



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Por:
Sara Isabel Botelho da Silva

Porto – Março de 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PRACTICUM REPORT

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Por:

Sara Isabel Botelho da Silva

Sob a orientação de Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto – Março de 2019

Resumo:

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto. Demonstra o processo de aprendizagem no decorrer do estágio, onde foram desenvolvidas e adquiridas competências para a prestação de cuidados especializados. O estágio desenvolveu-se em diferentes contextos assistenciais, contemplando a área do Internamento de Pediatria e cuidados de saúde primários (Unidade de Saúde Familiar e Unidade de Cuidados na Comunidade), que perfizeram um total de 750 horas de trabalho, das quais 360 horas foram em contexto de prática e 390 de trabalho individual. Tendo por base os objetivos gerais contemplados no plano de estudos do curso e o agrupamento das competências do Enfermeiro Especialista por áreas (prestação de cuidados, gestão dos cuidados, formação e investigação em enfermagem), defini objetivos específicos que delinearam o planeamento e concretização de atividades, bem como a mobilização dos conhecimentos adquiridos ao longo do meu percurso pessoal e profissional. Na assistência especializada, foram prestados cuidados a recém-nascidos, crianças, jovens e famílias em diferentes contextos assistenciais. Destacam-se as atividades desenvolvidas no âmbito da transição para a parentalidade, da parceria de cuidados e controlo da dor, tendo como objetivo a promoção da saúde, prevenção da doença e o desenvolvimento e adaptação da criança, jovem e família aos processos de saúde e doença. A metodologia utilizada no documento é descritiva e crítico-reflexiva suportada por pesquisa bibliográfica. O contacto com realidades tão distintas, permitiu-me refletir na e sobre a minha prática enquanto profissional de saúde e ser humano, e adequar os conhecimentos adquiridos, permitindo a aquisição dos conhecimentos, das habilidades e das competências inerentes à prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de Saúde Infantil e Pediátrica.

Palavras-Chave: enfermagem, competências, saúde infantil e pediátrica, criança, família.

Abstract:

This report appears on the extent of the Curricular Unit Final Internship and Report, of the Master's Degree with Specialization in Child Health and Paediatrics Nursing by the Institute of Health Sciences of the Universidade Católica Portuguesa – Oporto. It shows the learning process throughout the internship, where skills were developed and attained for the specialized care required by specialized nurses. The internship took place in different contexts, contemplating the area of the Internship of Pediatrics and Primary Health Care (Family Health Unit and Community Care Unit), with the duration of 750 hours of work, of which 360 hours were in practice context and 390 hours of individual study. Based on intended general goals in the study programme of the course and the assembly of specialized nurse skills among different areas (care provision, healthcare management, training and research in nursing), I have defined precise goals that have outlined the planning and the achievement of activities, as well as the mobilization of the acquired knowledge throughout my personal and professional journey. During the specialized assistance in different frameworks, care was provided to newborns/children/youth people and families. The main attention areas were transition to parenting, partnership care and pain control in children, aimed to health promotion, disease prevention, and promoting child development and adaptative capacity in health and disease. The recurred methodology is descriptive and critical-reflexive, based upon bibliographical research. The contact with such different realities, allowed me to reflect on and about my practice as a health professional and human being, and adapt the acquired knowledge, which has allowed the acquisition of knowledge, skills and inherent competences of specialized nursing care in Infantile and Pediatric Health.

Key-words: nursing, skills, Infantile and Pediatric Health, child, family.

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

Nelson Mandela

Agradecimentos

À professora Isabel Quelhas, pela orientação, apoio e disponibilidade.

Às minhas tutoras nos diferentes contextos de estágio, pelo estímulo e partilha de conhecimentos proporcionados.

Às minhas colegas de curso, pela partilha de experiências.

Aos meus colegas de trabalho, pela compreensão e apoio.

Aos meus pais e irmã, por acreditarem em mim e me escutarem.

Ao Fábio, pela paciência, apoio e amor incondicional.

A todas as crianças e pais.

A todos, um muito obrigado!

LISTA DE SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral de Saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ELI – Equipa Local de Intervenção

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

M-CHAT – *Modified Checklist for Autism in Toddlers*

NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido/a

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Universidade Católica Portuguesa

USF – Unidade de Saúde Familiar

Índice

1. Introdução.....	15
2. Contextualização do estágio	19
3. Desenvolvimento de competências	21
3.1. Domínio de Prestação de Cuidados	22
3.2. Domínio da Formação	53
3.3. Domínio da Investigação	59
3.4. Domínio da Gestão	62
4. Conclusão	67
5. Bibliografia.....	69
Apêndices	79
Apêndice I – Panfleto Informativo sobre Enurese.....	81
Apêndice II - Planeamento de Sessão de Educação Parental: Problemas Comuns na Infância	85
Apêndice III – Documento informativo sobre a febre.....	115
Apêndice IV – Planeamento de Ação de Educação para a Saúde: Higiene Corporal ...	119
Apêndice V – Planeamento de Ação de Educação para a Saúde: Sexualidade – Infecções Sexualmente Transmissíveis.....	147
Apêndice VI – Planeamento de Ação de Formação a Pares: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor nas crianças	175

1. Introdução

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) – Porto da Universidade Católica Portuguesa, em particular da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório. O estágio desenvolveu-se em 3 contextos de estágio diferentes, sob a orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas.

Este constitui-se como documento formal fazendo parte da avaliação da respetiva Unidade Curricular e baseia-se numa descrição das competências adquiridas, dos objetivos definidos para o estágio e das atividades realizadas de modo a fazê-los cumprir, bem como uma reflexão crítica de todo o desenvolvimento do estágio.

A realização deste documento pretende demonstrar a consolidação de conhecimentos, a interligação entre a teoria e a prática e a reflexão sobre os cuidados de enfermagem especializados na área de saúde infantil e pediátrica através dos seguintes objetivos:

- Descrever as competências inerentes à Especialidade de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica;
- Definir objetivos que contribuam para a aquisição de cada uma das competências;
- Descrever as atividades realizadas para alcançar os objetivos definidos;
- Relatar o processo de desenvolvimento de competências durante o estágio;
- Refletir criticamente sobre o processo de aprendizagem, nomeadamente sobre os objetivos pessoais e as competências desenvolvidas durante o estágio, para a assistência de Enfermagem Avançada ao recém-nascido, criança e adolescente, com especial atenção para a promoção do desenvolvimento e adaptação aos processos de saúde e doença.

O conhecimento teórico e desenvolvimento de competências é importante, por forma a ser possível a identificação de focos de atenção e diagnósticos, e posteriormente a implementação de intervenções adequadas, tendo como objetivo ganhos em saúde, quer para a criança, quer para a família, trabalhando sempre em parceria.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica presta cuidados à criança saudável ou doente e trabalha em parceria com o binómio Recém-nascido (RN)/criança/jovem e família para promover o mais elevado estado de saúde possível, intervindo em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período do nascimento até aos 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos e/ou quando a transição para a idade adulta seja conseguida apropriadamente, desenvolvendo a sua atividade em todos os contextos onde é requerida pelas crianças, jovens e suas famílias.

No percurso de formação do curso de mestrado, no seu 2º semestre, realizei o estágio em contexto de urgência pediátrica e neonatologia, que me permitiram o desenvolvimento de diversas competências.

No decorrer da unidade curricular Estágio Final e Relatório, pretendi atingir os seguintes objetivos gerais, tal como preconiza o Guia de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem:

- Aplicar os conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria;
- Desenvolver a capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver 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 tomar decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Ser capaz de comunicar as minhas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades, produzindo um discurso fundamentado, para diferentes audiências.

Na elaboração deste relatório utilizei uma metodologia descritiva e reflexiva, baseada no desenvolvimento do estágio final, recorrendo a pesquisa bibliográfica e análise reflexiva, de forma a descrever e analisar todo processo de aprendizagem, refletindo sobre as diferentes oportunidades vividas e as competências desenvolvidas.

Este trabalho está organizado para além da presente introdução, por um capítulo em que faço referência à contextualização e escolha dos locais de estágio, e por um terceiro capítulo em que são divididas as competências adquiridas em quatro domínios, apresentando em função destas, os objetivos específicos delineados para os diferentes contextos e as atividades desenvolvidas para a sua aquisição. Por último concluo o trabalho refletindo sobre as competências desenvolvidas, as limitações e implicações do percurso de formação e apresento as considerações finais. Nos apêndices apresento os documentos comprovativos das minhas atividades durante o estágio.

A fim de facilitar a leitura do documento, optei por referir maioritariamente apenas criança no texto, referindo-me à generalidade da idade pediátrica (recém-nascido, lactente, criança e adolescente).

2. Contextualização do estágio

O estágio final foi desenvolvido durante o período de 10 de Setembro de 2018 e 5 de Janeiro de 2019, em 3 contextos de estágio diferentes. Realizei 180 horas de estágio em contexto de internamento de pediatria médica, e 180 horas em contexto de cuidados de saúde primários (CSP) (120 horas de estágio numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e 60 horas numa Unidade de Saúde Familiar (USF)). No final, esta unidade curricular, totalizou 750 horas de contacto e trabalho individual.

A escolha dos locais de estágio deveu-se às experiências que me poderiam proporcionar, pelos projetos em vigor e pela equipa diferenciada dos mesmos. Neste capítulo, para uma melhor perceção das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, procederei a uma breve caracterização dos mesmos.

Relativamente ao serviço de internamento médico pediátrico este tem como missão promover a excelência de cuidados hospitalares eficientes, seguros e apropriados à criança e adolescente, intervindo até aos 17 anos e 364 dias (idealmente até aos 5 anos no caso deste serviço), e à sua família. Este é composto por 12 unidades devidamente equipadas, divididas por 4 enfermarias, sendo que 3 unidades podem funcionar como unidade de isolamento, no caso de doentes imunodeprimidos ou infetados. O serviço tem ainda uma área de trabalho para a equipa de enfermagem, 2 gabinetes médicos, 1 gabinete do enfermeiro chefe, 1 sala de tratamentos, 3 casas de banho para crianças, casa de banho para os pais com sala de cacifos para os mesmos, 1 copa para preparação/acolhimento das refeições dos doentes, 1 copa para os profissionais, 1 sala para consumo de refeições/apoio escolar das crianças dependendo das horas, 1 sala de entretenimento para as crianças internadas com presença de educadoras, 1 sala de sujos e 1 sala de limpos. A equipa de enfermagem é constituída por um enfermeiro-chefe e 16 enfermeiras e 2 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação que estão presentes no turno da manhã, distribuídas por 5 equipas, sendo que o turno da manhã é constituído por 3 enfermeiros e os turnos da tarde e da noite por 2 enfermeiros.

A USF é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, e integrada numa lógica

de rede com as outras unidades funcionais do agrupamento de centros de saúde a que pertence (Decreto-Lei 298/2007). Esta é constituída por 4 enfermeiros, 4 médicos e 4 secretários clínicos, com um rácio de aproximadamente 1700 utentes por cada enfermeiro. Em relação à estrutura física da USF, esta apresenta 5 gabinetes de enfermagem (um específico para consultas de saúde infantil e juvenil), 4 gabinetes médicos, sala de espera, casa de banho para os utentes, e 2 salas de tratamentos.

A UCC tem como finalidade garantir aos cidadãos da sua área de influência (6 freguesias) cuidados de saúde de qualidade centrados na pessoa, família/comunidade ao longo de todo o ciclo de vida, nas áreas da promoção da saúde, da prevenção da doença e da reabilitação maximizando os ganhos em saúde. Estes cuidados são a nível de apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis e em situações de maior risco. A população residente na área de influência são 40505 habitantes. A UCC é constituída por 14 enfermeiros, 1 fisioterapeuta, 1 psicólogo e 1 nutricionista. Relativamente à estrutura física, esta apresenta 1 secretaria, 1 sala de espera, 7 gabinetes, 1 gabinete para a coordenadora da UCC, 1 sala de reuniões, 2 casas de banho para utentes e 2 casas de banhos para profissionais, e 1 copa. Na UCC os projetos em Saúde Infantil incluem a Saúde Escolar, a Educação para a Saúde na área da parentalidade, a Equipa Local de Intervenção (ELI) e o Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR).

3. Desenvolvimento de competências

Neste capítulo é abordada a descrição, análise e reflexão crítica das competências a adquirir, objetivos autopropostos e das atividades desenvolvidas com o objetivo de relatar todo o processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências durante todo o estágio.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros-OE, 2010):

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

Por sua vez, competências correspondem a um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades a que se recorre na prática, permitindo refletir sobre as necessidades de saúde e atuar em todos os contextos (OE, 2011).

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica trabalha com a criança e família em qualquer contexto em que se encontrem, de forma a promover a saúde, presta cuidados à criança saudável ou doente e realiza educação para a saúde (OE, 2010).

O plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da UCP define quais as competências a desenvolver para ser mestre na área especializada de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, competências essas que procurei atingir ao longo do estágio.

Como já referido, tendo por base as quatro grandes áreas de atuação do enfermeiro: gestão, formação, investigação e prestação de cuidados, optei por organizar e agrupar as competências nestes domínios de atuação, associando os objetivos e as atividades que concorreram para a sua aquisição. Este tipo de exposição permitiu uma melhor organização do meu raciocínio, desenvolvendo a minha reflexão pessoal.

3.1. Domínio de Prestação de Cuidados

A prestação de cuidados especializados e diferenciados é da responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP). Este deve ter como objetivo principal a excelência de cuidados prestados à criança/adolescente e respetiva família, nunca dissociando este binómio, pois quando uma criança se encontra doente, a respetiva família também se encontra doente.

Os cuidados de enfermagem devem promover a autonomia da criança/jovem e família. Desta forma, surge a negociação na parceria de cuidados com este binómio, sendo esta, supervisionada pelo EESIP. Segundo o Modelo de parceria de cuidados de Anne Casey (1993), o enfermeiro deve partilhar conhecimentos, instruir e treinar o binómio na aquisição de habilidades para que, estes sejam prestados com qualidade.

O EESIP atua em diversas áreas, sendo que de acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2018), a sua performance como especialista deverá ser mais evidente na prestação de cuidados a um nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e sua família, procurando responder às necessidades dos mesmos assim como trabalhar no sentido de um melhor custo efetivo e gestão da segurança do cliente.

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

Competências:

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

Objetivos:

- ✓ Conhecer a constituição dos serviços (estrutura física, recursos humanos e materiais);
- ✓ Conhecer a dinâmica de organização dos cuidados de enfermagem.

Atividades desenvolvidas:

- ✓ Conheci a estrutura física dos serviços;
- ✓ Observei e integrei as dinâmicas de funcionamento dos contextos de estágio
- ✓ Conheci e integrei a equipa de saúde multidisciplinar;
- ✓ Consultei horários das equipas e organização dos turnos;
- ✓ Conheci protocolos dos serviços.

Reflexão:

A dinâmica de acolhimento nos diferentes contextos seguiu uma orientação semelhante, embora com algumas diferenças. Em contexto de internamento fui recebida pela enfermeira que estava a substituir o enfermeiro chefe no dia da integração, sendo posteriormente apresentada à enfermeira tutora e restante equipa multidisciplinar. Em contexto de USF e UCC fui recebida pelas enfermeiras tutoras que posteriormente me apresentaram à restante equipa. Fui muito bem recebida em todos os contextos de estágio, sendo que isto me permitiu estar motivada e empenhada para que os meus objetivos fossem atingidos.

Em todos os contextos, como dinâmica de acolhimento foram apresentados os serviços, realizando uma visita guiada às instalações, referindo quais as funções que cada profissional desempenhava. Os recursos que dispõem para a prestação de cuidados, foram conhecidos ao longo dos estágios e conforme as oportunidades que surgiram.

Para um melhor conhecimento dos contextos, realizei pesquisa sobre cada um dos locais de estágio, de forma a conhecer e partilhar os seus valores, missão e objetivos.

A consulta de procedimentos, protocolos, distribuição dos planos de trabalho e horários, permitiram uma melhor integração na dinâmica dos serviços, nomeadamente em relação à prestação de cuidados, assim como a gestão de todos os recursos. Segui os protocolos dos serviços, assumindo sempre um espírito reflexivo na e sobre a ação, algo fundamental numa prática especializada. Destaco a UCC, que por possuir um manual de acolhimento a novos profissionais e estagiários, permitiu melhor conhecimento da missão,

valores e objetivos da unidade e apresentação das atividades que realiza. Através da leitura deste manual, bem como com partilha de alguns destes aspetos com a tutora pude compreender a estrutura e dinâmica do serviço.

O contexto do serviço de Pediatria Médica foi realizado num serviço considerado como referência na região norte do país, dada a variedade de especialidades a que dá resposta (neurocirurgia, neurologia, cardiologia, oncologia, etc.). Os enfermeiros encontram-se distribuídos por equipas, sendo que o plano de trabalho é efetuado tendo em atenção não só a continuidade de cuidados, mas as competências que cada elemento tem. O enfermeiro especialista com mais experiência coordena a equipa nesse turno. Tive a oportunidade de prestar cuidados diferenciados a diversas crianças e suas famílias, e conhecer a articulação com recursos da comunidade.

Gostaria de destacar o aspeto físico das enfermarias que possuem uma decoração muito característica da pediatria, do imaginário, reduzindo o impacto que estes locais podem ter quer para os pais quer para as crianças. A existência de uma sala de entretenimento com a presença da educadora é um fator também muito positivo uma vez que permite que as crianças socializem entre si e aumentem as suas relações interpessoais, percebendo que tal como elas existem inúmeras crianças em situação semelhante, abstraindo-se do meio em que estão inseridas, que em casos de internamentos prolongados se demonstra benéfico.

Em todos os contextos de estágio procurei adaptar-me o mais rápido possível à equipa e métodos de trabalho, garantindo a qualidade dos cuidados especializados, de acordo com os princípios Éticos e Deontológicos e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. O facto de um dos contextos de estágio ter-se desenvolvido na mesma instituição onde exerço a minha atividade profissional, tornou este trajeto de integração mais acessível, pelo facto de estar familiarizada com os horários, com os protocolos de atuação e com a própria dinâmica da instituição. Assumi, contudo, uma postura de humildade e responsabilidade, potenciando ao máximo todas as oportunidades de aprendizagem.

Assim, considero ter atingido a competência descrita através das atividades apresentadas, uma vez senti sempre um enorme apoio e respeito de todos os profissionais com os quais pude trabalhar, conseguindo rapidamente integrar-me nas equipas e ser o mais autónoma possível na gestão e prestação de cuidados.

Competências:

- ✓ Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;

- ✓ Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;
- ✓ Desenvolver competências de entrevista clínica, observação e diagnóstico da situação de saúde/doença na área de especialidade;
- ✓ Planear e executar intervenções terapêuticas em grupo, em função dos diagnósticos de enfermagem levantados;
- ✓ Fazer avaliação crítica/reflexão dos resultados obtidos.

Objetivos:

- ✓ Desenvolver competências no âmbito da promoção da parentalidade;
- ✓ Desenvolver competências no âmbito da parceria de cuidados;

Atividades desenvolvidas:

- ✓ Incentivei a presença dos pais;
- ✓ Incentivei a parceria de cuidados;
- ✓ Envolvi a família na prestação de cuidados;
- ✓ Negociei os cuidados prestados;
- ✓ Apoiei a família nas tomadas de decisão;
- ✓ Apoiei os pais nos processos de transição do ciclo vital;
- ✓ Avaliei as competências dos pais, efetuando ensinamentos individualmente;
- ✓ Valorizei o desempenho e competências dos pais;
- ✓ Participei no processo de admissão da criança e família, e na preparação do regresso a casa;
- ✓ Demonstrar respeito pelas convicções, crenças, valores e prioridades estabelecidas pelas crianças e família, procurando integrá-las no processo de cuidados;
- ✓ Incentivei a amamentação/aleitamento materno;
- ✓ Ensinei sobre amamentação/aleitamento materno, instruí e treinei técnica de amamentação.

Reflexão:

Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Criança e do Jovem o conceito de pessoa é considerado nesta área de especialidade sob o binómio: criança/jovem e família.

“Esta apresenta-se dependente dos cuidados da família, de forma a suprimir as suas necessidades, com vista ao seu desenvolvimento saudável, até adquirir novas capacidades e conhecimentos, que lhe permita ser cada vez mais independente até alcançar a autonomia” (OE, 2011).

Cuidar em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, nos diversos contextos remete para uma abordagem centrada na Criança, Jovem e Família, implicando um reconhecimento especializado e uma intervenção focalizada nas necessidades, características e expectativas desta idade (OE,2010).

Em enfermagem pediátrica, os cuidados centrados na família, mais do que um objetivo a alcançar, são uma realidade, reconhecendo-se atualmente a importância da permanência da família junto da criança, para a melhoria do seu estado de saúde. Assim sendo, em todos os contextos de estágio, promovi a presença dos pais, incluindo-os nos cuidados de saúde. A meu ver a participação dos pais nos cuidados beneficia tanto a criança como os pais, pois ao acompanharem a evolução da situação do filho, presenciarem os cuidados prestados, participarem nos mesmos e serem preparados para lhes darem continuidade após a alta, ficam menos ansiosos.

O significado que a família dá ao bem-estar e à saúde aos seus membros, bem como a influência sobre a doença, obriga os enfermeiros a considerar os cuidados centrados na família como parte integrante da prática de enfermagem (Wright & Leahey, 2002).

