No âmbito da formação permanente, o EE assume ainda maiores responsabilidades, sendo-lhe exigidas a identificação de necessidades formativas na equipa, o planeamento e a intervenção direcionada a colmatar os défices diagnosticados e, por fim, a avaliar o impacto da sua atuação (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Tendo em consideração estes princípios, procurei ao longo do estágio investir no desenvolvimento de algumas competências prévias e à aquisição de outras, que permitam o reconhecimento da minha atuação diferenciada.

#### **Competências a adquirir segundo o Plano de Estudo:**

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

### **Objetivos Específicos**

- ↪ Desenvolver competências no âmbito da formação pessoal e a pares;
- ↪ Emitir pareceres fundamentados, baseados na evidência científica, sobretudo em assuntos relacionados com a área de ESIP;

### **Atividades Desenvolvidas**

- ↪ Conheci o plano de formação em curso nos locais de estágio;
- ↪ Identifiquei e analisei as necessidades formativas nos diferentes serviços;
- ↪ Analisei de forma crítica as práticas do serviço, refletindo sobre a sua consonância com as diretrizes emanadas pela investigação científica;
- ↪ Divulguei informação sobre a realização de eventos formativos;
- ↪ Assisti várias formações de serviço;
- ↪ Participei na formação de serviço sobre “Protocolos de atuação nos diferentes CVC” e “Tipos de Isolamentos e Medidas Preventivas”;
- ↪ Realizei uma ação de formação a pares, subordinado ao tema “ Cuidados Paliativos Pediátricos”;
- ↪ Realizei folhetos informativos acerca de temas relevantes para a SIP;

### **Reflexão**

A formação em serviço representa uma das necessidades da equipa de enfermagem e representa um importante papel para a melhoria dos cuidados prestados, pois é através da formação contínua dos elementos da equipa que se discute e reflete sobre as práticas implementadas e necessidades patentes, surgindo dessas sessões novas ideias e conclusões fulcrais para o processo das intervenções existentes.

Dentro da equipa de saúde, o EESIP deve ser reconhecido como um elemento de referência pelos conhecimentos e competências específicas que possui na sua área de especialização. Apesar de já o Decreto-Lei nº 412/98 de 30 de Dezembro preconizar a responsabilidade do EE pela formação em serviço, atual Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista que este profissional, atuando como formador oportuno, “ *responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade*” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Nesses serviços, compreendi como os objetivos aprofundados na área contribuem para uma adequada elaboração do plano de formação, já que permite identificar as lacunas

formativas existentes na equipa. É esperado que o EE reconheça a realidade do serviço no que diz respeito às necessidades da sua população alvo e através dos recursos existentes, bem como das atividades de enfermagem implementadas, diagnostique as falhas de formação, sugerindo á equipa temas pertinentes de forma a atualizarem os conhecimentos e se prestem cuidados de excelência. Desta forma, é suposto que seja um dos principais intervenientes na formação do serviço, incentivando a equipa para a autoformação e investigação em serviço.

Nesse sinto, continuo a considerar que a melhor forma de me tornar boa profissional é apostando na minha formação pessoal e profissional, apostar na área de especialização e na atualização constante de conhecimentos de forma a melhorar não só o meu desempenho individual como a nível institucional.

No âmbito do estágio, procurei desenvolver atividades relacionadas com a formação em serviço que promovessem práticas adequadas em SIP. Algumas destas atividades prenderam-se á colaboração na formação sobre os “Tipos de Isolamentos e Medidas Preventivas”, á realização de uma sessão formativa subordinada ao tema “Cuidados Paliativos Pediátricos”, cujo tema foi escolhido depois de aplicado um teste de diagnóstico à equipa (ANEXOS XIX, XX e XXI). Depois de algumas conversas com a equipa, enfermeira orientadora e com os próprios clientes, cheguei à conclusão que consideravam pertinente ter algum documento com os ensinamentos discriminados, pelo que realizei um folheto cujo tema suscitava mais dúvida, “Alimentação no doente Neutropénico” (ANEXO XXII). Todas estas atividades foram desenvolvidas no módulo de estágio II.

Em contexto comunitário, foi muito motivador observar uma postura profissional, muito direcionada para a formação contínua, uma vez que parte da filosofia de gestão da Instituição. Pude participar em várias formações de serviço, não direcionadas para os EESIP mas para toda a equipa multidisciplinar. Pude assistir á formação “Gestão de conflitos e Gestão de *Stress*” e “ Dinâmicas de Grupo”, lecionado pela psicóloga da instituição, o que permitiu um contacto mais próximo com um grande número de profissionais, alguns dos quais não tive oportunidade de trabalhar, trabalham diretamente bem como de adquirir um conjunto de estratégias para melhorar os nossos dias de trabalho.

Considero que todas as atividades foram excelentes oportunidades para contribuir para a melhoria dos cuidados prestados naquelas unidades de saúde, bem como de demonstrar perante a equipa de enfermagem uma reflexão profunda aprofundada da realidade das mesmas e uma preocupação com as práticas em vigor.

Ao longo do meu estágio, fui contactando com vários enfermeiros que nem sempre estavam muito atualizados sobre casos particulares da SIJ pelo que sempre tentei de forma devidamente fundamentada com referências bibliográficas científicas, esclarecer e partilhar os meus conhecimentos. Da mesma forma, sempre procurei aprender o mais possível com os enfermeiros que acompanhava, de forma a existir uma partilha vantajosa nos dois sentidos.

#### 4.4. Domínio – Investigação em Enfermagem

Neste estranho tempo que vivemos, a investigação científica tem vindo a adquirir um protagonismo inusitado. Ela parece estar presente em todos os domínios da nossa vida. Desde os detergentes, à pasta de dentes, dos colchões onde nos deitamos aos sapatos que calçamos, tudo leva o rótulo de “comprovado cientificamente”. Este epíteto parece conferir-lhe uma credibilidade adicional, conseguindo desta forma maior aceitação junto do público consumidor.

Se olharmos para este fenómeno a partir da perspetiva do mundo académico, verificamos que também aí a palavra “investigação” talvez seja, neste momento, a mais vezes referida e discutida. Apesar de aí ser, por definição e excelência, o local de produção de investigação, nem sempre esta teve este protagonismo.

No mundo académico português e um pouco à semelhança do que vai acontecendo por toda a Europa, paralelamente à discussão acerca das questões do financiamento, das questões organizacionais, parece assistir-se a uma verdadeira explosão de produção científica.

A Ordem dos Enfermeiros não pode ficar alheia ao desenvolvimento de trabalhos científicos produzidos por um elevado número de enfermeiros e ao quanto eles têm contribuído para o aumento do conhecimento em Enfermagem, como um dos domínios das Ciências da Saúde.

Uma das responsabilidades da OE, promover a Investigação em Enfermagem de forma sistemática, científica e rigorosa que procurar incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Engloba todos os aspetos da saúde que são de interesse para a Enfermagem. Inclui, por isso, a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida, ou visando uma morte digna e serena (Internacional Council of Nurses, 1999).

O conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem é utilizado para desenvolver uma prática baseada na evidência, melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde (Internacional Council of Nurses, 1999).

**Competências a adquirir segundo o Plano de Estudo:**

- 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;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada;
- Comunicar os resultados da prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;

**Objetivos Específicos:**

- ↪ Analisar de forma crítica as implicações da investigação no cuidado à criança e família;

**Atividades desenvolvidas:**

- ↪ Realizei pesquisa bibliográfica diversificada, especialmente relacionadas com a área SIP, de forma sistemática, organizada e pertinente;
- ↪ Utilizei os conhecimentos em enfermagem para a realização de uma prática baseada na evidência;
- ↪ Iniciei a implementação do projeto de Cuidados Continuados Integrados Pediátricos, na ULSM (ANEXO XXII);
- ↪ Incorporei na prática e refleti os resultados da investigação;

**Reflexão**

A prática baseada na evidência constituiu, desde sempre, uma preocupação acrescida ao longo do meu percurso académico, já que todas as decisões devem ser fundamentadas em conhecimento científico. Apesar de me encontrar a fazer a especialidade em SIP, uma área em que tenho alguns anos de experiência e por isso algum conhecimento prático, senti a necessidade de continuar a efetuar pesquisa bibliográfica, não só através de manuais como

também através de base de dados. Contudo, o contato com toda a equipa multidisciplinar foi muito importante, fui sendo alertada para determinados pormenores e casos particulares a que nem sempre a literatura faz referência, foram-me respondidas questões mais práticas que me ajudaram a refletir na e sobre a prestação de cuidados diária. Foi necessário a consolidação da informação adquirida diariamente, com períodos de conversas informais e reflexões interiores, para mais tarde poder ter uma atuação eficaz e eficiente a todas e quaisquer situações que me pudessem acontecer.

As pesquisas realizadas constituíram uma ferramenta imprescindível para a concretização dos meus objetivos em busca da aquisição de competências de um Enf<sup>o</sup> especialista em SIP, e de forma a aplicar na minha atuação para com a criança/família, conhecimentos provenientes da investigação, com fundamentação e validação.

No entanto existe a necessidade de realizar mais investigação em enfermagem inerente à prática profissional e dirigir-se para a resolução de problemas relacionados com a eficiência dos cuidados de enfermagem.

Durante o meu estágio fui-me deparando com questões e situações que me fizeram refletir e interessar por temas mais particulares e que de alguma forma despertaram mais preocupação e necessidade de saber mais.

Durante todo o meu percurso profissional sempre gostei muito da vertente de educadora e formadora, como tal, investi sempre muito nesse sentido. Sempre achei importante envolver o utente e a pessoa de referência no seu processo de tratamento e manutenção do bem-estar, como tal, a investigação e a procura de conhecimento que incentivasse o paciente e família a ter essa preocupação, constitui uma prática recorrente.

A investigação foi fundamental para todas as sessões de educação realizadas, bem como para todos os esclarecimentos de familiares e crianças/adolescentes.

Sempre tive um grande interesse e grande curiosidade pela Oncologia Pediátrica, ao mesmo tempo nunca percebi muito bem porquê, já que era bastante escasso o meu contacto com ela. A formação académica privilegia muito pouco esta área, tão específica e que a nível de percentagem, não é considerado um grande problema na pediatria (apesar de estar a aumentar a taxa de prevalência nos últimos 10 anos). Foi então que surgiu a possibilidade de fazer um Curso de Oncologia Pediátrica, na Liga Portuguesa Contra o Cancro; ao mesmo tempo que iniciei o meu estágio no serviço de pediatria /Isolamentos, no CHSJ. (ANEXO XXV)

Contatei pela primeira vez com crianças/adolescentes e suas famílias, portadores de doença oncológica /doença crónica. *“O cancro pediátrico pode ser considerado uma*

*doença crónica muito exigente a nível psicológico, social e físico, obrigando a inúmeras adaptações por parte da criança que é diagnosticada, dos seus pais, irmãos e família enquanto um todo”* (Gonçalves, et al., 2001 p. 45). Necessitou de um grande investimento a nível de investigação da minha parte mas valeu apenas, pois adquiri um conjunto de saberes capazes de me ajudar a perceber quais as tarefas desenvolvimentais mais importantes de cada período do desenvolvimento pelo qual passa um utente em idade pediátrica (infância, pré-escola, idade-escolar e adolescência), descrever a forma como a criança compreende a doença e caracteriza as suas vivências em termos de tratamentos médicos e necessidades de hospitalização bem como perceber o papel dos pais ao longo deste processo.

*Por vezes, esquecemo-nos que “A criança não fica alheia à perceção da gravidade da situação, diretamente, ou através das reações dos pais [...], nem à necessidade de se confrontar com processos físicos estranhos, difíceis de compreender, dolorosos, e potencialmente limitadores da atividade habitual”* (Barros, 1998 p. 13).

Permitiu-me perceber que não só existe uma adaptação desenvolvimental, por parte da criança/adolescente e sua família, mas também uma adaptação psicológica às diversas fases de evolução da doença, uma vez que as suas necessidades se modificam consoante o estágio da doença.

Todos os conhecimentos adquiridos alertaram-me para um problema da nossa sociedade, que considero, bastante grave e importante resolver – **Aumento da semivida da população infantil com doença crónica** (Araújo, 2011).

Um pouco por todo o Mundo e sobretudo nas sociedades mais desenvolvidas, assistimos a uma alteração que se caracteriza pelo aumento da esperança de vida da população infantil portadora de doença crónica. O aumento e crescente investimento na tecnologia, os avanços da Medicina Neonatal e Pediátrica Intensiva é uma realidade evidente e inevitável nas diferentes sociedades contemporâneas, o que aumenta o número de crianças que sobrevivem com problemas de saúde e que requerem cuidados específicos que os pode obrigar a ficar vinculados a uma Instituição de Saúde e ou Social. Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e a assistência médica, reduzir o número de internamentos recorrentes e aumentar o contato social e familiar da criança, despertou o meu interesse para a Investigação na temática relacionada com Cuidados Continuados Pediátricos, que se veio a mostrar um bom impulso para a Implementação do Projeto CCIP na ULSM.

*“Estudos de qualidade de vida que incluem parâmetros emocionais, sociais, ocupacionais e físicos têm vindo a demonstrar que o apoio de peritos à criança e família*

*[...] reduz a depressão e melhora a qualidade de vida. De facto, uma forte autoestima do doente bem como um bom suporte familiar é fundamental para a gestão de dificuldades emergentes como a perda de emprego, perda de rendimentos e enfraquecimento das relações sociais que ocorrem muitas vezes com o início da nutrição domiciliária”* (Mansilha, 2010 p. 187).

Até pouco tempo, as famílias eram afastadas das crianças que se encontravam internadas em verdadeiras situações de isolamento, pois acreditava-se que, assim, evitava-se a disseminação das infeções.

Na atualidade, observa-se um movimento de incentivo à participação e envolvimento da família na parceria de cuidados, identificando-se como fundamental o seu papel no processo saúde/doença/cuidar.

A existência de uma doença crónica afeta toda a família e cria momentos difíceis com avanços e retrocessos nas relações entre seus membros. O cuidado à criança com doença crónica desgasta a energia, tempo e privacidade da família; provocando na maior parte das vezes um isolamento social e emocional. (Furtado, et al., 2003) Em contrapartida, se esta família tiver o apoio comunitário, profissional e de recursos materiais, os seus níveis de *stress*, ansiedade e cansaço podem diminuir significativamente o que permite um aumento da qualidade de vida de toda a família, incluindo da criança doente ou adolescente.

Principalmente por acreditar nesta dinâmica social e familiar é que resolvi agarrar com muita satisfação a oportunidade de iniciar a **implementação deste Pré-projecto**, que fico à espera que dê muitos frutos (ANEXO XXII).

## 5 - Conclusão

Neste relatório pretendi ilustrar o percurso desenvolvido ao longo deste Módulo Curricular, descrevendo as estratégias desenvolvidas e linhas de pensamento. Deste modo, documenta-se o caminho que me orientou num crescimento profissional no âmbito da ESIP.

Ao longo do Estágio pude intervir em situações novas, ultrapassando obstáculos e desenvolvendo novas competências. Considero que me foi possível atingir de uma forma geral os objetivos a que me propus, aprofundando competências já adquiridas e adquirindo novas competências, mas, acima de tudo, permitiu-me compreender o papel da EE nos vários contextos, Hospitalar e Comunitário, conseqüentemente, identificar a sua área de atuação e a relevância do seu papel perante a equipa.

Através das atividades realizadas e das reflexões efetuadas, desenvolvi capacidades através das quais construírei o meu caminho até chegar a EE, sendo-me possível identificar precocemente necessidades em saúde e implementando atividades adequadas aos fenómenos de enfermagem, avaliando posteriormente o impacto nas mesmas no sentido de ajudar a criança/ adolescente e família a obter ganhos em saúde. Acima de tudo, representou um crescimento e amadurecimento profissional que me habilitou para a prestação de cuidados ao indivíduo e sua família.

Esta foi mais uma etapa do caminho a percorrer para atingir a meta como EE em ESIP. Considero que esta Unidade Curricular me permitiu adquirir capacidades que servirão de suporte a um crescimento profissional que, conseqüentemente, permitirá identificar precocemente as necessidades em saúde da criança / adolescente e sua família.

Esta experiência revelou-se muito aliciante, porque não só me dotou em técnica e conhecimento mas também porque me transformou enquanto pessoa. Abriu-me horizontes para uma área aliciante da enfermagem pediátrica e que pode ser extremamente compensadora e enriquecedora para ambos os intervenientes na arte do cuidar. Alarguei, ainda o meu campo de ação, construindo as bases para uma intervenção comunitária e familiar, mesmo em contexto hospitalar.

Terminada esta etapa, penso que com maior ou menor dificuldade, superei os obstáculos e atingi “patamares” superiores. Atingindo este novo nível na minha vida profissional e pessoal outros desafios se me deparam, e com responsabilidades acrescidas, como impulsionadores de mudança.

No final deste caminho, posso afirmar que o Enfermeiro Especialista é, sem dúvida, dotado de saber mais profundo, mais pormenorizado, atento, individualizado e mais humanizado para com a criança, sem nunca esquecer a sua família.

## 6 – Bibliografia

**Abreu, Wilson C. 2003.** Supervisão, qualidade e ensino clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?. Coimbra : Sinais Vitais, 2003. Vol. 45.

**Acreditar. 1993.** [Online] 1993. <http://www.acreditar.org.pt/sobre-nos-2>.

**Araújo, Marta. 2011.** *A Doença Oncológica na Criança*. Lisboa : Coisas de Ler, 2011. ISBN 978-989-8218-42-1.

**Barros, L. e Santos, Margarida C. 1999.** Contribuição do estudo das significações sobre a saúde e a doença para as intervenções em psicologia pediátrica. [Online] 1999. <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a05.pdf>.

**Barros, Luísa. 1998.** As consequências psicológicas da hospitalização infantil: Prevenção e Controlo. Lisboa : Análise Psicológica, 1998. Vol. 1 (XVI).

**Batalha, Luís. 2010.** *Dor em Pediatria*. [ed.] Lidel. 2010. 9789727575930.

**Benner, Patrícia. 2001.** *De iniciado a Perito: a excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra : Quarteto Editora, 2001.

**Bowlby, J. 1973.** *Attachment and loss*. New York : Basic Books, 1973.

**Brazelton, T. Berry e Sparrow, Joshua D. 2011.** *A Criança e o Choro*. Lisboa : Editorial Presença, 2011.

—. **2011.** *A Criança e o Sono*. Lisboa : Editorial Presença, 2011.

**Brazelton, T. Berry. 2010.** *O grande Livro da Criança*. Lisboa : Editorial Presença, 2010.

**Canadian Association of Emergency Physicians. 2001.** Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale: Implementation Guidelines for Emergency Departments. Canada : Canadian Journal of Emergency Medicine, Outubro de 2001. Vol. 3.

**Cardoso, Alexandrina, Brito, M. Alice e Ribeiro, A. Leonor. 2006.** Concepção de uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa : Nursing, janeiro de 2006. Vol. nº206.

**Carricho, Francisco. 2001.** Como elaborar um relatório. [Online] 2001. <http://azolla.fc.ul.pt/aulas/documents/ElabRelat.pdf>.

**Casey, Anne. 1993.** *Ussing a nursing model in curriculum plannin - in Pendlenton, Settla; Miles, Alan - Curriculun planning in Nursing Education*. 2ªed. London : Edward Arnold, 1993.

**Coleman, M, Kristjanson, L e Maltby, H. 2003.** The parenting competency framework: Learning to be a parent of a child with asthma. s.l. : Internacional Journal of Nursing Practice, 2003. Vol. 9.

**Collière, M. Françoise. 1999.** *Promover a vida: da prática das mulheres de virtudes aos cuidados de enfermagem*. Lisboa : Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

**Cor é vida. 2003.** [Online] maio de 2003. <http://corevida.org/>.

**Correia, Cristina, et al. 2001.** *Os enfermeiros em cuidados de saúde primários*. Lisboa : Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2001. Vol. volume 2.

**Costa, M. Manuela e Costa, Carlos A. Quaresma. 1997.** *Formação em serviço: mitos e realidades*. Coimbra : Revista Sinais Vitais, 1997. Vol. 15.

**Costa, Maria F. A. e Ferreira, Manuela M. C. 2004.** CUIDAR EM PARCERIA: SUBSÍDIO PARA A VINCULAÇÃO PAIS/BEBÉ PRÉ-TERMO. [Online] outubro de 2004.  
<http://hdl.handle.net/10400.19/442.1647-662X>.

**Davis, L, Mohay, H e Edwards, E. 2003.** Mother's involvement in caring for their premature infants an historical overview. s.l. : Journal of Advanceal Nursing, 2003. Vols. 42, nº6.

**Direção Geral de Saúde. 2008.** Plano Nacional de Luta Contra a Dor. [Online] junho de 2008.  
<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>.

**Direcção Geral da Saúde. 2005.** Programa - Tipo de Actuação. 2ª edição *Direcção geral da Saúde - Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa : Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, 2005.

**Direcção Geral de Saúde. 2011.** MAUS TRATOS EM CRIANÇAS E JOVENS. *Acção de saúde para crianças e jovens em risco*. [Online] fevereiro de 2011.  
[https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:2jyunpcC2jMJ:www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016079.pdf+&hl=pt-PT&gl=pt&pid=bl&srcid=ADGEEShQKBrhKq6zgTtnUDPHMQ0BqRFIw8AVUDr21R0RFCnQIYoEDpctOdc17QI3jwlHUIcRokxhQTNBSad5h0XbnknL6kGn\\_\\_8zaErkxnOxhDu8ymyo-E4u](https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:2jyunpcC2jMJ:www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016079.pdf+&hl=pt-PT&gl=pt&pid=bl&srcid=ADGEEShQKBrhKq6zgTtnUDPHMQ0BqRFIw8AVUDr21R0RFCnQIYoEDpctOdc17QI3jwlHUIcRokxhQTNBSad5h0XbnknL6kGn__8zaErkxnOxhDu8ymyo-E4u).

— . **2006.** Programa Nacional de Saúde Escolar. *Portal da Saúde*. [Online] junho de 2006.  
[www.portaldasaude.pt/.../saude+escolar/saudeescolar.htm](http://www.portaldasaude.pt/.../saude+escolar/saudeescolar.htm).

— . **2009.** Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. [Online] 2009.  
<http://www.dgs.pt/ms/12/default.aspx?id=5525>.

**Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. 1995.** Oncologia Pediátrica.org. [Online] outubro de 1995. [http://www.oncologiapediatria.org/index.php?site/ver\\_artigo/171](http://www.oncologiapediatria.org/index.php?site/ver_artigo/171).

**Elek, S, Fleck, M e Hudson, D. 2004.** First-Time Mother's and Father's Transitions to Parenthood: Infant Care Self- Efficacy, parenting Satisfaction, and Infant Sex. s.l. : Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 2004. Vol. nº24.

**Faure, Megan e Richardson, Ann. 2004.** *Os Sentidos do Bebê - Compreender o mundo sensorial do Bebê - a chave para uma criança feliz*. Lisboa : Livros Horizonte, 2004. ISBN 972-24-1310-4.

**Feliciano, Fátima. 2007.** *Método Canguru - o prosseguir da vinculação pais - bebê prematuro*. Coimbra : Almedina, 2007. 266046/07.

**Fernandes, Ananda. 2000.** *Crianças com Dor - o quotidiano do trabalho de dor no hospital*. Coimbra : Quarteto Editora, 2000. ISBN: 972-8535-49-X.