A filosofia de cuidados centrados na família reconhece a família como uma constante na vida da criança, que os profissionais de saúde devem apoiar, respeitar, encorajar e potencializar a sua força e competência, desenvolvendo uma parceria com os pais (Hockenberry & Wilson, 2014).

Na CIPE, a Parentalidade aparece descrita como:

“Tomar Conta: 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 desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.” (CIPE,2016)

A parentalidade tem o potencial de intervir ao nível da promoção da saúde e bem-estar da criança, a sua ausência ou alteração pode interferir no saudável crescimento e desenvolvimento físico e emocional da criança, culminando no surgimento de problemas de saúde e sociais significativos (Gage; Everett & Bullock, 2006).

A transição para a parentalidade é um fenómeno complexo que requer a interiorização e aprendizagem de novos conhecimentos e aquisição de novas habilidades para o assumir do papel (Vieira, 2008). Todos os estadios de desenvolvimento da criança, quer seja em situações de doença crónica ou aguda, implicam um processo transição e adaptação da família, sendo de extrema importância o reconhecimento do seu papel na prevenção, identificação e resolução destas situações, por parte dos profissionais de saúde. Foi possível refletir acerca da teoria das transições de Meleis. Segundo Meleis, Sawyer, Im, Messias e Shumacher (2000), quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente/família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas e os preparem para melhor lidarem com essas transições através da aprendizagem e aquisição de novas competências. Torna-se relevante dotar os pais de competências e conhecimentos específicos de modo a ficarem aptos a identificar e acompanhar as diferentes etapas do desenvolvimento dos seus filhos. Foi oferecido apoio durante todos os contactos com a família, e atuei de forma consistente com as mesmas na promoção e desenvolvimento de competências parentais, promotoras do desenvolvimento infantil e juvenil como, o reforço dos laços afetivos entre os pais e a criança; o ensino, instrução e treino dos pais em relação a alguns cuidados necessários à satisfação das necessidades básicas da criança; a promoção de um ambiente seguro que permita o desenvolvimento harmonioso da criança, valorizando a sua individualidade e autonomia, entre outras.

O papel do enfermeiro, nesta situação, passa por avaliar as transições da família, determinar o impacto no sistema familiar e participar, com a família, no planeamento de intervenções para reduzir os efeitos stressantes da transição na saúde da família.

O Ciclo Vital da Família, enquanto “*sequência previsível de transformações na organização familiar em função do cumprimento de tarefas bem definidas*” encontra-se organizado em cinco etapas sucessivas: 1) formação do casal; 2) família com filhos pequenos; 3) família com filhos na escola; 4) família com filhos adolescentes e 5) família com filhos adultos (Relvas, 2000). Em contexto de internamento foi privilegiada a segunda etapa “Família com filhos pequenos”, dada a faixa etária a que mais prestei cuidados. É

durante esta etapa do desenvolvimento do ciclo vital que, de acordo com Relvas (2000), “*os novos pais organizam o modelo parental*”. Por implicar uma mudança significativa na família esta etapa exige reajustamento e adaptação, por este facto, é fundamental que os enfermeiros focalizem a sua atenção nas necessidades da mesma. Assim a parentalidade foi um foco de atenção na minha prática ao longo de todos os estágios.

A visita domiciliária que realizei a um recém-nascido de 5 dias e sua família, tornou-se num momento ótimo para a promoção da parentalidade. Foi uma oportunidade para avaliar a transição da família, dando respostas e apoio às suas necessidades, aumentando a sua autoconfiança, autonomia, e desenvolvendo habilidades para cuidar do filho. Nesta visita foi preenchido um documento onde consta informação acerca do recém-nascido, nomeadamente sobre o coto umbilical, a alimentação, a vacinação, a higiene, o sono e também informações sobre a puérpera como a amamentação, o papel parental, o comportamento de procura de saúde, a satisfação conjugal e humor. O enfermeiro tem um papel significativo na promoção do desempenho do papel parental neste âmbito, em que fornece aos pais conhecimentos e habilidades de modo a ficarem capazes de cuidar dos seus filhos (Soares, 2008).

A adaptação à parentalidade é um momento crucial de desenvolvimento da família, pois esta experimenta mudanças quer emocionais quer funcionais. Portanto, posso dizer que apoiei e promovi a parentalidade na medida em que ajudei a família, nos diferentes contextos, a adotarem comportamentos destinados a integrarem a criança na unidade sócio-familiar, otimizando o seu crescimento e desenvolvimento.

Em 1988, Anne Casey desenvolveu um modelo de cuidados pediátricos “Modelo da Parceria de Cuidados” em que realça a importância fundamental dos pais nos cuidados à criança hospitalizada. A autora destaca no seu modelo um princípio fundamental: reconhecer que os pais são os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos. Na situação de doença para preservar o crescimento e o desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de proteção, estímulo e amor, reconhecendo-se a importância do papel da família, nomeadamente dos pais (Casey, 1993), tendo o Enfermeiro Especialista uma intervenção primordial na promoção do ensino e apoio, de modo a capacitar a família na tomada de decisão (Casey, 1993). Tal ideia é reforçada pela Ordem dos Enfermeiros, na medida em que esta preconiza que a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem se “caracteriza pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” ao que acresce que as intervenções de

Enfermagem serão otimizadas “se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados “ (OE, 2003).

O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey engloba cinco conceitos principais: a criança, a saúde, o ambiente, a família e o enfermeiro (Casey, 1993).

Segundo Casey (1993), existem fatores que influenciam a parceria de cuidados, sendo eles: a relação de parceria entre o enfermeiro e os pais (através da partilha de conhecimentos e informações), a cultura organizacional e o método de organização de trabalho de Enfermagem. O método por enfermeiro individual revelou-se fundamental durante o estágio, pois permitiu que estabelecesse com a família uma relação de confiança, influenciando a parceria de cuidados. Assim sendo, no estágio de internamento foi mantida uma continuidade de cuidados, por forma a criar uma relação de confiança com a família que considero ter atingido.

As atitudes e intervenções por mim desenvolvidas, neste âmbito tiveram em consideração as particularidades de cada criança e família. A abordagem aos pais durante a admissão foi determinante para o sucesso de um processo de parceria, através da identificação das necessidades, permitindo a negociação dos cuidados. Quando a família está presente, é necessário explicar a situação de saúde dos seus filhos e as suas implicações, em particular nos cuidados que estes necessitam. Assim, informei e orientei os pais no momento oportuno, com o intuito de lhes permitir a gestão das suas emoções e a organização da estrutura familiar durante o internamento do seu filho. Informei, ainda, os pais sobre os tratamentos a realizar e envolvi-os nas tomadas de decisão. Assim, a negociação dos cuidados entre mim e a família, esteve sempre presente através do questionamento inicial se estes queriam colaborar nos cuidados, para posteriormente ensinar, instruir e treiná-los sobre os mesmos. Só intervi quando a família não apresentava as capacidades ou conhecimentos necessários. Assim sendo, o meu principal papel foi muitas vezes o da supervisão. Contudo, não deve existir uma fronteira fixa, e nos casos que se justificaram os pais desempenharam cuidados mais especializados, sendo previamente ensinados, instruídos e realizado o treino das intervenções, sendo exemplo a aspiração de secreções, cuidados à traqueostomia, inserção de cânula de traqueostomia, inserção de sonda nasogástrica, alimentação através de sonda nasogástrica, etc., nos casos de crianças com doenças crónicas que necessitaram de manter os cuidados no domicílio.

Outra das minhas intervenções, foi o encorajamento dos pais a expressar as suas preocupações e sentimentos, de modo a realizar o planeamento de cuidados centrado nas

suas expectativas e necessidades. Foi possível implementar o plano de cuidados, construído em parceria com os pais, com a finalidade de os ajudar a uma melhor adaptação ao processo de doença do filho.

Um foco de atenção transversal a todos os contextos de estágio foi a Amamentação. O aleitamento materno tem inúmeras vantagens para a mãe, criança e sociedade e deve ser incentivada e apoiada em qualquer contexto de assistência (Levy & Bértolo, 2008). No entanto, apesar destas vantagens, a sua prevalência e duração pelo que pude observar está aquém do recomendado. Apercebi-me que grande parte das mães com quem tive contacto, pára de amamentar quando termina a licença da maternidade, aos 4-6 meses de vida da criança. As complicações da amamentação (gretas, seios ingurgitados, mastites) também continuam a ser obstáculo diminuindo o desejo de manter o aleitamento materno. Tive em consideração que a decisão de amamentar depende, muitas vezes, da vontade de amamentar, de experiências anteriores, do apoio de outros familiares e do acompanhamento e apoio na prática da amamentação por parte dos profissionais de saúde. Assim, é necessário perceber como a mulher está a vivenciar este processo e deste modo, torna-se igualmente necessário identificar as suas necessidades individuais. E foi neste sentido que, nos diversos contextos de estágio procurei sempre, nos momentos oportunos, promover o aleitamento materno e avaliar a forma como esta experiência estava a decorrer e perceber quais eram as suas dificuldades, quer fosse através da extração de leite materno, ou através da amamentação. Esclareci mitos e medos, reforcei ensinamentos sobre a técnica da amamentação, a importância de uma pega eficaz, os posicionamentos corretos quer da mãe quer da criança, cuidados a ter com a mama, extração e conservação de leite, e atuei no sentido de tornar a amamentação num momento agradável de partilha entre mãe e filho. Esclareci dúvidas às mães sobre amamentação, sendo que inclusivamente em contexto de USF foi possível realizar ensinamentos, instruir e treinar a técnica de amamentação a uma adolescente puérpera de 17 anos, nomeadamente em relação à posição para amamentar, horários e problemas mais comuns (ex.: ingurgitamento, mastite), assim como cuidados a ter para a sua prevenção, etc.. Esta intervenção foi importante na medida em que a adolescente não frequentou aulas de preparação para o parto e não apresentava conhecimentos e habilidades acerca da técnica de amamentação. A maternidade precoce pode acarretar sobrecarga física, psíquica, emocional e social para o desenvolvimento da adolescente, contribuindo positiva ou negativamente para as modificações na sua vida futura (Graça, 2010).

O respeito pela decisão da mulher em amamentar ou não foi sempre mantido. Não podemos nem devemos culpabilizar uma mãe que não quer ou não pode amamentar, providenciando nestes casos os conselhos adequados à prática de uma alimentação com leites artificiais (Levy & Bértolo, 2008). E quando foi decidido amamentar ou continuar a fazê-lo foi sempre oferecido apoio para a sua manutenção.

O apoio no desenvolvimento do papel parental assim como a parceria de cuidados são de extrema importância para o EESIP durante todo o processo de prestação de cuidados.

Objetivos:

- ✓ Aprofundar conhecimentos e habilidades na prestação de cuidados à criança hospitalizada e sua família;
- ✓ Aprofundar conhecimentos e habilidades na vigilância da saúde infantil e juvenil;
- ✓ Promover vacinação.

Atividades desenvolvidas:

- ✓ Prestei cuidados especializados, segundo metodologia científica do processo de enfermagem à criança e família, nos diferentes contextos assistenciais;
- ✓ Apoiei a criança e família a lidarem com a experiência de hospitalização;
- ✓ Colaborei nos programas específicos relacionados com vigilância e promoção de saúde;
- ✓ Avaliei e interpretei crescimento e desenvolvimento;
- ✓ Vacinei crianças de várias faixas etárias, de acordo com o Programa Nacional de Vacinação (PNV);
- ✓ Realizei teste de diagnóstico precoce ao recém-nascido;
- ✓ Participei em visita domiciliária ao recém-nascido e família;
- ✓ Participei em atividades no âmbito da ELI.

Reflexão:

Durante a assistência de enfermagem à criança e família, nos diferentes contextos, geri os cuidados de enfermagem e tomei decisões de acordo com prioridades e necessidades individuais de cada criança e sua família.

No contexto de internamento tive a oportunidade de assistir 55 crianças em diversas faixas etárias (desde recém-nascidos a adolescentes), e as suas famílias.

A hospitalização de uma criança é sempre geradora de instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar, capaz de desencadear uma situação de crise: os pais podem considerar que falharam no exercício do seu papel e nas expectativas que colocaram a si próprios, o que poderá prejudicar o seu funcionamento e as capacidades de apoio ao sofrimento do filho (Subtil, Fonte & Relvas, 1995). Os pais podem mostrar dificuldade em saber como agir para atender às necessidades do filho doente, estando envolvidos num ambiente com regras estranhas e desconhecidas para estes (Hockenberry & Wilson, 2014).

Tive a possibilidade de efetuar o processo de admissão da criança e família no serviço e compreendi que exige uma capacidade de organização e gestão de prioridades de forma a minimizar o impacto da hospitalização. A colheita de dados efetuada no momento de admissão é fundamental. Este momento ocorre num local adequado, permitindo assim à criança e família exporem as suas dúvidas, inseguranças e dificuldades em privado, favorecendo a relação terapêutica com a enfermeira que os acolhe. O contributo dos pais é essencial na recolha de informação sobre as rotinas diárias, hábitos de higiene, alimentares, relações familiares e relações com os pares.

As crianças são muito vulneráveis e a hospitalização representa uma mudança do estado habitual de saúde e de rotina ambiental, o que poderá representar uma situação stressante. As principais causas de stress em situação de internamento são a separação, a perda de controlo, a lesão corporal e a dor. As suas reações a estas crises são influenciadas pela sua idade, fase de desenvolvimento, experiências anteriores de doença, separação ou hospitalização, sistema de apoio disponível e gravidade da doença e pela capacidade de controlo (Hockenberry & Wilson, 2014).

A ansiedade causada pela separação é a principal causa de stress em lactentes e em crianças em idade pré-escolar. A observação do comportamento das crianças é essencial por forma a planear os cuidados de enfermagem minimizando a separação. Assim, os comportamentos como choro, a procura dos pais com os olhos, o evitar e rejeitar contacto com estranhos, o isolamento, a ausência de interesse pelo meio circundante, a regressão para o comportamento anterior, são alguns dos sinais de que a criança sofre de ansiedade pela separação da sua família. Assim, incentivei o envolvimento da família na prestação de cuidados à criança, proporcionei flexibilidade de horário para os pais e familiares, incentivei a utilização de objetos significativos para a criança, encorajei a presença da família em momentos em que a criança fosse sujeita a procedimentos invasivos e dolorosos, e no caso de crianças submetidas a cirurgia, incentivei a família a acompanhar a criança até ao

momento de indução anestésica e a estarem presentes quando a criança acorda no recobro (Hockenberry & Wilson, 2014).

A perda de controlo é outro dos fatores causadores de stress provocado pelo internamento. Nos lactentes, os cuidados inconsistentes e o desvio das rotinas diárias deste conduzem à desconfiança e à diminuição do sentimento de controlo. Na primeira infância, situações de restrição ou limitação de movimentos pode levar a resistência e inconformidade. A mudança de rotinas e rituais também conduz a uma perda de controlo. Nas crianças em idade pré-escolar, a perda de controlo é provocada pela restrição física, pela alteração de rotinas e pela dependência forçada em relação à família. No caso das crianças em idade escolar, a perda de controlo está relacionada com as alterações das funções familiares, a incapacidade física, o medo da morte, abandono ou lesão corporal permanente, a perda da aceitação por parte dos amigos ou a diminuição de atividade cognitiva e comportamental. Em relação aos adolescentes, a hospitalização constitui uma ameaça para o seu sentido de identidade, e a diminuição das suas capacidades físicas e a separação dos seus sistemas de apoio, são algumas das situações que se apresentam como perda de controlo (Hockenberry & Wilson, 2014). Neste sentido, tentei que a maioria dos sentimentos e situações de perda de controlo fossem minimizados através de um planeamento de cuidados enfermagem de acordo com as expectativas e sentimentos de cada criança, incluindo intervenções de enfermagem como a promoção da liberdade de movimento e a manutenção das rotinas e rituais da criança (Hockenberry & Wilson, 2014).

Relativamente à lesão corporal, todas as crianças têm medo da lesão corporal quer seja por mutilação, invasão corporal, mudanças na imagem corporal, incapacidade ou até mesmo a morte. Geralmente, a preparação da criança para procedimentos dolorosos diminui os seus medos e promove a sua cooperação (Hockenberry & Wilson, 2014). Deste modo, durante a minha prestação de cuidados, tentei optar sempre que possível por medidas não invasivas em detrimento de medidas invasivas, no caso de procedimentos dolorosos tentei executá-los o mais rápido possível e sempre que era viável, na presença da família. A visualização do procedimento desencadeia medo na criança pelo que é importante evitar que esta o visualize, recorrendo a técnicas de distração. Tentei explicar para que serviam os equipamentos, demonstrar no boneco significativo e por vezes pedi a colaboração da família em algumas intervenções. No caso de crianças em idade escolar, estas temem a lesão corporal quer interna quer externa, ou seja, temem a situações de cirurgia e o que estas acarretam como a dor, as suturas e as respetivas cicatrizes. No caso

dos adolescentes, estes manifestam preocupação relativamente ao procedimento e quais as consequências que este poderá ter na sua imagem corporal como o caso das cicatrizes (Hockenberry & Wilson, 2014). Nestas situações, tentei explicar os procedimentos e as suas consequências recorrendo a uma linguagem simples e clara e de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança.

No que refere à dor e às estratégias adotadas para a sua minimização, é da competência do EESIP, a gestão especializada da dor e do bem-estar da criança, a gestão de medidas farmacológicas de alívio e controlo da dor e a aplicação de conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor. A avaliação da dor em idade pediátrica, apresenta particularidades que implicam a sua consideração de forma singular em relação a outras faixas etárias (Batalha, 2010). Deste modo, a avaliação da dor consiste na quantificação da sensação dolorosa recorrendo a instrumentos validados, fidedignos e clinicamente sensíveis, tendo em consideração o tipo de dor, a situação clínica e a idade da criança. Esta avaliação deve ser feita de forma sistemática e regular, desde o primeiro contacto, a cada 8 horas e sempre que a situação clínica o exija, recorrendo a escalas recomendadas (DGS, 2010). No caso dos RN's e lactentes, algumas das medidas não farmacológicas passaram pela gestão dos estímulos ambientais e a utilização de medidas de conforto, como o controlo do ruído e da luminosidade; o agrupar os cuidados para permitir intervalos de repouso, respeitando os ciclos de sono-vigília; o posicionamento confortável do RN, a sucção não nutritiva, a amamentação e a utilização de soluções açucaradas (sacarose a 24% e glucose a 30%). No caso de crianças com mais de um mês e jovens, algumas das medidas não farmacológicas passaram pela amamentação, sucção não nutritiva, contenção, técnica de distração (recorrendo à leitura, música, vídeos, exercícios de respiração), solução açucarada, massagem, fornecimento de informação antecipatória de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança, e reforço positivo.

Utilizei estratégias lúdicas de acordo com o estágio de desenvolvimento da criança e de segundo as suas preferências, tais como leitura de histórias, desenhos e jogos, no sentido de potenciar a relação com a criança e família. Recorrer à negociação, ao brincar, foram algumas das estratégias por mim utilizadas durante a assistência à criança e família com intenção de desenvolver a dimensão terapêutica do jogo e da brincadeira. Aos adolescentes, ofereci a possibilidade de usarem as suas roupas de eleição e que permitissem a prestação de cuidados, fomentei a manutenção das suas rotinas como os cuidados de higiene e outras atividades direcionadas para as novas tecnologias como jogos de vídeo. A brincadeira tem

um papel fundamental no crescimento e desenvolvimento da criança no seu processo de saúde, pelo que esta deve continuar a fazer parte do seu dia-a-dia apesar da situação doença.

A necessidade de internamento pode ser percecionada como uma oportunidade de fomentar a socialização não só da criança, mas também das famílias (Hockenberry & Wilson, 2014). No ambiente hospitalar, crianças partilham os mesmos espaços, desde a enfermaria, espaços de refeição e espaços lúdicos, por vezes esta partilha de espaços pode ser estruturada, juntando crianças com o mesmo tipo de problemas ou da mesma faixa etária, no mesmo espaço, promovendo a socialização. Verifica-se com frequência a partilha de experiências, sentimentos e emoções entre crianças, conduzindo a relações de amizade ou de suporte de emocional. A família também pode encontrar no ambiente de internamento, uma oportunidade para a partilha dos seus problemas com outras famílias que se encontram em situação semelhante. Desta forma, estruturasse um novo apoio emocional para os pais/famílias que poderá prevalecer após o regresso ao domicílio.

No exame físico, procedi à colheita dos dados antropométricos (altura, peso, perímetro cefálico), avaliação dos sinais vitais (temperatura, pulso, frequência respiratória, tensão arterial e dor), avaliação neurológica, avaliação do estado geral (fácies, postura, marcha, higiene, aspetos psicológicos) e relação pais-filhos.

Compreender a parceria e a negociação dos cuidados, exercer a minha prática com base nesse modelo e gerir o meu tempo na prestação de cuidados em função dos hábitos e horários da criança no domicílio, foi um desafio para mim. No meu dia-a-dia, presto cuidados a crianças que necessitam de monitorização contínua, que de certa maneira “assegura-nos” a sua estabilidade. Confrontada com crianças de diferentes faixas etárias, diferentes problemas de enfermagem e diferentes comportamentos por parte dos pais no que respeita ao cuidar dos seus filhos, admito que senti a “falta” do controlo que a monitorização contínua proporciona. No entanto, através da reflexão sobre a atuação da enfermeira tutora, desenvolvi estratégias que me permitiram gerir melhor esta dificuldade. Procurei estar o mais presente possível com as crianças, o que também permitiu que se criasse uma melhor relação de confiança.

A preparação para regresso a casa é um *“processo dinâmico e contínuo desenvolvido pela equipa multidisciplinar ao longo de todo o internamento de forma a facilitar a transição da criança para o domicílio ou para um outro nível de cuidados”* (OE, 2011). Este processo é vivenciado ambigualmente, pois se por um lado significa o retorno da criança e família ao seu quotidiano normal, por outro lado existe medo e receio por parte dos pais

em falhar no cuidado aos seus filhos. Assim, efetuei ensinamentos, instruí e treinei cuidadores de acordo com as necessidades, com o objetivo de dotar a família e, sempre que possível, a criança e o adolescente, de estratégias e conhecimentos, que permitissem assumir a continuidade dos cuidados no domicílio. Foram também efetuadas cartas de alta/transferência, onde incluí os parâmetros mais importantes como: motivo de internamento, tratamento e cuidados de enfermagem efetuados e/ou a continuar, e algumas observações sempre que pertinentes.

A minha curta experiência profissional remete-se apenas para o nível hospitalar, pelo que o estágio ao nível dos CSP desde o início me suscitou muito interesse e curiosidade, pela aprendizagem diferenciadora que proporcionaria.

A vigilância em saúde tem como finalidade a promoção da saúde e prevenção da doença, não apenas na perspetiva da deteção precoce de alterações que possam comprometer a saúde, mas também na mudança da trajetória de vida das crianças que são afetadas por circunstâncias adversas (Sasseti, 2012).

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ, 2012) inclui a calendarização das consultas para idades-chave do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade; assim como a harmonização destas com o esquema cronológico preconizado pelo PNV, promovendo a vacinação assim como monitorizando a sua adesão. Valoriza os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, capacitando os pais e outros cuidadores com conhecimentos e habilidades para um melhor desempenho no exercício da parentalidade; prioriza a vigilância e prevenção das alterações de comportamento ou maus-tratos; e articula com estruturas, programas e projetos, de forma a contribuírem para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento de crianças e jovens.

No decorrer do estágio na USF realizei 27 consultas nas seguintes idades: 1ª semana de vida, 1 mês, 2 meses, 6 meses, 12 meses, 15 meses, 18 meses, 2 anos, 5 anos, 7 anos, 10 anos, 12 anos e 17 anos. Nestas avaliei e interpretei dados antropométricos, realizado o seu registo no boletim de saúde infantil e juvenil e no aplicativo informático (SClinico®) e realizei a avaliação do desenvolvimento através da escala de Mary Sheridan modificada (Direção-Geral de Saúde - DGS, 2012). Foram momentos únicos onde desenvolvi competências na avaliação do desenvolvimento e crescimento da criança. Durante a consulta de saúde infantil e juvenil identifiquei as necessidades e recolhi as informações relativas ao crescimento/desenvolvimento e estado de saúde da criança, de forma rigorosa e perspicaz.

É através do estabelecimento da interação com a família, que este processo se desenrola, pois esta é uma fonte importante de informação, sobre os hábitos alimentares, atividade física, as atividades de vida diária, atividades lúdicas e do estado de saúde da criança e esta informação deve ser devidamente triada e confrontada com a observação e com exame físico realizado. Estas consultas decorrem em contexto de equipa de saúde, isto é, enfermeiro e médico, conferindo maior rigor e eficácia, agilizando ainda o tempo disponível para cada consulta. No entanto, por vezes surgem dificuldades e nem sempre se consegue que a consulta seja realizada com a presença de ambos os profissionais.

Sempre que pertinente, intervi através de ensinamentos e treino de habilidades tendo em conta a fase do desenvolvimento e crescimento da criança, assim como as dúvidas dos pais e crianças. Valorizei sempre os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, promovendo comportamentos relacionados com alimentação, higiene corporal e oral, prevenção de acidentes, hábitos de sono, ocupação de tempos livres, prevenção de comportamentos de risco relacionados com a sexualidade e consumo de substâncias. Também dei apoio, suporte e reforço às competências parentais, com vista ao aumento das capacidades dos pais para um desempenho de um papel ativo e assertivo no desenvolvimento da criança.

O PNV é um programa universal, gratuito e acessível a todos os cidadãos presentes em Portugal. Para que o PNV continue a ser um êxito é necessário manter elevadas coberturas vacinais em todas as coortes, para todas as vacinas do programa. Desta forma, compete aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, a divulgação do programa, motivação das populações, comunidades e famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar os indivíduos suscetíveis, nomeadamente através da identificação e aproximação a grupos com menor acessibilidade aos serviços de saúde (DGS, 2017).

Relativamente à vacinação, tive a oportunidade de administrar as vacinas de acordo com o PNV, fornecendo previamente informação acerca das doenças que cada inoculação previne, de forma a manter a motivação para o cumprimento do programa vacinal, e as reações adversas possíveis, bem como o tempo do seu aparecimento e forma de atuação no caso de surgimento. Vacinei 10 crianças, com idades compreendidas entre os 2 meses e os 10 anos, com vacinas incluídas no PNV e extra-programa. De facto, constatei que na maioria das vezes, embora englobasse custos monetários, os pais assumiam a vacinação extra-programa. Na vacinação utilizei estratégias não farmacológicas para alívio da dor, como a

contenção no colo dos pais, técnica de distração, recurso ao lúdico, assim como nos latentes vacinei aquando da amamentação ou alimentação não nutritiva. É importante durante estas consultas elogiar os pais/cuidadores pela adesão à vacinação de modo que se sintam sempre motivados para esta prática e adiram.

Foi possível realizar o teste de diagnóstico precoce a um recém-nascido, em contexto da USF e, do mesmo modo como todos os outros procedimentos, esclareci sobre o objetivo do teste, bem como a forma de saber a confirmação do resultado.

Relativamente ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), este consiste num:

“conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento” (Decreto-Lei 281/2009).

A intervenção é realizada a crianças entre os 0 e os 6 anos de idade, sendo definido um plano individual (Plano Individual de Intervenção Precoce – PIIP) atendendo às necessidades das famílias, sendo elaborado pela ELI. Os critérios de elegibilidade encontram-se divididos em dois grupos:

- 1) “Alterações nas funções ou estruturas do corpo” que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, para a respetiva idade e contexto social;
- 2) “Risco grave de atraso de desenvolvimento” pela existência de condições biológicas, psicoafetivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança.

São elegíveis todas as crianças do primeiro grupo e crianças do segundo grupo que acumulem 4 ou mais fatores de risco biológico e/ou ambiental.

Neste âmbito, em contexto de UCC participei em 4 dias de Rastreio Visual gratuito para crianças com 2 e 4 anos de idade, dinamizado pela ELI. Este consistiu na realização de um exame de foto-rastreio aos olhos da criança, através da captação de uma imagem com um auto refratómetro portátil, com a incorporação de um conjunto de parâmetros obtidos, que incluem a medição simultânea do erro refrativo dos dois olhos. A fotografia permite ainda observar a centragem dos reflexos corneanos dos dois olhos, de forma a identificar

possíveis casos de estrabismo (DGS, 2018). São vários os problemas de visão que podem ser detetados, pelo que esta ação é de extrema importância. Realizei rastreio a 19 crianças com 2 anos e a 17 crianças com 4 anos.

Infelizmente, nem na UCC nem na USF foi possível participar em atividades do NACJR. No entanto, através de partilha com a enfermeira tutora da UCC, pude concluir que o mesmo é constituído por duas enfermeiras, médica, psicóloga e assistente social, sendo que estes avaliam o caso e se articulam, se assim for necessário, com outras entidades como é o exemplo da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). As funções do NACJR passam por sensibilizar profissionais e aumentar o conhecimento, promovendo a formação e preparação de profissionais na área do risco para a criança e jovem, recolher/organizar informação estatística, e fornecer apoio às equipas de saúde no que diz respeito à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento de casos (DGS, 2011). É importante salientar que nas consultas de saúde infantil e juvenil é efetuada a vigilância de sinais de alerta sendo efetuados registos clínicos no aplicativo em uso, sendo possível a referenciação, quando necessária, destes casos.

Objetivos:

- ✓ Desenvolver competências no âmbito da educação para a saúde.

Atividades desenvolvidas:

- ✓ Elaborei panfleto informativo para pais sobre enurese;
- ✓ Participei no curso de parentalidade (“Alimentação no 1º ano de vida” e “Sono) e massagem do bebé;
- ✓ Planeei, realizei e avaliei sessão de parentalidade (“Problemas Comuns na Infância”);
- ✓ Participei em sessões de saúde escolar (“Higiene” e “Sono”);
- ✓ Planeei, realizei e avaliei sessões de saúde escolar (“Higiene” e “Infeções Sexualmente Transmissíveis”);
- ✓ Elaborei documento informativo para pais sobre febre.

Reflexão:

Educar para a saúde permite criar as condições para que as pessoas adquiram informação e competências necessárias para fazerem escolhas saudáveis e modificarem os comportamentos de risco. Não engloba apenas a transmissão de informação, mas também

implica um planejamento adequado, prevendo-se os recursos e metodologias a utilizar, por forma a dar resposta às necessidades de saúde de cada pessoa, família e comunidade (Simões, Nogueira, Lopes, Santos & Peres, 2011).

Dada a filosofia dos cuidados de saúde primários estar muito direcionada para a vigilância e prevenção de comportamentos de risco, promovendo estilos de vida saudáveis, foi neste âmbito que a educação para a saúde teve um papel mais importante.

Em contexto de USF identifiquei a necessidade de elaborar um panfleto sobre enurese (Apêndice I). Esta necessidade surgiu após procura de informação nesta temática por vários pais, sendo que desta forma e em complemento das informações disponibilizadas durante a consulta de saúde infantil e juvenil, os pais receberam informação escrita, abordando resumidamente os aspetos de maior pertinência nesta situação. A enurese é um problema frequente nas crianças, podendo provocar distúrbios sociais e psicológicos importantes, e é definida como perda involuntária de urina após os 5 anos mínimo de 2 episódios semanais durante 3 meses consecutivos) (Ministério da Saúde, 2009). A prevalência de enurese noturna encontrada em diversos estudos internacionais é variável, oscilando entre 3,9 e os 12,6%. Em Portugal foram realizados três estudos na zona Norte em que se encontraram prevalências de 15,6%, 6,1% e 6,9% (Gomes, Henriques, Tavares & Fonseca. 2012). No crescimento da criança o controlo dos esfíncteres é considerado um marco e um objetivo a atingir, portanto quando este problema se revela cria sentimentos de frustração, ansiedade e culpa, na criança e nos pais, criando complicações na relação destes mesmos (Costa, 2006). Esta é, portanto, uma situação que exige a nossa atenção, podendo ser necessária uma intervenção mais específica e adequada a cada situação.

Em contexto de UCC, tive a oportunidade de assistir a sessões inseridas no projeto de parentalidade (“Alimentação no 1º ano de vida” e “Sono”) em diferentes creches/instituições de apoio à criança dirigidas aos pais, e ainda de planear e realizar uma sessão cujo tema remeteu para os “Problemas Comuns na Infância” (Apêndice II). Foi necessário realizar pesquisa bibliográfica exaustiva sobre os problemas mais comuns na infância, por forma a manter e transmitir a informação mais atual de forma simples e prática. Desta forma, e em função da revisão realizada, afigurou-se pertinente abordar a febre, tendo em conta por este ser o sinal mais comum de recorrência ao serviço de urgência, assim como a diarreia e vómitos (DGS, 2004). Também a abordagem da obstrução nasal e da tosse, dada a época do ano, e todas as dúvidas que os pais apresentam relativamente a estes temas foram contemplados. Por sua vez, o choro é muitas vezes causa de stress e de preocupação para os

pais, sendo esta a forma de comunicação mais precoce do ser humano, no entanto este tem muitas causas e normalmente cessa quando as necessidades são atendidas. Foi ainda pertinente abordar o eritema das fraldas, dada a sua prevalência, abordando a sua prevenção.

Uma das minhas principais preocupações no desenvolvimento desta sessão foi aprofundar a necessidade de recorrer ao serviço de urgência, no sentido de valorizar sempre preferencialmente a avaliação nos cuidados de saúde primários. Tive oportunidade de desmistificar ideias erradas e tentei ressaltar a importância de se manterem calmos e esperar, ao invés de se deslocarem de imediato ao serviço de urgência que muitas vezes não traz vantagens. Tentei ainda tornar a sessão num momento de partilha e interação entre todos, o que considerei muito interessante e produtivo.

No final das sessões de parentalidade foi realizada uma sessão do curso de massagem ao bebé pela enfermeira tutora, rentabilizando assim o tempo dos participantes. Este é um cuidado pelo qual as mães demonstram muito interesse, sendo promotor de bem-estar e conforto para o bebé, fortalecendo os laços e sendo considerado momento único de vinculação, e contribuindo para o desenvolvimento cognitivo e afetivo-social da criança. Durante o curso os pais vão dando feedback daquilo que sentem e de como esta experiência contribui para a maximização do papel parental, sendo também momentos utilizados para a colocação de dúvidas e de ensino de competências, para os quais o EESIP deve estar preparado.

Surgiu ainda a possibilidade de elaborar um documento informativo sobre a febre (Apêndice III), sendo este requisitado por uma instituição de apoio à criança, para posteriormente distribuírem pelos pais. Como já referi a febre é a principal razão pela qual os pais recorrem à urgência, sendo esta a manifestação mais comum de doença na idade pediátrica (DGS, 2004). A febre é um foco de grande preocupação para os pais. Não é encarada como uma resposta fisiológica do organismo a uma agressão externa, mas sim como uma doença. A criação deste documento tem como objetivo fornecer informação sobre monitorização de temperatura corporal, a definição da febre e atuação no caso da mesma ocorrer.

A educação para a saúde em meio escolar é um processo contínuo que visa o desenvolvimento de competências das crianças e dos jovens (Direção-Geral da Educação e DGS, 2017), permitindo-lhes confrontarem-se positivamente consigo próprios, construir um projeto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis. Isto porque a escola não é só um local de aprendizagens teóricas, mas um espaço de que

permite uma educação para a saúde consciente, regular e sistemática. Os Sistemas de Saúde e de Educação estão intrinsecamente ligados: crianças saudáveis aprendem de forma mais eficaz e a educação tem um papel primordial na prosperidade económica e na manutenção da saúde ao longo da vida. É neste contexto que o Plano Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015) se insere. Neste âmbito, foi possível verificar a articulação entre a comunidade educativa e a equipa de enfermagem de saúde escolar no cumprimento das necessidades identificadas. Pude assistir a ações sobre a “Higiene Corporal” realizadas a crianças do jardim-de-infância, 1º e 2º ano de escolaridade, assim como a sessões sobre “Sono” à mesma faixa etária. Por sua vez, tive a oportunidade de planear e realizar 1 sessão a 2 turmas de 3º e 4º ano respetivamente sobre “Higiene corporal”, e ainda 1 sessão a 1 turma do 9ºano sobre “Infeções Sexualmente Transmissíveis”.

Relativamente à sessão sobre higiene corporal (Apêndice IV), foi abordada a lavagem das mãos, unhas, ouvidos, corpo e cabelo, e escovagem dos dentes. Foram utilizadas estratégias de apresentação tendo em conta o estádio de desenvolvimento dos participantes privilegiando a atenção e a aprendizagem da população alvo, que se mostrou desde o início da sessão muito motivada e participativa. Foi possível ensinar e treinar a lavagem das mãos, e ensinar a correta escovagem dos dentes com recurso a modelo anatómico.

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (DGS, 2005) tem como objetivo a promoção da saúde oral no contexto familiar e escolar, prevenção de doenças orais e diagnóstico precoce e tratamento dentário. No agrupamento a que a UCC pertencia, as sessões relacionadas com a temática eram habitualmente realizadas pela higienista oral, sendo que começaram pouco antes do início do estágio a ser realizadas pela enfermeira. Neste âmbito, tive a oportunidade de assistir a uma sessão com a higienista, a crianças entre os 3 e 6 anos de idade, numa instituição de ensino fora da zona de atuação da UCC, com o intuito de promover a escovagem correta dos dentes e diminuir a prevalência das doenças orais. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta para 2020 que a percentagem de crianças livres de cárie dentária aos 6 anos seja de 80%. Em 2000 apenas 33% das crianças com 6 anos estavam livres de cárie dentária, sendo que em 2007 a percentagem de crianças aos 6 anos livres de cárie dentária aumentou para 51% e em 2014 para 54% (DGS, 2015). Torna-se, assim, fundamental continuar a investir na área da Saúde Oral para conseguirmos mais ganhos em saúde.

Por fim, na sessão sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) (Apêndice V), foram abordadas as principais IST's, modos de transmissão, sintomas, consequências e a sua prevenção. O facto de esta sessão ser direccionada para adolescentes foi uma dificuldade para mim, uma vez que a adolescência é marcada por drásticas mudanças, tanto a nível físico, como a nível cognitivo e social (Shaffer, 2005). Este é um período onde as decisões importantes são tomadas a partir de pouca experiência, pois esta corresponde a uma fase do desenvolvimento humano onde um complexo processo cognitivo e social, que é aprendido, recíproco, interativo, irreversível e com impulsividade, se liga a características que tendencialmente impulsionam comportamentos de risco (Schoen-Ferreira, 2010). Estas decisões poderão ter consequências para toda a vida, isto porque a transição da infância para a idade adulta está associada a comportamentos relacionados com a atividade sexual (Graça, 2010). A meu ver a escola é um lugar privilegiado para a realização destas sessões, pois é onde as crianças e jovens estão, e é nela que se vivem alguns dos primeiros e mais impressionantes sentimentos e emoções decorrentes do desenvolvimento sexual. Constituiu um grande desafio conseguir manter a atenção dos adolescentes inicialmente, assim como foi elemento dificultador a existência de alguns comentários inapropriados relacionados com a temática. Contudo, mantendo uma posição assertiva, foi possível estabelecer uma relação terapêutica, que fomentou uma discussão acerca do tema.

Realizando sessões de educação para a saúde conseguiremos tratar os problemas do presente e prevenir os do futuro, através de cuidados antecipatórios. E na ausência de uma enfermeira nas escolas, que certamente seria o ideal, o enfermeiro de saúde escolar assume um papel fundamental na promoção da saúde da criança e do jovem.

As ações de educação para a saúde neste âmbito foram gratificantes, permitindo um contacto direto com os pais, alunos, educadores e professores, e desta forma, uma compreensão mais direta das dificuldades sentidas pelos mesmos. A comunicação, a capacidade e habilidade em planear e executar ações de educação para a saúde e a consciencialização dos problemas que afetam as crianças em idade escolar foram, sem dúvida, algumas das competências que mais mobilizei.

Objetivos:

- ✓ Refletir criticamente sobre os focos da prática sensíveis aos cuidados de Enfermagem prestados e respetivos diagnósticos e intervenções, assim como resultados das mesmas.

Atividades desenvolvidas:

- ✓ Identifiquei focos de enfermagem, formulando diagnósticos e intervenções, tendo como base a linguagem CIPE.

Reflexão:

Em todos os contextos de estágio, os registos foram realizados no sistema aplicativo SClinico®. Este evidencia a prática de enfermagem, permite aos profissionais o exercício de uma prática reflexiva, funcionando como uma ferramenta de suporte para a tomada de decisão. Permite a existência de um registo de qualidade e sistemático das intervenções autónomas de enfermagem, definindo os focos e diagnósticos de enfermagem. Permite ainda uma divulgação efetiva dos resultados obtidos pela ação dos enfermeiros, com a obtenção de dados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Este aplicativo tem por base a CIPE.

Ao longo dos contextos de estágio, refleti por forma a realizar uma colheita de dados adequada e completa relativamente aos focos sensíveis a intervenções de Enfermagem mais comuns e pertinentes.

Os focos de enfermagem mais presentes no contexto do internamento em pediatria foram o papel parental, dor, ferida cirúrgica, limpeza das vias aéreas, febre, vômitos e queda. Destes destaco o papel parental pois o enfermeiro tem um papel crucial no processo de adaptação ao exercício do papel parental nomeadamente no desenvolvimento de competências parentais. Deste modo, o enfermeiro identifica as necessidades e dificuldades da família e intervêm ao nível do ensino, instrução e treino das competências parentais que conduzem a um exercício do papel bem sucedido. Este é definido como:

“Papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai; internalizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de mãe/pai, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente.”

(CIPE, 2016)

Por sua vez este foco constituiu maioritariamente o diagnóstico de “Papel parental dependente”. Este diagnóstico surge, pois, os pais encontram-se numa situação de extrema vulnerabilidade. As crianças são dependentes dos seus pais, no que concerne aos cuidados

físicos, formação educacional e social. Mas, numa situação de doença e hospitalização, algumas destas funções são, momentaneamente, assumidas pelos enfermeiros. Esta perda de funções potência sentimentos de frustração e comprometimento do papel parental assim como a perda de controlo por parte dos pais. Esta perda de controlo foi visível não somente nos pais, mas também nas crianças, daí que procurei minimizá-la promovendo a liberdade de movimentos, mantendo as rotinas da criança, possibilitando e incentivando a permanência da pessoa significativa e de objetos familiares e incentivando a criança ao autocuidado, promovendo assim a sua autonomia.