- Frederico, Manuela e Leitão, M.dos Anjos. 1999.** *Princípios de administração para enfermeiros*. 1ª edição. Coimbra : Formasau - Formação e saúde, Lda, 1999.
- Furtado, M.C. e Lima, R.G. 2003.** O COTIDIANO DA FAMÍLIA COM FILHOS PORTADORES DE FIBROSE CÍSTICA. [Online] janeiro/fevereiro de 2003.  
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16561.pdf>.
- Galvão, Cristina M., Mendes, Isabel A. C. e Sawada, Namie O. 2003.** A busca das melhores evidências. [Online] Rev Esc Enferm USP, setembro de 2003.  
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/05.pdf>.
- Gonçalves, M., et al. 2001.** *Cancro infantil e comportamento parental*. Lisboa : In A Pires, 2001. p. 45.
- Hockenberry, Marilyn J. e Wilson, David. 2011.** *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 8ª Edição. Rio de Janeiro : Elsevier Editora Ltda, 2011. 978-0-323-05353-2.
- Houzel, D. 2004.** *As implicações da parentalidade. In: Ser pai, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milénio*. [ed.] Casa do psicólogo livraria e editora LTD. 1ª Edição. São Paulo : s.n., 2004. ISBN 85-7396-3328-1.
- Internacional Council of Nurses. 2009.** Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE «Guidelines for ICNP Catalogue». Genebra : Ordem dos Enfermeiros, 2009.
- . 1999. *Nursing Research. A tool for Action*. s.l. : Nursing Matters, 1999.
- . 1999. *Position Statement on Nursing Research*. s.l. : ICN, 1999.
- Jorge, Ana M. 2004.** *Família e hospitalização da criança - (re)pensar o cuidar em enfermagem*. 1ª edição. Lisboa : Lusociência, 2004. 978-972-8383-79-4.
- Jornig, Silvia M. A. 2010.** Tornar-se pai, tornar-se mãe: processo de construção da parentalidade. *Tempo Psicoanalítico* . Rio de Janeiro : s.n., junho de 2010. Vol. volume 42 nº2. ISSN 0101-4838.
- Lellis, Cedna. 2007.** O que é e porque usar o Portfólio? [Online] 2007.  
[www.uberaba.mg.gov.br/websemec/formacao/portifolio.pdf](http://www.uberaba.mg.gov.br/websemec/formacao/portifolio.pdf).
- Lima, R.A. e Menossi, M.J. 2000.** A problemática do sofrimento: percepção do adolescente com câncer. s.l. : Revista Esc. Enf. USP, 2000. Vols. 34, nº1.
- Lopes, Armandina e Nunes, Lucília. 1995.** Acerca da Triologia: Competências Profissionais / Qualidade dos Cuidados - Ética. s.l. : Revista Nursing, nº90, 1995.
- Mansilha, Helena F. 2010.** cuidados continuados pediátricos – abordagem multidisciplinar. *A Nutrição*. [Online] 2010.  
<[http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0872-07542010000300015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542010000300015&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0872-0754..
- Martins, C. 2008.** *Transição para a Parentalidade. Programa de doutoramento em enfermagem : revisão bibliográfica*. [ed.] Universidade Lisboa. Lisboa : s.n., 2008.

**Meleis, A, Sawyer, L e RN, Im. 2000.** Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. s.l. : Advances in Nursing Science, 2000. Vols. 23, nº1.

**Mercer, R. 2002.** Transitions to parenthood. s.l. : Nurseweek, 2002.

**Metzger, Christiane, et al. 2002.** *Cuidados de Enfermagem e dor*. Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2002. ISBN: 972-8383-32-0.

**Ministério da Saúde. 2005.** Programa - Tipo de Actuação. 2ª edição *Direcção geral da Saúde - Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa : Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, 2005.

**NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente,. 2010.** CADA CASO É UM CASO - A VOZ DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES EM ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL. [Online] 2010. <http://www.neca.org.br/wp-content/uploads/Livro5.pdf>. ISBN 978-85-63512-05-5.

**Nunes, Jorge. 2000.** O professor e a acção reflexiva. [Cadernos CRIAP Nº10]. Porto : Asa, 2000.

**Nyström, K e Öhrling, K. 2004.** Parenthood experiences during the child's first year: literature. s.l. : Journal of Advanced Nursing, 2004. Vols. Vol 46, nº3.

**Operação Nariz Vermelho. 2002.** Operação Nariz Vermelho. [Online] 2002. <http://www.narizvermelho.pt/>.

**Ordem dos Enfermeiros. 2011.** *CIPE 2*. Santa Maria da Feira : Lusodidacta, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2.

— **2010.** Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Parecer Nº4/2010*. [Online] outubro de 2010. <http://www.ordemenfermeiros.pt>.

— **2010.** Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa : Ordem do Enfermeiros, 2010.

— **2010.** Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem . [Online] novembro de 2010. [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf).

**Ordem dos Enfermeiros, OE. 2008.** Dor - Guia Orientador de Boa Prática. s.l. : Cadernos da Ordem, Série I, Nº I, Junho de 2008. ISBN: 978-972-99646-9-5.

**Pinto, Mónica. 2009.** Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *dossier: neurodesenvolvimento infantil*. [Online] Revista Portuguesa de Clínica Geral, 2009. [https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:dyCCTnt4\\_Asj:old.apmgf.pt](https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:dyCCTnt4_Asj:old.apmgf.pt).

**Santos, Andrea O. 2011.** NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados.... Porto : NASCER E CRESCER, 2011. Vol. XX nº1, artigo de revisão 31.

**Secco, M. Loretta e Moffatt, Michael E. K. 2003.** *he Home Environment of Métis, First Nations, and Caucasian Adolescent Mothers: An Examination of Quality and Influences.*

[[http://cjr.mcgill.ca/archive/35/abst35\\_2\\_secco.html](http://cjr.mcgill.ca/archive/35/abst35_2_secco.html)]. junho de 2003. Vol. volume 32.

**Shields, L. 2011.** Interactions between parents and staff of hospitalised children. s.l. : Paediatric Nursing, 2011. Vols. 23, nº214.

**Sousa, M. Fátima. 2012.** Aprender a saber ser, a saber fazer e a saber estar - A construção da profissionalização. [Online] Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, fevereiro de 2012. <http://purl.net/esepef/handle/10000/561>.

**Spitz, R. A. 1945.** Hospitalism—An Inquiry Into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early childhood. *Hospitalism*. [Online] 1945. <http://www.answers.com/topic/hospitalism-psychoanalysis>.

**Tamez, Raquel N. e Silva, Maria J. P. 2009.** *Enfermagem Na UTI Neonatal: Assistência ao Recém Nascido de Alto Risco.* 4ª edição. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2009.

**Tavares, Patrícia Pombo. 2011.** *Acolher brincando - A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada.* Loures : Lusociência - Edições técnicas e científicas, Lda., 2011. ISBN: 978-972-8930-70-7.

**ULSM. 2010.** Unidade Local de Saúde de Matosinhos. [Online] innovagency, 2010. <http://www.ulsm.min-saude.pt>.

**Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE. 2010.** Bem-me-quer. [Online] 2010. O projecto de enfermagem para a parentalidade Bem Me Quer, é da responsabilidade das enfermeiras especialistas em saúde infantil e pediatria..

**Vieira, Margarida. 2008.** *Ser enfermeiro: da compaixão à proficiência.* Lisboa : Universidade Católica Editora, 2008. 978-972-54-0195-8.

**Warre, I. e Bond, C. 2004.** *Guidelines for infant development in newborn nursery.* Londres : Winnicott Baby Unit, 2004.



# **ANEXOS**



**ANEXO I – PLANO DE ESTUDOS**





## Objetivos e Competências a desenvolver

Apresentam-se os Objetivos Gerais e Específicos propostos pelo Plano de Estudos do Curso, que pretendem orientar globalmente as competências a desenvolver.

### Objetivos Gerais:

Com o presente Estágio pretende-se que o aluno demonstre:

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

### Objetivos Específicos:

1. 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;
2. Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
3. Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
4. Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
5. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
6. Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
7. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;
8. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;

9. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
10. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
11. Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica;
12. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
13. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;
14. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
15. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
16. 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;
17. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
18. Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP;
19. Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;
20. Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
21. Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
22. Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP;
23. Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP;
24. Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP;
25. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
26. Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;
27. Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;
28. Promover a formação em serviço na área de EESIP;
29. Colaborar na integração de novos profissionais.

**ANEXO II – CRONOGRAMA MÓDULO CURRICLAR**

Local \ Período	24/05/2012 a 23/06/2012	01/10/2012 a 24/11/2012	26/11/2012 a 02/02/2013
Serviço de Urgência Pediátrica do CHSJ, EPE	90 horas		
Serviço de Pediatria Médica e Cirúrgica do CHSJ, EPE		180 horas	
Centro de Saúde da Sra. da Hora			180 horas

**ANEXO III – CONSULTAS E ATIVIDADES REALIZADAS NO ÂMBITO DA  
CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL**

Faixa Etária	Atividades
<p>➤ <b>Recém Nascidos (6 consultas)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vacinação (BCG, VHB I);</li> <li>- Diagnóstico Precoce (3 );</li> <li>- Vigilância do desenvolvimento (monitorização do peso, alimentação, sono e repouso, eliminação);</li> <li>- Educação para a Saúde (caraterísticas do RN, vigilância de saúde, prevenção de acidentes e transporte rodoviário)</li> </ul>
<p>➤ <b>Crianças com 1m idade (12 consultas)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Algumas destas crianças compareciam semanalmente na consulta para um acompanhamento mais apertado do seu desenvolvimento e crescimento;</li> <li>- Vigilância do desenvolvimento (desenvolvimento psicomotor, monitorização do peso /avaliação antropométrica, alimentação, sono e repouso, eliminação);</li> <li>- Educação para a Saúde (caraterísticas do lactente, vigilância de saúde, amamentação, cuidados de higiene ao recém nascido, prevenção de acidentes e transporte rodoviário, vacinação)</li> </ul>
<p>➤ <b>Crianças com 2m idade (3 consultas)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vacinação (VHB II, HiB I, DTP I, VIP I);</li> <li>- Vacinação da Prevenar I e Rotateq I (1criança);</li> <li>- Vigilância do desenvolvimento (desenvolvimento psicomotor, monitorização do peso /avaliação antropométrica, alimentação, sono e repouso, eliminação);</li> <li>- Educação para a Saúde (caraterísticas do lactente, vigilância de saúde, amamentação, cuidados de higiene ao recém nascido, prevenção de acidentes e transporte rodoviário, vacinação);</li> </ul>
<p>➤ <b>Crianças com 4m idade (2 consultas)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vacinação (HiB II, DTP II, ViP II);</li> <li>- Vigilância do desenvolvimento (desenvolvimento psicomotor, monitorização do peso /avaliação antropométrica, alimentação, sono e repouso, eliminação);</li> <li>- Educação para a Saúde (caraterísticas do lactente, vigilância de saúde, amamentação, cuidados de higiene ao recém nascido, prevenção de acidentes e transporte rodoviário, vacinação);</li> </ul>
<p>➤ <b>Crianças com 6m idade (3 consultas)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vacinação (VHB III, HiB III, DTP III, VIP III);</li> <li>- Vacinação da Prevenar II e Rotateq II (1criança);</li> <li>- Vigilância do desenvolvimento (desenvolvimento psicomotor, monitorização do peso /avaliação antropométrica, alimentação, sono e repouso, eliminação);</li> <li>- Educação para a Saúde (caraterísticas do lactente, vigilância de saúde, amamentação, cuidados de higiene ao recém nascido, prevenção</li> </ul>

	de acidentes e transporte rodoviário, vacinação);
➤ <b>Crianças com 18m idade (1 consulta)</b>	- Vacinação (HiB IV, DTP IV); - Vigilância do desenvolvimento (desenvolvimento psicomotor, monitorização do peso /avaliação antropométrica, alimentação, dentição, sono e repouso, eliminação); - Educação para a Saúde (caraterísticas da criança, vigilância de saúde, cuidados de higiene corporal e oral, introdução de novos alimentos, prevenção de acidentes e transporte rodoviário, vacinação);
➤ <b>Crianças com 2A idade (4 consultas)</b>	- Vigilância do desenvolvimento (desenvolvimento psicomotor, monitorização do peso /avaliação antropométrica, alimentação, dentição, sono e repouso, eliminação); - Educação para a Saúde (caraterísticas da criança, vigilância de saúde, cuidados de higiene corporal e oral, prevenção de acidentes e transporte rodoviário);
➤ <b>Crianças com 5A idade (2 consultas)</b>	- Vacinação (HiB V, DTP V, VASPR II); - Vigilância do desenvolvimento (desenvolvimento psicomotor, monitorização do peso /avaliação antropométrica, alimentação, dentição, sono e repouso, eliminação); - Educação para a Saúde (caraterísticas da criança, vigilância de saúde, cuidados de higiene corporal e oral, prevenção de acidentes e transporte rodoviário, atividade lúdicas, relacionamento com os pares);
➤ <b>Jovem com 13A idade (1 consulta)</b>	- Vacinação (HPV I); - Vigilância do crescimento e desenvolvimento (desenvolvimento moral, comportamento social, desenvolvimento cognitivo, monitorização do peso /avaliação antropométrica, alimentação, dentição, sono e repouso, postura corporal e papel de estudante); - Educação para a Saúde (vigilância de saúde, cuidados de higiene corporal e oral, prevenção rodoviária, atividade lúdicas, relacionamento com os pares, exercício físico e hábitos de vida saudáveis);
➤ <b>Jovem com 16A idade (1 consulta)</b>	- Vacinação (HPV III); - Vigilância do crescimento e desenvolvimento (desenvolvimento moral, comportamento social, desenvolvimento cognitivo, monitorização do IMC, alimentação, dentição, sono e repouso, postura corporal e papel de estudante, comportamento de risco – uso de contraceção); - Educação para a Saúde (vigilância de saúde, cuidados de higiene corporal e oral, prevenção

rodoviária, atividade lúdicas, relacionamento com os pares, exercício físico e hábitos de vida saudáveis, planeamento familiar,);

➤ **Jovem com 17A idade (1 consulta)**

- Vigilância do crescimento e desenvolvimento (desenvolvimento moral, comportamento social, desenvolvimento cognitivo, monitorização do IMC, alimentação, dentição, sono e repouso, postura corporal e papel de estudante, comportamento de risco – uso de contraceção);  
- Educação para a Saúde (vigilância de saúde, cuidados de higiene corporal e oral, prevenção rodoviária, atividade lúdicas, relacionamento com os pares, exercício físico e hábitos de vida saudáveis, planeamento familiar,);



**ANEXO IV – ABORDAGEM NÃO FARMACOLÓGICA DA DOR DO RECÉM-NASCIDO**



ABORDAGEM NÃO FARMACOLÓGICA DA DOR DO RECÉM-NASCIDO

---

Ruth Guinsburg (SP)

XVII Congresso Brasileiro de Perinatologia 10-14/11/2001 - Florianópolis/SC

Reproduzido por Dr. Paulo R. Margotto

Intensivista Neonatal da Unidade de Neonatologia do Hospital Regional da  
Asa Sul - HRAS/SES/DF

**Por quê tratar a dor do RN:**

- Para aliviar a dor
- Para propiciar conforto ao RN
- Para propiciar satisfação aos pais
- Facilitar a recuperação do RN
- Diminuir o tempo de internação Hospitalar

A dor do RN tem repercussões a curto e médio prazo, com alterações fisiológicas e comportamentais que levam ao aumento da morbidade e mortalidade neonatais, com repercussões a longo prazo com alterações noceptivas, talvez cognitivas, comportamentais e até psiquiátricas.

**É importante prevenir a dor do RN:**

- Tornar o ambiente da UTI mais acolhedor possível
- Manipulação mínima
- Controlar a incidência de luzes sobre o RN
- Diminuir o ruído em volta do RN
- Posicionar o RN com equilíbrio entre posturas flexoras e extensoras
- Racionalizar a manipulação do RN (agrupar coletas de sangue)
- Evitar duplicação de tarefas
- Usar o mínimo de fitas adesivas
- Otimizar a monitoração não invasiva

- Deslocar o profissional mais habilitado para o cuidado do RN mais instável
- Estimular o contato com os pais.

Setenta por cento dos procedimentos dolorosos feitos com o RN são punções capilares. O grupo escandinavo (**Larsson BA e cl. Venipuncture is more effective and less painful than heel lacing for blood tests in neonates. Pediatrics 1998;101:882-886**) comparou a punção capilar com uma lanceta fina e longa com a punção venosa no dorso da mão. Foram avaliados 3 grupos de pacientes com 50 RN cada (punção venosa, lanceta fina, lanceta longa) observaram que a punção venosa teve menos expressão facial de dor que a punção capilar com a lanceta fina ou larga, logo após e durante a coleta. A resolução foi muito mais eficaz (com a lanceta foram necessárias 2 - 3 ou mais punções). Assim, é mais eficaz utilizar a punção venosa ao invés da punção capilar.

Em relação às medidas comportamentais: a massagem, o balanceio e colchões d'água parecem efetivos para modular o estado de alerta do RN e reduzir o *stress*. No entanto, para analgesia quando aplicadas isoladamente ou em conjunto com outras intervenções terapêuticas, esta estimulação talvez não se mostre efetiva.

### **Contato pele-pele:**

Estudo avaliando 30 RN que foram submetidos a uma punção capilar, 15 ficaram em contato pele-pele antes, durante o procedimento e 3 minutos após e os 15, coleta padrão com o RN no berço; os RN do grupo 1 (pele-pele), choraram menos durante a coleta e tiveram menos expressão facial de dor durante a punção e após o procedimento. Este achado parece ser explicado pela liberação de opióides endógenos levando a uma ação analgésica. O Método Canguru pode ter uma grande vantagem para evitar a dor neonatal, além das outras vantagens sabidamente conhecidas.

### **Sucção não-nutritiva (chupeta):**

A sucção da chupeta libera serotonina durante os movimentos rítmicos de sucção e isto inibiria a hiperatividade, modularia o desconforto do RN, diminuindo a dor do RN a termo e do RN pré-termo. A sucção não-nutritiva é eficaz na punção capilar e circuncisão, mas não sabemos se ela é eficaz a múltiplos estímulos dolorosos. Há uma Portaria do Ministério que diz que a chupeta pode ser dada como medida terapêutica com prescrição médica.

### **Água com açúcar:**

Na meta-análise feita por Stevens B (**The efficacy of sucrose for relieving procedural pain in neonates a systematic review and meta-analysis. Acta Paediatr 1997; 86: 837-842**) com 5 estudos envolvendo 350 RN a termo e 28 RN prematuros (a grande maioria dos procedimentos era a punção capilar) evidenciou que no grupo com 0,24g de glicose, houve uma diminuição significativa da duração do choro (não houve efeitos adicionais com doses menores de glicose).

O uso da glicose com outras medidas, como balanceio da criança, teríamos um efeito benéfico maior? O estudo de Celeste Johnston (**Johnston CC et al. Effectiveness of oral sucrose and simulated rocking on pain response in preterm neonates. Pain 1997; 72:193-9**) comparou dextrose com o balanceio da criança com o grupo controle e ela verificou que a dextrose pura (água com açúcar) leva a uma diminuição importante da expressão facial e não há uma elevação importante da frequência cardíaca em relação ao grupo controle só com o balanceio.

A água com açúcar leva a analgesia pela ação nas papilas gustativas da porção anterior da língua, levando a liberação de opióides endógenos. Não adianta dar glicose pela sonda (não faz efeito). O efeito analgésico é maior com a sacarose do que com a glicose e a sacarose e a glicose têm um efeito maior que o leite. Assim, usamos a glicose a 12,5% ou 25% para o RN a termo (2ml), dois minutos antes do procedimento com a chupeta. Não se sabe se o efeito analgésico da água com açúcar vai caindo à medida que vamos repetindo a realização de vários outros procedimentos. Existe um estudo que evidenciou aumento de enterocolite necrosante com o uso da glicose dada com cálcio. Nenhum outro estudo mostra aumento da

enterocolite necrosante; mas devemos ficar atentos a esta informação principalmente nos RN pré-termos que apresentam fatores de risco para enterocolite necrosante.

Finalizo com o poema da Emily Dickenson:

*Se eu posso fazer com que o coração pare de ficar  
quebrado,  
eu não vou ter vivido em vão*

*Se eu posso aliviar uma vida da dor,  
eu não vou ter vivido em vão*

*Se eu posso aliviar uma vida do sofrimento,  
eu não vou ter vivido em vão*

*Se eu amenizar uma dor,  
eu não vou ter vivido em vão*

*Se eu ajudar a um passarinho que está desmaiado  
a voltar para o seu ninho  
eu não vou ter vivido em vão.*

Penso que quando aliviamos a dor de um pequeno prematuro, tem tudo a ver com a nossa função de médico.

**ANEXO V – PANFLETO “ GUIA DE BOLSO PARA OS MEUS PAPÁS”  
0 AOS 18MESES DE IDADE**





- ...de agarrar a colher sem a girar;
- ...de me alimentar em segurança;
- ...de caminhar sem auxílio;
- ...de me ajoelhar sem apoio;
- ...de rabiscar espontaneamente mostrando preferência por uma das mãos;
- ...de gesticular ("não");
- ...de compreender ordens simples;
- ...tenho menos receio aos estranhos;
- ...tolero a ausência dos meus papás;
- ...de imitar atividades domésticas;
- ...de expressar emoções;
- ...de fazer as minhas birras;
- ...de imitar;



- ...de exigir atenção;
- ...de pedir, quando preciso de ir à casa de banho;
- ...de localizar o nariz, os olhos, a boca;
- ...de usar seis a vinte e seis palavras reconhecíveis;
- ...de olhar para um livro e até mesmo mudar várias páginas de uma vez;
- ...de música suave e ritmada;
- ...de brinquedos que flutuam.



**BIBLIOGRAFIA**

- Davila, Estela. 2005. Gravidez & Parto. 2ª edição. Lisboa: Plátano Editora, 2005. ISBN 972-770-426-3 p. 92-127.
- Madureira, Ana. Gd. Super Bebés – Anuário 2009. Lisboa: 2009.
- Birne, Álvaro – Guia da Mãe e do Bebê. G+J Portugal, Edições.
- Hookenberry, Marilyn J. e Wilson, David. 2011. Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2011. ISBN. 978-0-323-05353-2.

Carina Correia  
Marta Vasconcelos  
Enfermeiras da Pós-licenciatura de  
Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica  
Universidade Católica Portuguesa – Instituto de  
Ciências da Saúde

CENTRO DE SAÚDE SENHORA DA HORA



**AJUDA-ME A CRESCER!**



**0 aos 18 meses**

**Guia de Bolso para os meus papás**

**Atividades lúdicas favoráveis à comunicação**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**PAPÁS NESTA IDADE JÁ GOSTO...**



- ... de carinho, contacto físico, segurança e amor;
- ...que falem comigo;
- ...de ouvir música, de brinquedos brilhantes e cores contrastantes;
- ...de ficar numa cadeira própria para observar o ambiente;



- ...de ouvir diversos sons ambientais;
- ...que brinquem, conversem, cantem e sorriam para mim;
- ...que me repitam as palavras;
- ...de brinquedos coloridos, luminosos, brilhantes, macios, de novas texturas, de tamanho adequado e que façam barulho;
- ...de brinquedos de borracha para eu morder;
- ...que me coloquem no chão para me poder mexer;
- ...de olhar fixamente para as minhas mãos;



- ...de dizer "pá" ou "bá";
- ...de dar gargalhadas;
- ...de levar objetos à boca, por isso tenham cuidado com os objetos pequeninos para eu não me engasgar /sufocar;
- ...de me sentar sozinho;
- ...de me por em pé sem apoio;
- ...de distinguir a minha família das outras pessoas que não conheço;
- ...de levar comida sólida à boca;
- ...atirar e procurar os meus brinquedos no chão;
- ...de testar os meus papás;
- ...de me virar para as diferentes vozes e vocalizar dissílabos como, "mamã e papá" de maneira inespecífica;
- ...de apontar com o indicador;
- ...de copos ou caixas de encaixar coloridas;
- ...de brinquedos com encaixes fáceis de destacar;
- ...de bolas grandes .



- ...de beber do copo com ajuda, e segurar na colher;
- ... de comer sozinho;
- ...de gatinhar;
- ...de me por de pé e de me baixar (com uma ou duas mãos);
- ...de me sentar sozinho;
- ...de colaborar quando me estão a vestir (levantando os braços);
- ...de dar miminhos;
- ...de procurar um objeto escondido;
- ...de explorar os objetos;
- ...de responder pelo meu nome;
- ...de responder a ordens simples ("adeus" e "dá");
- ...de animais e bonecas de apertar.



**ANEXO VI – PANFLETO “ GUIA DE BOLSO PARA OS MEUS PAPÁS”  
18 MESES AOS 18 ANOS DE IDADE**





- ...de dizer a minha morada e a minha data de nascimento;
- ...de articular bem as palavras;
- ...de lavar as mãos e a cara e limpá-las sozinho;
- ...de tomar o meu banho sem a ajuda dos papás;
- ... escovar os meus dentinhos;
- ...de escolher os meus amigos;
- ...de nomear as cores;
- ...de brincar com as crianças da minha idade;
- ...de ler um livro;
- ...de andar de bicicleta;
- ...de atividades ao ar livre;
- ...de jogar à bola ou brincar com bonecas.



- ...de ir à internet;
- ...de ouvir música;
- ...de ver televisão;
- ...de ler livros;
- ...de pertencer a grupos de lazer (ex: escuteiros);
- ...de praticar o meu desporto preferido;
- ...de sair com os meus amigos;
- ...descobrir e falar sobre a minha sexualidade.