No contexto de estágio de cuidados de saúde primários, os focos da prática de enfermagem mais frequentes foram o desenvolvimento da criança, adesão ao regime terapêutico, comportamento de procura de saúde, papel parental, vinculação, ligação mãe/pai-filho e amamentação. O desenvolvimento da criança é o principal foco neste contexto. Segundo a CIPE este é um “Desenvolvimento humano: crescimento e desenvolvimento físico; mental e social progressivos desde o nascimento e durante toda a infância” (CIPE, 2016). É com o intuito de promover um desenvolvimento saudável que surgem todos os outros focos, por forma a promover a saúde e prevenir a doença.

Foi enriquecedor assistir criança/jovens nos diversos contextos de estágio e contactar com realidades tão distintas, onde os focos de atenção do enfermeiro assumem dimensões tão diferentes, proporcionando-me uma variedade de experiências que de outra forma não conseguiria ter.

Competências:

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

Objetivos:

- ✓ Desenvolver competências na intervenção em situações de especial complexidade;

- ✓ Conhecer a articulação dos contextos com os recursos da comunidade e as diferentes instituições de apoio à criança.

Atividades desenvolvidas:

- ✓ Colaborei na assistência à criança e família em situações diferenciadas;

Reflexão:

Uma das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica é cuidar “*da criança/jovem e família em situações de especial complexidade*” (OE, 2018), mobilizando os recursos oportunamente. Tem que ter capacidades para lidar com o doente em situação instável, reconhecendo o risco de morte, adequando os cuidados necessários, fazendo gestão diferenciada da dor, o apoio à família e o suporte em situações de doença crónica, oncológica ou incapacidade.

A consulta de saúde infantil e juvenil, é extremamente rica no que respeita à quantidade de informação que se consegue recolher. Neste contexto, além de conseguir perceber o estado geral da saúde da criança, também percecionei as dificuldades dos pais no desenvolvimento e adequação do seu papel parental. Numa consulta a uma criança com 2 anos com alterações no comportamento, sendo que não brincava apropriadamente com brinquedos, deitando os mesmos sempre ao chão; não mantinha contacto visual por mais de um segundo; não imitava o adulto; não acompanhava com o olhar caso se apontasse para o outro lado da sala e fazia movimentos estranhos com a mão próximo da cara nos momentos de maior frustração, foi aplicado o questionário Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) (Robins, Fein & Barton, 1999, citado por PNSIJ, 2012). O M-CHAT é um breve questionário referente ao desenvolvimento e comportamento utilizado em crianças dos 16 aos 30 meses, com o objetivo de rastrear as perturbações do espectro do autismo (PNSIJ, 2012). Através da aplicação deste obtivemos 5 respostas consideradas falha, sendo 2 das mesmas considerados como itens críticos, justificando uma avaliação formal por técnicos de neurodesenvolvimento.

Como na maioria dos testes de rastreio poderá existir um grande número de falsos positivos, indicando que nem todas as crianças que cotam neste questionário irão ser diagnosticadas com esta perturbação (PNSIJ, 2012). No entanto, estes resultados podem apontar para a existência de outras anomalias do desenvolvimento, sendo por isso necessária

a avaliação por profissionais desta área, razão pela qual foi encaminhada para equipa especializada.

Considerarei esta uma situação de especial complexidade pelo facto de ser uma situação que nunca entrei em contacto, e pela necessidade de olhar clínico e crítico do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica para a sua identificação. Compreendi que o EESIP, detentor do seu saber enquanto especialista, de competências, experiência profissional, de uma responsabilidade acrescida junto das famílias e do seu olhar mais atento nas crianças, deve receber formação específica nesta área no sentido de estarem sensibilizados e informados para a necessidade e dever de reconhecerem os sinais de alerta.

Em contexto de internamento de Pediatria tive uma experiência com a agudização do estado de saúde de uma RN com 27 dias de idade, apresentando um agravamento respiratório, com necessidade de transferência para a unidade de cuidados intensivos para possível suporte ventilatório. Compreendi, neste contexto, o quanto é fundamental o EESIP. São estes os enfermeiros mais experientes que assumem a assistência da criança/jovem nestas situações. Constatei na prática, o papel e responsabilidade que assumem na liderança da equipa, e não menos importante, no apoio emocional da criança/jovem e família. Percecionar o sofrimento da mãe, que via a sua filha com sinais de dificuldade respiratória foi angustiante. Procurei tranquilizá-la, explicando os procedimentos e assumindo uma postura de presença e apoio.

Tive ainda oportunidade de realizar uma visita domiciliária a uma criança com doença crónica como uma medida de seguimento, no sentido de dar continuidade aos cuidados que já teriam sido planeados, verificar se existiam alterações e avaliar quais as preocupações da família e a necessidade de adequar o plano de cuidados da criança, funcionando apenas como ponto de situação.

É na visita domiciliária, que se consegue observar e reconhecer quais as verdadeiras dinâmicas que se passam e qual a realidade familiar em que a criança e jovem se encontra inserida, a intervenção do enfermeiro é diferenciada, não fica só pela simples avaliação da criança ou jovem, deve existir uma perspetiva avançada de avaliação e intervenção na família, ter uma visão holística do mundo que rodeia a criança em causa, e numa perspetiva de que a qualquer momento a situação poderá alterar-se sendo necessária uma intervenção especial.

Por fim, gostaria de abordar a oportunidade que tive para realizar a referenciação de um adolescente com doença crónica para a Rede Nacional de Cuidados Continuados

Integrados (RNCCI), que apresentava várias limitações e dispositivos médicos (sonda vesical, catéter venoso central, gastrostomia) e necessita de uma prestação individualizada e humanizada após a alta hospitalar, mais precisamente em contexto de cuidados paliativos. A equipa de gestão de altas (EGA) do hospital onde o doente está internado é quem faz a referenciação para a RNCCI. A avaliação da necessidade de cuidados continuados integrados é realizada, de preferência, logo no início do internamento no hospital porque é preciso preparar, com tempo, a etapa que se segue à alta clínica. Neste sentido, e em colaboração com a EGA foi preenchido formulário para a sua referenciação.

São objetivos da RNCCI a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra. Foi possível ficar a conhecer esta realidade um pouco melhor, assim como identificar este recurso na comunidade.

O EESIP deve agir em conformidade com as situações críticas e ter competências de comunicação de forma a dizer a verdade sem tirar a esperança, apoiando e orientando na adaptação da criança/jovem e família e conhecendo os recursos da comunidade existentes.

Competência:

- ✓ Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
- ✓ Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara.

Objetivo:

- ✓ Aprofundar competências no processo de comunicação e de relação com a criança e sua família.

Atividades desenvolvidas:

- ✓ Mobilizei conhecimentos teóricos sobre comunicação com a criança e família;

- ✓ Pesquisei sobre diferentes formas de comunicação verbal e não-verbal e a sua implicação na prática;
- ✓ Recorri a diferentes formas de comunicação com a criança (de acordo com o estadio de desenvolvimento) e família, respeitando crenças, valores e cultura.

Reflexão:

Na relação com a criança e família, o EESIP deve ser detentor de uma comunicação eficaz e de um relacionamento assertivo para conseguir atender a todas as necessidades da criança e família. Deve estar atento aos diferentes tipos de comunicação, aos fatores que a influencia e ter a capacidade de saber ouvir e escutar (Hockenberry & Wilson, 2014). No entanto, é igualmente necessário ter em consideração a fase de desenvolvimento em que se encontra a criança, para adequar o conteúdo e as estratégias de comunicação.

Os pais constituem o elo de ligação que nos permite alcançar a confiança da criança e assim o sucesso da nossa atuação. Os pais apresentam muitas dúvidas e incertezas face à hospitalização ou até acerca do desenvolvimento do seu filho, pelo que promovi a escuta ativa e respondi a todas as dúvidas assim como proporcionei apoio. É fundamental privilegiar a comunicação próxima dos pais, mantendo uma escuta ativa, empatia, demonstrar disponibilidade para os ouvir e ter um comportamento de aceitação e compreensão sobre aquilo que expressam, tal como reforça Hockenberry e Wilson (2014). Procurei que os pais, em qualquer dos contextos, estivessem presentes e pudessem participar nos cuidados, que pudessem exprimir as suas emoções e se sentissem compreendidos nos seus sentimentos. Com a presença dos pais na prestação dos cuidados, apesar de todo o ambiente desconhecido, a criança sente-se mais segura e, assim, mais confiante, tornando-se mais acessível comunicar com ela.

Na comunicação com a criança, recorri a estratégias de comunicação verbais e não verbais tornando-a num ponto central da minha intervenção, tendo em atenção a faixa etária. No que diz respeito à idade pré-escolar tive especial atenção no tipo de vocabulário que usava, uma vez que estão atentas a tudo o que dizemos e interpretam as palavras literalmente como as enunciamos. Gostam de ser informadas de tudo o que vai acontecer, e o que vão sentir, deixa-las manipular os objetos ajuda diminuir a sua ansiedade e expectativa do que irá acontecer (Hockenberry & Wilson, 2014). Hockenberry e Wilson (2014) indicam que em idade escolar, as crianças pretendem saber o porquê de tudo, sendo importante deixar que colaborem no procedimento sempre que possível. Nesta fase estão muito centradas na sua

integridade corporal, necessitam de tempo para expressarem os seus medos e preocupações, e por isso centrei-me em ouvir, tentar tranquilizar e estabelecer formas de reduzir a sua ansiedade e inquietações. Sempre que necessário e adequado recorri à técnica da brincadeira para estimular a comunicação, sendo que nestes momentos constatei que se consegue obter muita informação. Algumas destas informações remetem-se aos autocuidados, tal como à percepção que têm da sua doença. Embora haja a tendência de subvalorizar o que a criança diz, considero que a devemos considerar como elemento extremamente relevante na avaliação das suas necessidades.

Também foi possível o aperfeiçoamento de competências comunicacionais com o RN tanto em contexto de internamento de pediatria como nos cuidados de saúde primários. Segundo Santos (2011), as observações da comunicação comportamental do RN fornecem informação valiosa sobre como estruturar e adaptar os cuidados. Tudo aquilo que o recém-nascido nos transmite é através do choro, fúrias, movimentos, etc.. A satisfação das necessidades é, assim, baseada na informação que o comportamento do RN nos fornece. Foi através da informação fornecida pelo RN, que consegui perceber os seus comportamentos defensivos ou de recusa como os soluços, os bocejos, as caretas, os movimentos súbitos/ bruscos, o esticar dos dedos das mãos, bem como perceber os seus comportamentos de aproximação como cara relaxada e atenta, os movimentos suaves e harmoniosos, os movimentos da mão junto a face. Estas informações permitiram saber se o RN estaria disponível para interagir e por quanto tempo. O pedido de permissão para o tocar, a utilização de voz suave, o tocar de forma suave, o saber esperar, embalar e satisfazer as suas necessidades, foram estratégias aprendidas e utilizadas na comunicação com o RN (Hockenberry & Wilson, 2014).

No caso dos adolescentes, este foi o grande desafio, uma vez que se encontram num processo de desenvolvimento de identidade muito própria que os diferencia uns dos outros. A disponibilidade para os ouvir quando se sentissem preparados, o escutar sem julgar, proporcionar possibilidade de falarem sem a presença dos pais, o respeito pelo silêncio, a confidencialidade e privacidade, tornou-se fundamental para conquistar o adolescente, de modo a ajudá-lo, a orientá-lo e a esclarecer as suas dúvidas (OE, 2011).

A comunicação não-verbal foi um dos aspetos que tive sempre consideração durante todo o estágio, não só em relação às crianças/jovens, mas também em relação aos pais/família. Em muitas situações, a expressão facial, gestos, tom de voz podem contradizer o que está a ser comunicado de forma verbal, sendo que este foi um aspeto que tive em

consideração, de forma a prestar cuidados que satisfizessem as necessidades não só do RN/criança/jovem, mas também dos pais/família.

É importante salientar que a realização das diferentes ações de educação para a saúde em contexto de UCC (sessões no âmbito da parentalidade e saúde escolar), contribuíram para o desenvolvimento de competências de comunicação.

Durante o estágio penso ter desenvolvido competências comunicacionais através do emprego das mais variadas técnicas de comunicação de forma frequente, contribuindo para a prestação de cuidados de qualidade à criança/jovem e família.

Competências:

- ✓ Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- ✓ Refletir na e sobre a sua prática, de forma crítica.

Objetivos:

- ✓ Integrar e respeitar os princípios éticos, deontológicos e responsabilidade profissional, na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família;
- ✓ Conhecer e refletir criticamente sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na assistência ao recém-nascido/criança e família.

Atividades desenvolvidas:

- ✓ Promovi os princípios éticos universais;
- ✓ Respeitei a Deontologia Profissional e o enquadramento legal que rege a profissão (REPE);
- ✓ Cumpri os princípios definidos na carta dos direitos da criança hospitalizada;
- ✓ Mantive uma atitude autocrítica e reflexiva;
- ✓ Observei de forma crítica o papel do enfermeiro especialista em ESIP.

Reflexão:

A observação crítica do papel da EESIP e a reflexão sobre a prática dos cuidados à criança/jovem e família nos diversos contextos de Estágio, relacionando-a com as

perspetivas teóricas propostas durante o curso, foram uma atividade constante e muitas vezes partilhada e discutida com as tutoras de estágio.

O contacto com novas realidades em conjunto com um crescimento pessoal e profissional, devido à experiência e uma atitude reflexiva, permitiram-me desenvolver competências na fundamentação da minha prática atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades éticas. O Código Deontológico, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, os enunciados da Ordem dos Enfermeiros, a convenção dos direitos das crianças, a carta dos direitos da criança hospitalizada, entre outros, constituíram princípios orientadores da minha prática. Assim, tomei decisões fundamentadas na evidência científica respeitando a autonomia e o direito à auto determinação, garanti e salvegardei os direitos da defesa da dignidade humana, bem como empreguei os instrumentos legais que apoiam os cuidados de saúde (consentimento informado por exemplo).

No contexto de internamento em pediatria, a minha reflexão permitiu-me compreender que a enfermeira especialista tem como função coordenar e assegurar-se que os recursos são geridos de forma correta. Assegura um eficaz acolhimento no serviço, presta cuidados diferenciados e promove a preparação para a alta, tendo em atenção as necessidades não só da criança, como também da família, privilegiando os cuidados centrados na mesma.

Por sua vez, em contexto de CSP, posso concluir que todos os cuidados são especializados. O principal objetivo é a promoção da saúde e prevenção da doença, sendo muito importantes os cuidados antecipatórios.

Na USF, nas consultas de saúde infantil e juvenil, a criança é o foco essencial relativamente ao seu desenvolvimento psicomotor (PNSIJ, 2012), garantindo o seu acompanhamento e prevenindo perturbações quer emocionais, quer de comportamento; no entanto a parentalidade é também um foco de extrema importância, sendo que são avaliadas as necessidades dos pais e cuidadores para um melhor desempenho do papel parental, são intervencionados no sentido de aumentar conhecimentos e habilidades, sendo referenciados para aulas de parentalidade (realizadas em âmbito de UCC).

Já na UCC, o papel da enfermeira especialista passa pela prevenção da doença e promoção da saúde, tendo como foco os cuidados antecipatórios, atendendo às diferentes necessidades de crianças e cuidadores, sendo todos os cuidados especializados. Trabalha na área da saúde escolar, fornecendo conhecimentos e ferramentas às crianças para que tomem decisões conscientes e acertadas. Faz parte do NACJR e da ELI de forma a detetar

precocemente e acompanhar situações que possam afetar negativamente a saúde da criança, promovendo a sua resolução.

Considero que a minha reflexão permitiu-me diferenciar na prática o que um enfermeiro especialista faz que um enfermeiro generalista não tem conhecimentos ou competências para fazer.

3.2. Domínio da Formação

Ao longo de todo o percurso profissional do enfermeiro, é imperativo uma constante atualização de conhecimentos teóricos e práticos com vista ao desenvolvimento de uma prática profissional sustentada, especializada e exigente, conduzindo à prestação de cuidados de saúde de qualidade.

No exercício da sua profissão, os enfermeiros contribuem na área da formação, nomeadamente, “*organizando, coordenando, executando, supervisando e avaliando a formação dos enfermeiros*” (Decreto-Lei 161/96), bem como, “*promovendo e participando nos estudos necessários à reestruturação, actualização e valorização da profissão de enfermagem*” (Decreto-Lei 161/96).

O enfermeiro possui o compromisso de manter uma contínua atualização dos seus conhecimentos, através da formação permanente (OE, 2015), sustentada na evidência científica mais recente.

Competência:

- ✓ Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional

Objetivo:

- ✓ Manter conhecimento em constante atualização, através de aprendizagem autónoma.

Atividades desenvolvidas

- ✓ Mobilizei conhecimentos teóricos e práticos adquiridos previamente;
- ✓ Realizei pesquisa bibliográfica constante em fontes fidedignas e recentes;

- ✓ Participei no Congresso “XXI Reunião Anual da Sociedade de Cuidados Intensivos Pediátricos”.

Reflexão:

A perspectiva de me tornar enfermeira especialista, bem como na prossecução da atribuição do grau de mestre, implicam uma formação diferenciada de forma a dar resposta a situações complexas, sendo uma referência na promoção da formação dentro dos serviços e equipas questionando as práticas de forma a refletirem sobre elas e avaliando o impacto da sua atuação.

Através dos diferentes contextos de estágio tive a oportunidade de conhecer outras realidades assistenciais diferentes da minha prática diária, sendo que este facto implicou um maior processo de autodesenvolvimento, através de pesquisa bibliográfica e observação de práticas e intervenções. Mesmo em contextos onde possuo alguma experiência, existem especificidades que me permitiram refletir e discutir nomeadamente com a enfermeira tutora sendo alvo de um questionamento no que diz respeito às intervenções realizadas. A temática dos cuidados ao coto umbilical constitui ainda uma questão controversa. (Abbaszadeh, Hajizadeh & Jahangiri, 2016). Existem cuidados e recomendações variadas e diversificadas nos cuidados ao coto umbilical na prática dos profissionais de saúde.

O coto umbilical do RN é um potencial foco de entrada de microrganismos, através da pele não integra ou através dos vasos umbilicais, permitindo o acesso direto à circulação do RN, o que torna o coto umbilical do RN numa potencial ameaça para desencadear infeções (Stewart & Benitz, 2016).

As infeções do coto umbilical podem ser localizadas, denominadas de onfalite ou podem ser generalizadas, como é o caso da sépsis neonatal (Karumbi, Mulaku, Aluvaala, English & Opivo 2013). Os cuidados ao coto umbilical são relevantes na prevenção da sépsis neonatal (Sharma & Gathwala, 2014). Os agentes de limpeza podem variar desde, simplesmente água e sabão, a agentes antimicrobianos tais como o álcool. O coto umbilical do RN é mantido livre de agentes hidratantes para promover a secagem, a sua queda adequada e facilitar a cicatrização umbilical. (Caple & Walsh, 2016).

As infeções do RN no período neonatal continuam a ser uma das principais causas de morbilidade neonatal e mortalidade no mundo. São originadas muitas vezes devido a infeções provenientes do coto umbilical, uma elevada percentagem destas infeções pode resultar da colonização bacteriana do coto umbilical do RN (Stewart & Benitz, 2016).

Desta forma, é necessário salientar a importância do papel do enfermeiro na realização de ensinamentos aos pais durante a gravidez e no puerpério imediato relativamente à prática adequada a usar nos cuidados ao coto umbilical do RN, de forma a prevenir a infeção (Ribeiro & Brandão, 2011).

O álcool destrói a flora bacteriana normal da pele circundante do coto umbilical, cria uma oportunidade para organismos estranhos se desenvolverem, e impede o acesso de leucócitos, além de prolongar o tempo de separação do coto umbilical (Caple & Walsh, 2016).

Mais recentemente, particularmente em países desenvolvidos, o paradigma dos cuidados ao coto umbilical mudou para os cuidados ao coto umbilical com a metodologia *dry care* (Stewart & Benitz, 2016). A técnica *dry care* nos cuidados ao coto umbilical do RN, consiste em manter o coto umbilical limpo e seco, sem aplicar qualquer tipo de antisséptico ou desinfetante. (Selores, Machado & Godinho, 2014). Consiste em dar banho ao RN e manter o coto umbilical limpo e seco, a fralda deve ser dobrada abaixo do coto umbilical segundo Gutiérrez (2015). Desta forma as atenções a ter com o coto umbilical serão as de limpeza, secagem e vigilância.

Há a necessidade de recorrer ao uso de antissépticos nos cuidados ao coto umbilical do RN quando existe risco de infeção. Em contraste, quando as condições de higiene são favoráveis tornam menos provável a ocorrência de infeção no coto umbilical, tornando o método *dry care* na escolha adequada.

Assim, a escolha do método de limpeza terá que ter em atenção não só as orientações existentes, mas as condições de higiene e habitacionais de cada caso. Esta foi uma realidade que encontrei em todos os contextos de estágio.

Participei no Congresso “XXI Reunião Anual da Sociedade de Cuidados Intensivos Pediátricos”, realizado a 23 de Novembro de 2018. Neste congresso pude conhecer o que de mais recente se pratica na área da saúde infantil e pediátrica em cuidados intensivos. Foram abordados os seguintes temas:

1) *Transporte do doente crítico;*

Todas as crianças têm o direito de receber os cuidados adequados à sua situação clínica. Quando tal não é possível no hospital em que se encontram, deve ser proporcionada a sua transferência para um centro especializado nas melhores condições, em centros terciários com recursos técnicos e humanos adequados à gravidade da sua situação. O

sistema de transporte interhospitalar pediátrico permite que os doentes beneficiem de cuidados especializados antes e durante a transferência para uma destas unidades.

Além dos recursos humanos, requiere outros elementos: meio de transporte, sistema de comunicações, material específico, fármacos, normas de atuação bem definidas. A equipa de transporte deve ser totalmente autónoma e não deve depender do hospital que referencia o doente em termos de material, fármacos, energia, oxigénio ou outros. Todo o equipamento deve ser verificado diariamente, antes e depois de cada transporte, de modo a garantir que não haja falhas.

A presença de um familiar durante o transporte é também uma realidade, o que considero de extrema importância, proporcionando a afetividade e segurança que só a família pode dar e diminuindo a traumatismo da separação. Existem algumas atitudes que podem minimizar as eventuais sequelas negativas desta experiência, designadamente, a disponibilidade, presença e compreensão por parte do enfermeiro. Torna-se igualmente imprescindível o diálogo com os pais, por forma a identificar as dificuldades existentes.

2) A criança com queimadura nos cuidados intensivos;

O grande queimado pediátrico é um doente que necessita de cuidados específicos, urgentes e especializados. Estes implicam não apenas espaço físico adequado, mas também uma equipa multidisciplinar preparada para lidar com a queimadura e com todas as alterações hemodinâmicas, principalmente quando a extensão e profundidade da queimadura são importantes.

É essencial que o enfermeiro seja portador de conhecimentos que lhe possibilite efetuar uma abordagem global e individualizada, tendo em conta o sofrimento e a angústia grandemente vivenciada. Um outro aspeto, além das alterações emocionais, relaciona-se com as alterações fisiológicas ou a necessidade de reabilitação devido a perdas funcionais. O enfermeiro de reabilitação assume importância extrema neste caso, sendo que a sua atuação se centra em prevenir as complicações decorrentes da imobilidade no leito, minimizar a perda de mobilidade, melhorar a oxigenação alveolar e facilitar o desmame ventilatório.

3) Boas práticas em traumatologia pediátrica;

A existência de um traumatismo cranioencefálico grave acarreta a internamentos prolongados, quer em unidades de cuidados intensivos quer em serviços de internamento, com repercussões a nível físico e psicológico. O enfermeiro de reabilitação assume também um papel importante nesta situação. Cabe à equipa de saúde multidisciplinar desenvolver

um contacto continuo com a criança e família, proporcionando-lhes a devida atenção e informação. Os enfermeiros desempenham um papel preponderante, ao favorecer a colocação de questões, expressão de sentimentos (muitas vezes de culpa e revolta), tentando dar apoio mais adequado ou encaminhando para técnicos de saúde especializados da equipa multidisciplinar; na adaptação ao processo de saúde-doença, na medida em que os acompanham diariamente, preparam o seu regresso a casa e garantem deste modo a continuidade de cuidados.

4) *Cuidados intensivos versus Cuidados paliativos.*

A visão dos Cuidados Paliativos Pediátricos é assegurar que desde o diagnóstico todos os utentes em idade pediátrica que vivem com uma doença crónica complexa, limitante ou ameaçadora da vida, e suas famílias, recebam cuidados que vão ao encontro das suas necessidades, desejos e preferências, até e para além da morte (DGS, 2014).

Estimasse que vivam em Portugal pelo menos 6 mil crianças com necessidades paliativas; destas, cerca de 200 crianças morrem anualmente, quase todas no hospital. Os seus cuidados têm-se caracterizado por um foco excessivo na intervenção médica, centralização em hospitais terciários, fragmentação e ausência de coordenação, escassez de apoio domiciliário e psicossocial. Existem, no entanto, algumas experiências (de articulação, de reorganização de serviços, de apoio domiciliário) que se têm revelado sustentáveis (DGS, 2014).

Com base nas recomendações e experiências internacionais e na realidade nacional, a prestação de Cuidados Paliativos Pediátricos mais indicado para Portugal baseia-se em quatro pilares:

- Formação de todos os profissionais envolvidos nos cuidados de crianças com necessidades paliativas;
- promoção da prestação de cuidados domiciliários;
- reorganização das instalações pediátricas existentes;
- articulação eficaz entre todos os prestadores de cuidados de saúde (hospitalares e primários: Pediatria, Cuidados Paliativos e Medicina Geral e Familiar), rentabilizando os recursos humanos (DGS, 2014).

No entanto há ainda um longo percurso a percorrer. A existência de uma equipa multidisciplinar é importantíssima, provida de conhecimentos e capacidade de comunicação, sendo que as decisões tomadas devem ser baseadas nas vontades da criança/família de acordo com os seus valores e crenças. Nas Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricas, os

Cuidados Paliativos devem implementar-se junto com os curativos independentemente da existência de um prazo para a ocorrência da morte. Cabe ao enfermeiro que consiga possibilitar no caso de doente em fase terminal e à sua família assumir e aceitar a morte e forma tranquila com o maior conforto possível.

Procurei sempre fazer uma reflexão crítica permanente sobre o *quê* mas principalmente o *porquê*. A mobilização de conhecimentos e a pesquisa bibliográfica foi gerida de acordo com as minhas necessidades de formação, de forma crítica e reflexiva, de forma potenciar a minha aprendizagem e crescimento, e adquirir uma postura mais diferenciada.

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
- ✓ Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.

Objetivos:

- ✓ Desenvolver competências em formação a pares.

Atividades desenvolvidas:

- ✓ Conheci planos de formação dos serviços;
- ✓ Identifiquei necessidades formativas;
- ✓ Realizei formação a pares sobre “Estratégias não farmacológicas de dor em Pediatria”;
- ✓ Furneci material de pesquisa bibliográfica acerca da ação de formação a pares à equipa.

Reflexão:

O enfermeiro especialista, tal como refere a OE (2010), deve “ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade”.

Embora cada profissional sendo especialista ou não deva conter em si esta perspetiva de se manter atualizado em relação à evidência científica atual, que se encontra em constante atualização, verifiquei que nos serviços o enfermeiro especialista é visto como um elemento de referência e o meio de transmissão de informação atualizada.

Em todos os contextos de assistência foi minha preocupação e motivação identificar necessidades formativas da equipa de enfermagem, que são um bem fundamental e indispensável, tendo em vista a transformação pessoal, profissional e do contexto de cuidados. Pude constatar a existência de uma planificação de formação organizada. Denota-se a valorização da formação junto dos enfermeiros, contribuindo para o seu desenvolvimento profissional e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Em contexto de cuidados de saúde primários não identifiquei nenhuma necessidade formativa, dado existir um plano de formação em curso, com as formações necessárias planeadas e agendadas.

No contexto de internamento em pediatria, constatei, conjuntamente com a tutora e enfermeiro-chefe a necessidade de formação relativa às “Estratégias não farmacológicas no controlo da dor nas crianças” (Apêndice VI). A monitorização e avaliação da dor era uma intervenção que toda a equipa colocava em prática e intervinha, no entanto referiram a necessidade desta temática ser aprofundada e atualizada. Através da ação de formação, partilhei e discuti conhecimentos científicos adquiridos e baseados na evidência científica, com a equipa de enfermagem. O balanço da sessão foi extremamente positivo, vários colegas teceram comentários positivos e manifestaram que esta lhes tinha sido útil.

Todo este processo de formação possibilitou o desenvolvimento de conhecimentos e obtenção de novas competências no domínio da formação.

3.3.Domínio da Investigação

Em enfermagem, a investigação é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, família e comunidade (OE, 2006).

O EESIP assume um papel preponderante no desenvolvimento da investigação em enfermagem e na comunicação e discussão dos resultados obtidos, de forma a melhorar as práticas de enfermagem.

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;
- ✓ Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.

Objetivos:

- ✓ Aprofundar competências na área da investigação;
- ✓ Promover a prática baseada na evidência;
- ✓ Desenvolver conhecimentos e competências no âmbito do controlo e gestão da dor.

Atividades desenvolvidas:

- ✓ Realizei pesquisa bibliográfica na área científica de enfermagem, em especial no âmbito do EESIP;
- ✓ Partilhei resultados da investigação atualizados com a equipa de enfermagem;
- ✓ Fundamentei intervenções realizadas na assistência ao recém-nascido/criança/adolescente e família;
- ✓ Refleti sobre resultados da investigação e sua aplicabilidade;
- ✓ Conheci a assistência de enfermagem relacionada com a dor no recém-nascido/criança/adolescente;
- ✓ Avaliei a dor e intervi quando necessário, usando medidas farmacológicas e não farmacológicas, incorporando resultados da investigação.

Reflexão:

Atualmente a investigação em enfermagem é uma prática indispensável para a evolução dos cuidados, constituindo uma ferramenta essencial na produção de conhecimento e na transformação da atual realidade dos cuidados de enfermagem, para um outro paradigma, fundamentado pela investigação, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade dos cuidados. (Cambotas, 2014).

Durante este percurso, senti necessidade de obter informações mais sólidas e fidedignas na tentativa de dar resposta às situações complexas com que me deparei. Assim sendo, procurei sustentar a minha prática e a minha atuação enquanto profissional de saúde e futura enfermeira especialista com base no conhecimento resultante da investigação mais atual, recorrendo à literatura científica e utilização de bases de dados fidedignas, manuais de atuação, assim como normas, orientações e programas de entidades reguladoras, entre outros.

As pesquisas incidiram no inerente aprofundamento dos temas que versaram as Ações de Educação para a Saúde (IST's, Higiene, Problemas comuns na infância, etc.), assim como na formação a pares no domínio da dor, mas também em muitos outros temas que foram surgindo ao longo da prática nos contextos de estágio. Procurei refletir sobre a prática e procurei responder às minhas dúvidas de modo a sustentar/ fundamentar a minha intervenção baseada na evidência científica atual, prestando cuidados diferenciados e de qualidade. Todavia, esta exigência de recorrer à revisão da literatura levou-me também à partilha dos resultados junto das enfermeiras tutoras, pelo potencial interesse nas diferentes áreas assistenciais, para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência atual, melhorando a qualidade dos cuidados e otimizando os resultados em saúde.

Ao longo de todos os contextos de estágio a área do controlo da dor, que inclui a sua monitorização e intervenção, acabou por ser aquela que se revestiu de maior revisão da literatura e aprofundamento. Sabemos que a experiência de hospitalização é assustadora para a criança devido ao medo do desconhecido, da possibilidade da separação dos pais, da dor que possa sentir e da perda de controlo que possa ter sobre a situação. A minimização do sofrimento deve ser sempre um objetivo da EESIP.

A dor foi considerada como 5º sinal vital em 2003 através da circular normativa nº09/DGCG, implicando não só a monitorização da mesma, mas também o seu registo e implementação de medidas adequadas para a sua minimização (DGS, 2003). A avaliação da dor fundamenta as intervenções dos profissionais de saúde no seu controlo. Uma dor não identificada não poderá ser tratada e a sua não quantificação impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou da eficácia dos tratamentos. Se a identificação de um estado doloroso em geral, não coloca problemas na criança com capacidade de comunicação verbal (a partir dos dezoito a vinte e quatro meses). Na criança pré-verbal a sua identificação só é possível com recurso a medidas fisiológicas e/ou comportamentais, o que a torna ainda mais vulnerável e dependente de uma avaliação subjetiva de quem dela cuida. O conhecimento e

reconhecimento das manifestações não-verbais da dor devem, por isso, ser interpretados pelos profissionais de saúde eliminando todas as incertezas, ou seja de maneira objetiva, rápida e confiável, evitando erros grosseiros (Batalha, 2010).

O enfermeiro, dada a posição privilegiada na equipa terapêutica, pode prestar um forte contributo relativamente à eficácia no controlo da dor. Para isso, é fundamental e imperativo que se desenvolvam as competências necessárias para proceder ao diagnóstico da dor que a criança percebe e, assim, decidir pelas intervenções mais adequadas. Não podemos desvalorizar os efeitos da dor, pois as experiências prévias, as respostas de stress e as alterações fisiológicas e comportamentais resultam efetivamente numa perda de qualidade de vida para a criança. São um somatório de experiências, que enquanto enfermeiros, temos obrigação de tornar menos penosas. Como refere Batalha (2010),

“Garantir a prevenção e o tratamento é uma exigência ética e moral que deve ser assumida por todos os profissionais de saúde como forma de assegurar o bem-estar das crianças e o seu ótimo desenvolvimento. As estratégias envolvem ações interdisciplinares de âmbito farmacológico e não farmacológico que variam em função de uma multiplicidade de fatores, desde a intensidade da dor, tipo, etiologia, previsibilidade de duração, contexto clínico, personalidade da criança, cooperação familiar, entre outros.”

Assim, no decorrer do estágio mantive-me informada acerca da monitorização da dor e escalas utilizadas para o efeito, preconizadas pela Direção Geral de Saúde; assim como acerca das estratégias de controlo da dor, nomeadamente as não farmacológicas, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros e pela Direção Geral de Saúde. Esta evidência científica foi divulgada pelos locais de estágio e implementei as mesmas na minha prática, em todos os procedimentos dolorosos, apresentando resultados muito positivos.

Considero que este percurso formativo foi determinante na aquisição e no desenvolvimento de competências para, como futura especialista, estimular e sensibilizar a importância da investigação para uma prática com qualidade e desenvolvimento da profissão.

3.4.Domínio da Gestão

A gestão em enfermagem tem assumido um papel primordial na articulação entre os profissionais da equipa que, para além de organizarem a prestação dos cuidados, procuram

realizar tarefas necessárias no sentido de satisfazer as necessidades dos doentes. Desta forma, gerir é também cuidar dos outros e prestar cuidados de saúde de qualidade.

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

Competência:

- ✓ Realizar a gestão de cuidados na sua área de especialização;
- ✓ Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.

Objetivo:

- ✓ Conhecer e refletir sobre as estratégias de gestão dos cuidados e dos recursos;
- ✓ Refletir sobre as metodologias de trabalho utilizadas nos serviços.

Atividades desenvolvidas:

- ✓ Conheci o processo de gestão de cuidados;
- ✓ Analisei os métodos de trabalho nos diferentes contextos de estágio;
- ✓ Colaborei com a equipa nos procedimentos de garantia e melhoria contínua da qualidade;
- ✓ Realizei registos de enfermagem em sistema próprio;
- ✓ Refleti criticamente sobre o papel do enfermeiro no que diz respeito á gestão e mobilização de recursos físicos e humanos.

Reflexão:

Prestar os melhores cuidados com os recursos disponíveis, constitui um dos objetivos fundamentais da gestão dos recursos de saúde. Neste sentido, pude observar as funções desempenhadas pela EESIP, nomeadamente na realização e organização do plano de trabalho e na gestão de stocks do material e medicação. Pude constatar que as concretizações desses diferentes papéis requerem motivação, conhecimento, comunicação e trabalho em equipa, de modo a garantir uma prática profissional com melhoria de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Ao longo deste percurso procurei compreender e observar o papel do enfermeiro especialista na gestão dos recursos materiais, humanos e dos cuidados de enfermagem. Observei e acompanhei a integração de alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Apercebi-me, da importância da supervisão na orientação, apoio e formação dos enfermeiros, nomeadamente no que respeita a capacitá-los para lidarem com situações complexas e imprevisíveis que surgem na prática profissional. Percecionei o quanto é crucial gerir uma equipa de enfermagem de acordo com as competências de cada um, tendo em conta o grau de complexidade que a situação clínica da criança impõe.

Os sistemas de informação e particularmente da informação de Enfermagem no âmbito da saúde são muito importantes, no que respeita a decisões clínicas, continuidade e qualidade de cuidados, para a gestão, a formação, a investigação e para os processos de tomada de decisão (OE, 2007). A OE considera que, tanto os sistemas de informação, como os registos eletrónicos, devem contemplar o uso obrigatório de classificações internacionais, sendo recomendada a CIPE (Jesus, 2005). Na área da saúde, Rodrigues e Cordeiro (2007) referem que os sistemas de informação permitem aumentar a qualidade dos serviços nas seguintes dimensões:

- Melhoria da gestão dos recursos existentes;
- Apoio ao diagnóstico e prestação de cuidados, através de mais informação disponível em bases de dados;
- Aumento da acessibilidade a dados clínicos;
- Automatização de processos de atendimento;
- Melhoria da comunicação com o cliente.

Neste sentido, o SClínico® facilita o registo de informação, conduzindo a uma prática consciente, com produção contínua de informação objetiva, passível de tratamento estatístico. Os dados recolhidos podem ser utilizados pelos diferentes níveis de gestão, com início na gestão de cuidados realizados diariamente pelos enfermeiros e fazer uma divulgação real de resultados obtidos. Desta forma é possível criar indicadores de qualidade que promovem o desenvolvimento da investigação, a monitorização contínua da qualidade, direcionem a formação, influenciem o financiamento e a tomada de decisões em relação às políticas de saúde.

Avaliar a qualidade dos serviços de saúde pressupõe, a meu ver, a consideração da opinião dos clientes. É, portanto, importante avaliar a satisfação, possibilitando obter um conjunto de informações fidedignas sobre a qualidade dos cuidados prestados, o que se

traduz num importante contributo para melhorar a performance individual, da equipa e do próprio sistema em que se está inserido. A satisfação é influenciada pela perceção acerca da qualidade dos cuidados e fatores situacionais e pessoais. O enfermeiro deve procurar a excelência, tendo presente que *“bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas”*, o que requer *“sensibilidade para lidar com essas diferenças”* (OE, 2002). Tendo em conta que segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem é referido que para tal ocorrer *“o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”* (OE, 2002), a avaliação desta vertente é realizada através da aplicação de um questionário no contexto hospitalar onde estagiei.

Tendo em atenção que os pais e crianças gostam de ser ouvidos, participar, dar sugestões e interagirem com os serviços, é necessário que sejam proporcionadas oportunidades para que isso aconteça. Ao facultar um questionário há todo um conjunto de informações que são dadas a conhecer. Esta prática, a meu ver, possibilita uma identificação dos problemas a corrigir, e fornece contributos para um melhor planeamento dos cuidados, permitindo uma monitorização da qualidade dos mesmos. O facto de os enfermeiros serem responsáveis pelos cuidados diretos, confere uma posição de destaque quanto à sua influência na satisfação.

A qualidade dos cuidados de enfermagem prestados pode ainda ser influenciada pelos métodos de trabalho utilizados, pela filosofia da organização, pelos recursos disponíveis e pelo estilo de liderança dos gestores de enfermagem (Costa, 2004). Os diversos contextos da prática permitiram a observação e a reflexão sobre os vários métodos de trabalho utilizados.

Em contexto de internamento, o método de trabalho utilizado para a prestação de cuidados foi o método individual, isto é o enfermeiro assume a responsabilidade de um ou mais doentes e atende a todas as necessidades de cuidado, bem como avalia a eficácia das intervenções instituída, envolvendo a família (Nelas, 2013). Esta individualização permite que o enfermeiro conheça melhor tanto o doente, como a família, podendo criar-se mais facilmente uma relação de confiança, e ser possível uma melhor negociação na parceria de cuidados. É função do EESIP assegurar a gestão de equipamentos e material, promover as boas práticas e gerir a parceria de cuidados, tendo em conta as necessidades da criança e família. É também responsável pela elaboração do plano de trabalho, distribuindo o número de crianças internados pelos enfermeiros do turno, de acordo com o grau de complexidade dos cuidados. Tem um papel muito ativo na articulação com outras instituições de saúde e com a equipa multidisciplinar.

Na UCC o método de trabalho foi também o individual, sendo que o EESIP fica responsável pela Saúde Escolar, ELI, NACJR e Educação para a Saúde em Parentalidade. Pude constatar que o EESIP tem uma grande autonomia na gestão dos cuidados, dos recursos materiais e do tempo.

Em contexto dos cuidados de saúde primários, o enfermeiro de família é, segundo o Decreto-Lei nº118/2014 de 5 de Agosto *”o profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade”*, tornando-se, assim, responsável pela gestão dos cuidados por si prestados. Durante o estágio procurei abranger o maior número de situações, com propósito de poder aprofundar conhecimentos e adquirir novas competências no planeamento e gestão dos cuidados a este nível. Através do acompanhamento e observação de atuação da enfermeira tutora, pude comprovar que o enfermeiro especialista se torna um elemento de referência na prestação de cuidados e na organização destes. É a ele que outros enfermeiros recorrem quando surge alguma dúvida, sobretudo em situações de maior complexidade, por assim ser possuidor de conhecimentos mais aprofundados, na área de saúde infantil e pediatria. Apesar da prestação de cuidados por enfermeiro de família possuir vantagens como a proximidade, o atendimento personalizado com disponibilidade e abertura suficiente para os utentes confiarem na qualidade dos cuidados que recebem, existem algumas situações de maior complexidade no âmbito da saúde infantil e juvenil que não beneficiam do atendimento da EESIP. Porém, estas situações acabam por ser de alguma forma colmatadas pela disponibilidade de intervenção da EESIP.

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

4. Conclusão

Ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica engloba não só o cuidado centrado na criança, mas também centrado na família. Deve por isso ser capaz de partilhar o seu cuidado com a família, negociando, informando e capacitando para isso.