**BIBLIOGRAFIA**

- Davila, Estela. 2005. Gravidez & Parto. 2ª edição. Lisboa: Platano Editora, 2005. ISBN 972-770-426-3 p. 92- 127.
- Madureira, Ana. 3d. Super Bebés - Anuário 2009. Lisboa. 2009.
- Birne, Alvaro - Guia da Mãe e do Bebê. G+J Portugal, Edições.
- Hookenberry, Marilyn J. e Wilson, David. 2011. Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2011. ISBN: 978-0-323-05353-2.

Carina Correia  
Marta Vasconcelos  
Enfermeiras da Pós-licenciatura de  
Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica  
Universidade Católica Portuguesa - Instituto de  
Ciências da Saúde

CENTRO DE SAÚDE  
SENHORA DA HORA



## AJUDA-ME A CRESCER!



**18 meses aos 18 anos**

### Guia de Bolso para os meus papás

Atividades lúdicas  
favoráveis à comunicação



**PAPÁS NESTA IDADE JÁ GOSTO...**

**18-24 MESES**

- ...de brincadeiras simbólicas com brinquedos em miniaturas (ex: bonecas, escova, cadeira e colher), em que brinco como se os objetos fossem de verdade;
- ...de brincar às "casinhas", uma forma de aprender os papéis sociais;
- ...da fantasia e do "faz de conta", pois desenvolvem a minha imaginação;
- ...de começar, a tentar, vestir-me sozinho;
- ...de fazer rabiscos em círculo;
- ...de usar duas ou mais palavras para construir frases simples;
- ...de nomear os meus objetos.



**2-3 ANOS**

- ...de correr;
- ...de subir e descer;
- ...de "ler livros", em que já consigo virar uma página de cada vez;
- ...de falar sozinho enquanto brinco;
- ...de dizer o meu nome;
- ...de identificar algumas cores;
- ...de usar bem a colher;
- ...de beber pelo copo sem entornar, e colocá-lo no seu lugar;
- ...de usar 3 a 4 palavras para construir frases;
- ...que os adultos participem nas minhas brincadeiras;
- ...de ambientes tácteis, visuais e verbais estimulantes;
- ...de usar o bacio;
- ...de comer com colher e garfo.



**3-5 ANOS**

- ...de me equilibrar momentaneamente num pé;
- ...de subir escadas alternadamente;
- ...de construir uma torre com nove cubos;
- ...de dizer o meu nome completo, o meu sexo e a idade;
- ...de ir sozinho à casa de banho;
- ...de lavar os meus dentinhos sozinho;
- ...de vestir e despir sozinho, mas com a ajuda dos papás para abotoar os botões;
- ...de contar os dedos da minha mão;
- ...de continuar a fazer as minhas birras;
- ...de esperar pela minha vez.





**ANEXO VII – PANFLETO “BRONQUIOLITE”**



A maioria das crianças com bronquiolite pode ser tratada em casa.

### Quando recorrer aos serviços de saúde?

Quando a criança “não está bem” ou se o seu estado se agravar: se apresentar dificuldade respiratória, pieira (som respiratório semelhante ao “chiar de um gato”), cansaço marcado, cianose (ficar com a pele azulada), perda de apetite;

Quando não é possível manter uma hidratação adequada;

Quando a criança permanece com febre durante um período superior a 3 dias.

**EM CASO DE DÚVIDA, ESCLAREÇA COM A SUA ENFERMEIRA OU MÉDICO ASSISTENTE.**



ABC do crescimento: Biblioteca Médico – Científica para a família. 2005. Saúde Infante – Juvenil. Matosinhos: Editorial Oceano. ISBN:989-554-210-0.  
Hockenberry, Marilyn J. e Wilson, David. 2011. *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2011. ISBN: 978-0-323-05353-2.  
Carrilho, Eugénia M. e Palminha J. Martins. 2003. *Orientação Diagnóstica em Pediatria – Dos Sinais e Sintomas ao Diagnóstico Diferencial*. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda. ISBN: 978-972-757-248-9.

Carina Correia e Marta Vasconcelos  
Enfermeiras de Pós-licenciatura de  
Especialização em Saúde Infantil e  
Pediátrica da Universidade Católica  
Portuguesa – Instituto de Ciências da  
Saúde



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

## BRONQUIOLITE



### Orientações

Para os pais



### O que é?

A **Bronquiolite** é uma infeção viral a nível dos bronquíolos, cujo principal agente é designado por vírus sincicial respiratório (VSR). Afeta maioritariamente os lactentes entre os 3 e os 6 meses e crianças pequenas. Predomínio no Inverno e início da Primavera.

### Como se manifesta?

A criança pode apresentar sinais de dificuldade respiratória, tosse, febre, recusa alimentar, entre outros.



### O que deve evitar

- ❑ Expor a criança a variações de temperatura bruscas;
- ❑ Ambientes secos e sobreaquecidos;
- ❑ Fumar no mesmo local da criança, bem como evitar ambientes poluídos (centros comerciais, cafés, entre outros);
- ❑ O contacto da criança com outras crianças ou adultos doentes. Se a mãe (ou outro prestador de cuidados) estiver doente,

deve colocar uma máscara, para impedir a contaminação do seu filho.

### O que fazer?

- ❑ Recorrer a práticas de saúde positivas para reforçar as defesas naturais da criança, tais como:
  - ☀️ Dieta equilibrada e nutritiva. Se o bebé mama ao seio, a amamentação não deve ser interrompida. No caso de o bebé não ser capaz de mamar ao seio, a mãe deverá extrair o leite e administrá-lo à colher ou no biberão.
  - ☀️ Boa higiene. É importante a lavagem frequente das mãos.



- ❑ Brincadeiras como soprar balões pode ser útil no desenvolvimento da capacidade respiratória;
- ❑ Estimular o riso (Ex: fazer cócegas);
- ❑ Manter a criança bem hidratada, fornecendo com frequência, pequenas quantidades de líquidos;
- ❑ Identificar possíveis sinais de desidratação: fraldas menos molhadas,

diminuição do nível de atividade, lábios e mucosas secas, ausência de lágrimas, quando a criança chora;

- ❑ Instilar várias gotas de soro fisiológico (atendendo ao tamanho da criança), em cada narina com alguma frequência, para ajudar a desobstruir o nariz, uma vez que as crianças até aos 6 meses respiram única e exclusivamente pelo nariz;
- ❑ Aspiração de secreções nasais, sempre que necessário;
- ❑ Posicionar confortavelmente a criança. No leite esta deverá ser colocada com a cabeceira elevada.



### É IMPORTANTE

- ☀️ Lavar muito bem as mãos, antes e depois de entrar em contacto com a criança e/ou manuseamento de qualquer objeto/instrumento.
- ☀️ Não administrar qualquer tipo de terapêutica sem antes consultar a sua Enfermeira ou Médico assistente.

**ANEXO VIII – PANFLETO “ FEBRE”**



Lembre-se que não é necessário recorrer logo ao Hospital. Aí, o seu filho está mais suscetível a contrair infeções ou outro tipo de doenças.

### INFORME-SE

- ✦ Telefone para a Saúde 24: 808 24 24 24;
- ✦ Telefone para o seu médico assistente (Médico de Família ou Pediatra Particular).

Só em último recurso, vá ao Centro de Saúde (SAP) ou Hospital (S.U.). Contudo não hesite se:

- ✦ Estão associados à febre outros sintomas (ex: diarreia, vômito);
- ✦ O seu filho apresenta sinais de dificuldade respiratória ou outros sinais que o fazem achar que "ele não está bem";
- ✦ O seu filho tem menos de 3 meses de idade;
- ✦ A febre já persiste há mais de 5 dias.

Confie nos seus instintos  
de mãe/pai.



**ABC do crescimento: Biblioteca Médico – Científica para a família. 2005. Saúde Infante – Juvenil. Matosinhos. Editorial Oceano. ISBN: 989-554-210-0.**  
**Hockenberry, Marilyn J. e Wilson, David. 2011. Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda, 2011. ISBN: 978-0-323-05353-2.**  
**Carrilho, Eugénia M. e Palmilha J. Martins. 2003. Orientação Diagnóstica em Pediatria – Dos Sinais e Sintomas ao Diagnóstico Diferencial. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda ISBN: 978-972-757-248-9.**  
**Direção Geral de Saúde. 2004. Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica Orientações Técnicas 14. Direção Geral de Saúde. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2004. Vol. 1, Febre. 972-675-102-0.**

Carina Correia e Marta Vasconcelos  
 Enfermeiras de Pós-licenciatura de  
 Especialização em Saúde Infantil e  
 Pediátrica da Universidade Católica  
 Portuguesa – Instituto de Ciências da  
 Saúde



**CATÓLICA**  
 UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

## FEBRE



### Orientações

Para os pais



## Febre

A febre, define-se como o aumento da temperatura corporal, como resposta biológica complexa a um elevado número de agentes externos e disfunções internas.

- É um dos sintomas mais comuns em idade pediátrica e um dos motivos mais frequentes de ida ao hospital ou médico assistente;
- Constitui uma resposta defensiva do organismo;
- Nas crianças, geralmente é desencadeada por vírus, é de curta duração, e evolui favoravelmente. Quando é causada por bactérias, desenvolve-se todo um processo inflamatório que desencadeia a febre.



O seu filho tem febre quando a temperatura corporal, avaliada com um termómetro, registar um valor superior a 38°C.

## Como avaliar a temperatura corporal?

A temperatura corporal é variável ao longo do dia, existindo vários fatores que provocam alterações significativas, nomeadamente a idade, atividade física entre outros.

O termómetro é o instrumento utilizado para avaliar a temperatura corporal, podendo ser por via oral, axilar, retal, auricular e superficial através de um sensor.

A Temperatura corporal deverá ser avaliada, recorrendo sempre ao mesmo método de avaliação e tendo em conta que a temperatura axilar apresenta valores mais baixos (cerca de 0,5°C em relação à oral e 1°C em relação à retal).

O termómetro axilar eletrónico deverá ser instrumento de eleição, uma vez que apresenta valores mais fidedignos



## Como proceder em caso de febre

- ✦ Oferecer à criança líquidos com frequência, de acordo com as suas preferências;
- ✦ Diminuir a temperatura ambiente (caso esta esteja elevada). Ambiente fresco mas sem correntes de ar;
- ✦ Manter a criança com vestuário ligeiro;
- ✦ Dar banho com água morna (2°C abaixo da temperatura corporal) ou toalhas de água morna, se necessário.



Estas medidas devem ser associadas a medicamentos, mas sempre com indicação médica.

**ANEXO IX – AÇÃO DE FORMAÇÃO PARA O PROJETO BEM-ME-QUER  
PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE**

**- SONO E REPOUSO-**



**Sono e Repouso**

UCC Sr<sup>a</sup> da Hora UNIDADE LOCAL de SAÚDE MATOSINHOS

**Projeto Bem-Me-Quer  
Promoção da Parentalidade**

Carina Correia  
Marta Vasconcelos  
Enfermeiras da Pós-licenciatura de  
Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica  
Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde



**Padrão de Sono-Repouso:**

- *Definição de alguns conceitos;*
- *Importância do sono;*
- *Tipos de sono;*
- *Padrões e Ciclos de sono;*
- *O sono e a idade;*
- *Estratégias para um sono adequado;*
- *Interferências no padrão de sono e repouso.*

**Conteúdos**

## Repouso

*“Redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência; não se manter acordado em que a pessoa não está alerta; metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída, mas prontamente reversível a estímulos externos”.*

(CIPE versão 2, 2011)

## Sono

*“Estado de imobilidade parcial, durante o qual estamos parcialmente “desconectados” do ambiente que nos rodeia, encontrando-se o mesmo integrado no sistema SONO-VIGILIA”.*

(Coelho, 2009)

## Conceitos

Representa a maior preocupação dos pais, que procuram respostas concretas.

### Sono



É um estado fundamental à nossa sobrevivência.

É essencial ao desenvolvimento da criança, pois possibilita o crescimento do cérebro e consequentemente as aprendizagens futuras, memorização e atenção.

Parte integrante da aquisição de autonomia, pela criança.

É importante que a criança aprenda a dormir sozinha e que os pais tenham a capacidade de se separar dos seus filhos.

<http://www.youtube.com/watch?v=HrDBzPd3QpA>

Mesmo antes do nascimento, ou seja no meio intra-uterino, o RN já apresenta um ciclo de sono regulado pelo ciclo de dia e de noite da mãe, adaptando-se ao mesmo e ao meio exterior que os rodeia.

Os padrões de sono são diversos. É importante que antes de estabelecer o ciclo de sono/vigília o RN recupere do acontecimento traumático, designado parto.



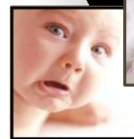
É fundamental compreender os padrões de sono do RN, de forma a:

- Possibilitar o estabelecimento de uma rotina de sono adequado;
- Possibilitar uma relação de confiança entre RN-mãe;
- Compreender os limites de que a criança necessita e usá-los para que esta consiga adormecer sozinha.

Aprender a dormir sozinho é um passo fundamental para a aquisição de autonomia

## Padrões de sono do RN

O ciclo vigília-sono, ou ritmos circadianos como é designado são regulados pela luz e pela escuridão. Estes levam tempo a ser estabelecidos.



### Ciclos de sono

- ✓ Sono profundo
- ✓ Sono leve
- ✓ Estado de sonolência entre o sono e a vigília
- ✓ Estado de alerta (Vigília inativa)
- ✓ Agitação e choro

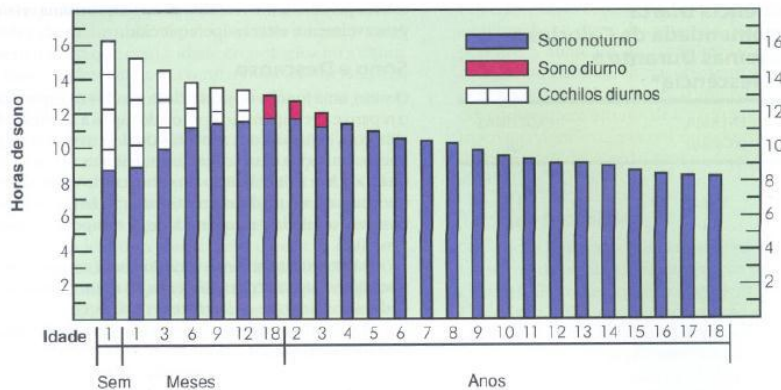
No 1º e último estado a criança pouco reage aos estímulos externos, encontrando-se alerta nos restantes.

É através dos padrões de sono e de vigília bem como de atividade quando acordados, que o recém nascido exprime a sua individualidade e imprevisibilidade .

(Feldman, et al., 2001)

## Ciclos de Sono

Nas **primeiras semanas** de vida, os bebés dormem uma média de **16 a 18 horas por dia**, em que apenas metade dessas horas ocorre durante a noite, o que coincide com o horário de sono dos pais.  
Dormem **2 a 4 horas** de cada vez.



(Hockenberry, et al., 2011)

## Como dormem as crianças

É importante reconhecer a posição adequada para colocar o seu filho a dormir. Desta forma, os estudos realizados comprovam que os bebés devem dormir **“preferencialmente” de costas**, reduzindo deste modo a probabilidade de **Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL)**.



A SMSL define-se como a morte súbita e sem explicação de um bebé aparentemente saudável, durante o primeiro ano de vida. Apesar de não existir nenhum fator que por si só seja determinante na prevenção desta situação, existem medidas que poderá ter em conta, nomeadamente:

- Não usar almofada, nem outros objetos na cama (fraldas de pano);
- O bebé deve dormir no seu berço, com um colchão bem adaptado;
- Não cobrir demasiado o bebé, nem o sobreaquecer;
- Não usar correntes na chupeta;
- Retirar a babete para o bebé dormir;
- Não fume nem deixe que ninguém o faça, dentro de casa;
- Enquanto o bebé está acordado deite-o em outras posições.

(Associação Portuguesa de Pediatria, 2009)

## Como dormem as crianças

Primeiro mês de vida



Por volta das três semanas os ciclos de sono e vigília encontram-se mais organizados, uma vez que as mamadas se encontram bem sucedidas e os pais reconhecem as necessidades dos seus filhos. O bebé durante o dia dorme cerca de 2-4 horas de cada vez, fazendo um sono mais longo durante a noite.

Quarto mês de vida



O sistema nervoso do bebé encontra-se suficientemente desenvolvido para que este consiga dormir durante um período mais longo. É importante que os pais mantenham um nível adequado de atividade durante o dia, para que desta forma se alonguem os sonos noturnos.

## O Sono e a Idade

Entre o 7º e 8º mês



A criança é capaz de dormir mais horas durante a noite, acordando apenas algumas vezes. Neste período ocorrem 2 acontecimentos fulcrais, nomeadamente:

- **Capacidade de gatinhar;**
- **Consciência do mundo que o rodeia (medo dos estranhos)**

É importante que nesta fase os pais mantenham a sua posição e firmeza, não cedendo aos caprichos da criança.

Dez meses



Nesta fase a criança percebe que consegue obter uma resposta imediata dos pais sempre que o pretenda.

É a fase de exploração, de novas conquistas, de novas competências, logo ceder ao sono é quase um mito. A criança já é capaz de adiar a hora de dormir, recorrendo a uma diversidade de estratégias.

## O Sono e a Idade

Doze meses



A maioria das crianças dorme cerca de 11 a 12 horas, podendo usufruir igualmente das sestas. É fundamental que se criem rotinas e se estabeleçam limites.

2 aos 3 anos



Nesta fase a criança procura a sua total autonomia. Surgem os terrores noturnos, em que certificar-se da presença dos pais poderá ser suficiente.

## O Sono e a Idade

4 aos 5 anos



A criança já não sente necessidade de dormir a sesta, durante o dia. Este período é marcado pelo surgimento de novas perturbações do sono. A criança adquire a noção de regra e as consequências caso não sejam cumpridas estas regras/limites. A enurese noturna pode surgir e ser frequente nesta idade, contribuindo para a diminuição da autoestima e autoimagem.


Idade escolar



Ocorre uma diminuição gradual do tempo de sono noturno. A insónia pode estar presente, muitas vezes associado aos pesadelos e medos, bem como a imposição de regras e limites.

## O Sono e a Idade

**Adolescência**



Nesta fase a **insónia** pode ser uma constante, associada a **ansiedade** e **depressão**.  
A duração do sono noturno pode variar das 7 às 9 horas. É importante que os horários para dormir aos fins-de-semana, seja sobreponível aos da semana.

**Em suma:**

O sono é uma função protetora em todos os organismos possibilitando a recuperação após uma atividade que, como em todos os aspetos do desenvolvimento, varia de criança para criança. Assim sendo, existe uma mudança na quantidade e qualidade do sono à medida que a criança cresce.

(Hockenberry, et al., 2011)

## O Sono e a Idade

<http://www.youtube.com/watch?v=9xncN5FgTjU>

Em qualquer idade, os problemas de sono podem ter diversas causas:

- Alterações de desenvolvimento
- Sociais
- Físicas
- Os próprios pais
- Culturais
- Alterações maturacionais
- Ambientais
- Temperamento da criança


## Porque que é que o meu filho não dorme?

**PAIS**

- Ausência de uma rotina diária
- Ausência de ritual de sono adequado
- Obstáculos no desempenho do papel parental

**BEBÉ**

- Fome
- Impulsos de crescimento
- Estimulação ou cansaço
- Medos noturnos



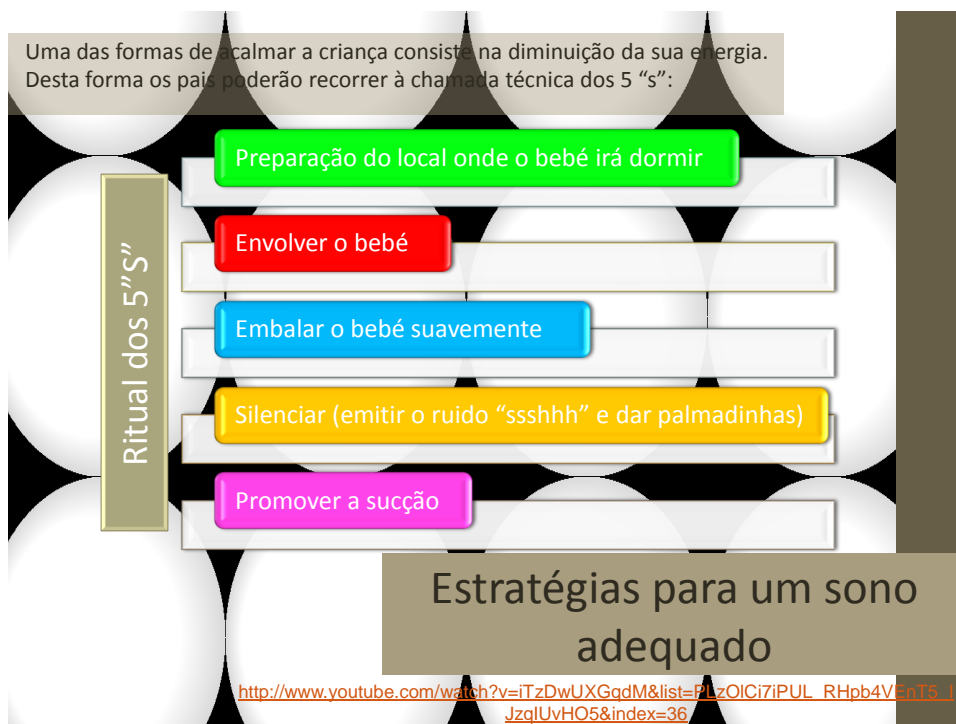
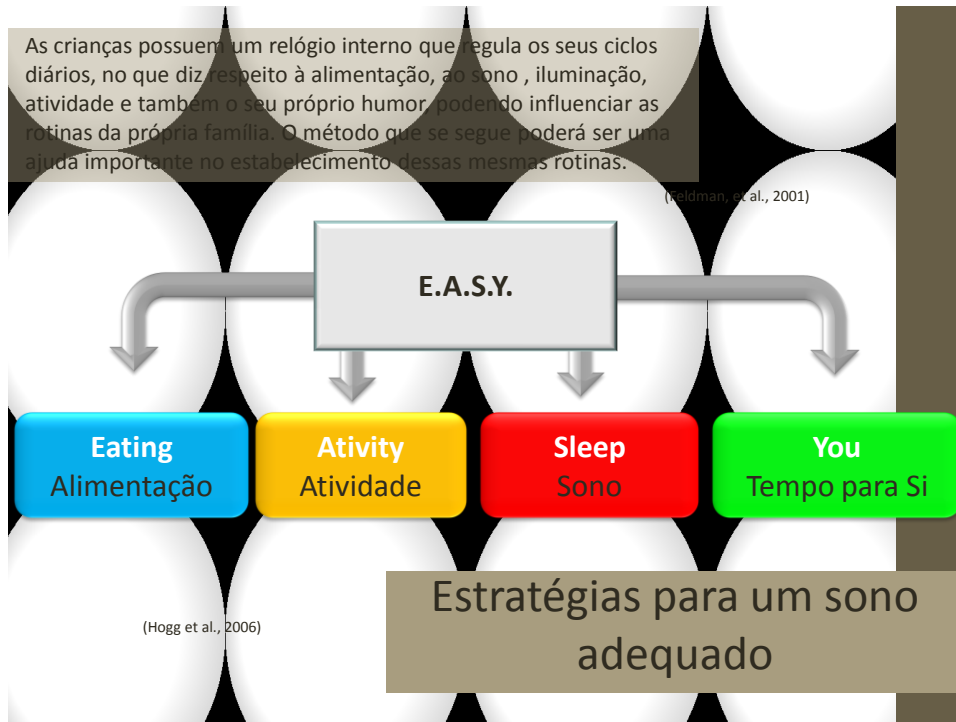
Porque que é que o meu filho não dorme?

Cabe aos pais a responsabilidade de estabelecer um ritual de sono e repouso, na medida em que possibilita uma comunicação criança – pais adequada.

- É importante que se considerem os limites e as regras, como uma fonte de segurança.
- Estabeleça desde o nascimento um horário, rotinas e rituais consistentes para o sono.
- Evite a estimulação física, mental ou emocional perto da hora de dormir.
- Deite a criança, antes que esta fique demasiado cansada.
- Ajude a criança a interiorizar um padrão de adormecimento próprio.
- Antes de dormir não permita que a criança assista a televisão ou outro tipo de atividades.
- Proporcione momentos de relaxamento da criança (cante uma canção, leia um livro, use um objecto que proporcione conforto à criança – objeto de transição).



Estratégias para um sono adequado



Com frequência, os pais desesperadamente, adotam medidas que poderão causar dependência e afetar o estabelecimento de um padrão de sono e repouso adequado.

**EVITE**

- Embalar
- Andar com o bebê ao colo
- Levar o bebê a passear no automóvel
- Oferecer a mama
- Deitar o bebê sobre a barriga
- Segurar o bebê na dobra do braço
- Levar o bebê para a cama e dormir com ele
- Pegar no bebê ao colo, assim que este se mexe ou começa a chorar



## Estratégias para um sono adequado

A maioria das crianças acorda durante a noite porque tem fome.

**Fome**



**O que fazer?**

Identificar e reagir aos sinais de fome

Alimentar a criança

Usar a chupeta

Alimentar o bebê a cada 3 horas durante o dia, oferecendo mais leite antes de dormir.

## Interferências no padrão de sono-repouso

<http://www.youtube.com/watch?v=OXeyhUjF5dS0>

### Impulsos de crescimento



- Aumentar a produção de leite através da estimulação ou oferecer a primeira mama, a segunda e depois voltar a oferecer a primeira mama, no caso de alimentação com leite materno.
- Aumentar a quantidade de leite oferecido ao bebê em cada refeição.

### Interferências no padrão de sono-reposo

### Estimulação ou Cansaço



#### O que fazer?

- Ritual dos 5 "s"
- Manter as rotinas do bebê
- Realizar atividades durante o período da manhã
- Deitar a criança antes que esta fique demasiada cansada
- Não fazer atividades estimulantes, antes da hora de dormir

### Interferências no padrão de sono-reposo

*Medos Noturnos*



- Tente perceber se o seu filho está a dormir demasiado cedo (a criança tem tempo para fantasiar até adormecer);
- Acalme a criança com segurança;
- Deixe uma luz indireta no quarto da criança.

**Interferências no padrão de sono-reposo**

Não se esqueça



**A confiança é base de qualquer relacionamento**

É importante que a criança aprenda a dormir sozinha e que os pais tenham a capacidade de se separar dos seus filhos.

- **ABC do crescimento: Biblioteca Médico – Científica para a família. 2005.** Psicologia Infante - Juvenil. Volume Nº 13. (Matosinhos: Editorial Oceano. ISBN:989-574-220-8.
- **Brazelton, T. Berry e Sparrow, Joshua P. 2011.** *O método de Brazelton: "A Criança e o Sono"*. 2ª Edição. Lisboa : Editorial Presença, 2011. ISBN:287 - 997/09.
- **Coelho, Sílvia Raquel Oliveira. 2009.** Sono - Vigília na infância: conhecimentos dos educadores. *RCAAP*. [Online] 2009. [Consultado a 10 de janeiro de 2013.]
- **Feldman, Ruth Duskin, Olds, Sally Wendkos e Papalia, Diane E. Maio 2001.** *"O Mundo da criança"*. Amadora : McGraw-Hill, Lda., Maio 2001. ISPN:972-773-069-8.
- **Hockenberry, Marilyn J. e Wilson, David. 2011.** *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 8ª Edição. Rio de Janeiro : Elsevier Editora Ltda, 2011. ISBN: 978-0-323-05353-2.
- **Hogg, Tracy e Blau, Melinda. 2006.** *A encantadora de bebês - resolve todos os seus problemas*. 2006. ISBN: 8520425097.
- **Ordem dos Enfermeiros. 2010.** *CIPE - Classificação para a Prática de Enfermagem - Versão 2.0*. s.l. : International Council of Nurses, 2010.
- **Associação Portuguesa de Pediatria. 2009.** Prevenção da Morte súbita. <http://www.spp.pt>. [Online] [Consultado a 17 de janeiro de 2013.]

## Bibliografia

Obrigado pela vossa atenção

Duvidas?

**ANEXO X – 1ª PARTE SESSÃO DE SAÚDE ESCOLAR  
“SESSÃO DA SEXUALIDADE HUMANA E SUAS EXPRESSÕES”**





# Sexualidade

- Sexualidade humana e suas expressões

## Educação para a Saúde

Carina Correia

Marta Vasconcelos

Alunas da Pós-licenciatura de

Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde



Enf.ª Graça Fonseca  
Saúde Escolar - 2012/2013

## Conteúdo



- 1ª sessão: Sexualidade humana e suas expressões
  
- 2ª sessão: Saúde sexual e reprodutiva
  - Corpo em crescimento;
  - Reprodução humana;
  - Contraceção e planeamento familiar;
  - Comportamentos de risco.

## Sexualidade humana e suas expressões



- Conceito abrangente de Sexualidade;
- Mitos;
- Sexualidade e a Adolescência;
- Identidade sexual e papel do gênero;
- Afetividade;
- Orientação sexual;
- Diversidade e tolerância.

## Atividade 1: Microfone mágico



- Sexualidade é...
- As pessoas têm sexualidade para...
- A sexualidade aparece... e acaba quando...
- Pode existir sexualidade entre...

## Conceito: Sexualidade



“A sexualidade é uma energia que nos motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade; que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual; ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.”



(OMS, 2001)





## A sexualidade está presente em todas as etapas da vida.



## Sexualidade: Evolução

### Antes

Genitais  
Procriação  
Homem – Mulher  
Adultos

Visão reduzida

**ONDE?**

**PARA QUÊ?**

**COM QUEM?**

**IDADE?**

### Atualmente

Todo o corpo  
Não só procriação  
Não só Homem - Mulher  
Ao longo de toda a vida

Visão ampla e diversificada

## Mito/Realidade:



### Sobre a sexualidade:

- O tamanho do pênis determina a qualidade da relação sexual;
- O sexo tem de envolver sempre a penetração.

### Sobre a menstruação:

- Durante a menstruação não se deve tomar banho, lavar a cabeça ou fazer desporto;
- Se tiver relações sexuais durante a menstruação, não há risco de gravidez.

### Sobre a masturbação:

- A masturbação não é um comportamento saudável;
- A masturbação pode causar distúrbios sexuais futuros;
- A masturbação é própria de indivíduos jovens e imaturos e própria só do sexo masculino.

Puberdade e  
Adolescência são  
a mesma coisa?

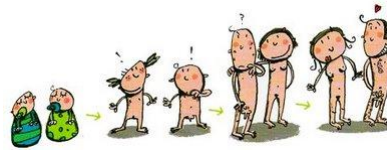


## Puberdade



- Primeira fase ou ponto de partida para a adolescência;
- Processo maturacional, hormonal e de crescimento;
- Desenvolvimento dos **carateres sexuais secundários**.
- Conjunto de mudanças responsáveis pela **atividade reprodutiva**, ou seja capacidade de homens e mulheres, gerarem novos seres.

(Hockenberry, et al., 2011)



## Adolescência



- Período de **mudanças** físicas, psicológicas, emocionais, morais e sócio-culturais;
- Construção da **identidade pessoal**;
- Procura de autonomia e maior responsabilidade;
- Vivência das primeiras paixões;
- A adolescência é vivida de forma diferente por cada um, segundo as suas características pessoais e segundo o **gênero**.

(Hockenberry, et al., 2011)



## Identidade sexual e Papel de género

Identidade sexual



Rapaz **OU** Rapariga

Papel de género



“Ser-se homem”



“Ser-se mulher”



Modelos Sociais Tradicionais

## Atividade 2:

### “Masculino ou Feminino”

Modelos Sociais Contemporâneos



## Afetividade



Os afetos satisfazem necessidades profundas de **segurança emocional, intimidade, entrega e satisfação.**



Os afetos estão presentes ao longo do ciclo vital, manifestando-se de diversas forma.

(ABC do Crescimento, 2005)

## Afetividade



**Amigo ou algo mais?**

**Será só amizade?**

**Será que é amor? Paixão?**





## Atividade 3: “O que estou a sentir?”



**A forma como nos exprimimos mostra aos outros aquilo que sentimos.**

## Sentimentos / Emoções

- **Sentimentos** são o que sentimos, são “privados”, ou seja, são invisíveis para os outros;
- **Emoções** são movimentos ou ações do corpo que exprimem os sentimentos; são por isso consideradas “públicas”, no sentido em que são visíveis para os outros

(ABC do Crescimento, 2005)



## Atividade 4: “Sentimento ou Emoção?”

Medo	→	Emoção
Racismo	→	Sentimento
Alegria	→	Emoção
Ódio	→	Sentimento
Raiva	→	Emoção
Esperança	→	Sentimento
Amor	→	Sentimento
Paixão	→	Emoção

## Orientação sexual



A **orientação sexual** indica a **preferência física e/ou emocional** de uma pessoa por um determinado gênero podendo ser classificada como:

- Heterossexual - a atração é pelo **gênero oposto**;
- Homossexual - a atração é pelo **mesmo gênero**;
- Bissexual – a atração é por **ambos os gêneros**.



(ABC do Crescimento, 2005)

## Diversidade e Tolerância



**Somos todos diferentes!**



**Aceitar o outro tal como é!**

**Respeitar o outro!**

**Não julgar!**



**ANEXO XI – 2ª PARTE SESSÃO DE SAÚDE ESCOLAR  
“SESSÃO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA”**

## Saúde Sexual e Reprodutiva



Carina Correia  
Marta Vasconcelos  
Alunas da Pós-licenciatura de  
Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica  
Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde  
Enfª Graça Fonseca  
Saúde Escolar 2012/2013

## Descoberta da sexualidade...

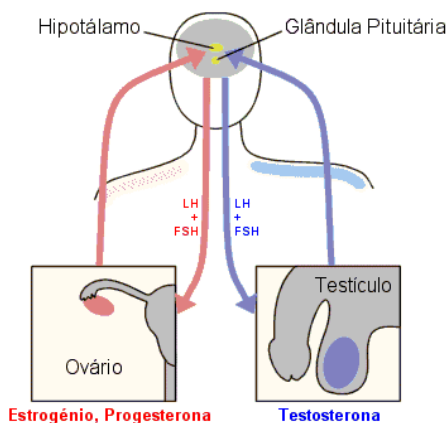
**As mudanças hormonais intensificam o interesse sexual...**

- ◆ fase em que os jovens sentem atração por outros;
- ◆ sentem necessidade de contactos mais íntimos;
- ◆ desejo sexual por outra pessoa.



(ABC do crescimento, 2005)

## Descoberta da sexualidade...



**A puberdade é totalmente controlada pelas hormonas, responsáveis pelas mudanças.**



Estas são responsáveis pela atividade reprodutiva, ou seja, a capacidade de homens e mulheres gerarem novos seres.

(Bailey, 2007)

## Descoberta da sexualidade...

### Primeira Relação Sexual



- Maturidade física e emocional;
- Noção de responsabilidade acerca do sexo.



⇒risco de gravidez

⇒transmissão de doenças sexuais



(Bailey, 2007)

## Gravidez na adolescência



É possível que queiras vivenciar a sexualidade com o teu parceiro, mas não a responsabilidade dos futuros atos.

**INFORMA-TE**

## Fontes de informação

A informação relativa a sexualidade é muitas vezes recebida de forma distorcida durante o processo de socialização. Esta provém de diversas fontes, nomeadamente:



**Família**

**Amigos/escola**

**Redes sociais**

**Serviços de saúde**

## Planeamento Familiar

- ✓ Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura;
- ✓ Reduzir a incidência das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e as suas consequências;
- ✓ Melhorar a saúde e o bem-estar do adolescente;
- ✓ Preparar para uma maternidade e paternidade responsáveis.



(DGS, 2001)

## Onde recorrer ?

Centro de saúde da área de residência



**Centro de Saúde Sr.ª da Hora**

Rua da Lagoa S/Nº  
4460-352 Senhora da Hora

Horário de Funcionamento:  
2ª a 6ª feira das 8 às 20horas

**Consultas gratuitas que asseguram confidencialidade**

## Onde recorrer?

Gabinetes de Apoio à Sexualidade Juvenil ou Centros de Atendimento a Jovens (CAJ)



Horário de atendimento:

Casa da Juventude de Matosinhos  
2ª f. e 5ª f. - 16 h às 19 h

Casa da Juventude de S. Mamede  
Infesta  
4ª f. - 16h às 19h

## Métodos contraceptivos

A **contraceção** possibilita a **prevenção de uma gravidez indesejada**, ao impedir que o espermatozóide entre no óvulo, ou que o mesmo se implante na parede do útero. Além do mais **previne a propagação das IST**.

A **pilula anticoncepcional** e o **preservativo** representam os métodos mais utilizados pelos adolescentes, encontrando-se disponíveis e de forma gratuita, no Centro de Saúde e CAJ.



(Sarabando, 2011)

## Métodos contraceptivos

**Métodos Hormonais:**  
Pilula; Implantes; Injeções;  
Sistema transdérmico; Anel  
vaginal

**Métodos Naturais:**  
Temperatura basal;  
Calendário; Muco cervical;  
Coito interrompido

**Métodos de Barreira:**  
Preservativo (masculino e  
feminino); Diafragma

**Métodos Cirúrgicos:**  
Vasectomia; Laqueação  
de trompas

**Método Intra-uterino:**  
DIU

**Métodos Químicos:**  
Espumas; Cremes



**Métodos  
Hormonais**

## Pílula

- A pílula contém hormonas que substituem as hormonas dos ovários. A adolescente deve ingerir 1 comprimido diariamente, para impedir a ovulação.
- Método de escolha da maioria dos adolescentes.
- **Não protege das IST**

### Em que circunstâncias a sua eficácia fica reduzida :

- Ingestão de Álcool
- Vómitos
- Diarreia
- Uso conjunto com outros medicamentos (ex: antibióticos)

(Sarabando, 2011)



## Métodos De Barreira

## Preservativo

O **preservativo** é sem dúvida o contraceptivo mais utilizado pelos adolescentes, por ser um dos mais seguros e de fácil aquisição. Além de evitar uma gravidez não desejada é o **único que previne o contágio por IST.**

### Manual de instruções:

- 1. Certifica-te que embalagem e preservativo se encontram em boas condições e dentro da validade;
- 2. Abre a embalagem com cuidado por um dos cantos com as mãos;
- 3. Coloca-o com o pénis ereto e antes de qualquer contacto, desenrolando-o a partir da ponta em direção à base;
- 4. Retira o preservativo com o pénis ainda ereto, segurando-o bem na base;
- 5. Não utilizes o mesmo preservativo mais que uma vez;
- 6. Se nunca o utilizaste treina antes, para que no momento do ato sexual, o faças perfeitamente.

(Sarabando, 2011)

## Preservativo



## Preservativo

### Falsas crenças

- Perda de prazer com o uso do preservativo, devido à perda de sensibilidade;
- Perda de ereção, aquando da colocação do preservativo;
- Falta de confiança;
- Obrigação de ser a mulher, a usar a contraceção;

Não tenhas qualquer problema em trazer sempre contigo um preservativo.  
Esquece os preconceitos ou o que possam dizer.

**A saúde em primeiro lugar**

(Sarabando, 2011)

## Contraceção de emergência



A chamada “pilula do dia seguinte”, e como o próprio nome indica, é um método de contraceção de emergência, a que só deves recorrer quando falham os métodos anteriormente enunciados.

Não é um método de uso regular mas sim um medicamento de emergência, composto por uma dose hormonal elevada que impede a gravidez, e com bastantes efeitos secundários.

Pode ser utilizada até 72 horas após a relação sexual, mas a sua eficácia vai diminuindo à medida que o tempo passa, pelo que quanto mais cedo a tomares, mais eficaz será.

**Aquisição:** Centro de Saúde / SASU / CAJ / Farmácias

(Sarabando, 2011)

## Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST)

Doenças transmitidas através do contacto sexual	
Doenças	Sintomas
Clamídia	Secreção vaginal, desconforto ao urinar e pequenas hemorragias fora da menstruação
Gonorreia	Sintomas semelhantes à da clamídia, mas com repercussões importantes, uma vez que pode levar à esterilidade
Herpes genital	Sem sintomas alarmantes, podendo produzir edema das glândulas e febre
Hepatite B	Icterícia, dor abdominal, perda de apetite, cansaço e dor nas articulações
Sífilis	Ferida indolor que pode aparecer na boca, ânus, vagina ou pénis, que origina erupções cutâneas
Vírus do Papiloma Humano – HPV	Verruga na vagina, pénis ou ânus com aspeto semelhante à couve-flor e desconforto durante o ato sexual
Vírus imunodeficiência humana - HIV	Inicialmente sintomas semelhantes aos de uma gripe, seguindo-se uma degradação do sistema imunológico

(Sarabando, 2011)

## Vírus do Papiloma Humano – HPV

Pode provocar doenças como o cancro do colo do útero (pode demorar anos a surgir) e o condiloma vaginal (verrugas vaginais). Afeta tanto os homens como as mulheres.



## Vírus da Imunodeficiência Humana - VIH

Infeção fatal que danifica o sistema imunitário, podendo ser transmitida por sangue, esperma, secreções vaginais e leite materno.

### Formas de prevenção:

- Uso de preservativo;
- Não partilhar objetos infetados;
- Evitar múltiplos parceiros.

### Não constitui perigo:

- Abraçar;
- Beijar;
- Ajudar.



## Bibliografia

**ABC do crescimento: Biblioteca Médico – Científica para a família. 2005.** Vida sexual. Matosinhos: Editorial Oceano. ISBN:989-554-220-8.

**Bailey, Gerry. 2007.** Super adolescente – O teu corpo em mudança. Lisboa: Porto Editora ISBN: 978-972-0-72034-4

**DGS, Direção Geral De Saúde. 2001.** Saúde Reprodutiva: Planeamento Familiar. Lisboa : s.n., 2001. ISBN: 972-9425-62-0.

**Hockenberry, Marilyn J. e Wilson, David. 2011.** *Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 8ª Edição. Rio de Janeiro : Elsevier Editora Ltda, 2011. ISBN: 978-0-323-05353-2.

**Sarabando, Mª José. 2011.** Guia da sexualidade: 101 perguntas e respostas. Lisboa: Porto Editora. ISBN: 978-84-662-2096-9





**ANEXO XIII – PLANO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**





**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - PORTO



**Formadoras:** Carina Correia e Marta Vasconcelos

**PLANO DE SESSÃO**

<b>Tema:</b> Adolescência e Sexualidade
<b>Destinatários:</b> Alunos do 9º Ano da Escola da Senhora da Hora, Irmãos Passos e CEF
<b>Local:</b> Centro de Saúde da Senhora da Hora
<b>Datas:</b> 9, 15, 21, 22, 25 e 28 de Janeiro de 2013 <b>Duração:</b> 1h:45m

**Objetivos**

<b>Geral:</b> Sensibilizar os destinatários para a importância de uma sexualidade saudável.
<b>Específicos:</b> Definir conceitos relacionados com a sexualidade; Alertar para as consequências de uma gravidez na adolescência; Enumerar e caracterizar a diversidade de métodos contraceptivos; Informar o adolescente, sobre infeções sexualmente transmissíveis (IST).

	<b>Introdução</b>	<b>Desenvolvimento</b>	<b>Conclusão</b>
<b>Conteúdos</b>	Apresentação dos intervenientes; Introdução da temática;	Abordagem de conceitos relacionados com a sexualidade; Reconhecimento da gravidez na adolescência, como um problema actual, com repercussões na vida do adolescente; Caracterização dos diversos métodos contraceptivos; Reflexão acerca das IST e respetivo impacto na vida do adolescente;	Síntese das principais ideias; Esclarecimento de dúvidas;
<b>Metodologia</b>	Expositiva / Demonstrativa / Interativa		
<b>Duração</b>	15'	1 hora	30'
<b>Recursos</b>	<u>Recursos Humanos:</u> Alunos do 9º Ano da Escola da Senhora da Hora e Irmãos Passos e CEF; Alunas de Pós-licenciatura de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica: Carina Correia e Marta Vasconcelos; Enf. responsável: Enf. Graça Fonseca		<u>Recursos Materiais:</u> Computador: Apresentação em PowerPoint; Projetor; Material em Suporte Papel;
<b>Avaliação</b>	Interação participativa		Questionário de avaliação



**ANEXO XIV – QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO DOS JOVENS**





Somos Alunas da Pós-licenciatura de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa do Porto e no âmbito da Saúde Escolar do Centro de Saúde da Senhora da Hora, gostaríamos de pedir a vossa disponibilidade e colaboração no preenchimento do questionário que se segue. O teu contributo será uma mais-valia para futuras ações formativas, além de constituir uma forma de avaliação dos conhecimentos por ti adquiridos, durante esta sessão de educação para a saúde. A informação obtida é confidencial.

De seguida, enunciámos uma lista de afirmações. Apenas tens, que em cada quadrado, identificar com um **F** as que são **falsas** e com um **V** as **verdadeiras**. Lê com atenção, antes de responder.

#### Questionário

- Sexualidade e ato sexual são a mesma coisa
- A sexualidade implica sentimentos e emoções
- A sexualidade expressa-se em várias dimensões
- A sexualidade não ocorre em todas as etapas de vida do indivíduo
- A sexualidade processa-se de igual forma em todos os indivíduos
- Adolescência e puberdade são a mesma coisa
- A puberdade é controlada pelas hormonas, que são responsáveis por mudanças, durante a adolescência
- As redes sociais são o meio mais seguro de obter informação correcta sobre a sexualidade
- As consultas de planeamento familiar são gratuitas e asseguram confidencialidade

- Na primeira relação sexual é impossível engravidar
- A pilula anticoncepcional e o preservativo representam os métodos mais utilizados pelos adolescentes
- O método de coito interrompido é o mais indicado para o controlo de uma gravidez indesejada
- Só há contágio se houver penetração
- Se a rapariga usar a pílula não há necessidade de usar preservativo
- Se namoras com alguém há já algum tempo e se confias nela, não há necessidade de usar contraceção
- O preservativo retira sensibilidade, e por consequência o prazer
- Após a relação sexual, deves sempre usar a pilula do dia seguinte, pois desta forma não há risco de gravidez
- A pilula além de evitar uma gravidez é um excelente método de proteção contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)
- O preservativo é o único método contraceptivo que evita a gravidez e protege das IST
- Durante o sexo oral e anal não é necessário usar preservativo, pois não há risco de contrair qualquer tipo de infeção
- O Vírus do Papiloma Humano (HPV) afeta apenas as mulheres
- O contágio pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) pode ser fatal