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

Ao nível dos CSP o estágio permitiu-me a aquisição de competências de promoção e vigilância de saúde e prevenção da doença. Neste contexto os cenários de intervenção são múltiplos e permitem ao EESIP, a avaliação direta do ambiente no qual a criança cresce e se desenvolve, podendo intervir na família, na escola e na comunidade, de uma forma personalizada. No caso do serviço de internamento de Pediatria para além da assistência direta à criança/família, o contacto com esta realidade exigiu um investimento na maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, encarando a hospitalização não só como uma crise, mas como uma oportunidade. A comunicação foi das competências que mais pude desenvolver, em todos os contextos de estágio.

Este relatório foi sobretudo uma oportunidade de reter e refletir sobre os acontecimentos mais relevantes deste percurso, não só sob o ponto de vista académico, como pessoal, destacando o papel do enfermeiro especialista em enfermagem infantil e pediátrica diferenciado em todas as equipas, nomeadamente nos quatro domínios de atuação (gestão, investigação, formação e prestação de cuidados), permitindo o desenvolvimento de saberes, capacidades e competências.

Ao longo das reflexões que desenvolvi neste relatório, julgo ser visível a preocupação que tive, em manter uma contínua atualização e desenvolvimento de conhecimentos tendo em vista a promoção do meu exercício profissional. Só uma atitude autocrítica e reflexiva contínua, potencia o desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo nessa perspetiva para a minha evolução e crescimento como ser humano e profissional de saúde.

Saliento que os obstáculos ou mesmo fragilidades sentidas no decurso do estágio, foram experienciados como desafios e oportunidades de crescimento e desenvolvimento, visto que permitiram identificar e mobilizar recursos na procura das melhores soluções, promovendo, desta forma, a aquisição de competências.

Considero ter desenvolvido as competências esperadas neste curso de mestrado nos domínios da Prestação de Cuidados, Gestão, Formação e Investigação. No entanto reconheço que é necessário continuar a promover uma prática baseada na evidência, através do domínio da formação e da investigação para que ocorra uma evolução.

Considero ter atingido os objetivos propostos com sucesso, a diversidade e complexidade de áreas desenvolvidas foram a base que contribuiu para aumentar a minha qualificação técnica, científica e prestar cuidados de grau especializado.

5. Bibliografia

Abbaszadeh, F., Hajizadeh, Z., Jahangir, M. (2016). *Comparing the impact of topical application of human milk and chlorhexidine on cord separation time in newborns*. Pakistan Journal of Medical Sciences.

Antunes, J., Chambel, M., Borrego, L., Prates, S., Loureiro, V. (2013). *Infeções Respiratórias Virais na criança*. Acta Pediátrica Portuguesa.

Associação para o Planeamento da Família. (s.d.) – *Sexualidade*. [Em linha.]. Consultado em <https://www.apf.pt/sexualidade>.

Batalha L, Guimarães H. (2003). *Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido*. Acta Pediátrica Portuguesa.

Batalha L. (2005). *As dificuldades na quantificação exata da dor*. Servir.

Batalha L., Reis G., Costa L.P., Carvalho M.D., Miguens A.P. (2009). *Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças*. Rev Enf Ref.

Batalha L. (2010). *Dor em Pediatria – Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.

Batalha L, Mendes V.M. (2013). *Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability-Revised (FLACC-R)*. Rev Enf Ref.

Batalha L. (2013). *Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década*. Saúde & Tecnologia.

Batalha L., Costa L., Reis G., Jacinto F., Machado R., Santos P. (2014). *Dor pediátrica em Portugal: resultados da sensibilização e formação*. Acta Pediátrica Portuguesa.

Batalha L. (2016). *Avaliação da dor* (Manual de estudo – Versão 1). Coimbra: ESEnfC.

Brás, M. A. M. (2008). *A sexualidade do adolescente: a perspectiva do profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários*. (Dissertação de Doutoramento em Ciências da Enfermagem). Porto: ICBAS.

Cambotas, C. M. J. C. (2014). *A Prática Baseada na Evidência em contexto da Enfermagem Perioperatória* (Relatório de Estágio/Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.

Caple, C., Walsh. K. (2016). *Umbilical cord care performing*. Nursing Practice & Skill.

Carvalho, A., Salles, F., Guimarães, M. & Armond, L. (2002) *Saúde da Criança*. Belo Horizonte: Editora UFMG.

Casey, A. (1993). *Development and Use of Partnership Modelo of Nursing Care*. In: Glasper, E.; Tucher, A. – *Advances in Child Health Nursing*. London: Scutari.

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e Ordem dos Enfermeiros (2016).

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2015. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Costa, J. S. (2004). *Métodos de Prestação de Cuidados*. Millenium.

Costa, T. (2006). *Enurese nocturna: fisiopatologia e tratamento*. Rev Hosp Crianças Maria Pia.

Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. *Diário da República n.º 205/1996*, 1ª Série. Ministério da saúde. Portugal (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE]).

Decreto-Lei nº 298/2007 de 22 de Agosto. *Diário da República n.º 161/2007*, 1ª Série. Lisboa: Ministério da Saúde. Portugal (Regime Jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar).

Decreto-Lei nº 281/2009 de 10 de Junho. *Diário da República n.º 193/2009*, 1ª Série. Lisboa: Ministério da Saúde

Decreto-Lei nº118/2014 de 5 de Agosto. *Diário da República nº149/2014*, 1ª Série. Lisboa: Ministério da Saúde.

Deodato, S. (2017). *Direito da Saúde*. 2ª Edição. Coimbra: Almedina.

Direção-Geral da Educação, Direção-Geral da Saúde. (2017). *Referencial de educação para a saúde*. Lisboa. Consultado em <https://www.dge.mec.pt/>

Direção-Geral de Saúde. (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

Direção-Geral de Saúde. (2004). *Urgências no ambulatório em idade pediátrica – volume I*. Lisboa. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

Direção-Geral de Saúde. (2005). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral*. Lisboa. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

Direção-Geral de Saúde. (2005). *Urgências no ambulatório em idade pediátrica – volume II*. Lisboa. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

Direção-Geral de Saúde. (2008). *Orientações Técnicas. Maus tratos em Crianças e Jovens*. Lisboa. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

Direção-Geral de Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

Direção-Geral Da Saúde. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

Direção-Geral de Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças*. Lisboa. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

Direção-Geral de Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica*. Lisboa. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

Direção-Geral de Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos*. Lisboa. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

Direção-Geral de Saúde. (2012). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Cuidados Paliativos Pediátricos – Relatório do Grupo de Trabalho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde* (despachos 8286-A/2014 e 8956/2014)

Direção-Geral da Saúde. (2015). *III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais*. Lisboa. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

Direção-Geral de Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

Direção-Geral de Saúde. (2017). *Programa Nacional de Vacinação*. Lisboa. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

Direção-Geral de Saúde. (2018) *Febre na Criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores*. Lisboa. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

Direção-Geral de Saúde. (2018). *Rastreio Saúde Visual Infantil*. Lisboa. Consultado em <https://www.dgs.pt/>

Esteves, I., Anastácio, Z. (s.d.). *Promoção da Saúde entre Crianças de Jardim-de-Infância*. Instituto de Educação – Universidade do Minho.

Gage, J. ; Everett, K. e Bullock, L. (2006). *Integrative Review of Parenting in Nursing Research*. Journal of Nursing Scholarship.

Graça, L. (2010). *Medicina materno-fetal* (4ª Edição ed., Vol. 2). Lisboa: Lidel.

Gomes C., Henriques, S., Tavares, A., Fonseca, C. (2012). *Enurese em crianças portuguesas—prevalência e relação com hábitos de sono e pesadelos*. Rev Port Med Geral Fam

Gutiérrez, M. J. D. (2015). *Cuidados del cordón umbilical en el recién nacido: revisión de la evidencia científica*. Ars Pharm.

Hockenberry, M., Wilson, D. (2014). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 9ª Edição, Loures: Lusociência.

Jesus, E. (2005). *Da importância da informação e dos sistemas de informação de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

Karumbi, J., Mulaku, M., Aluvaala, J., English, M., Opiyo, N. (2013). *Topical umbilical cord care for prevention of infection and neonatal mortality*. *Pediatr Infect Dis J*

Levy, L., Bértolo, H. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF.

Manning, M., Granstrom, B. (s.d.). *Um livro sobre Lavar, Escovar, Esfregar!*. Editora Caminho.

Mateus, M., Serra, S. (2017). *Gestão em Saúde – Liderança e Comportamento Organizacional para Enfermeiros Gestores*. 1ª Edição. Loures: Lusodidacta.

Meleis, A., Sawyer, L., IM, E., Messias D. e Shumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*. *Advances in Nursing Science*.

Ministério da Saúde. (2009). *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil Nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental

Nelas, J. C. (2013). *Gestão de Recursos Humanos na Saúde - Contributos para o dimensionamento de equipas de enfermagem em Pediatria* (Dissertação de Mestrado). Consultado em https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23205/1/Jos%C3%A9%20Carlos_Nelas_disserta%C3%A7%C3%A3o%20_%5BMGES%5D-%5B2013%5D.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Ordem dos Enfermeiros.

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

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE). Princípios básicos de arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*. Lisboa. Consultado em <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Consultado em <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos Da OE - Volume I*, 1(3). Consultado em <https://www.ordemdosenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos Da OE - Volume II*, 1(3). Consultado em <https://www.ordemdosenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos Da OE - Volume III*, 1(3). Consultado em <https://www.ordemdosenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Consultas da Competência de um Enfermeiro Especialista Asseguradas por um Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança – Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Consultado em <https://www.ordemdosenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *REPE E Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem*. Lisboa.

Papalia, D., Olds, S., Feldman, R. (2001) *O Mundo da criança*. (8ª edição). São Paulo: McGraw-Hill.

Regulamento nº140/2019 de 6 de Fevereiro. *Diário da República nº26/2019, 2ª Série*. (Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista)

Reis, R. (2013). *Saúde, Sexualidade e Educação Sexual em Adolescentes do Alto Minho*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Relvas, A. (2000). *O Ciclo Vital da Família. Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições: Afrontamento.

Ribeiro, M. B., Brandão, N. M. N. (2011). *A produção científica da enfermagem sobre coto umbilical*. Revista Interdisciplinar NOVAFAPI.

Rocha, N., Selores, M. (2004). *Dermatite das Fraldas*. Nascer e Crescer: Revista do Hospital de Crianças Maria Pia.

Roda, J., Rubino, G., Lapa, P., Oliva, M. (2011). *Obstipação e Incontinência Fecal na criança*. Hospital Pediátrico de Coimbra.

Rodrigues, M., Cordeiro, C. (2007). *CIPE – Um contributo para a Enfermagem... Ou uma nova maneira de registar?*. Sinais Vitais.

Sá, M. I., Silva, M.T., Almeida, D., Vieira, B., Lima, T., Conde, C., Teixeira, M., Lima, J., Oliveira, T. (2015). *Infeções sexualmente transmissíveis e fatores de risco nos adolescentes e jovens: Dados de um Centro de Atendimento a Jovens*. Porto: Nascer e Crescer.

Santos, A. O. (2011). *NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados...*. Nascer E Crescer - Revista Do Hospital de Crianças Maria Pia.

Sassetti, L. (2012). *Programa de Vigilância em Saúde Infantil e Juvenil*. Revisão 2012. Acta Pediatrica Portuguesa.

Schoen-Ferreira, T. (2010). *Adolescência através dos Séculos*. Psicologia: Teoria e Pesquisa.

Selores, M., Machado, S., Godinho, C. (2014). *Consenso Clínico Neonatologia: Cuidados cutâneos no recém-nascido*. Portugal.

Shaffer, D. R. (2005). *Psicologia do Desenvolvimento: Infância e Adolescência*. 6ª Edição, Thomson. São Paulo- Brasil.

Sharma, D., Gathwala, G. (2014). *Impacto f chlorhexidine cleansing of the umbilical cord n cord separation time and neonatal mortality in comparison to dry cord care – a nursery-based randomized controlled trial*. The Journal of Maternal – Fetal & Neonatal Medicine.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). *O choro do bebé*.

Simões, C., Nogueira, C., Lopes, D., Santos, N., Peres, S. (2011). *Os Enfermeiros e...A Educação para a Saúde...* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Soares, H. M. (2008). *O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem*. (Dissertação de Mestrado) Universidade do Porto, Porto.

Sousa, P. (2006). *Desenvolvimento moral na adolescência*. O Portal dos Psicólogos.

Stewart, D., Benitz, W. (2016). *Umbilical cord care in the newborn infant*. Committee on fetus and newborn. American Academy of Pediatrics.

Subtil, C., Fonte, A., Relvas, A. (1995). *Impacto na família da doença grave/crónica em crianças: Inventário de resposta à doença dos filhos*. Psiquiatria Clínica.

Vieira, A. (2008). *Necessidades de Aprendizagem dos Pais na Transição para a Parentalidade: Uma Revisão da Literatura*. Servir.

Vilaça S., Carvalho S., Sanches M., Selores, M. (2014). *Caso dermatológico*. Porto: Nascer e crescer.

Universidade Católica Portuguesa. (2018). *Guia Estágio Final e Relatório*. Instituto de Ciências da Saúde, Centro Regional do Porto. Consultado em <https://www.porto.ucp.pt>

Wright, L., Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias: um Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (3.ª ed.). São Paulo: Editora Roca.

Apêndices

Apêndice I – Panfleto Informativo sobre Enurese

O que é a Enurese?

A enurese noturna é um problema pediátrico comum. Refere-se à perda involuntária de urina após os 5 anos (mínimo de 2 episódios semanais durante 3 meses consecutivos). Ocorre um período de controlo da bexiga de pelo menos seis meses.

É mais frequente no sexo masculino.



A enurese noturna refere-se à perda de urina durante a noite ou durante o sono e a enurese diurna à perda de urina durante as horas de vigília.

Pode estar associado a causas orgânicas, problemas emocionais ou de comportamento.

Contactos

Dados da
Instituição de Saúde

Bibliografia

Ministério da Saúde—*Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil Nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2009.
Gomes C. et al—*Enurese em crianças portuguesas—prevalência e relação com hábitos de sono e pesadelos*. Rev Port Med Geral Fam, 2012.

Instituição de Saúde





Enurese

Folheto Informativo



Como ajudar?

- Encorajar a beber líquidos ao longo do dia, para que reconheça a sensação de bexiga cheia.
- Diminuir ingestão de líquidos antes de se deitar.
- Evitar bebidas gaseificadas e bebidas que contenham cafeína, porque estimulam a produção de urina.
- Urinar regularmente durante o dia e noite (máximo 4/4h), e mesmo antes de deitar.
- Criar um sistema de recompensas com pequenos prémios simbólicos por cada noite em que a criança não molhar a cama.
- Ensinar a criança a reter a sua urina por períodos de tempo cada vez mais longos, aumentar gradualmente 2 minutos - treino de retenção urinária.



Como prevenir e ultrapassar?

- Não existe uma forma específica de a prevenir mas podemos sempre não culpabilizar ou castigar a criança, mas sim recompensá-la pelos sucessos alcançados.
- Explicar à criança que existem muitas outras com a mesma idade e o mesmo problema, e que o conseguem ultrapassar.
- Em caso de dúvida contactar a sua equipa de saúde familiar.

**Apêndice II - Planejamento de Sessão de Educação Parental: Problemas
Comuns na Infância**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

Planeamento de Sessão de Educação Parental
Problemas Comuns na Infância

Porto, Dezembro de 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

Planeamento de Sessão de Educação Parental
Problemas Comuns na Infância

Elaborado por: Sara Isabel Botelho da Silva, nº394816002
Docente Orientadora: Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, Dezembro de 2018

Índice

Introdução	90
1. Fundamentação Teórica	91
2. Objetivos da Sessão	94
3. Metodologia	95
4. Recursos	96
5. Avaliação da Sessão	97
Conclusão	98
Bibliografia	99
Apêndices	100
Apêndice 1 – Plano da sessão	101
Apêndice 2 – Questionário de Avaliação	105
Apêndice 3 – Slides da Apresentação	107
Apêndice 4 – Análises das Respostas à Avaliação da Formação	112

Introdução

A Sessão de Educação Parental “Problemas Comuns na Infância” surgiu no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, e em contexto de cuidados de saúde primários, mais precisamente na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Este estágio decorre no período de 5 de Novembro de 2018 a 5 de Janeiro de 2019, enquadrando-se no 3º semestre do 11º curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde – Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

Esta ação de formação foi desenvolvida sob a orientação da enfermeira tutora no contexto e da docente Professora Doutora Isabel Quelhas.

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

- Clarificar os aspetos inerentes ao planeamento da ação de educação para a saúde;
- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio Final e Relatório.

Este documento encontra-se organizado da seguinte forma: para além da presente introdução, é realizada uma fundamentação teórica do tema da formação, seguida da apresentação dos objetivos; sendo depois apresentada a metodologia, os recursos utilizados para a sessão e, por último, a estratégias de avaliação, terminando na conclusão.

1. Fundamentação Teórica

No que diz respeito à saúde dos filhos o papel dos pais é preponderante. A atitude do enfermeiro deve ser no sentido de os apoiar, encorajando-os e fornecendo-lhes os conhecimentos para que sejam os primeiros prestadores de cuidados dos seus filhos (DGS, 2004).

Neste sentido, e após levantamento de necessidades com os pais no âmbito do projeto de parentalidade da UCC, surgiu o tema da ação de educação para a saúde “Problemas Comuns na Infância”. A sessão será realizada a 5 pais de crianças com idades compreendidas entre os 6 e 12 meses. De salientar que esta é a penúltima sessão a realizar a este grupo, sendo que já foram abordados temas como alimentação, sono, etc.

Existem uma serie de problemas que são comuns à maioria das crianças e que causam imenso desconforto e insegurança aos pais, que não sabem como lidar com as situações.

O choro é a forma mais precoce de comunicação. Nos primeiros meses de vida, o choro, o tónus muscular, o olhar, o movimento corporal, tudo é linguagem. É deste modo que o bebé expõe, à sua maneira, as suas necessidades, sentimentos e sensações. Decifrar o choro é um desafio que mistura intuição, conhecimento, percepção e aprendizagem por parte dos pais. São diversas as causas, podendo estas serem físicas (fome por exemplo), emocionais (busca de atenção por exemplo) ou patológicas (dor por exemplo). Com o passar do tempo, os pais vão descobrindo e aprendendo que o seu bebé chora de diferentes modos, tons e sonoridades, consoante aquilo que nos quer transmitir (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016).

Um sintoma que proporciona grande ansiedade nos pais, e que é a manifestação mais comum em idade pediátrica é a febre. A febre diz respeito ao aumento da temperatura para valores iguais ou superiores a 1,0°C acima da média das temperaturas basais individuais no mesmo local de avaliação (axilar, retal, oral, timpânica) (DGS, 2018). Segundo a DGS (2018), caso não se conheçam as temperaturas basais, deverão ser considerados os seguintes valores para febre:

- Axilar: superior a 37,6°C;
- Retal: superior a 38°C;
- Timpânica: superior a 37,8°C;
- Oral: superior a 37,6°C.

A temperatura corporal é determinada pelo centro termorregulador hipotalâmico, que responde a diversos estímulos, sendo o principal a infecção (DGS, 2004).

Na primeira semana de vida, a temperatura habitualmente é avaliada na axila. Por sua vez a partir da 2ª ou 3ª semana de vida, a temperatura poderá também ser medida no reto. A

partir dos 3 anos de vida poderá ser também realizada a temperatura timpânica e, a partir dos 5 anos de idade, a temperatura oral (DGS, 2018).

A medição axilar é o método mais usado e prático. Deve ser monitorizado junto à axila, e demora cerca de 5 minutos a estabilizar a temperatura. Pelo que, para uma avaliação correta, deve ser colocado o termómetro (se digital desligado) na axila e aguardar os 5 minutos (se digital ligar o mesmo ao final deste tempo) (DGS, 2018).

A medição retal corresponde ao método mais rigoroso, e a sua técnica consiste na introdução do termómetro no ânus, pelo menos 3cm (DGS, 2018).

Por sua vez, a medição timpânica é a mais utilizada em serviços de triagem pediátrica pois é medida em poucos segundos e de forma higiénica pelo uso de pontas descartáveis (o que aumenta o seu custo). Este método apresenta uma elevada percentagem de medições imprecisas pela incorreta orientação da sonda do termómetro, razões anatómicas (crianças mais pequenas apresentam canal auditivo estreito), presença de cerúmen ou inflamação do ouvido médio (DGS, 2018).

Por último, a medição oral deve realizar-se com a boca fechada durante 3 minutos e com a ponta do termómetro debaixo da língua. Esta situação leva-nos a informar que as chupetas com termómetros digitais integrados não cumprem estas exigências, tendo falsos valores (DGS, 2018).

Caso se verifique a febre, a atuação dos pais passa pelo proporcionar conforto, oferecendo líquidos, adequando a temperatura ambiente (entre 20 e 22°C), adequando o vestuário (mais roupa com frio, retirar roupa se tem calor), etc. Os meios físicos para baixar a febre não devem ser realizados por rotina. A administração de antipirético (medicamento e dose prescritas pelo médico) deve ser realizada apenas se criança desconfortável (DGS, 2018).