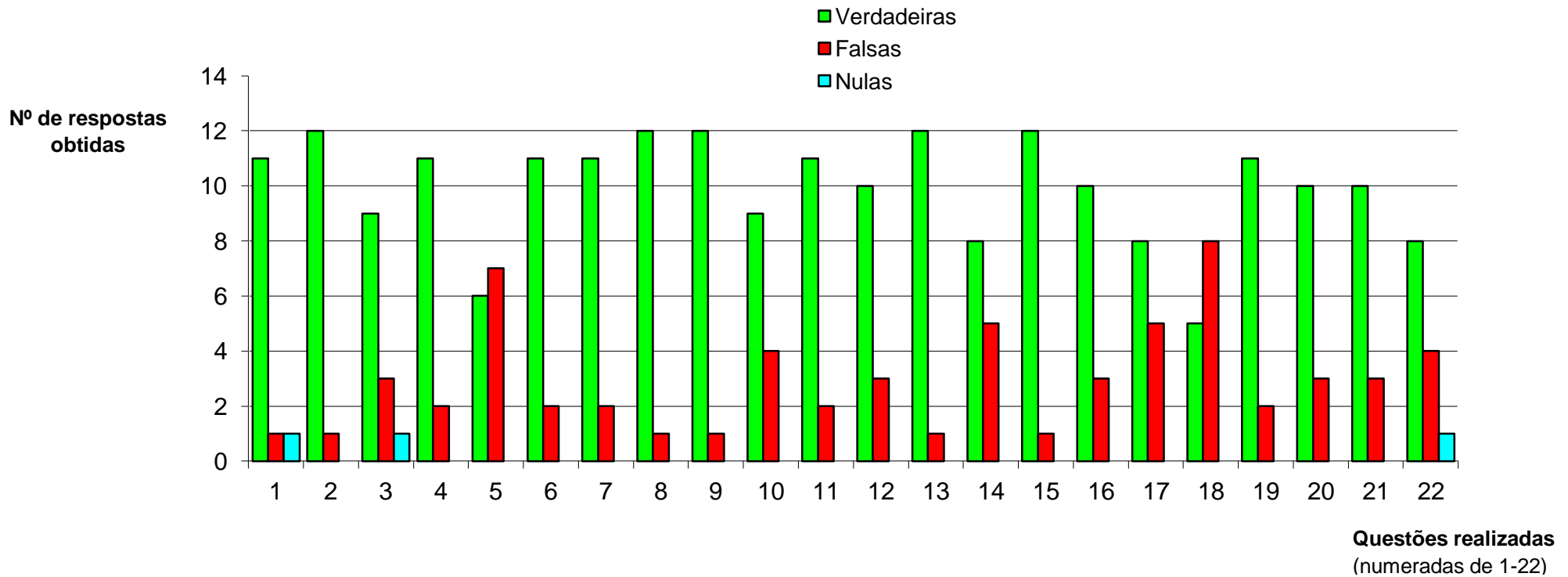
**Obrigada pela vossa colaboração**

**ANEXO XV – ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS**



Relatório de Estágio - MESIP

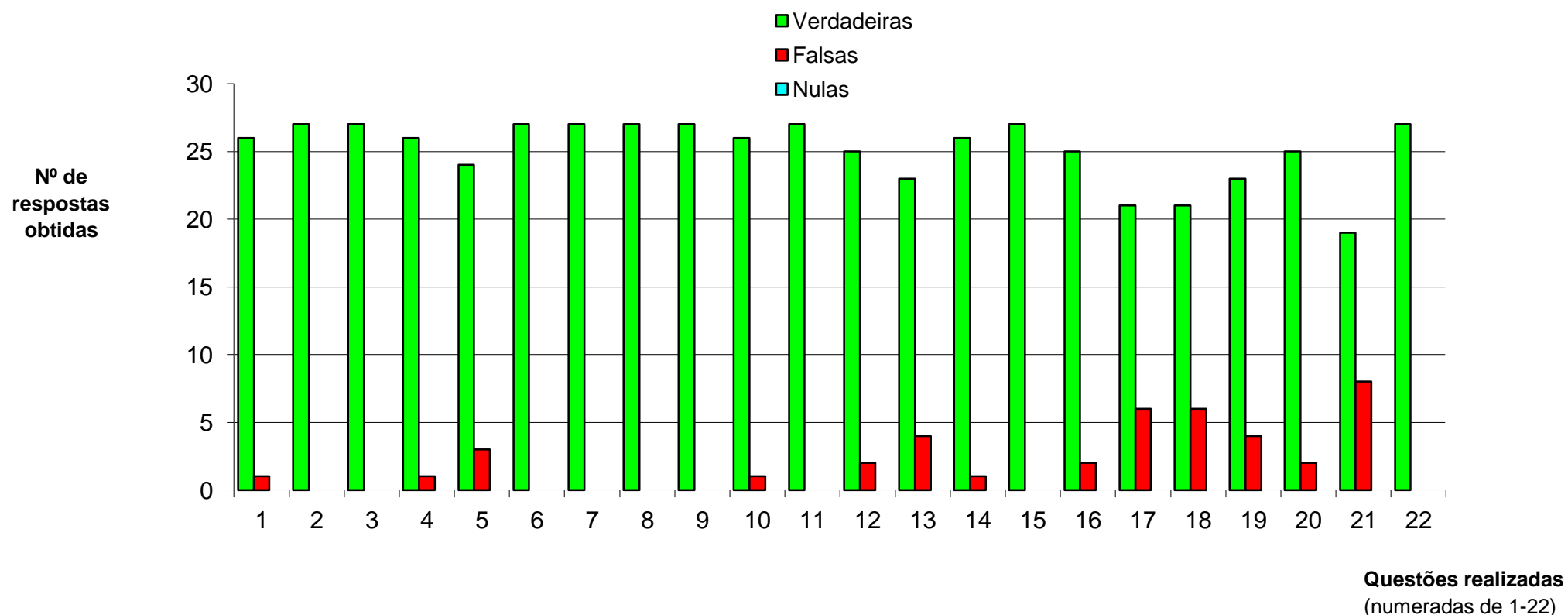
CEF ( 13 Alunos)		Data de realização de sessão					
Análise de Questionário		25 de janeiro de 2013 às 10h30m					
Perguntas		Respostas	Verdadeiras % certas	Erradas % Erradas	Não Resp. % Nulas		
1	Sexualidade e ato sexual são a mesma coisa	F	11 85%	1 8%	1 8%		
2	A sexualidade implica sentimentos e emoções	V	12 92%	1 8%	0 0%		
3	A sexualidade expressa-se em várias dimensões	V	9 69%	3 23%	1 8%		
4	A sexualidade não ocorre em todas as etapas de vida do indivíduo	F	11 85%	2 15%	0 0%		
5	A sexualidade processa-se de igual forma em todos os indivíduos	F	6 46%	7 54%	0 0%		
6	Adolescência e puberdade são a mesma coisa	F	11 85%	2 15%	0 0%		
7	A puberdade é controlada pelas hormonas, que são responsáveis por mudanças, durante a adolescência	V	11 85%	2 15%	0 0%		
8	As redes sociais são o meio mais seguro de obter informação correcta sobre a sexualidade	F	12 92%	1 8%	0 0%		
9	As consultas de planeamento familiar são gratuitas e asseguram confidencialidade	V	12 92%	1 8%	0 0%		
##	Na primeira relação sexual é impossível engravidar	F	9 69%	4 31%	0 0%		
##	A pílula anticoncepcional e o preservativo representam os métodos mais utilizados pelos adolescentes	V	11 85%	2 15%	0 0%		
##	O método de coito interrompido é o mais indicado para o controlo de uma gravidez indesejada	F	10 77%	3 23%	0 0%		
##	Só há contágio se houver penetração	F	12 92%	1 8%	0 0%		
##	Se a rapariga usar a pílula não há necessidade de usar preservativo	F	8 62%	5 38%	0 0%		
##	Se namoras com alguém há já algum tempo e se confias nela, não há necessidade de usar contraceção	F	12 92%	1 8%	0 0%		
##	O preservativo retira sensibilidade, e por consequência o prazer	F	10 77%	3 23%	0 0%		
##	Após a relação sexual, deves sempre usar a pilula do dia seguinte, pois desta forma não há risco de gravidez	F	8 62%	5 38%	0 0%		
##	A pilula além de evitar uma gravidez é um excelente método de proteção contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	F	5 38%	8 62%	0 0%		
##	O preservativo é o único método contraceptivo que evita a gravidez e protege das IST	V	11 85%	2 15%	0 0%		
##	Durante o sexo oral e anal não é necessário usar preservativo, pois não há risco de contrair qualquer tipo de infeção	F	10 77%	3 23%	0 0%		
##	O Vírus do Papiloma Humano (HPV) afeta apenas as mulheres	F	10 77%	3 23%	0 0%		
##	O contágio pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) pode ser fatal	V	8 62%	4 31%	1 8%		
		<b>V</b> Certas	<b>F</b> Erradas	<b>N</b> Nulas	<b>77%</b>	<b>22%</b>	<b>1%</b>



A partir da análise da tabela e do respetivo gráfico, é visível que esta turma não teve o aproveitamento pretendido. Esta turma, necessitará de um reforço nesta temática em que se utilize estratégias diferentes, desta sessão. Apesar deste público se ter mostrado interessado e participativo, não foi suficiente para obter os resultados esperados. Foi notório a falta de conhecimentos básicos destes alunos evidenciando um desconhecimento acentuado sobre a prevenção de IST.

Relatório de Estágio - MESIP

Turma 9ªA da Escola EB 2/3 Sra da Hora ( 27 Alunos)		Data de realização de sessão							
Análise de Questionário		15 de janeiro de 2013 às 14h30m							
Perguntas		Respostas	Verdadeiras	% certas	Erradas	% Erradas	Não Resp.	% Nulas	
1	Sexualidade e ato sexual são a mesma coisa	F	26	96%	1	4%	0	0%	
2	A sexualidade implica sentimentos e emoções	V	27	100%	0	0%	0	0%	
3	A sexualidade expressa-se em várias dimensões	V	27	100%	0	0%	0	0%	
4	A sexualidade não ocorre em todas as etapas de vida do indivíduo	F	26	96%	1	4%	0	0%	
5	A sexualidade processa-se de igual forma em todos os indivíduos	F	24	89%	3	11%	0	0%	
6	Adolescência e puberdade são a mesma coisa	F	27	100%	0	0%	0	0%	
7	A puberdade é controlada pelas hormonas, que são responsáveis por mudanças, durante a adolescência	V	27	100%	0	0%	0	0%	
8	As redes sociais são o meio mais seguro de obter informação correcta sobre a sexualidade	F	27	100%	0	0%	0	0%	
9	As consultas de planeamento familiar são gratuitas e asseguram confidencialidade	V	27	100%	0	0%	0	0%	
10	Na primeira relação sexual é impossível engravidar	F	26	96%	1	4%	0	0%	
11	A pílula anticoncepcional e o preservativo representam os métodos mais utilizados pelos adolescentes	V	27	100%	0	0%	0	0%	
12	O método de coito interrompido é o mais indicado para o controlo de uma gravidez indesejada	F	25	93%	2	7%	0	0%	
13	Só há contágio se houver penetração	F	23	85%	4	15%	0	0%	
14	Se a rapariga usar a pílula não há necessidade de usar preservativo	F	26	96%	1	4%	0	0%	
15	Se namoras com alguém há já algum tempo e se confias nela, não há necessidade de usar contraceção	F	27	100%	0	0%	0	0%	
16	O preservativo retira sensibilidade, e por consequência o prazer	F	25	93%	2	7%	0	0%	
17	Após a relação sexual, deves sempre usar a pílula do dia seguinte, pois desta forma não há risco de gravidez	F	21	78%	6	22%	0	0%	
18	A pílula além de evitar uma gravidez é um excelente método de proteção contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	F	21	78%	6	22%	0	0%	
19	O preservativo é o único método contraceptivo que evita a gravidez e protege das IST	V	23	85%	4	15%	0	0%	
20	Durante o sexo oral e anal não é necessário usar preservativo, pois não há risco de contrair qualquer tipo de infeção	F	25	93%	2	7%	0	0%	
21	O Vírus do Papiloma Humano (HPV) afeta apenas as mulheres	F	19	70%	8	30%	0	0%	
22	O contágio pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) pode ser fatal	V	27	100%	0	0%	0	0%	
		<b>V</b> Certas	<b>F</b> Erradas	<b>N</b> Nulas			<b>93%</b>	<b>7%</b>	<b>0%</b>

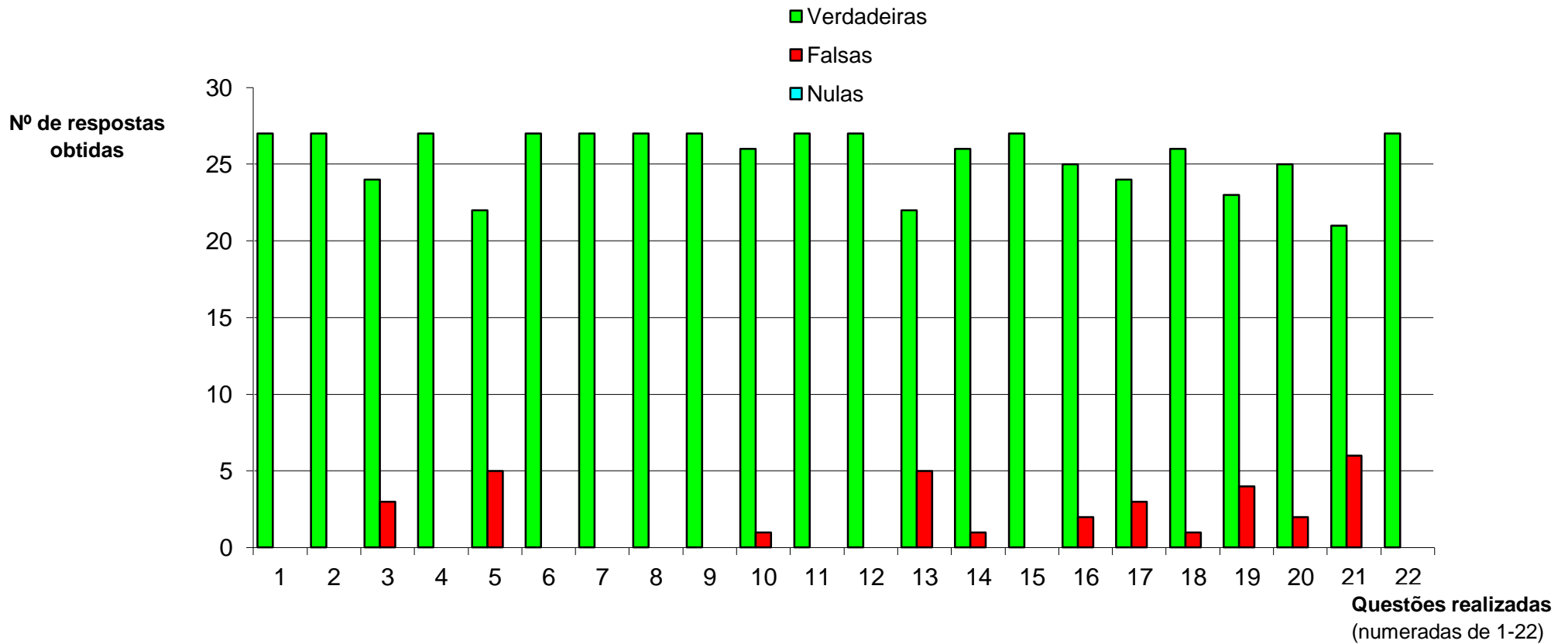


A partir da análise da tabela e do respetivo gráfico, é visível o bom resultado deste grupo, o que denota a aquisição dos conhecimentos transmitidos.

**Cerca de 93% foi a percentagem de respostas corretas e nenhuma pergunta ficou por responder.**

Relatório de Estágio - MESIP

Turma 9ªA da Escola EB 2/3 Sra da Hora ( 27 Alunos)		Data de realização de sessão							
Análise de Questionário		09 de janeiro de 2013 às 11h45m							
Perguntas		Respostas	Verdadeiras	% certas	Erradas	% Erradas	Não Resp.	% Nulas	
1	Sexualidade e ato sexual são a mesma coisa	F	27	100%	0	0%	0	0%	
2	A sexualidade implica sentimentos e emoções	V	27	100%	0	0%	0	0%	
3	A sexualidade expressa-se em várias dimensões	V	24	89%	3	11%	0	0%	
4	A sexualidade não ocorre em todas as etapas de vida do indivíduo	F	27	100%	0	0%	0	0%	
5	A sexualidade processa-se de igual forma em todos os indivíduos	F	22	81%	5	19%	0	0%	
6	Adolescência e puberdade são a mesma coisa	F	27	100%	0	0%	0	0%	
7	A puberdade é controlada pelas hormonas, que são responsáveis por mudanças, durante a adolescência	V	27	100%	0	0%	0	0%	
8	As redes sociais são o meio mais seguro de obter informação correcta sobre a sexualidade	F	27	100%	0	0%	0	0%	
9	As consultas de planeamento familiar são gratuitas e asseguram confidencialidade	V	27	100%	0	0%	0	0%	
10	Na primeira relação sexual é impossível engravidar	F	26	96%	1	4%	0	0%	
11	A pílula anticoncepcional e o preservativo representam os métodos mais utilizados pelos adolescentes	V	27	100%	0	0%	0	0%	
12	O método de coito interrompido é o mais indicado para o controlo de uma gravidez indesejada	F	27	100%	0	0%	0	0%	
13	Só há contágio se houver penetração	F	22	81%	5	19%	0	0%	
14	Se a rapariga usar a pílula não há necessidade de usar preservativo	F	26	96%	1	4%	0	0%	
15	Se namoras com alguém há já algum tempo e se confias nela, não há necessidade de usar contraceção	F	27	100%	0	0%	0	0%	
16	O preservativo retira sensibilidade, e por consequência o prazer	F	25	93%	2	7%	0	0%	
17	Após a relação sexual, deves sempre usar a pilula do dia seguinte, pois desta forma não há risco de gravidez	F	24	89%	3	11%	0	0%	
18	A pilula além de evitar uma gravidez é um excelente método de proteção contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	F	26	96%	1	4%	0	0%	
19	O preservativo é o único método contraceptivo que evita a gravidez e protege das IST	V	23	85%	4	15%	0	0%	
20	Durante o sexo oral e anal não é necessário usar preservativo, pois não há risco de contrair qualquer tipo de infeção	F	25	93%	2	7%	0	0%	
21	O Vírus do Papiloma Humano (HPV) afeta apenas as mulheres	F	21	78%	6	22%	0	0%	
22	O contágio pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) pode ser fatal	V	27	100%	0	0%	0	0%	
		<b>V</b> Certas	<b>F</b> Erradas	<b>N</b> Nulas					
							<b>94%</b>	<b>6%</b>	<b>0%</b>



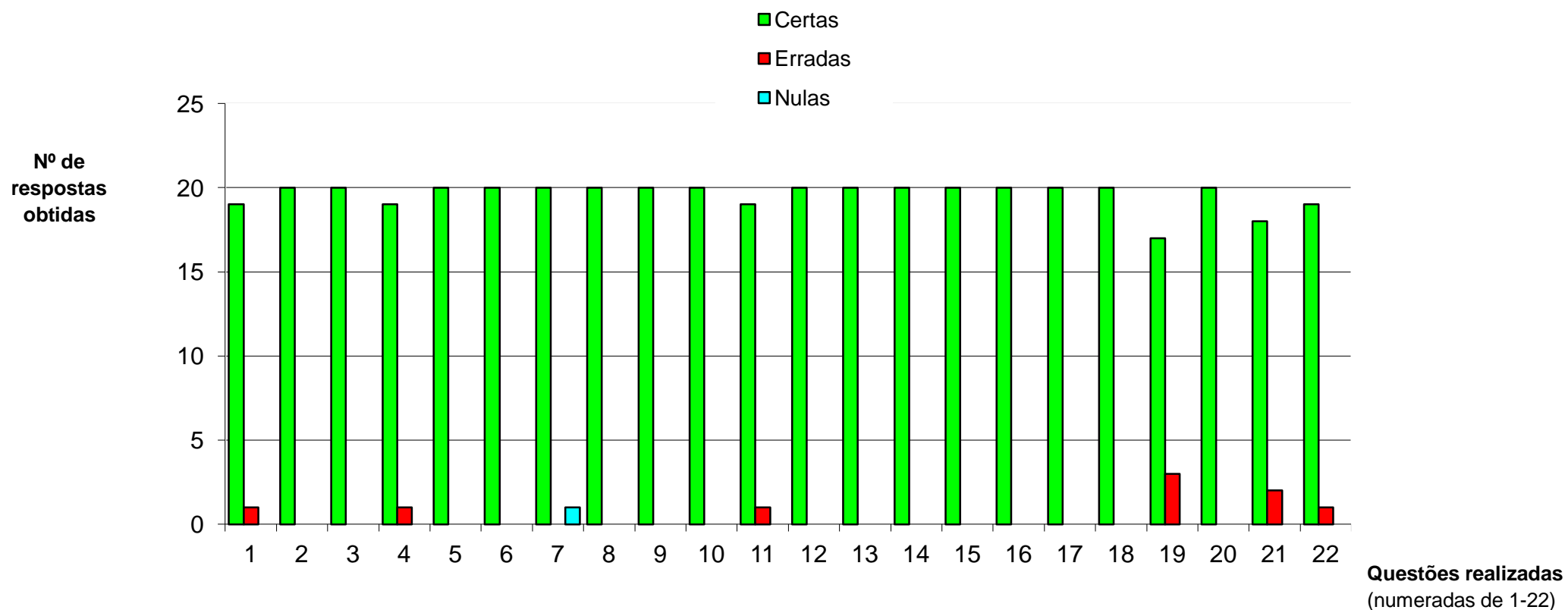
A partir da análise da tabela e do respetivo gráfico, é visível o bom resultado deste grupo, o que denota a aquisição dos conhecimentos transmitidos.

**Foi obtida uma percentagem superior a 90% de respostas corretas e nenhuma pergunta ficou por responder.**

**Foi notória a formação prévia que os alunos da Escola da Sra. Da Hora apresentavam na área.**

Relatório de Estágio - MESIP

Turma 9ªA da Escola EB 2/3 Irmãos Passos ( 20 Alunos)		Data de realização de sessão										
Análise de Questionário		22 de janeiro de 2013 às xhxxm										
Perguntas		Respostas	Verdadeiras	% certas	Erradas	% Erradas	Não Resp.	% Nulas				
1	Sexualidade e ato sexual são a mesma coisa	F	19	95%	1	5%	0	0%				
2	A sexualidade implica sentimentos e emoções	V	20	100%	0	0%	0	0%				
3	A sexualidade expressa-se em várias dimensões	V	20	100%	0	0%	0	0%				
4	A sexualidade não ocorre em todas as etapas de vida do indivíduo	F	19	95%	1	5%	0	0%				
5	A sexualidade processa-se de igual forma em todos os indivíduos	F	20	100%	0	0%	0	0%				
6	Adolescência e puberdade são a mesma coisa	F	20	100%	0	0%	0	0%				
7	A puberdade é controlada pelas hormonas, que são responsáveis por mudanças, durante a adolescência	V	20	100%	0	0%	1	5%				
8	As redes sociais são o meio mais seguro de obter informação correcta sobre a sexualidade	F	20	100%	0	0%	0	0%				
9	As consultas de planeamento familiar são gratuitas e asseguram confidencialidade	V	20	100%	0	0%	0	0%				
10	Na primeira relação sexual é impossível engravidar	F	20	100%	0	0%	0	0%				
11	A pílula anticoncepcional e o preservativo representam os métodos mais utilizados pelos adolescentes	V	19	95%	1	5%	0	0%				
12	O método de coito interrompido é o mais indicado para o controlo de uma gravidez indesejada	F	20	100%	0	0%	0	0%				
13	Só há contágio se houver penetração	F	20	100%	0	0%	0	0%				
14	Se a rapariga usar a pílula não há necessidade de usar preservativo	F	20	100%	0	0%	0	0%				
15	Se namoras com alguém há já algum tempo e se confias nela, não há necessidade de usar contraceção	F	20	100%	0	0%	0	0%				
16	O preservativo retira sensibilidade, e por consequência o prazer	F	20	100%	0	0%	0	0%				
17	Após a relação sexual, deves sempre usar a pilula do dia seguinte, pois desta forma não há risco de gravidez	F	20	100%	0	0%	0	0%				
18	A pilula além de evitar uma gravidez é um excelente método de proteção contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	F	20	100%	0	0%	0	0%				
19	O preservativo é o único método contraceptivo que evita a gravidez e protege das IST	V	17	85%	3	15%	0	0%				
20	Durante o sexo oral e anal não é necessário usar preservativo, pois não há risco de contrair qualquer tipo de infeção	F	20	100%	0	0%	0	0%				
21	O Vírus do Papiloma Humano (HPV) afeta apenas as mulheres	F	18	90%	2	10%	0	0%				
22	O contágio pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) pode ser fatal	V	19	95%	1	5%	0	0%				
			<b>V</b>	Certas	<b>F</b>	Erradas	<b>N</b>	Nulas		<b>98%</b>	<b>2%</b>	<b>0%</b>

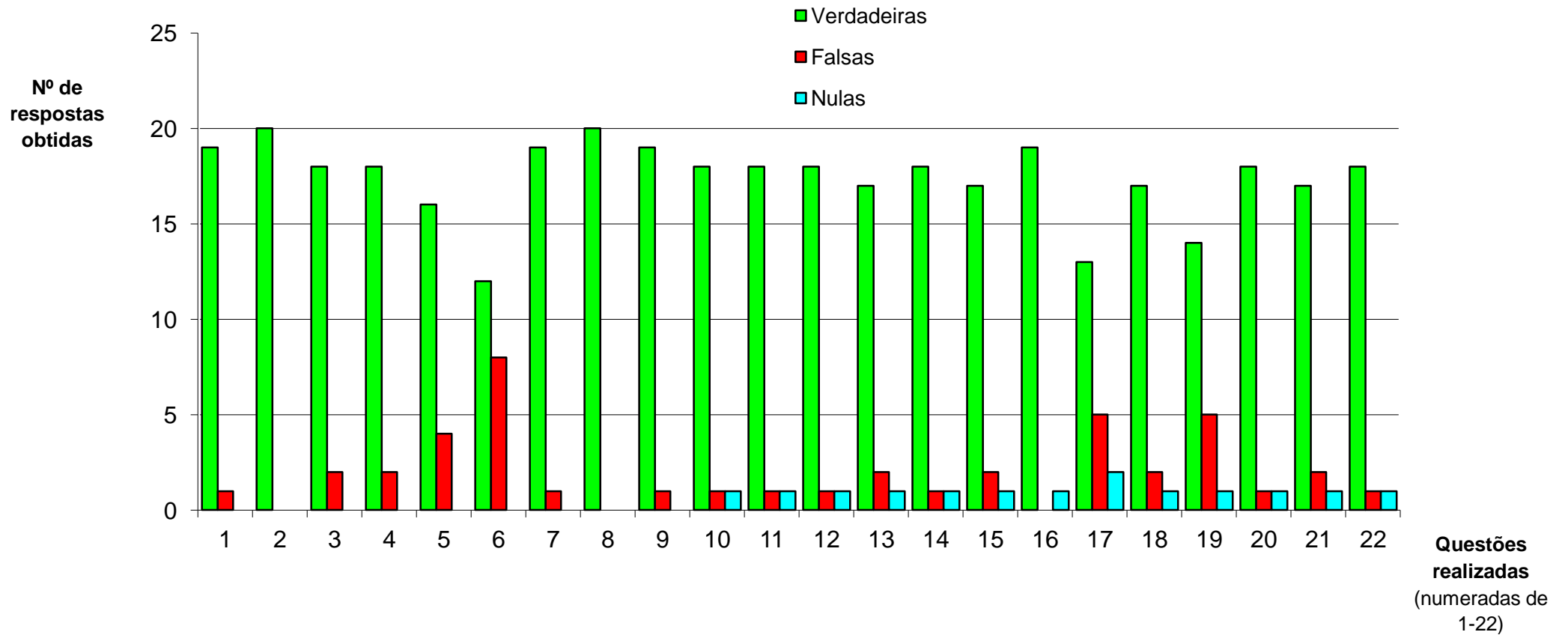


A partir da análise da tabela e do respetivo gráfico, é visível o bom resultado deste grupo, o que denota a aquisição dos conhecimentos transmitidos. Este grupo demonstra um conhecimento mais alargado sobre o tema, destacando-se o empenho da equipa pedagógica.