A diarreia define-se como o aumento da frequência das dejectões e diminuição da consistência das fezes. Por sua vez o vómito define-se como a expulsão do conteúdo gastrointestinal, pela boca (DGS, 2004). Estas duas situações podem levar à desidratação e desnutrição. A atuação prende-se com o tratamento da desidratação inicialmente. No caso de vómito, fazer pausa alimentar de 30 minutos, devendo posteriormente oferecer-se líquidos de forma fracionada (também na diarreia). No caso da amamentação, deve manter-se a mesma (DGS, 2004).

A obstipação é uma condição muito prevalente em Pediatria, mas frequentemente subdiagnosticada e tratada de forma pouco eficaz (Roda, Rubino, Lapa & Oliva, 2011). A massagem abdominal, a ingestão de uma dieta apropriada e a prática de exercício físico são medidas de atuação nesta situação.

A tosse é um mecanismo de defesa para eliminar o excesso de muco, a sua duração pode ser extensa e ir variando entre tosse seca a produtiva (Hockenberry & Wilson, 2014). Esta pode provocar muito desconforto à criança, e os pais não o conseguem controlar, sendo motivo de ansiedade. Quando associado à tosse temos sintomas como febre, a pieira, tiragem, utilização de músculos acessórios, respiração muito superficial e ofegante, são sinais de dificuldade respiratória, sendo necessário recorrer a serviços de saúde.

A obstrução nasal é algo muito comum no primeiro ano de vida, dado as vias nasais do lactente serem estreitas e ficarem facialmente obstruídas devido ao edema e exsudação das mucosas, além de que nos primeiros meses a respiração é exclusivamente realizada pelo nariz (até 3 meses) e até aos seis meses é preferencialmente nasal também (Hockenberry & Wilson, 2014). Para além de tudo isto as crianças não sabem assoar e como tal necessitam das lavagens nasais com soro fisiológico para desobstrução.

O eritema das fraldas é uma das alterações cutâneas mais frequentemente observada em crianças da primeira infância, sobretudo nos países desenvolvidos (Vilaça, Carvalho, Sanches & Selores, 2014). Capacitar os pais para os cuidados corretos por forma a prevenir a sua ocorrência revela-se muito importante.

A forma de atuação, sinais de alarme e saber quando recorrer a um serviço de saúde são dúvidas que os pais colocaram antes do início das sessões, e dar resposta a estas permite munir os mesmos para que a sua atuação nas situações abordadas seja a mais correta.

2. Objetivos da Sessão

Para esta sessão defini como objetivo geral:

- Dotar os pais de conhecimentos sobre problemas comuns na infância.

Foram definidos como objetivos específicos:

- Ensinar os pais sobre choro, causas e como intervir;
- Ensinar os pais sobre febre, métodos de avaliação da temperatura e cuidados a ter;
- Ensinar os pais sobre diarreia e cuidados a ter;
- Ensinar os pais sobre vômitos e cuidados a ter;
- Ensinar os pais sobre obstipação e cuidados a ter;
- Ensinar os pais sobre obstrução nasal e cuidados a ter;
- Ensinar os pais sobre tosse e sinais de alarme;
- Ensinar os pais sobre eritema das fraldas e sua prevenção.

Por forma a atingir os objetivos supracitados, foi selecionada a seguinte organização de conteúdos a abordar:

- Sumário;
- Choro
- Febre;
- Diarreia;
- Vômitos;
- Obstipação;
- Obstrução Nasal;
- Tosse;
- Eritema das fraldas.

3. Metodologia

A sessão será realizada no dia 19 de Dezembro de 2018, para um grupo de 5 pais de crianças com idades entre os 6 e os 12 meses.

Para esta sessão será utilizado método expositivo e interativo. Será feita uma apresentação em PowerPoint para apoio da sessão. No final da sessão será realizada a avaliação da sessão, através da aplicação de um questionário.

Cada sessão terá a duração de 60 min: 5 minutos para a apresentação da oradora e introdução, 30 minutos para apresentação, 15 minutos para resumo do exposto e esclarecimento de dúvidas e 10 minutos para avaliação da sessão.

4. Recursos

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

- Recursos Humanos: Estudante do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto;
- Recursos Físicos: Sala e cadeiras;
- Recursos materiais: computador portátil e projetor.

5. Avaliação da Sessão

A avaliação da sessão será realizada através do preenchimento de questionário, sobre o conteúdo programático, a organização da ação de formação e a formadora (apêndice 2).

A avaliação será também realizada pela participação e interesse das mães durante a sessão e o seu feed back no final da sessão.

Conclusão

Em Pediatria, os cuidados centrados na família, mais do que um objetivo a alcançar, são uma realidade. A enfermagem tem o compromisso e a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. A evidência teórica, prática e investigacional do significado que a família dá ao bem-estar e a saúde aos seus membros, bem como a influência sobre a doença, obriga os enfermeiros a considerar os cuidados centrados na família como parte integrante da prática de enfermagem (Wright & Leahey, 2002).

A sessão será realizada por forma a promover uma parceria com os pais no sentido de os capacitar de competências parentais e de conhecimentos específicos em resposta às necessidades da criança, que permitam cuidar dos seus filhos com mais autonomia, confiança e segurança. Sendo assim possível cuidar e capacitar para cuidar.

Bibliografia

Antunes, J., Chambel, M., Borrego, L., Prates, S., Loureiro, V. (2013). *Infeções Respiratórias Virais na criança*. Acta Pediátrica Portuguesa.

Direção-Geral de Saúde. (2004) – *Urgências no ambulatório em idade pediátrica – Volume I*. Lisboa.

Direção-Geral de Saúde. (2018) *Febre na Criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores*. Lisboa.

Hockenberry, M. J., Wilson, D. (2014). *Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª edição. Loures: Lusociência.

Rocha, N., Selores, M. (2004). *Dermatite das Fraldas*. Nascer e Crescer: Revista do Hospital de Crianças Maria Pia.

Roda, J., Rubino, G., Lapa, P., Oliva, M. (2011). *Obstipação e Incontinência Fecal na criança*. Hospital Pediátrico de Coimbra.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). *O choro do bebé*.

Vilaça S., Carvalho S., Sanches M., Selores, M. (2014). *Caso dermatológico*. Porto: Nascer e crescer.

Wright, L. e Leahey, M. (2002). *Enfermeiras e Famílias: um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. São Paulo: Editora Roca.

Apêndices

Apêndice I – Plano da sessão

<p>Formadora: Sara Isabel Botelho da Silva (estudante do 11º MESIP UCP)</p> <p>Tema: Problemas comuns na infância</p> <p>Objetivos gerais:</p> <p>- Dotar os pais de conhecimentos sobre problemas comuns na infância.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar os pais sobre choro, causas e como intervir; • Ensinar os pais sobre febre, métodos de avaliação da temperatura e cuidados a ter; • Ensinar os pais sobre diarreia e cuidados a ter; • Ensinar os pais sobre vômitos e cuidados a ter; • Ensinar os pais sobre obstipação e cuidados a ter; • Ensinar os pais sobre obstrução nasal e cuidados a ter; • Ensinar os pais sobre tosse e sinais de alarme; • Ensinar os pais sobre eritema das fraldas e sua prevenção. 		<p>Grupo alvo: 5 pais de crianças com idades entre os 6 e 12 meses</p> <p>Data e hora: 19/12/2018 – 15h</p> <p>Local: Creche</p> <p>Duração: 60min</p>	
Etapas	Conteúdo	Estratégias	
		Método	Recursos Didáticos
<p>Introdução</p> <p>5min</p>	<p>Apresentação da oradora;</p> <p>Apresentação do tema a abordar;</p> <p>Apresentação do objetivo da sessão</p>		
<p>Desenvolvimento</p> <p>30min</p>	<p>Ensinar sobre choro:</p> <p>- Causas;</p>	<p>Expositivo</p>	<p>Projektor</p> <p>Computador</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas de atuação <p>Ensinar sobre febre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definição; - Monitorização (local e idade); - Medidas de atuação; - Quando recorrer a cuidados de saúde <p>Ensinar sobre Diarreia e Vómitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definição; - Medidas de atuação; - Quando recorrer a cuidados de saúde. <p>Ensinar sobre obstipação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definição; - Medidas de atuação <p>Ensinar sobre obstrução nasal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados a ter <p>Ensinar sobre tosse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definição - Sinais de alarme <p>Ensinar sobre eritema das fraldas e sua prevenção</p>		
<p>Conclusão 15min</p>	<p>Síntese dos conteúdos abordados; Esclarecimento de dúvidas</p>		

Avaliação 10min	Aplicação de questionário de avaliação da sessão		
----------------------------------	--	--	--

Apêndice 2 – Questionário de Avaliação



Sessão: Problemas Comuns na Infância

I. CONTEUDO PROGRAMÁTICO	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Objetivos da Ação				
Utilidade dos Conteúdos				
Corresponde às Expetativas				

2. ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Documentos Utilizados				
Métodos utilizados				
Meios Audiovisuais				
Gestão do tempo				

3. FORMADOR	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Domínio do Tema				
Clareza da exposição				

Apêndice 3 – Slides da Apresentação



Sumário

Choro	Febre	Diarreia	Vômitos
Obstipação	Obstrução Nasal	Tosse	Eritema das fraldas

Choro

- Linguagem universal dos bebês e é através dele que exprimem as suas necessidades

Causas:

- Fome
- Cabelo não ou molhado
- Falta de calor
- Sono
- Sobrecarga de estímulos
- Falta de presença dos pais
- Dor
- Cansaço

Choro – Qual a atitude correta?

- Responder ao apelo com tranquilidade, sem ansiedade nem angústia
- Satisfazer as suas necessidades físicas
- Pegar ao colo, aconchegar, embalar
- Falar calmamente, acariciar, massajar
- Oferecer o peito / Chupeta
- Criar e respeitar as rotinas do bebê

Febre

- Resposta de defesa do organismo
- Aumento da temperatura corporal acima da temperatura basal.

Não basta colocar a mão na testa
Tem que se saber o valor da temperatura

Febre – Onde e como se avalia?

Axilar

- Força do pulso (100)
- Na axila (sem vestir a pele) com termómetro Clínico e seco
- Superior a 37,8°C

Retal

- A partir da 3ª semana de vida
- Procedimento difícil de realizar devido ao risco de perfuração
- Até 40°C (38,3°C) a partir dos 3 meses de vida
- Superior a 38°C

Febre – Onde e como se avalia?

Timpânica

- Apresenta febre
- Falho Vácuo
- A temperatura axilar é superior a 38,5°C
- Superior a 38,0°C
- Resposta ao tratamento (Paracetamol)


Oral

- Apresenta febre
- Muito quente com calor
- Superior a 38,5°C
- Superior a 38,0°C
- Resposta ao tratamento (Paracetamol)



Febre – Como atuar?

- Oferecer líquidos;
- Adequar vestuário (mais roupa com frio, retirar roupa se tem calor) e o mesmo com a roupa da cama, de maneira a não provocar sobreaquecimento, mas manter conforto;
- Adequar temperatura do ambiente (entre 20°C e 22°C);
- Se medidas anteriores não resultarem e criança desconfortável: administrar antipirético (medicamento e dose prescritos pelo médico);
- Se alguma dúvida, contactar SNS 24 (808 24 24 24)



Febre – Quando recorrer a um serviço de saúde?

- Idade menor que 3 meses;
- Temperaturas elevadas (39°C axilar ou 40°C retal com idade inferior a 6 meses; 40°C axilar ou 41°C retal com idade superior a 6 meses);
- Criança com doença crónica debilitante;
- Febre superior a 5 dias (ou reaparecimento da febre após 2 a 3 dias sem febre);
- Surgimento de sinais de alarme



Febre – Sinais de alarme

Suor frio e molhado	Respiração rápida e ruidosa	Olhos lacrimejados	Convulsões
Vômitos repetidos	Diarréias abundantes	Sede excessiva	Lábios e unhas azules
Dificuldade em movimentar os membros inferiores ou superiores		Linha de vida não bem definida	

Diarreia

- Aumento da frequência de defecções e diminuição da consistência das fezes.



Vómitos

- Expulsão do conteúdo gastrointestinal pela boca.



Diarreia e Vômitos – Como atuar?

- Se amamentar, continuar a fazê-lo;
- Se vômito fazer pausa alimentar de 30min;
- Oferecer líquidos de forma fracionada, devagar e em pouca quantidade sem insistir;
- Dieta sem gorduras ou legumes verdes;
- Não forçar a comer;
- Se febre e necessitar de antipirético:
 - Retal se vômitos
 - Oral se diarreia



Diarreia e Vômitos – Quando recorrer a um serviço de saúde?

- Desidratação
 - Olhos encovados
 - Pele pálida
 - Prostração
 - Molhar menos a fralda ou urinar menos
- Recusa em ingerir líquidos
- Idade inferior a 3 meses
- Mau estado geral



Obstipação

“Prisão de ventre”
Maior dificuldade ou alteração na frequência habitual de defecções

- Dor/odores
- Barriga distendida e dura
- Irritabilidade



Obstipação – Como atuar?

- Massagem abdominal
- Oferecer líquidos e alimentos ricos em fibras (sopa, fruta, legumes)
- Incentivar e praticar de exercício físico

Se o sintoma não melhorar recorrer a cuidados de saúde



Obstrução Nasal

- Respiração nasal
- Uso de soro fisiológico
- Necessidade de espiração?



Tosse

Mecanismo de defesa do organismo, para eliminar o excesso de muco ou algum material estranho.

Efeitos:
Fadiga
Tosse
Cansado

Respiração aumentada e obstruída



Eritema das fraldas

- Erupção cutânea
- Rubor
- Formação de escamas e gretas
- Aumento da temperatura local

Como prevenir?

- Cuidado com a higiene
- Troca regular das fraldas
- Uso de fraldas absorventes
- Troca de fraldas sempre que necessário





Bibliografia

- Antunes, J., Chambel, M., Bomago, L., Rêtas, S., Loureiro, V. – *Inflúvia Respiratória: Livro de consulta*. Acta Pediátrica Portuguesa. (2019).
- Direção Geral de Saúde – *Urgências no ambulatório em idade pediátrica – Volume 1*. Lisboa. (2014).
- Direção Geral de Saúde – *Febre na Criança e no Adolescente – Diagnóstico, Avaliação e Tratamento*. Acta Pediátrica Portuguesa. Lisboa: Direção-Geral de Saúde (2018).
- Hadjilambrou, M. J., Wilson, D. *Wong – Enfermagem de Criança e do Adolescente*. 9ª edição. Louses: Lusolink (2014).
- Rocha, N., Salazar, M. - *Dermatite da Criança: Nascer e Crescer*. Revista do Hospital de Crianças Maria Pia, 2004.
- Roda, J., Rubino, C., Lapa, R., Olive, M. – *Chafalgão e Incontinência Fezal na criança*. Hospital Pediátrico de Coimbra (2011).
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia – *O olhar do bebé*. (2014).
- Vilas, S., Carvalho S., Sanchez M., Salazar, M. – *Caso dermatológico: Parto, Nascer e crescer*. (2014).

Apêndice 4 – Análises das Respostas à Avaliação da Formação

Análise das respostas à avaliação da formação

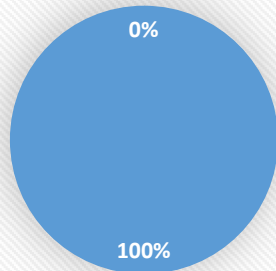
Nº de Participantes: 2

Conteúdo Programático



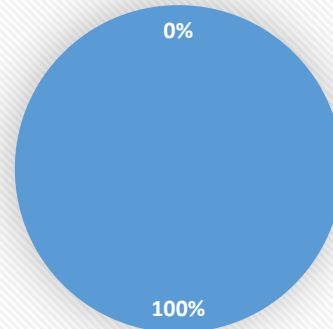
Organização da Ação

Documentos Utilizados



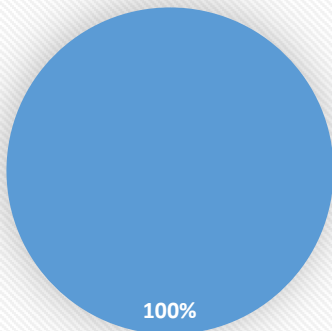
■ Muito Bom ■ Bom ■ Suficiente ■ Insuficiente

Métodos Utilizados



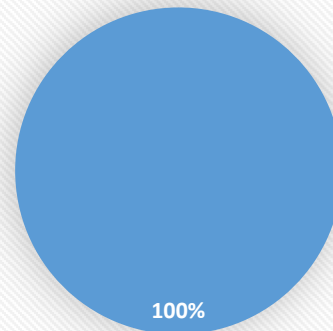
■ Muito Bom ■ Bom ■ Suficiente ■ Insuficiente

Meios Audiovisuais



■ Muito Bom ■ Bom ■ Suficiente ■ Insuficiente

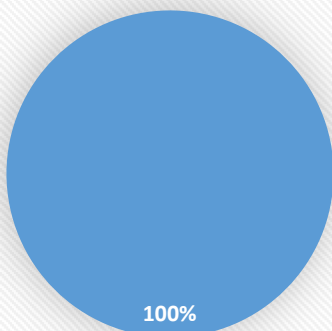
Gestão do tempo



■ Muito Bom ■ Bom ■ Suficiente ■ Insuficiente

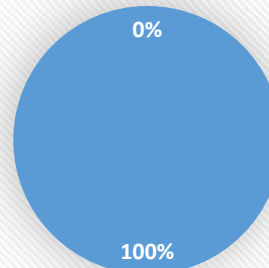
Formador

Dominio do Tema



■ Muito Bom ■ Bom ■ Suficiente ■ Insuficiente

Clareza da Exposição



■ Muito Bom ■ Bom ■ Suficiente ■ Insuficiente

Apêndice III – Documento informativo sobre a febre

Febre

O que é a febre?

A febre é uma resposta de defesa do organismo, contribui para a inativação dos micro-organismos e controlo da sua multiplicação. Corresponde ao aumento da temperatura corporal acima de 37,6°C (axilar).

Onde se avalia?

Dependendo da idade esta deve ser avaliada:

- 1ª semana de vida: axilar;
- A partir da 1ª semana de vida: axilar ou retal;
- A partir dos 3anos: axilar ou timpânica;
- A partir dos 5anos: axilar, timpânica ou oral.

Os termómetros devem se digitais, e no caso retal de ponta flexível.

A partir de que valor é considerado febre?

Dependendo do local de avaliação:

- Axilar: temperatura superior a 37,6°C
- Retal: temperatura superior a 38°C
- Timpânica: temperatura superior a 37,8°C
- Oral: temperatura superior a 37,6°C

Como atuar?

Medidas antipiréticas e de alívio de desconforto:

- Oferecer líquidos;
- Adequar vestuário (mais roupa com frio, retirar roupa se tem calor) e o mesmo com a roupa da cama, de maneira a não provocar sobreaquecimento, mas manter conforto;
- Adequar temperatura do ambiente (entre 20°C e 22°C);
- Se medidas anteriores não resultarem e criança desconfortável (não brinca, falta de apetite, choro frequente): administrar antipirético (o medicamento e a dose prescritos pelo médico);
- Se alguma dúvida, contactar SNS 24 (808 24 24 24);

- Recorrer a serviços de saúde se: idade menor que 3 meses, ou temperaturas elevadas (39°C axilar ou 40°C retal com idade inferior a 6 meses; 40°C axilar ou 41°C retal com idade superior a 6 meses), ou criança com doença crónica debilitante, ou febre superior a 5 dias (ou reaparecimento da febre após 2 a 3 dias sem febre), ou se surgimento de sinais de alarme (convulsão, alterações de comportamento, aparecimento de manchas na pele nos primeiros 2 dias de febre, alteração na respiração, etc.)

Quando ir para o infantário/escola?

A toma de antipirético não previne que outras crianças não fiquem doentes. A criança só deve regressar ao infantário/escola após 24h sem febre.

Proteja os outros, protegendo o seu filho!

**Apêndice IV – Planejamento de Ação de Educação para a Saúde:
Higiene Corporal**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

Planeamento de Ação de Educação para a Saúde
Higiene Corporal

Porto, Novembro de 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

Planeamento de Ação de Educação para a Saúde
Higiene Corporal

Elaborado por: Sara Isabel Botelho da Silva, n.º394816002
Docente Orientadora: Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, Novembro de 2018

Índice

Introdução	124
1. Fundamentação Teórica	125
2. Objetivos da Sessão	126
3. Metodologia	127
4. Recursos	128
5. Avaliação da Sessão	129
Conclusão	130
Bibliografia	131
Apêndices	132
Apêndice 1 – Plano da sessão	133
Apêndice 2 - Jogo de avaliação dos conhecimentos adquiridos “Estás preparado para a festa?”	137
Apêndice 3 – Slides da Apresentação	139
Apêndice 4 – Análises dos Resultados do Questionário	145

Introdução

A Ação de Educação para a Saúde “Higiene Corporal” surgiu no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, e em contexto de cuidados de saúde primários, mais precisamente na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Este estágio decorre no período de 5 de Novembro de 2018 a 5 de Janeiro de 2019, enquadrando-se no 3º semestre do 11º curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde – Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

Esta Ação de Formação foi desenvolvida sob a orientação da enfermeira tutora no contexto e da docente Professora Doutora Isabel Quelhas.