**Foi obtida uma percentagem superior a 95% de respostas corretas e uma única pergunta ficou por responder.**

## Relatório de Estágio - MESIP

Turma 9ºB da Escola EB 2/3 Irmãos Passos ( 20 Alunos)		Data de realização de sessão											
Análise de Questionário		21 de janeiro de 2013 às 16h00m											
Perguntas		Respostas	Verdadeiras	% certas	Erradas	% Erradas	Não Resp.	% Nulas					
1	Sexualidade e ato sexual são a mesma coisa	F	19	95%	1	5%	0	0%					
2	A sexualidade implica sentimentos e emoções	V	20	100%	0	0%	0	0%					
3	A sexualidade expressa-se em várias dimensões	V	18	90%	2	10%	0	0%					
4	A sexualidade não ocorre em todas as etapas de vida do indivíduo	F	18	90%	2	10%	0	0%					
5	A sexualidade processa-se de igual forma em todos os indivíduos	F	16	80%	4	20%	0	0%					
6	Adolescência e puberdade são a mesma coisa	F	12	60%	8	40%	0	0%					
7	A puberdade é controlada pelas hormonas, que são responsáveis por mudanças, durante a adolescência	V	19	95%	1	5%	0	0%					
8	As redes sociais são o meio mais seguro de obter informação correcta sobre a sexualidade	F	20	100%	0	0%	0	0%					
9	As consultas de planeamento familiar são gratuitas e asseguram confidencialidade	V	19	95%	1	5%	0	0%					
10	Na primeira relação sexual é impossível engravidar	F	18	90%	1	5%	1	5%					
11	A pílula anticoncepcional e o preservativo representam os métodos mais utilizados pelos adolescentes	V	18	90%	1	5%	1	5%					
12	O método de coito interrompido é o mais indicado para o controlo de uma gravidez indesejada	F	18	90%	1	5%	1	5%					
13	Só há contágio se houver penetração	F	17	85%	2	10%	1	5%					
14	Se a rapariga usar a pílula não há necessidade de usar preservativo	F	18	90%	1	5%	1	5%					
15	Se namoras com alguém há já algum tempo e se confias nela, não há necessidade de usar contraceção	F	17	85%	2	10%	1	5%					
16	O preservativo retira sensibilidade, e por consequência o prazer	F	19	95%	0	0%	1	5%					
17	Após a relação sexual, deves sempre usar a pílula do dia seguinte, pois desta forma não há risco de gravidez	F	13	65%	5	25%	2	10%					
18	A pílula além de evitar uma gravidez é um excelente método de proteção contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	F	17	85%	2	10%	1	5%					
19	O preservativo é o único método contraceptivo que evita a gravidez e protege das IST	V	14	70%	5	25%	1	5%					
20	Durante o sexo oral e anal não é necessário usar preservativo, pois não há risco de contrair qualquer tipo de infeção	F	18	90%	1	5%	1	5%					
21	O Vírus do Papiloma Humano (HPV) afeta apenas as mulheres	F	17	85%	2	10%	1	5%					
22	O contágio pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) pode ser fatal	V	18	90%	1	5%	1	5%					
		<b>V</b>	Certas		<b>F</b>	Erradas		<b>N</b>	Nulas		<b>87%</b>	<b>10%</b>	<b>3%</b>

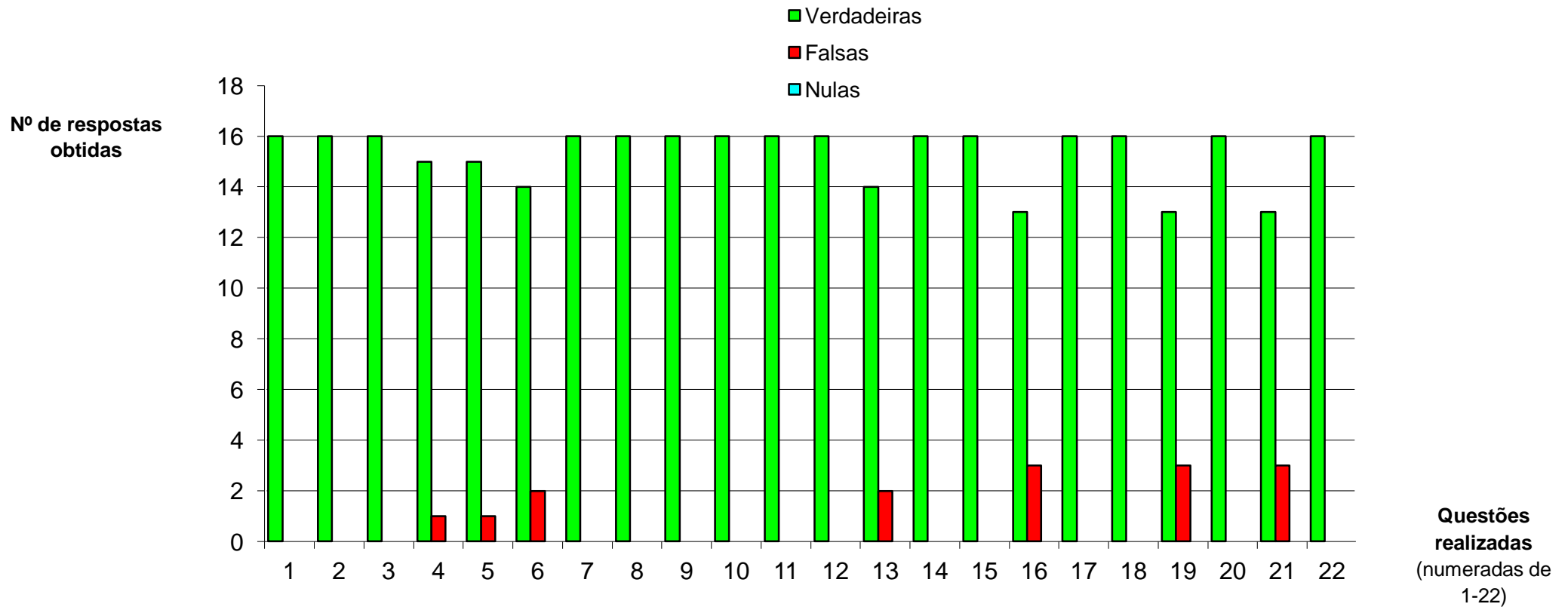


A partir da análise da tabela e do respetivo gráfico, é visível o bom resultado deste grupo, o que denota a aquisição dos conhecimentos transmitidos. Este grupo demonstra um conhecimento mais alargado sobre o tema, destacando-se o empenho da equipa pedagógica.

**Em relação a este grupo considero importante voltar a agendar uma nova sessão de esclarecimento e um momento de formação.**

Relatório de Estágio - MESIP

Turma 9ºC da Escola EB 2/3 Irmãos Passos ( 16 Alunos)		Data de realização de sessão								
Análise de Questionário		28 de janeiro de 2013 às 16h00m								
Perguntas		Respostas	Verdadeiras	% certas	Erradas	% Erradas	Não Resp.	% Nulas		
1	Sexualidade e ato sexual são a mesma coisa	F	16	100%	0	0%	0	0%		
2	A sexualidade implica sentimentos e emoções	V	16	100%	0	0%	0	0%		
3	A sexualidade expressa-se em várias dimensões	V	16	100%	0	0%	0	0%		
4	A sexualidade não ocorre em todas as etapas de vida do indivíduo	F	15	94%	1	6%	0	0%		
5	A sexualidade processa-se de igual forma em todos os indivíduos	F	15	94%	1	6%	0	0%		
6	Adolescência e puberdade são a mesma coisa	F	14	88%	2	13%	0	0%		
7	A puberdade é controlada pelas hormonas, que são responsáveis por mudanças, durante a adolescência	V	16	100%	0	0%	0	0%		
8	As redes sociais são o meio mais seguro de obter informação correcta sobre a sexualidade	F	16	100%	0	0%	0	0%		
9	As consultas de planeamento familiar são gratuitas e asseguram confidencialidade	V	16	100%	0	0%	0	0%		
10	Na primeira relação sexual é impossível engravidar	F	16	100%	0	0%	0	0%		
11	A pílula anticoncepcional e o preservativo representam os métodos mais utilizados pelos adolescentes	V	16	100%	0	0%	0	0%		
12	O método de coito interrompido é o mais indicado para o controlo de uma gravidez indesejada	F	16	100%	0	0%	0	0%		
13	Só há contágio se houver penetração	F	14	88%	2	13%	0	0%		
14	Se a rapariga usar a pílula não há necessidade de usar preservativo	F	16	100%	0	0%	0	0%		
15	Se namoras com alguém há já algum tempo e se confias nela, não há necessidade de usar contraceção	F	16	100%	0	0%	0	0%		
16	O preservativo retira sensibilidade, e por consequência o prazer	F	13	81%	3	19%	0	0%		
17	Após a relação sexual, deves sempre usar a pilula do dia seguinte, pois desta forma não há risco de gravidez	F	16	100%	0	0%	0	0%		
18	A pilula além de evitar uma gravidez é um excelente método de proteção contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	F	16	100%	0	0%	0	0%		
19	O preservativo é o único método contraceptivo que evita a gravidez e protege das IST	V	13	81%	3	19%	0	0%		
20	Durante o sexo oral e anal não é necessário usar preservativo, pois não há risco de contrair qualquer tipo de infeção	F	16	100%	0	0%	0	0%		
21	O Vírus do Papiloma Humano (HPV) afeta apenas as mulheres	F	13	81%	3	19%	0	0%		
22	O contágio pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) pode ser fatal	V	16	100%	0	0%	0	0%		
		V	Certas	F	Erradas	N	Nulas	96%	4%	0%

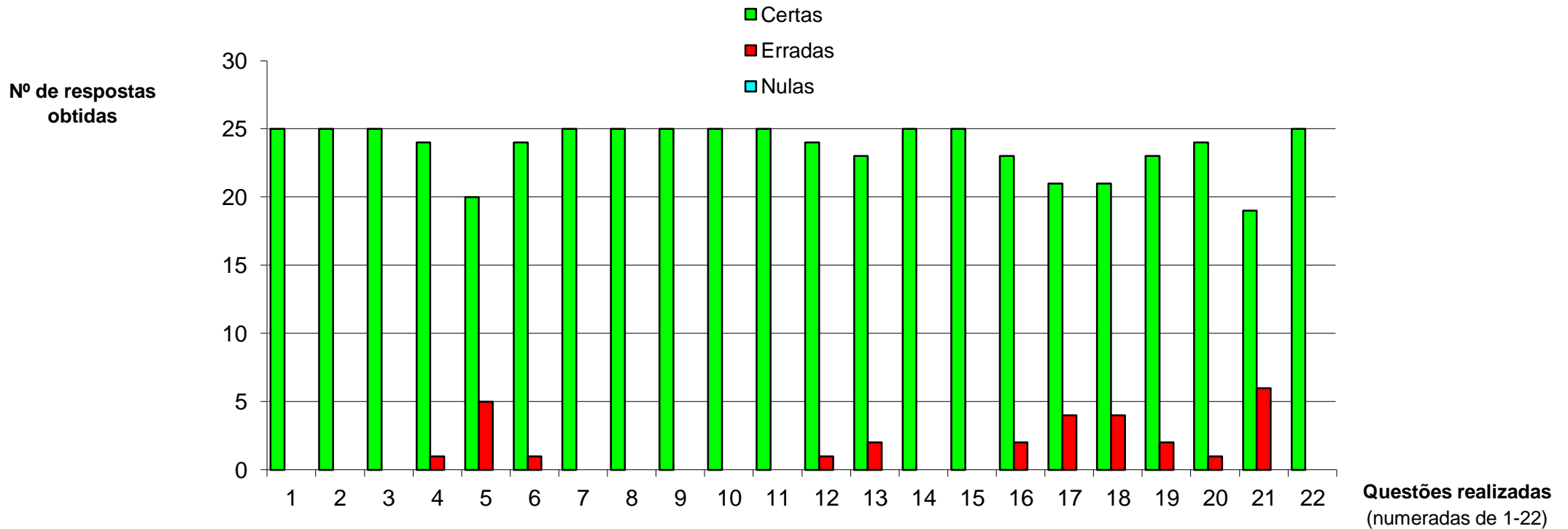


A partir da análise da tabela e do respetivo gráfico, é visível o bom resultado deste grupo, o que denota a aquisição dos conhecimentos transmitidos. Este grupo demonstra um conhecimento mais alargado sobre o tema, destacando-se o empenho da equipa pedagógica. Apenas se salienta a necessidade de reforçar a importância do uso de contraceptivos de contacto em qualquer tipo de relação sexual.

**Foi obtida uma percentagem superior a 95% de respostas corretas e nenhuma pergunta ficou por responder.**

Relatório de Estágio - MESIP

Turma 9ºD da Escola EB 2/3 Irmãos Passos ( 25 Alunos)		Data de realização de sessão						
Análise de Questionário		15 de janeiro de 2013 às 8h30m						
Perguntas		Respostas	Verdadeiras	% certas	Erradas	% Erradas	Não Resp.	% Nulas
1	Sexualidade e ato sexual são a mesma coisa	F	25	100%	0	0%	0	0%
2	A sexualidade implica sentimentos e emoções	V	25	100%	0	0%	0	0%
3	A sexualidade expressa-se em várias dimensões	V	25	100%	0	0%	0	0%
4	A sexualidade não ocorre em todas as etapas de vida do indivíduo	F	24	96%	1	4%	0	0%
5	A sexualidade processa-se de igual forma em todos os indivíduos	F	20	80%	5	20%	0	0%
6	Adolescência e puberdade são a mesma coisa	F	24	96%	1	4%	0	0%
7	A puberdade é controlada pelas hormonas, que são responsáveis por mudanças, durante a adolescência	V	25	100%	0	0%	0	0%
8	As redes sociais são o meio mais seguro de obter informação correcta sobre a sexualidade	F	25	100%	0	0%	0	0%
9	As consultas de planeamento familiar são gratuitas e asseguram confidencialidade	V	25	100%	0	0%	0	0%
10	Na primeira relação sexual é impossível engravidar	F	25	100%	0	0%	0	0%
11	A pílula anticoncepcional e o preservativo representam os métodos mais utilizados pelos adolescentes	V	25	100%	0	0%	0	0%
12	O método de coito interrompido é o mais indicado para o controlo de uma gravidez indesejada	F	24	96%	1	4%	0	0%
13	Só há contágio se houver penetração	F	23	92%	2	8%	0	0%
14	Se a rapariga usar a pílula não há necessidade de usar preservativo	F	25	100%	0	0%	0	0%
15	Se namoras com alguém há já algum tempo e se confias nela, não há necessidade de usar contraceção	F	25	100%	0	0%	0	0%
16	O preservativo retira sensibilidade, e por consequência o prazer	F	23	92%	2	8%	0	0%
17	Após a relação sexual, deves sempre usar a pilula do dia seguinte, pois desta forma não há risco de gravidez	F	21	84%	4	16%	0	0%
18	A pilula além de evitar uma gravidez é um excelente método de proteção contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)	F	21	84%	4	16%	0	0%
19	O preservativo é o único método contraceptivo que evita a gravidez e protege das IST	V	23	92%	2	8%	0	0%
20	Durante o sexo oral e anal não é necessário usar preservativo, pois não há risco de contrair qualquer tipo de infeção	F	24	96%	1	4%	0	0%
21	O Vírus do Papiloma Humano (HPV) afeta apenas as mulheres	F	19	76%	6	24%	0	0%
22	O contágio pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) pode ser fatal	V	25	100%	0	0%	0	0%
		<b>V</b> Certas	<b>F</b> Erradas	<b>N</b> Nulas				
						<b>95%</b>	<b>5%</b>	<b>0%</b>



A partir da análise da tabela e do respetivo gráfico, é visível o bom resultado deste grupo, o que denota a aquisição dos conhecimentos transmitidos. Este grupo demonstra um conhecimento mais alargado sobre o tema, destacando-se o empenho da equipa pedagógica.

**Foi obtida uma percentagem de 95% de respostas corretas e nenhuma pergunta ficou por responder.**

**Pude chegar à conclusão que os alunos das Escolas Secundárias da Sra. Da Hora e Irmãos Passos apresentavam uma formação escolar muito semelhante e muito cuidada, o que lhes permitiu terem tão bons resultados o exame realizado.**

**ANEXO XVI – TESTE DE DIAGNÓSTICO**





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

- Que tema gostaria de ver explorado numa formação de serviço?

---

---

---

---

Qual é o tema que sente maior dificuldades e / ou maior falta de formação?

---

---

---

Muito Obrigado pela colaboração

Carina Rodrigues

Marta Vasconcelos

(Alunas da Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa)



**ANEXO XVII – AÇÃO DE FORMAÇÃO  
- CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS-**



# ***Cuidados Paliativos Pediátricos***

---

**REALIZADO POR:  
MARTA VASCONCELOS**

*(Aluna da Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica da  
Universidade Católica Portuguesa)*


## ***Cuidados paliativos Pediátricos***

### **Objetivos da formação:**

- # Promover a reflexão sobre o presente e o futuro dos cuidados paliativos em Portugal;
- # Avaliar o impacto do diagnóstico que determina a necessidade da prestação destes cuidados a uma criança;
- # Reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que podem surgir e as repercussões sobre o bem estar do doente;

***Cuidados paliativos  
Pediátricos***

“Define a atenção interdisciplinar pela qual se provê cuidado físico, psicológico, social e espiritual aos pacientes e seus familiares, desde o diagnóstico de uma condição ameaçadora da vida até à sua resolução ou à morte” [9].



***Cuidados paliativos  
Pediátricos***

# Conceito CUIDADOS PALIATIVOS

Nasceu nos anos 60 com o movimento *HOSPICE MODERNO*, iniciado no Reino Unido por Cicely Saunders, com a criação do St. Christopher's Hospice (1967).

Estendeu-se à América do Norte, a outros países da Europa e Japão, ao longo da década 70.

Na década 80 chegou à América latina.



## *Cuidados paliativos Pediátricos*

*Com a evolução tecnológica e os avanços da  
Medicina ;*

*Aumenta o número de crianças que  
sobrevivem com problemas de saúde e  
requerem cuidados específicos;*

*OBRIGA a uma reflexão sobre o papel dos  
cuidados de saúde prestados fora do  
Hospital, se possível em casa e com a  
família da criança.*

Existe uma prevalência anual de doenças incuráveis de 10/10000 em idades dos 0 aos 19 anos e uma taxa de mortalidade anual de 1/10000 dos 0 aos 17 anos. [5]

## *Cuidados paliativos Pediátricos*

Os Cuidados Paliativos foram introduzidos nos anos 90, pela Organização Mundial de Saúde (OMS):

“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e sua famílias que enfrentam condições ameaçadoras da vida, através da prevenção, avaliação e tratamento da dor e outros sintomas, físicos, psicológicos e problemas espirituais” [9].



### *Cuidados paliativos Pediátricos*


**Segundo o PLANO  
PORTUGUÊS DE CUIDADOS  
PALIATIVOS:<sup>[1]</sup>**

**Destinados a doentes que:**

- Não têm perspectiva de tratamento curativo;
- Têm rápida progressão da doença e expectativa de vida limitada;
- Têm intenso sofrimento (físico e/ ou psicológico)
- Têm problemas e necessidades de difícil resolução, que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar;

Nem sempre o doente a receber cuidados paliativos é necessariamente um doente terminal!!!

### *Cuidados paliativos Pediátricos*



A American Academy of Pediatrics (AAP) define como princípios para a sua prática:

- 1- respeito pela dignidade dos doentes e das suas famílias durante a doença e o luto;
- 2- acesso de toda a população a cuidados competentes e dedicados, desde o momento de diagnóstico e durante a doença;
- 3- suporte e apoio para os membros da equipa;
- 4- melhoria do suporte profissional e social;
- 5- melhoria contínua dos cuidados através da pesquisa e educação<sup>[6]</sup>.

***Cuidados paliativos  
Pediátricos***

Infelizmente os cuidados paliativos  
em crianças são uma realidade  
distante.

***Cuidados paliativos  
Pediátricos***

Principais impedimentos para a implementação dos  
Cuidados Paliativos Pediátricos:

- Morte infantil pouco frequente (340 novos casos anual em Portugal);
- Grandes diferenças entre as doenças terminais dos adultos e das crianças;
- Défice de formação e de experiências dos profissionais na área ;
- Sentimento de fracasso por parte dos cuidadores quando morre uma criança;
- Transgressão da ordem natural aquando da morte da criança;
- Compromisso com os cuidadores informais / pais;
- Necessidade de ordem de não reanimar;

***Cuidados paliativos  
Pediátricos***

Principais impedimentos para a implementação dos Cuidados Paliativos Pediátricos:

- Conceções erróneas, educação inadequada dos cuidadores e familiares sobre os cuidados paliativos;
- Limitação de índole económica;
- Dificuldade na comunicação sobre morte;
- Falta de ferramentas para valorizar a evidência dos sintomas;
- Falta de dados farmacocinéticos em crianças.

**É urgente um modelo de cuidados paliativos pediátricos com apoio de uma equipa nos diferentes âmbitos de intervenção**



***Cuidados paliativos  
Pediátricos***

**a) Controlo Sintomático**

- Saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que podem surgir e as repercussões sobre o bem estar do doente faz parte de um treino rigoroso por parte dos profissionais de saúde.

***Cuidados paliativos  
Pediátricos***

**a) Controlo Sintomático**

**Princípios Gerais:**

- # Avaliar antes de tratar, determinar a causa , impacto emocional e físico do sintoma, intensidade e fatores condicionantes;
- # Explicar as causas dos sintomas e as medidas terapêuticas ao doente e á sua família;
- # Antecipar a ocorrência de sintomas;
- # Adotar estratégias terapêuticas mistas (medidas farmacológicas e não farmacológicas);
- # Monitorizar os sintomas;
- # Dar atenção aos pormenores e estar disponível;

## *Cuidados paliativos Pediátricos*

**A POSSIBILIDADE DA CRIANÇA MORRER  
SENTINDO DOR OU DESCONFORTO É UMA  
GRANDE PREOCUPAÇÃO MANIFESTADA  
PELOS PAIS EM NUMEROSOS ESTUDOS. [16, 17]**



## *Cuidados paliativos Pediátricos*

a)<sub>1</sub> Dor VS Sofrimento

A dor é uma complicação frequente e com elevado impacto na vida dos doentes a receber cuidados paliativos;

A dor é uma experiência física, emocional, a dor não controlada causa ansiedade e depressão que, por sua vez, a pode exacerbar. Não é possível tratar da dor sem considerar outros aspetos de sofrimento e sem o adequado apoio psicossocial.

## *Cuidados paliativos Pediátricos*

### a) Dor VS Sofrimento

Por outro lado, o sofrimento pode englobar várias vertentes:

- Perda de autonomia e dependência de terceiros;
- Sintomas mal controlados;
- Alterações da imagem corporal;
- Perda do sentido da vida;
- Perda da dignidade e alterações nas relações interpessoais;
- Modificações de expectativas e planos para o futuro;
- Medo do abandono;

## *Cuidados paliativos Pediátricos*

### b) Comunicação adequada

Como forma de reconfortar as famílias deverão ser oferecidas explicações sobre a utilidade das terapias específicas, e ser antecipadamente debatidas as directivas capazes de garantir que os tratamentos não são desproporcionados.

- A equipa multidisciplinar deve utilizar uma linguagem adequada capaz de garantir apoio empático, troca de informação e maior envolvimento na tomada de decisões.
- “As características mais desejáveis de um cuidador foram: honestidade, rigor clínico, compaixão e disponibilidade”[17].*

## *Cuidados paliativos Pediátricos*

### b) Comunicação adequada

As crianças, adolescentes bem como os familiares devem ser encorajados a falar sobre os sentimentos em relação à doença, como por exemplo a raiva, tristeza, medo, isolamento ou culpa.

- A criança deve participar na abordagem dos assuntos tendo atenção as suas capacidades de desenvolvimento e o seu nível de consciência.
- “As decisões do doente e sua família devem ser sempre respeitadas mesmo quando estas refletem crenças e valores diferentes da equipa.”[24]*

## *Cuidados paliativos Pediátricos*

### c) A família - elemento integrante da equipa

A família deve ser ativamente incorporada nos cuidados prestados aos doentes e, por sua vez, ser, ela própria, objeto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto.

- Os familiares devem ser capazes de compreender, aceitar e colaborar nos cuidados do doente sendo que para tal necessitam de receber apoio, informação e instrução da equipa.
- “Os objetivos da terapêutica podem modificar com a progressão da condição da criança, a necessidade de algumas intervenções também podem mudar.”*

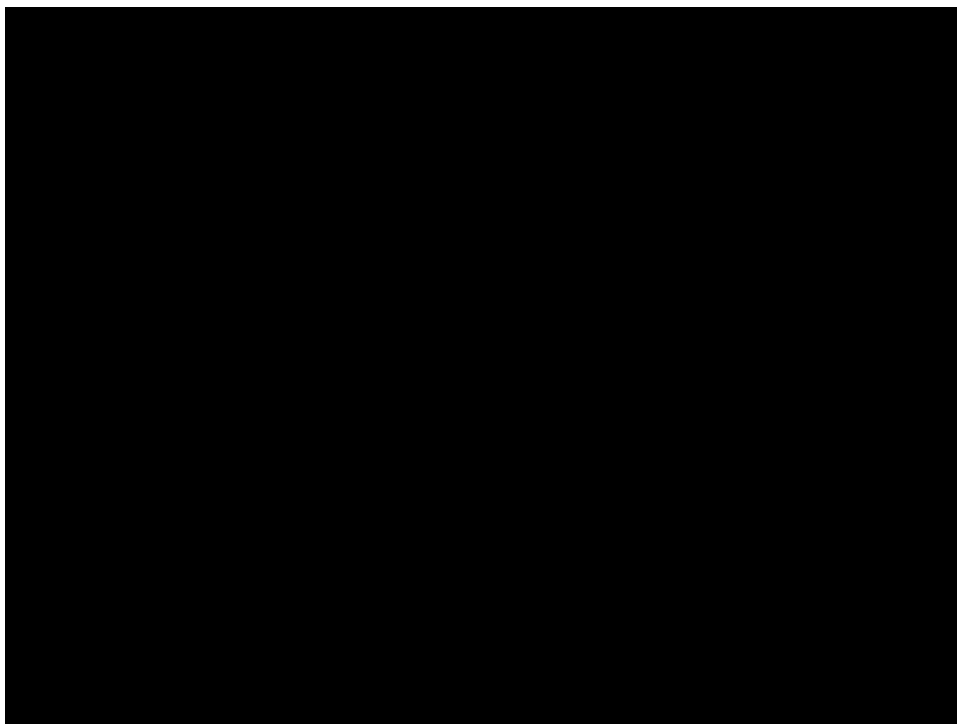
***Cuidados paliativos  
Pediátricos***

d) Trabalho da Equipa Multidisciplinar e organização dos serviços

A tendência de esgotar todas as opções de cura antes de considerarmos os cuidados paliativos pode atrasar a introdução oportuna destes cuidados.

-Na maioria das instituições de saúde o método preferencial consiste em introduzir os cuidados paliativos antes da morte iminente. A prestação destes cuidados poderá ser mais benéfica se forem integrados numa fase mais precoce.

-A formação diferenciada é um aspecto essencial e imprescindível para a organização e qualidade destes cuidados.



Programa de Cuidados Paliativos do Hospital Samaritano.flv



Programa\_de\_Cuidados\_Paliativos\_do\_Hospital\_Samari.wmv

*Cuidados paliativos  
Pediátricos*

**CONCLUSÃO**

- Os cuidados Paliativos Pediátricos constituem uma área de importância fulcral que se encontra em constante evolução e atualização;
- O controlo sintomático assume grande importância para a avaliação da qualidade de vida dos doentes paliativos e suas famílias;

*Cuidados paliativos  
Pediátricos*

**CONCLUSÃO**

- Necessário redobrar os esforços na educação, treino experiência, conhecimento, competência e conforto em áreas como: controlo sintomático, habilidades de comunicação, identificar e acompanhar diferentes tipos de luto;
- É também importante analisar, discutir e propor um sistema completo de suporte e apoio para os profissionais de saúde e toda a equipa envolvida nos Cuidados Paliativos Pediátricos;

## *Cuidados paliativos Pediátricos*


### Referências Bibliográficas

- [1] Direcção Geral da Saúde, Conselho Nacional de Oncologia. *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Direcção – Geral da Saúde; 2005;
- [2] Heron M, Sutton P, Xu J, Ventura S, Strobino D, Guyer B. *Annual Summary of Vital Statistics: 2007*. Pediatrics 2010; 125(1): 4-15.
- [5] Association for Children with Life-threatening or Terminal conditions and their Families, Royal College of Paediatrics and Child Health. *A guide to the development of children's palliative care services*. Association for Children with Life-threatening or Terminal conditions and their Families Council 1997.
- [6] American Academy of Pediatrics, *Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care*. Palliative care for children. Pediatrics 2000; 106 (2): 351-357;
- [9] World Health Organization. WHO Definition of palliative care. Acedido em Novembro de 2009 a partir de <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- [10] Barbosa A, Neto I. *Manual de Cuidados Paliativos*. 1ª Edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006.
- [11] Quest, T, et al. *Hospice and Palliative Medicine: New subspecialty, New Opportunities*. Anna Emerg Med 2009; 54: 94-102;
- [17] Contro N, Larson J, Scofield S, Sourkes B, Cohen H. *Family Perspectives on the quality of Pediatric Palliative Care*. Arch Pediatr Adolesc Med 2002; 156: 14-19;
- [24] Klein S. Moral distress in Pediatric Palliative Care - a case study. J Pain Symptom Manage 2009; 38 (1): 157-160;
- [26] Nunes de Barros, Elizabeth; *Implicações Psicossociais, Emoções e Enfrentamentos do Câncer na Infância quando a cura não é mais possível*. <http://www.praticahospitalar.com.br/>





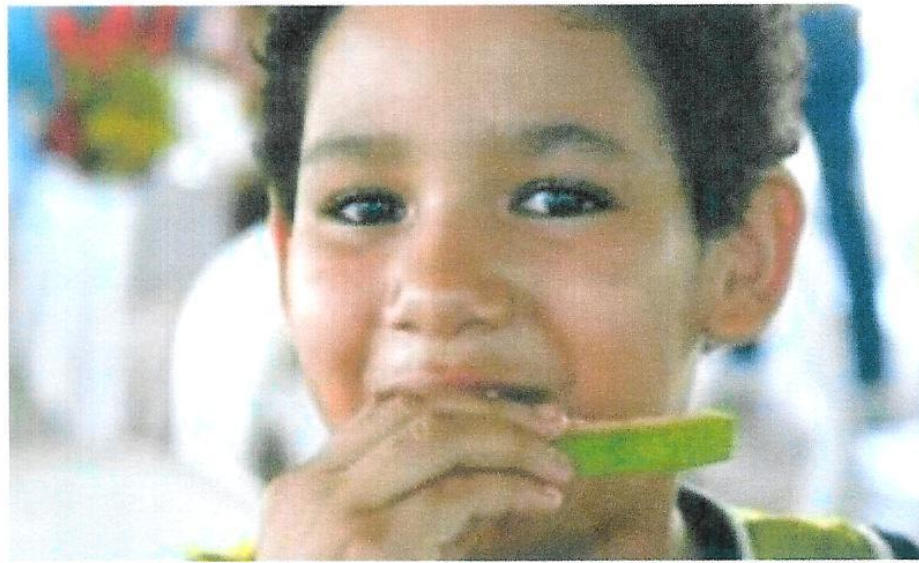
**ANEXO XVIII – PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO**

 <p><b>Formadora :</b> Marta Vasconcelos</p>	<b>PLANO DE SESSÃO</b>		
	<b>Tema:</b> Cuidados Paliativos Pediátricos		
	<b>Destinatários:</b> Profissionais de saúde da Unidade de Internamento de Pediatria do Centro Hospitalar de S. João		
	<b>Local:</b> Sala de Reuniões		
	<b>Data:</b> 19 /11 /2012		<b>Duração:</b> 30 minutos
<b>Objetivos</b>			
<b>Geral:</b> Desmistificar e sensibilizar os profissionais de saúde para os cuidados paliativos pediátricos.			
<b>Específicos:</b> Promover a reflexão sobre o presente e o futuro dos cuidados paliativos em Portugal; Aprofundar o conhecimento sobre o impacto destas mudanças na criança, família e equipa de saúde; Avaliar o impacto do diagnóstico que determina a necessidade da prestação de cuidados paliativos a uma criança, assim como o estabelecimento do prognóstico a quem tantos anos ainda teriam para viver; Reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que podem surgir e as repercussões sobre o bem estar do doente;			
	<b>Introdução:</b>	<b>Desenvolvimento:</b>	<b>Conclusão:</b>
<b>Conteúdos:</b>	Apresentação do Tema.	Abordagem dos conceitos básicos para perceber o conceito principal; Reconhecer os impedimentos da implementação dos cuidados paliativos; Reconhecimento da diferença entre o cuidar e o curar; Reflexão sobre o impacto que o termo assume na nossa sociedade; Como reeducar a sociedade e a equipa prestadora de cuidados;	Síntese das principais ideias
<b>Metodologia:</b>	Expositiva / Demonstrativa / Interativa		

**ANEXO XIX – PANFLETO “CUIDADOS ALIMENTARES NO DOENTE  
NEUTROPÉNICO”**



## Cuidados alimentares em Neutropenia no Domicílio



Serviço de Pediatria do Hospital  
Pediátrico Integrado do Centro Hospitalar  
São João

**Elaborado por:**  
Carina Coreia  
Marta Vasconcelos



**CATÓLICA**  
UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PORTO

### Neutropenia e Alimentação

Quando, devido à doença ou ao tratamento, o número de neutrófilos no sangue desce, o organismo torna-se mais susceptível a infeções. Então é necessário tomar precauções acrescidas com a alimentação. Assim, deve-se fazer uma seleção apropriada e devem ser evitados alguns alimentos. Além disso, é necessário adoptar cuidados especiais na aquisição, preparação, confecção e armazenamento dos alimentos.

A seleção dos alimentos:

Evitar alimentos que apresentam risco de contaminação:

- # Vegetais e frutos de casca fina crus, frutos secos;
- # Carne, peixe e ovos crus ou mal cozinhados;
- # Marisco, enchidos e fumados;
- # Produtos láteos e outros (ex: sumos) não pasteurizados.

Como Comprar

- Adquirir produtos em bom estado de conservação, rejeitando aqueles que apresentem sinais de contaminação, partes tocadas ou em início de apodrecimento.
- Ler o rótulo e verificar os prazos de validade dos alimentos embalados.
- Rejeitar embalagens/latas danificadas, amolgadas, opadas ou enferrujadas.
- Preferir alimentos embalados em doses individuais.
- Comprar alimentos congelados/refrigerados em último lugar, e transportá-los em sacos térmicos.

### Higiene dos alimentos

- A descongelação deve ser feita no frigorífico ou no microondas e nunca à temperatura ambiente.
- Os alimentos descongelados devem ser utilizados rapidamente e nunca devem voltar a ser congelados.
- Dividir os alimentos em doses individuais, embalar/acondicionar devidamente (em recipientes fechados) e refrigerar ou congelar.
- Cozinhar bem os alimentos, de forma a evitar zonas cruas ou mal cozinhadas.
- Picar a carne no momento e confeccionar o mais rapidamente possível.
- Os alimentos perecíveis (carne, peixe, laticínios) quer sejam crus ou cozinhados, não devem ser deixados fora do frigorífico à temperatura ambiente.
- Lavar os vegetais e frutos em água corrente e colocar em solução desinfetante (1 parte de lixívia para 10 partes de água) durante cerca de 20 minutos e lavar novamente em água.
- Lavar muito bem o exterior das latas antes de abrir.

### Higiene da cozinha

- Manter bancadas, superfícies de trabalho e utensílios bem limpos.
- Usar utensílios distintos para preparar alimentos crus e cozinhados.
- Lavar a loiça na máquina ou manualmente com água quente e detergente.
- Substituir diariamente os panos de cozinha e toalhas de mãos.
- Substituir semanalmente esponjas e esfregões e desinfetá-los diariamente numa solução de lixívia.
- A pessoa que prepara os alimentos deve: manter uma boa higiene pessoal e ter as mãos sempre bem lavadas, proteger bem feridas / cortes existentes nas mãos. Não provar os alimentos com os dedos ou com os utensílios utilizados para mexer os alimentos.

	<b>Permitidos</b>	<b>Proibidos</b>
<b>Laticínios</b>	Leite UHT, iogurte, queijo, manteiga, natas e gelados pasteurizados e embalados individualmente. Queijo em fatias embalado individualmente.	Leite cru, queijos não pasteurizados. Queijos com fungos (Brie, Camembert, Roquefort, Gorgonzola,...). Queijo em barra ou bola.
<b>Carne, peixe, ovos e produtos derivados</b>	Carne e peixe “bem passados”. Ovos bem cozinhados com gema e clara duros. Ovos pasteurizados.	Carne e peixe crus ou “mal passados” e mariscos. Ovos crus, ou mal cozinhados. Enchidos e fumados (presunto, chouriço, salsichas frescas,...)
<b>Vegetais</b>	Cozidos (frescos, congelados ou enlatados)	Crus ou em saladas
<b>Frutos</b>	De casca grossa (banana, laranja, melão, melancia ou meloa)	Crus de casca fina (maçã, pêra, pêsego, uvas, morango,...) Frutos secos (amêndoas, passas, avelãs, nozes,..), Mel
<b>Cereais e derivados</b>	Pão e cereais de pequeno-almoço sem frutos secos. Arroz, massa, feijão e grão.	Cereais com frutos secos.
<b>Outros alimentos</b>	Gomas, rebuçados e pastilhas embaladas individualmente. Sobremesas lácteas e pudins comerciais ou caseiros. Bolos, bolachas e biscoitos sem recheio embaladas individualmente.	Bolos com cremes e recheios. Doces com ovos crus. Produtos de pastelaria e de confeitaria. Alimentos e refeições pré-confeccionadas.
<b>Bebidas</b>	Água tratada (engarrafada ou da torneira fervida) Sumos e néctares pasteurizados. Chá de ervas em saquetas fervidas	Água não tratada (da fonte ou do poço). Sumo e néctares não pasteurizados.
<b>Ervas e especiarias</b>	Adicionar durante a cozedura (pelo menos 5 minutos antes do final)	Adicionadas após a cozedura ou para decoração do prato.
<b>Condimentos</b>	Mostarda, Ketchup e maionese, Sal, azeite e vinagre em unidoses.	Maionese caseira.



**ANEXO XX – TABELA DE MATERIAL DE PENSOS**



**ANEXO XXI – CARTA DE PERMISSÃO DE CONSULTA DE DADOS**



Exma. Sra.

Diretora da ULS Matosinhos

Enfermeira Margarida Filipe

Matosinhos, 21 de janeiro de 2013

**Assunto:** Pedido de consulta de dados referente às crianças com necessidades especiais, apoiadas pela instituição

Enquanto enfermeiras e alunas de pós-licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa, a realizar estágio na UCC da Senhora da Hora, sob orientação da Enfermeira Cristina Leão, vimos por este meio solicitar a vossa Excelência a permissão para consulta de dados, referente ao número de crianças com necessidades especiais, que estão de momento a ser seguidas no Hospital. Referimos no entanto que as mesmas não deverão estar incluídas na ELI nem na ECCI, da respetiva unidade.

É nosso intuito fazer um diagnóstico inicial percebendo a dimensão do problema, verificando a necessidade ou não da criação de um unidade de cuidados continuados pediátricos na área de influência da ULS de Matosinhos, ponderando os benefícios para a criança/família bem como para a organização de saúde.

Os avanços técnico-científicos possibilitaram o aumento da sobrevivência de um grande número de crianças com doenças crónicas e com um grau variável de dependência, incluindo de apoios tecnológicos. Surge então uma NOVA PEDIATRIA, com um perfil diferente de crianças internadas, com uma percentagem importante de doentes crónicos, às quais se torna imperativo assegurar a continuidade de cuidados.

Sente-se a necessidade de assegurar um seguimento de qualidade para as crianças com doença crónica e têm sido privilegiadas as soluções de transição e de apoio domiciliário, atendendo ao supremo interesse das crianças, ao favorecer a integração na família e na comunidade, e simultaneamente possibilitando a optimização dos recursos hospitalares.

A participação dos centros de saúde na prestação de cuidados e fornecimentos de consumíveis às crianças no domicílio revela assimetrias importantes no país, deste modo, um dos objetivos principais deste projeto é a articulação e motivação dos recursos de apoio domiciliário existentes a nível dos cuidados de saúde primários (incluídos na REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS DOMICILIÁRIOS), na grande maioria das vezes vocacionados para a população idosa.

A rede de cuidados continuados integrados criada pelo decreto de Lei em Junho de 2006, tem como destinatários todos os cidadãos de todas as idades com dependência funcional; com doença crónica; com doença incurável em estado avançado e em fase final da vida. Na prática veio assegurar a transição e continuidade para os doentes idosos e com doença crónica, efetivamente alargado à pediatria, desde 2009.

Este é um direito da população pediátrica e um imperativo para resolver as referidas exceções. Para assegurar a qualidade dos cuidados estes devem ser prestados em parceria com o serviço de Pediatria, a equipa de saúde familiar e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde Infantil e Pediátrica da UCC, sempre com uma perspetiva de intervenção, de forma a promover uma melhor integração na sociedade.

Por tudo isto, acreditamos que esta análise dos dados solicitados será um passo importante para perceber a dimensão do problema e propor medidas exequíveis que melhorem a qualidade de vida das crianças /família com necessidades de saúde especiais.

Resta-nos acrescentar que se considerar pertinente, procederemos ao envio de um pré-projecto, de forma a elucidar a nossa intenção.

Com os melhores cumprimentos.

Alice Martins – Coordenadora da UCC da Senhora da Hora

Enfermeira Tutora Cristina Leão – Enfermeira Especialista da UCC da Senhora da Hora  
(Contacto móvel: 7249)

Enfermeira Carina Correia – Aluna de Pós – Licenciatura de Especialização e Saúde Infantil e Pediátrica

Enfermeira Marta Vasconcelos - Aluna de Pós – Licenciatura de Especialização e Saúde Infantil e Pediátrica

**ANEXO XXII – PRÉ-PROJECTO DE CUIDADOS CONTINUADOS PEDIÁTRICOS  
DA ULSM**





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

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

**Pré-projecto:**  
**Cuidados Continuados Integrados Pediátricos**

**Matosinhos, 30 de Janeiro de 2013**



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

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

**Pré-projecto:**  
**Cuidados Continuados Integrados Pediátricos**

**Alunos:** Carina Correia

Marta Vasconcelos

**Sob orientação de:** Prof. Clara Braga

Prof. Constança Festas

Enf<sup>a</sup> Cristina Leão



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE  
MATOSINHOS



UCC Srª da Hora

**Matosinhos, 30 de Janeiro de 2013**

## **SIGLAS**

CCP – Cuidados Continuados Pediátricos;

DL – Decreto-Lei;

ENF<sup>o</sup> - Enfermeiro;

HPH – Hospital Pedro Hispano;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

OMS – Organização Mundial de saúde;

UCCP – Unidade de Cuidados Continuados Pediátricos;

UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade;

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos;

## **INDICE**

<b>Introdução .....</b>	<b>231</b>
<b>1.Projeto de Cuidados Continuados Integrados Pediátricos (CCIP) .....</b>	<b>233</b>
1.1.Objetivos do projeto de CCIP .....	234
1.2 População Alvo / Critérios de referenciação .....	234
1.3 Estratégias .....	236
<b>2.Barreiras à implementação dos Cuidados Continuados Pediátricos ....</b>	<b>238</b>
<b>3.Considerações Finais .....</b>	<b>239</b>
<b>4.Bibliografia .....</b>	<b>240</b>

## Introdução

O Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro define que a UCC presta cuidados de saúde diferenciados, na comunidade, a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis. O mesmo decreto-lei promove o centro de saúde como a primeira entrada no Serviço Nacional de Saúde, onde os enfermeiros devem assumir, o que é, de fato, o *core da disciplina de enfermagem – assistência às pessoas nas suas transições*.

No âmbito da saúde infantil, a ULS Matosinhos já disponibiliza vários serviços à população, contudo não inclui cuidados continuados a crianças, nem sequer a possibilidade da sua referenciação. Desta forma torna-se pertinente a criação de uma alternativa eficaz aos internamentos de longa duração. O internamento de crianças com doenças crónicas tem repercussões graves no sistema de saúde sendo um dos mais dispendiosos e insustentáveis quer a nível pessoal/familiar, quer a nível financeiro. De igual forma, a conjuntura político/económica atual do país, prevê um plano de contenção e diminuição do número de camas de internamento, sendo imperativo a continuidade de cuidados, no domicílio. É consensual a necessidade de apoios na comunidade para estas crianças e famílias que se traduzirá numa melhoria da qualidade de vida, mas igualmente num aumento da sobrecarga de trabalho, redução de horas de lazer e por vezes aumento de ansiedade das pessoas significativas.

A rede nacional de cuidados continuados integrados, por resolução do Conselho de Ministros nº 59/2002, de 22 de Março possibilita todo o tipo de apoio social bem como respostas no âmbito de cuidados de saúde. Da mesma forma, existe desde 1999, legislação relativa à continuidade de cuidados, nomeadamente: “*Despacho conjunto dos Ministros da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade DR 360/99; Resolução do Conselho de Ministros nº 59/2002, 28 de Fevereiro – DRI Série B de 22 de Março; Decreto-Lei nº 60/2003 de 1 Abril; DL nº 28172/2003, de 8 de Novembro – DR 259 Série I-A de 8/11/2003; Resolução do Conselho de Ministros nº 84/2005 de 27 de Abril – DRI I série- B*”. (HSM, Projecto da Clínica Universitária de Pediatria, 2006)

O aumento da esperança de vida e de doenças crónicas, a alteração da estrutura familiar (predominantemente famílias nucleares e mononucleares) bem como as restrições dos custos na saúde, influenciam o aumento de situações de dependência que impõem uma reconfiguração e reorganização dos cuidados de saúde e apoio social, emergindo uma mudança de paradigma “da cura ao cuidar”. Assim sendo, diagnósticos como a prematuridade, as anomalias congénitas, as alterações cromossómicas, traumatismos, distúrbios neuro-degenerativos, doenças oncológicas e síndrome de imunodeficiência adquirida, podem afetar a esperança de vida destas crianças e respectiva família.

Muitas destas crianças, por inexistência de estruturas alternativas às hospitalares, no seu processo evolutivo da doença são encaminhados para os hospitais, onde são prestadas ações paliativas, sem possibilidade de acesso a uma estratégia organizada de controlo da dor e de outros sintomas, que possibilitem tanto quanto possível o seu bem-estar e qualidade de

vida. Acentua-se assim, uma inadequada racionalização de recursos económicos e diminuição da possibilidade da pessoa morrer com dignidade ou dispor do acompanhamento merecido. Face a esta realidade surge a necessidade de implementar um projeto que tente suprimir as necessidades destas crianças e suas famílias, de forma harmoniosa, com o seu desenvolvimento e crescimento.

A metodologia utilizada para a realização deste projeto foi descritivo/reflexiva na medida que se considera mais pertinente na transmissão de informação de todo um processo, tornando-se fundamental a pesquisa bibliográfica realizada, como suporte na operacionalização deste estudo.

Este projeto tem como finalidade, contribuir para uma melhoria do estado de saúde da população alvo, recorrendo a todos os recursos e suportes necessários.

## 1. Projeto de Cuidados Continuados Integrados Pediátricos (CCIP)

O Artigo 3.º do Decreto-lei nº 101/2006 de 6 de junho define os Cuidados Continuados Integrados como sendo o “ conjunto de intervenções sequenciais integradas de saúde e apoio social, decorrente de avaliação conjunta, visando a recuperação global da pessoa entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (DR D. d., 2006, p. 3857).

Da mesma forma, a Organização Mundial de Saúde define os Cuidados Continuados como sendo “as atividades dirigidas para as pessoas que se encontram em situação de incapacidade para o desenvolvimento autónomo de cuidados básicos de saúde, levadas a cabo, por cuidadores informais, por cuidadores formais, incluindo profissionais e paraprofissionais de saúde, de apoio social e de outras áreas, por cuidadores tradicionais e voluntários” (Branco, Cuidados Continuados Integrados: Estudo de Caso, 2010, p. 30)

O objetivo dos Cuidados Continuados é garantir que o indivíduo em situação de dependência possa manter a melhor qualidade de vida possível, com o maior grau de independência, autonomia, participação, auto-realização e dignidade humana possíveis. Neste sentido, uma política de cuidados continuados deve incluir obrigatoriamente o respeito pelos valores individuais, preferências e necessidades dos cidadãos. Torna-se pertinente a inclusão neste grupo, dos indivíduos pediátricos e respetivo núcleo familiar, que durante muito tempo e em quase todo o seu ciclo, permaneceram esquecidos.

A descoberta de uma doença incapacitante da criança, no seio de uma família desencadeia sentimentos de fragilidade, preocupação constante, medo, culpa e um sentido de dependência. O impacto da doença na criança e família/cuidadores informais implica modificações na vida da criança e família, exigindo uma readaptação e aquisição de estratégias para enfrentar a situação. O aumento do número de crianças que sobrevivem com problemas de saúde que requerem cuidados continuados pediátricos é cada vez maior, o que implica uma sensibilidade acrescida sobre o cuidado a estas crianças ser prestado fora do meio hospitalar ou seja num ambiente que lhes é familiar. Apesar de este tipo de cuidados ser de extrema importância face aos dados existentes, estes continuam a não fazer parte das políticas de saúde (Ferraz & Ribas, 2010).

Este novo quadro sociodemográfico acarreta uma mudança no perfil das patologias fazendo emergir um conjunto de novas carências de saúde e sociais, que requerem respostas novas e diversificadas que venham satisfazer as necessidades das crianças com dependência funcional, consequência da patologia e não da idade, com patologia crónica múltipla e com doença incurável em estado progressivo, avançado ou terminal. Na prossecução destas novas respostas é essencial a instituição de um modelo de intervenção integrado e articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, envolvendo a participação e colaboração de diversos parceiros sociais, da sociedade civil e do Estado (Branco, Cuidados Continuados Integrados: Estudo de Caso, 2010)

Em Portugal, as dificuldades que estas crianças/famílias encaram são diversificadas, o apoio estatal é insuficiente na oferta de cuidados, ficando a família como a principal cuidadora e com os encargos inerentes. É importante referir que nem todos os profissionais de saúde têm conhecimento das leis/decretos que protegem e proporcionam direitos a estas crianças, pelo que a informação que chega aos pais pode ser insuficiente (Charepe, 2006). Para além da importância dos recursos físicos (espaço, materiais e tecnológicos) no cuidar na doença crónica, convém destacar a essência humana, através da humanização dos cuidados à criança/adolescente. Deste modo, (Almeida, Higarashi, Molina, & Marcon, 2006, p. 37) complementam esta ideia referindo que “ (...) a *humanização além de envolver o cuidado à criança e ao adolescente, estende-se a todos aqueles que estão envolvidos no processo de saúde-doença, isto é, a todos os seus cuidadores, em que se destaca a figura e o papel fundamental da família*”. Apesar do desenvolvimento tecnológico ser benéfico para a saúde das crianças, falta ainda habilitar as famílias de competências técnicas e humanas para que prestem os melhores cuidados às suas crianças no domicílio. O enfermeiro deve conseguir traçar metas para cuidar adequadamente da criança/família/cuidador e capacitá-los para a realização de cuidados complexos no domicílio.

### **1.1. Objetivos do projeto de CCIP**

Os objetivos fulcrais do projecto de CCIP consistem na vigilância e no apoio domiciliário à comunidade pediátrica, em fase de estabilização clínica. De acordo com (Associação Nacional de Cuidados Paliativos, 2006) a sua implementação possibilitaria:

- Diminuição dos tempos de internamento;
- Redução dos gastos farmacológicos;
- Facilitar a transição para outros recursos de saúde;
- Disponibilidade de recursos para crianças verdadeiramente carenciadas de cuidados hospitalares agudos;
- Aumento da qualidade dos cuidados prestados, com maior satisfação para os profissionais, utentes e família;
- Aumentar o prestígio da instituição e facilitar a obtenção de apoios à mesma;

Este projeto tem ainda como finalidade, contribuir para uma melhoria do estado de saúde da população alvo, recorrendo a todos os recursos e suportes necessários.

### **1.2 População Alvo / Critérios de referência**

Desde que o diagnóstico é realizado e se prevê necessidades de cuidados permanentes e prolongados, a criança/família deve ser referenciada para a UCC, que fará o número de visitas à unidade onde esta se encontra internada, de forma a estabelecer a relação interpessoal com a família e equipa multidisciplinar, percebendo as características particulares da criança e da família, as suas necessidades referentes à condição de saúde e de

dependência, bem como os apoios necessários. Após a alta, deverá coexistir a articulação desta família com a UCC e a UCCP, acionando todos os meios e dispositivos necessários.

A partir deste momento os critérios de referenciação prendem-se com as dificuldades no exercício do papel, relativamente às crianças com necessidades de saúde especiais, podendo a referenciação ser feita pelas equipas de saúde familiar, pelo serviço social, equipa de enfermagem do serviço de pediatria do HPH, pela equipa de enfermagem do serviço da Neonatologia do HPH, profissionais do departamento da Pedopsiquiatria e equipa da Saúde Escolar.

O diagnóstico de doença crónica /prolongada *“provoca um conjunto de mudanças e alterações quer nas rotinas, regras e rituais familiares, quer na redistribuição de papéis e no acréscimo de novas responsabilidades e competências”* (Pereira e Lopes, 2002 citado por (Freitas R. , 2009, p. 9). A família, geralmente confrontada com novas exigências, alterações nas suas rotinas, mudanças constantes e readaptações diversas, propiciando que a doença possa ter efeito a vários níveis – financeiros, ocupacional, pessoal, entre outros (Lopes & Pereira, 2005). A própria doença vai também condicionar o nível económico da família, dado que frequentemente um dos membros tem de deixar o seu emprego para se dedicar ao tratamento da criança, quer durante os internamentos, quer no acompanhamento em casa.

Na opinião de (Freitas & Freitas, 2005, p. 25) cada vez é mais preconizado *“internamento de curta duração, em que as crianças interagem com o ambiente que as rodeia e que a presença dos pais e/ou pessoas significativas seja uma realidade”*. O sofrimento da família apresenta face à doença da criança, não depende exclusivamente da gravidade da doença, mas também da ansiedade devida à dificuldade em lidar com a situação e com as emoções. Os autores anteriormente referidos (Freitas & Freitas, 2005, p. 26) reiteram que *“a capacidade para enfrentar esta situação depende dos sistemas de suporte que a família, dispõem (...)”*.

O suporte social é importante para o bem-estar desta família, principalmente para a criança doente. De acordo com (Márcio, Ramos, & Tojal, 2005, p. 20) o suporte social refere-se ao *“suporte acessível a um qualquer indivíduo, fornecido pelas relações que o mesmo estabelece com outros indivíduos da comunidade”*. Os mesmos autores explanam que existe uma relação direta entre o suporte social que o indivíduo possui e o estado de saúde do doente, na medida em que o indivíduo é um ser bio-psico-social e como tal está intimamente ligado ao meio que o rodeia e sofre as variações com as alterações que ocorram. O apoio social é particularmente importante para as famílias de crianças com doença crónica. Concordante com o que foi referido, encontra-se Barakat & Linney (1992, pag. 52) quando afirmam que *“as famílias com melhor apoio social, apresentam um melhor ajustamento, principalmente a mãe e até a criança”*.

A identificação das necessidades é a base principal para a prestação de cuidados e no ajustamento familiar à vivência com o doente crónico. São famílias que precisam de alguém para os escutar. Têm muita necessidade de partilhar estas experiências com alguém fora do

sistema familiar. E é por isso que a equipe dos CCP têm e devem estar despertos para a situação, mostrarem-se disponíveis para os escutar e não apenas para executar tratamentos.

Em suma, os CCP devem ser oferecidos no momento do diagnóstico e durante todo o curso da doença, com expectativa de cura ou não, independentemente de qual seja o seu desfecho. Para o desenvolvimento destes serviços às crianças, as condições que devem ser consideradas incluem:

- ❖ Crianças que apresentam condições potencialmente curativas e que podem beneficiar bastante com as condições que a UCCP lhes poderá proporcionar. Exemplos: crianças com doença cardíaca, hepática ou renal;
- ❖ Doenças para as quais o tratamento curativo é possível, mas pode falhar. *Exemplos: doença oncológica progressiva, avançada ou de prognóstico reservado e cardiopatias complexas ou adquiridas;*
- ❖ Doenças que necessitam de tratamento prolongado com o objetivo de manter a qualidade de vida. *Exemplos: infecção por HIV, fibrose cística, distrofia muscular progressiva, insuficiência respiratória crônica, imunodeficiências graves e epidermólise bolhosa grave;*
- ❖ Doenças crônicas progressivas para as quais o tratamento é exclusivamente paliativo. *Exemplos: Doenças metabólicas progressivas, mucopolissacaridoses, anomalias cromossômicas graves e osteogênese imperfeita;*
- ❖ Deficiências neurológicas graves, não progressivas, que tornam o paciente vulnerável a complicações e morte prematura. *Exemplos: seqüela neurológica de doença infecciosa, lesão cerebral hipóxica ou anóxica, acidente vascular cerebral, malformação cerebral importante e paralisia grave com infecções recorrentes.*

### 1.3 Estratégias

A formação da equipa fixa composta por especialista com formação diversa (médicos, enfermeiros, terapeutas, assistentes sociais e outros técnicos) com experiência reconhecida nos cuidados propostos e com experiência de formação de outros elementos técnicos. A equipa deve ser capaz de:

- Reconhecer e adaptar os cuidados de suporte técnico domiciliário à realidade das famílias, junto das quais se desloca;
- Auxiliar na prestação de cuidados técnicos domiciliários em caso de grande sobrecarga familiar ou na fase inicial de transferência facilitando a adaptação;
- Vigiar os diversos parâmetros e aplicar terapêuticas no domicílio evitando deslocamentos ao hospital.

O paradigma não é mais dizer aos pais o que fazer, mas antes perguntar como os podemos ajudá-los a tornarem-se mais confiantes acerca das decisões que estão a tomar e a sentirem-se mais competentes nas suas habilidades para cuidar e educar os seus filhos (Heath, 2006 citado por (Correia, Ferreira, & Vieira, 2010, p. 86)). Os próprios pais são a fonte

mais preciosa de informação, colaborando no estabelecimento dos objetivos e assumindo responsabilidade conjunta com a equipa de Cuidados Continuados, na resolução dos problemas, sendo-lhes dada a possibilidade de continuamente avaliarem a intervenção e sugerir possíveis mudanças benéficas, de acordo com as necessidades da família. A equipa deverá ser capaz de trabalhar conjuntamente com os pais solicitando ativamente as suas ideias, sentimentos, compreendendo o seu contexto cultural e envolvendo-os no processo de partilha de experiências, discussão de ideias e resolução de problemas.

## 2.Barreiras à implementação dos Cuidados Continuados Pediátricos

São muitas as barreiras encontradas para aceder aos cuidados continuados pediátricos e sua implementação, as quais se resumem no quadro abaixo. A doença crónica e a morte infantil desafiam a ordem natural da vida. Pretende-se uma esperança de uma vida confortável, de bem-estar, sem dor e com o menor *stress* do cuidador possível.

<b>Barreiras na criação de Cuidados Continuados Pediátricos</b>
Morte infantil pouco frequente
Inexperiência do pessoal que proporciona estes cuidados
Diferenças entre as crianças e os adultos e os seus problemas de saúde
Sentimento de incompreensão por parte dos cuidadores, face ao diagnóstico de uma situação de dependência
Transgressão da ordem natural da vida
Informação inadequada dos cuidadores e familiares sobre unidades de cuidados continuados pediátricos
Desconhecimento face à realidade dos cuidados continuados pediátricos
Falta de conhecimento dos benefícios económicos a longo prazo

### **3.Considerações Finais**

A participação dos centros de saúde na prestação de cuidados e fornecimento de consumíveis às crianças no domicílio revela assimetrias importantes no país. Deste modo, torna-se imperativo direcionar a articulação e motivação dos recursos de apoio domiciliário existentes a nível dos cuidados de saúde primários (incluídos na REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS DOMICILIÁRIOS), na grande maioria das vezes vocacionados para a população idosa, para os cuidados continuados pediátricos, visto ser um direito da população pediátrica e imperativo para uma continuidade de cuidados.

Os avanços técnico-científicos e consequentemente o aumento da sobrevivência e qualidade de vida das crianças com doenças crónicas e respetiva família, possibilitou o emergir de uma NOVA PEDIATRIA, em que são privilegiadas as soluções de transição e de apoio domiciliário, atendendo ao superior interesse da criança.

Por tudo isto, consideramos pertinente a inclusão de cuidados continuados pediátricos, com vista a uma continuidade de cuidados, fundamental para a excelência dos mesmos, que melhorem a qualidade de vida das crianças/família.

#### 4. Bibliografia

- Alba R., M., Grau J., P., Palacios M., R., & Rodriguez M.R, R. (2010). *Estado actual de los cuidados paliativos pediátricos en España*. Obtido em 3 de janeiro de 2013, de [www.secpal.com/medicina\\_paliativa](http://www.secpal.com/medicina_paliativa)
- Almeida, I. M., Higarashi, L., Molina, R., & Marcon, S. (2006). O ser mãe de criança com doença crónica: realizando cuidados complexos. 36-46. *Revista de Enfermagem Esc. Anna Nery*.
- Angelelli, C. (2011). *Cuidados Paliativos*. Brasil.
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos, A. (Março de 2006). Organização de serviços em cuidados paliativos.
- Branco, N. (Maio de 2010). Cuidados Continuados Integrados: Estudo de Caso. *Dissertação para a obtenção de grau de Mestrado em Política Social*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Carmo, É. B. (dezembro de 2011). Promoção das competências parentais no auto cuidado terapêutico à criança. (I. d. Portuguesa, Ed.) Lisboa.
- Charepe, Z. (2006). "O encontro com a ajuda mútua - Perceções de pais de crianças com doença crónica" (*Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada na Universidade Aberta*).
- Correia, A., Ferreira, S., & Vieira, A. R. (2010). "Bem-Me-quer - Projecto de Enfermagem para a Parentalidade". UCC da Senhora da Hora: Matosinhos: ACES da ULS.
- DR, D. d. (6 de junho de 2006). Cuidados Continuados Integrados Artigo 3º. do Decreto- lei n.º 101/ 2006. Portugal.
- DR, D. d. (05 de setembro de 2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos - 1ª série - Nº172.
- EAPC, A. E. (2009). Cuidados Paliativos para Recém-Nascidos, Crianças e Jovens. Fundação Maruzza Lefebvre D`Ovidio Onlus.
- Ferraz, C., & Ribas, M. J. (2010). Nacer e Crescer - O papel da Comunidade. *XIX, nº3*.
- Freitas, J. S., & Freitas, S. P. (2005). A hospitalização da criança...O impacto na família. 60. *Sinais Vitais*.
- Freitas, R. (2009). *Reinserção na Comunidade da Criança com Doença Oncológica (Relatório de Estágio)*.
- Gomes, M. M. (2010). *Cuidados Paliativos Pediátricos - o desmoronar de um absurdo (Mestrado Integrado em Medicina)*. Porto: FMUP.
- Himelstein, B. P. (2005). "Cuidados Paliativos en pediatria". USA: Elsevier Saunders.
- HSM, Projecto da Clínica Universitária de Pediatria. (março de 2006). *Unidade Móvel de Apoio Domiciliário - Cuidados Continuados Integrados*. Obtido em dezembro de 2012, de <http://www.hsm.min-saude.pt>
- Lopes, C., & Pereira, M. d. (2005). "Doente oncológico e sua família". Lisboa: Climepsi Editores.
- Márcio, R., Ramos, D., & Tojal, A. P. (2005). "Suporte Social, uma variável a ter em conta". 60. *Sinais Vitais*.

Onlus, E. (s.d.). *Palliative Care - A Human Right*. Prague charter.

Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. (C. d. Enfermagem, Ed.) Divulgar.

Paliativos, A. E. (julho de 2008). *IMPACT: estándares para Cuidados Paliativos Pediátricos en Europa*. Obtido em 03 de janeiro de 2013, de [www.secpal.com/medicina\\_paliativa](http://www.secpal.com/medicina_paliativa)

Pediatria, A. P. (Setembro/Outubro de 2009). *Cuidados Continuados Pediátricos. Volume 40*, nº 5. Obtido em janeiro de 2013, de [www.spp.pt](http://www.spp.pt)



**ANEXO XXIII – CERTIFICADO DO CURSO PÓS GRADUADO EM CUIDADO  
INTENSIVOS NEONATAIS**





N/Refº 8 084/ 11



## DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se que **Marta Susana da Silva Duarte Vasconcelos**, natural do Porto, nascida a 17-02-1980, de nacionalidade Portuguesa, portadora do Bilhete de Identidade nº 11717060, emitido em 27-09-2006, pelo arquivo de identificação de Lisboa, encontra-se a frequentar a **Pós-Graduação em Cuidados Intensivos Neonatais – 2ª Edição**, com a duração de 310 horas, e que decorre de Outubro de 2010 a Outubro de 2011, nas instalações da ESSVA, em Vila Nova de Famalicão, tendo o Conselho Científico do IPSN atribuído à Pós-Graduação 35 ECTS.

Vila Nova de Famalicão, 16 de Abril de 2011

Pel' A CESPU-Formação



RUJA CENTRAL DE GANDARA, 1317 | 4500-110 GANDARA PORT | TEL: +351 224 157 174/06 | FAX: +351 224 157 110  
CESPU - FORMAÇÃO, S.A. - CONTR. SUE 164522 | CAP. SOCIAL 50.000 EUR | N.º REG. COM. IL. C. PARQUES N.º 2402  
[www.cespu.pt](http://www.cespu.pt) | [info@formacao.cespu.pt](mailto:info@formacao.cespu.pt)





**ANEXO XXIV – CERTIFICADO DO CURSO PÓS GRADUADO EM CUIDADO  
INTENSIVOS**





FORMASAU - FORMAÇÃO E SAÚDE, L.D.A  
EMPRESA ACREDITADA COMO ENTIDADE FORMADORA PELO IQF  
- INSTITUTO PARA A QUALIDADE NA FORMAÇÃO -  
PROC. N.º 607

## CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Decreto Regulamentar n.º 35/2002 de 23 de Abril)

CERTIFICA-SE QUE MARTA SUSANA DA SILVA DUARTE VASCONCELOS,  
NATURAL DE PORTO, NASCIDO(A) A 17 -02 -1980, NACIONALIDADE  
PORTUGUESA, DO SEXO FEMININO, PORTADOR (A) DO BI N.º 11717060,  
EMITIDO PELO ARQUIVO DE IDENTIFICAÇÃO DE LISBOA, EM 27 -09 -2006,  
CONCLUIU COM APROVEITAMENTO EM 26-05-2007, O CURSO DE FORMAÇÃO  
PROFISSIONAL,

### ENFERMAGEM EM CUIDADOS INTENSIVOS

QUE DECORREU DE 28 -04 -2007 A 26 -05 -2007, COM A DURAÇÃO TOTAL DE  
38 HORAS, TENDO OBTIDO A CLASSIFICAÇÃO DE 18 VALORES.

COIMBRA, 03 DE JULHO DE 2007

O RESPONSÁVEL PELA FORMASAU,



Certificado n.º 7790/2007



FORMASAU - FORMAÇÃO E SAÚDE, L.D.A - Rua do Fardo nº 31 - Vale Gersil - 3040-323 Coimbra ou Apartado 2067 - 3041-831 Coimbra  
Tel: 239 801020 Fax: 239 801029 - www.sinaisvitalis.pt - E-mail: soperio@sinaisvitalis.pt

**CURSO: ENFERMAGEM EM CUIDADOS INTENSIVOS**

**MODALIDADE DE FORMAÇÃO:** FORMAÇÃO PROFISSIONAL CONTÍNUA

**ÁREA DE FORMAÇÃO:** 723 – ENFERMAGEM GERAL

**LOCAL DE REALIZAÇÃO:** ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM MARIA FERREIRA RESENDE – LISBOA

**COMPETÊNCIAS:**

- COMPREENDER A ESPECIFICIDADE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS INTENSIVOS;
- COMPREENDER AS QUESTÕES ÉTICO-LÉGAS RELACIONADAS COM O UTENTE EM ESTADO;
- POR EM PRÁTICA UM CONJUNTO DE CONHECIMENTOS TEÓRICO-PRÁTICOS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO UTENTE INTERNADO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS E A SUA FAMÍLIA.

**PLANO CURRICULAR**

CONTEÚDOS
<ul style="list-style-type: none"><li>* FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS INTENSIVOS;</li><li>* AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA;</li><li>* MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA;</li><li>* VENTILAÇÃO MECÂNICA;</li><li>* EQUILÍBRIO ÁCIDO – BASE E HIDROELECTROLÍTICO;</li><li>* NUTRIÇÃO ENTERICA E PARENTERICA;</li><li>* TIPOS DE CHOQUE;</li><li>* ABORDAGEM AO UTENTE POLITRAUMATIZADO, INTOXICADO E SUBMETIDO A CIRURGIA CARDÍACA;</li><li>* ABORDAGEM AO DOENTE COM ENFAITE AGUDO DO MIOCÁRDIO E O TRANSPLANTADO;</li><li>* MEDIDAS DE PREVENÇÃO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CIRURGIA CARDIOTORÁCICA.</li><li>* ESTÁGIO DE OBSERVAÇÃO NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.</li></ul>

**OBSERVAÇÕES:**

.....

A Formação, Formação e Saúde, são aqui acreditadas como entidades formadoras pelo CEF – Instituto para a Qualidade na Formação.

(Proc. 8/148)

**ANEXO XXV – CERTIFICADO DO FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE  
ONCOLOGIA PEDIÁTRICA**



## Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Marta Susana da Silva Duarte Vasconcelos natural de Porto nascida em 17/02/1980, com o N.º de Identificação Civil 11717060 válido até 02/03/2017, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Oncologia pediátrica, em 26/11/2012, com a duração de 40 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas	Classificação ..
Acompanhamento lúdico recreativo das crianças com patologia oncológica	2	-
Farmacoterapia em oncologia pediátrica	2	-
Epidemiologia e cancro pediátrico	2	-
Mesa redonda	2	-
Enerramento	2	-
Cancro na criança	6	-
Oncobiologia do cancro pediátrico	2	-
Avaliação patológica de peças histológicas	2	-
Comunicação e relacionamento em unidade de cuidados pediátricos	2	-
Cancro na criança vs cancro no adulto	2	-
Diagnóstico clínico, semiótico e imagiológico	4	-
Tratamento multidisciplinar	8	-
Acompanhamento psico-emocional	4	-

, 04 de Janeiro de 2013

O(A) Responsável pelo(a) Liga Portuguesa Contra o Cancro - Núcleo Regional do Norte

*(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora)*

**Liga Portuguesa Contra o Cancro - N. R. Norte**  
**Centro de Formação**  
 Estr. Interior da Circunvalação, 6657  
 4200 - 177 Porto

Certificado n.º 238/2012 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