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

- Clarificar os aspetos inerentes ao planeamento da ação de educação para a saúde;
- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio Final e Relatório.

Este documento encontra-se organizado da seguinte forma: para além da presente introdução, é realizada uma fundamentação teórica do tema da formação, seguida da apresentação dos objetivos; sendo depois apresentada a metodologia, os recursos utilizados para a sessão e, por último, a estratégias de avaliação, terminando na conclusão.

1. Fundamentação Teórica

A higiene é essencial para a saúde individual e coletiva das crianças, seja qual for o seu contexto de vida. A criação deste hábito promove e leva à preservação de uma boa higiene, entendida “como um conjunto de meios para atingir o equilíbrio na saúde” (Costa, 1995, citado por Esteves & Anastácio, s.d.). A direção geral da saúde (2015) refere que a higiene é fundamental para a saúde, o bem-estar, a qualidade de vida e a convivência social, sendo compreendida como um conjunto de cuidados que promovem estes mesmos aspetos, assim como melhoram a autoestima dos indivíduos.

A higiene das mãos é uma das rotinas mais estimuladas, a sua importância é indiscutível na prevenção de doenças. A lavagem dos dentes deve ser promovida e ensinada, para que as crianças aprendam e possam autonomamente realizar a sua própria higiene oral. Além deste aspeto, a higiene oral é um tema que deve ser desenvolvido com as crianças, para que entendam os perigos de uma má higiene e o excesso de doces. Na higiene, o banho é outra necessidade da criança e como tal deve ser desenvolvida, é um «ato importante para a higiene pessoal e a prevenção de doenças e a promoção de saúde» (Carvalho, Salles, Guimarães & Armond, 2002). Apesar da sua importância na saúde, o banho desenvolve muitas outras capacidades, tais como a autonomia, o conhecimento do seu próprio corpo, tornando-o assim um sujeito “ativo, participativo e capaz de aprender, de ensinar e de autocuidar-se” (Carvalho et al., 2002).

Para esta sessão recorri ao uso das personagens “Phineas e Ferb” para captar a atenção da população-alvo e manter a mesma ao longo de toda a sessão. O recurso à brincadeira e dramatização leva as crianças a descobrirem-se a si mesmas, através da sua criatividade e imaginação, e adquirirem conhecimentos.

A sessão será realizada a 2 turmas distintas, uma do 3º ano de escolaridade e outra do 4º ano de escolaridade. A razão pela qual surgiu a necessidade desta ação, foi através da identificação desta carência por parte da instituição de ensino, encontrando-se no plano de ação conjunta entre esta e a UCC no âmbito da educação para a saúde.

As idades dos participantes estão compreendidas entre os 8 e os 10 anos, pelo que segundo Piaget as crianças se encontram no estágio das operações concretas, tendo uma compreensão maior das diferenças entre fantasia e realidade, classificação, relações lógicas, causa e efeito, conceitos espaciais e conservação, e são mais competentes com os números (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

2. Objetivos da Sessão

Para esta sessão defini como objetivos gerais:

- Dotar as crianças de conhecimentos sobre cuidados de higiene corporal;
- Promover a aquisição de hábitos de higiene corporal saudáveis.

Foram definidos como objetivos educacionais:

- Que a criança seja capaz de:
 - Saber quando deve lavar as mãos;
 - Verbalizar como lavar as mãos corretamente;
 - Identificar cuidados a ter com as unhas;
 - Verbalizar a importância da lavagem das mãos;
 - Identificar cuidados a ter nos cuidados de higiene aos ouvidos;
 - Saber quando deve realizar cuidados de higiene oral;
 - Identificar como devem ser realizados cuidados de higiene oral corretamente;
 - Verbalizar a importância dos cuidados de higiene oral;
 - Saber quando deve tomar banho;
 - Identificar cuidados a ter no banho;
 - Identificar cuidados a ter com os cabelos;
 - Identificar a necessidade de mudança de roupa;
 - Verbalizar a importância do banho.

Por forma a atingir os objetivos supracitados, foi selecionada a seguinte organização de conteúdos a abordar:

- Cuidados de higiene às unhas
- Cuidados de higiene aos ouvidos
- Cuidados de higiene oral
- Cuidados de higiene às mãos
- Cuidados de higiene no banho
- Cuidados de higiene aos cabelos

3. Metodologia

As sessões serão realizadas no dia 12 de Dezembro de 2018, para um grupo de 20 crianças que frequentam o 3º ano de escolaridade numa sessão, e 20 crianças que frequentam o 4º ano de escolaridade de uma escola primária noutra sessão.

Para esta sessão será utilizado método expositivo e interativo. Será feita uma apresentação em PowerPoint para apoio da sessão. A sessão será realizada com recurso ao lúdico, pois uma das personagens irá realizar uma festa, sendo necessário que todos os cuidados de higiene sejam realizados corretamente para que se possa participar na mesma, sendo abordados os mesmos. No final da sessão será realizada a avaliação dos conhecimentos adquiridos durante a mesma (apêndice 2), através de um jogo.

Cada sessão terá a duração de 40 min: 5 minutos para a apresentação da oradora e introdução, 20 minutos para apresentação, 5 minutos para resumo do exposto e esclarecimento de dúvidas e 10 minutos para avaliação da sessão (aplicação de jogo).

4. Recursos

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

- Recursos Humanos: Estudante do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto;
- Recursos Físicos: Sala e cadeiras;
- Recursos materiais: computador portátil e projetor.

5. Avaliação da Sessão

A avaliação dos conhecimentos adquiridos na sessão será realizada no final da mesma, através da aplicação de um jogo denominado “Estás preparado para a festa?” (apêndice 2). Neste as crianças selecionarão as opções que considerarem corretas para as questões colocadas. Se acertarem estarão prontos para participar na festa, avaliando de forma lúdica os conhecimentos adquiridos durante a sessão.

Conclusão

Sendo que a higiene tem impacto na vida de qualquer indivíduo, torna-se necessária a promoção da saúde em qualquer contexto, nomeadamente no escolar.

Esta promoção contribui não só para a prevenção de infeções provocadas por bactérias e vírus, como também para a prevenção da contaminação de pessoa para pessoa. É importante salientar que uma saúde fragilizada não atinge a criança apenas fisicamente, mas cognitivamente, o que prejudica o seu desempenho escolar e aprendizagem sendo que muitas crianças são obrigadas a ausentar-se das aulas devido a doenças.

Como refere o Programa Nacional de Saúde Escolar (2015), este tipo de sessões tem como finalidade *“contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens”*.

Bibliografia

Carvalho, A., Salles, F., Guimarães, M. & Armond, L. (2002) *Saúde da Criança*. Belo Horizonte: Editora UFMG.

Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma nº015/2015. *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa

Esteves, I., Anastácio, Z. (s.d.). *Promoção da Saúde entre Crianças de Jardim-de Infância*. Braga: Instituto de Educação – Universidade do Minho.

Manning, M., Granstrom, B. (s.d.). *Um livro sobre Lavar, Escovar, Esfregar!*. Editora Caminho.

Papalia, D., Olds, S., Feldman, R. (2001) *O Mundo da criança*. (8ª edição). São Paulo: McGraw-Hill.

Apêndices

Apêndice I – Plano da sessão

<p>Formadora: Sara Isabel Botelho da Silva (estudante do 11º MESIP UCP)</p> <p>Tema: Higiene corporal</p> <p>Objetivos gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dotar as crianças de conhecimentos sobre cuidados de higiene corporal; - Promover a aquisição de hábitos de higiene corporal saudáveis. <p>Objetivos educacionais: Foram definidos como objetivos educacionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que a criança seja capaz de: <ul style="list-style-type: none"> • Saber quando deve lavar as mãos; • Verbalizar como lavar as mãos corretamente; • Identificar cuidados a ter com as unhas; • Verbalizar a importância da lavagem das mãos; • Identificar cuidados a ter nos cuidados de higiene aos ouvidos; • Saber quando deve realizar cuidados de higiene oral; • Identificar como devem ser realizados cuidados de higiene oral corretamente; • Verbalizar a importância dos cuidados de higiene oral; • Saber quando deve tomar banho; • Identificar cuidados a ter no banho; • Identificar cuidados a ter com os cabelos; • Identificar a necessidade de mudança de roupa; • Verbalizar a importância do banho. 		<p>Grupo alvo: 20 crianças do 3ºano + 20 crianças do 4ºano de escolaridade</p> <p>Data e hora: 12/12/2018 – 10h</p> <p>Local: Escola primária – sala de aulas</p> <p>Duração: 40min</p>
Etapas	Conteúdo	Estratégias

		Método	Recursos Didáticos
Introdução 5min	Apresentação da oradora; Apresentação do tema a abordar.		
Desenvolvimento 20min	<p>Ensinar sobre hábitos de higiene das mãos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regularidade; - Procedimento; - Importância. <p>Instruir sobre procedimento de lavagem das mãos</p> <p>Ensinar sobre cuidados a ter com as unhas</p> <p>Ensinar sobre hábitos de higiene oral saudáveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regularidade; - Procedimento; - Importância. <p>Instruir sobre procedimento de uso de fio dental</p> <p>Instruir sobre procedimento de escovagem dos dentes</p> <p>Ensinar sobre hábitos de banho saudáveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regularidade; - Material; - Troca de roupa; 	Expositivo	<p>Projetor</p> <p>Computador</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Importância. <p>Ensinar sobre cuidados de higiene aos cabelos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regularidade; - Material; - Importância. 		
Conclusão 5min	<p>Síntese dos conteúdos abordados;</p> <p>Esclarecimento de dúvidas</p>		
Avaliação 10min	<p>Aplicação de jogo “Estás preparado para a festa?”</p>		

Apêndice 2 - Jogo de avaliação dos conhecimentos adquiridos “Estás preparado para a festa?”

Jogo “Estás preparado para a festa?”

Selecionar opções corretas.

1) Tomar banho...

- Todos os dias
- Só quando estou sujo
- Dia sim, Dia não
- Mudar de roupa sempre

2) Lavar os dentes...

- Pelo menos duas vezes por dia
- Só quando como doces
- Posso usar a escova do meu irmão
- Usar fio dental antes de escovar

3) Lavar as mãos...

- Antes e depois de comer
- Antes e depois de ir à casa de banho
- Só depois de ir à casa de banho
- Usar só água

4) E também...

- Depois de brincar com animais

5) As unhas...

- Quanto maiores melhor
- Limpas e cortadas
- Usar lima ou tesoura

Pedir ajuda aos pais

6) Limpar os ouvidos...

- Usar cotonetes sem problema
- Limpar à entrada
- Um rolhão de cera pode fazer-me ouvir mal

7) Lavar o cabelo...

- Todos os dias
- Só quando está sujo
- Dia sim, dia não
- Usar mesma toalha que do corpo

Apêndice 3 – Slides da Apresentação







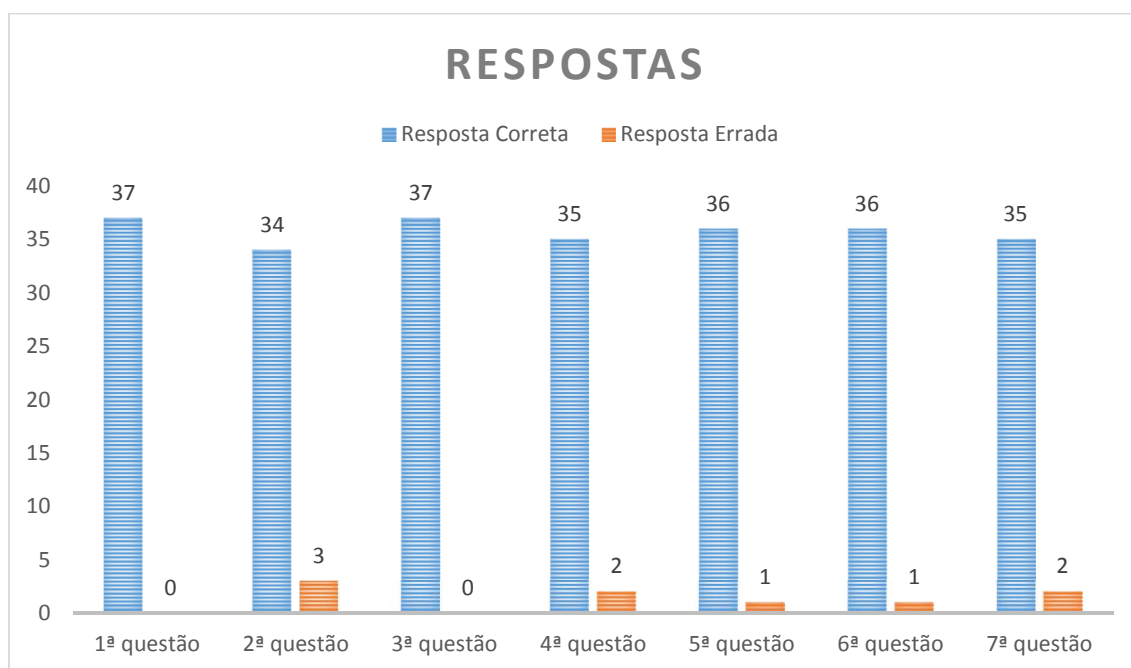




Apêndice 4 – Análises dos Resultados do Questionário

Análises dos Resultados do Questionário

Nº de Participantes: 37 participantes (18 alunos do 3º ano e 19 alunos do 4º ano)



**Apêndice V – Planejamento de Ação de Educação para a Saúde:
Sexualidade – Infecções Sexualmente Transmissíveis**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

**Planeamento de Ação de Educação para a Saúde
Sexualidade – Infecções Sexualmente Transmissíveis**

Porto, Novembro de 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

Planeamento de Ação de Educação para a Saúde
Sexualidade – Infecções Sexualmente Transmissíveis

Elaborado por: Sara Isabel Botelho da Silva, n°394816002
Docente Orientadora: Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, Novembro de 2018

Índice

Introdução	152
1. Fundamentação Teórica	153
2. Objetivos da Sessão	154
3. Metodologia	155
4. Recursos	156
5. Avaliação da Sessão	157
Conclusão	158
Bibliografia	159
Apêndices	160
Apêndice 1 – Plano da sessão	161
Apêndice 2 – “Jogo do Contágio”	164
Apêndice 3 – Questionário de Avaliação da Sessão	166
Apêndice 4 – Slides da Apresentação	168
Apêndice 5 – Análises dos Resultados do Questionário e Avaliação da Sessão	173

Introdução

A Ação de Educação para a Saúde “Infeções Sexualmente Transmissíveis” (IST’s) surgiu no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, e em contexto de cuidados de saúde primários, mais precisamente na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Este estágio decorre no período de 5 de Novembro de 2018 a 5 de Janeiro de 2019, enquadrando-se no 3º semestre do 11º curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde – Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

Esta Ação de Formação foi desenvolvida sob a orientação da enfermeira tutora no contexto e da docente Professora Doutora Isabel Quelhas.

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

- Clarificar os aspetos inerentes ao planeamento da ação de educação para a saúde;
- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio Final e Relatório.

Sendo a Educação Sexual importante contributo para a formação pessoal e social dos indivíduos e tendo em consideração que os jovens iniciam a sua vida sexual cada vez mais cedo e muitas vezes sem possuírem conhecimentos sobre a utilização de métodos contraceptivos, gravidez e infeções sexualmente transmissíveis (IST’s) (Hockenberry & Wilson, 2014), considero de extrema importância que se aposte na consciencialização dos jovens e na sua educação para a saúde, neste caso em meio escolar. Estas temáticas estão relacionadas com a matéria lecionada a nível curricular, sendo uma das prioridades a nível escolar, pelo que a realização de sessões neste âmbito permitirá ao aluno compreender que as temáticas contidas nos livros têm aplicação prática e influência preponderante no estado de saúde.

A sessão de formação surgiu no contexto do projeto de educação sexual da instituição de ensino e da UCC. Este pretende promover a discussão, análise e reflexão capaz de proporcionar a vivência de uma sexualidade esclarecida e responsável dos jovens. Neste âmbito já foram realizadas sessões prévias que abordaram os afetos, a puberdade, sistema reprodutor e métodos contraceptivos. A temática das IST’s foi considerada como uma necessidade a abordar no projeto, em contexto de 2 turmas distintas do 9ºano.

Este documento encontra-se organizado da seguinte forma: para além da presente introdução, é realizada uma fundamentação teórica do tema da formação, seguida da apresentação dos objetivos; sendo depois apresentada a metodologia, os recursos utilizados para a sessão e, por último, a estratégias de avaliação, terminando na conclusão.

1. Fundamentação Teórica

A Organização Mundial de Saúde (1992, cit. por Associação para o Planeamento da Família) definiu sexualidade como uma *“energia que nos motiva para encontrar amor, contacto, ternura e intimidade; ela integra-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”*.

A Educação Sexual é uma componente da Educação para a Saúde e inclui diversos aspetos da sexualidade e das relações que estabelecemos com os outros. O desenvolvimento psicosssexual está intimamente ligado às etapas do desenvolvimento global do indivíduo. A curiosidade sexual, os sentimentos e as explorações são observáveis nas diferentes fases de desenvolvimento de cada pessoa.

As idades dos estudantes que estarão presentes na sessão de educação para a saúde estão compreendidas entre os 14 e os 17 anos, pelo que se encontrariam, segundo Piaget, no estágio das operações formais. Assim, são capazes de construir os seus próprios raciocínios, bem como raciocinar de forma autónoma (Sousa, 2006).

A adolescência é um período de crescimento que marca a passagem da infância para a idade adulta. Os adolescentes são mais vulneráveis à aquisição de IST's porque, sendo um grupo etário mais sensível a pressões sociais, têm necessidade de explorar o novo e experimentar riscos. Esta fase encontra-se associada ao desenvolvimento do comportamento sexual. Outro aspeto que torna os jovens um grupo de risco para as IST's é o facto de negarem ou não reconhecerem os sintomas, aumentando assim o risco de transmitirem a doença para outro parceiro sexual (Sá et al., 2015).

2. Objetivos da Sessão

Para esta sessão defini como objetivos:

- Dotar os estudantes de:
 - Conhecimentos sobre os riscos da prática de relações sexuais de risco;
 - Conhecimentos sobre as IST's (modos de transmissão, sintomas, consequências e prevenção).

Foram definidos como objetivos educacionais:

- Que os estudantes sejam capazes de:
 - Identificar as principais IST's;
 - Identificar modos de transmissão de IST's;
 - Identificar sintomas de IST's;
 - Identificar consequências de IST's;
 - Identificar medidas de prevenção de IST's;
 - Identificar importância do uso de preservativo.

Por forma a atingir os objetivos supracitados, foi selecionada a seguinte organização de conteúdos a abordar:

- Definição;
- Infecções Sexualmente Transmissíveis
 - Principais infeções sexualmente transmissíveis
 - Modos de transmissão
 - Sintomas
 - Consequências
 - Prevenção
- Dinâmica: Jogo do Contágio

3. Metodologia

As sessões serão realizadas no dia 3 de Dezembro de 2018, para um grupo de 20 adolescentes que frequentam o 9º ano de escolaridade.

Para esta sessão será utilizado método expositivo, interativo e de brainstorming. Será feita uma apresentação em PowerPoint para apoio da sessão. No final da sessão será realizado um jogo (“Jogo de Contágio” - Apêndice 2), em que será promovida uma discussão e reflexão, e por fim será realizada a avaliação de conhecimento e da sessão, através da aplicação de um questionário (Apêndice 3).

Cada sessão terá a duração de 60 min: 5 minutos para a apresentação da oradora e introdução, 25 minutos para o desenvolvimento da apresentação, 15 minutos para realização do quebra-gelo, e 15 minutos para resumo do exposto, esclarecimento de dúvidas, e preenchimento de questionário de avaliação.

4. Recursos

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

- Recursos Humanos: Estudante do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto;

- Recursos Físicos: Sala e cadeiras;

- Recursos materiais: computador portátil e projetor.

5. Avaliação da Sessão

A avaliação da sessão será realizada no final da mesma, através da aplicação de questionário de avaliação (Apêndice 3) relativo aos conhecimentos adquiridos durante a sessão, e da própria sessão (conteúdo, organização, geral).

Conclusão

A prática de atividades sexuais pode trazer graves problemas para o indivíduo, como é o caso das infecções sexualmente transmissíveis ou, até, de uma gravidez não desejada, verificando-se cada vez mais nos jovens de hoje, por iniciarem as suas vidas sexuais cada vez mais cedo, sem precauções ou conhecimentos e com múltiplos parceiros (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

Os adolescentes encontram-se numa fase de incomparável aquisição de experiências a vários níveis, como também uma etapa de riscos acrescidos (Reis, 2013), sendo de extrema importância a realização de um ensino formal onde se transmitem conhecimentos técnicos e científicos.

Deste modo, justifica-se que se invista mais na educação dos jovens, no que diz respeito à temática da sexualidade, devendo-se apostar na divulgação de informação e intervir para que haja uma promoção de competências, pessoais e sociais, permitindo-lhes confrontar-se positivamente consigo próprios, construir um projeto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis, promovendo uma vivência informada e responsável da sua sexualidade (Brás, 2008).

Bibliografia

Associação para o Planeamento da Família. (s.d.) – *Sexualidade*. [Em linha.]. Consultado em <https://www.apf.pt/sexualidade>

Brás, M. A. M. (2008). *A sexualidade do adolescente: a perspectiva do profissional de enfermagem dos cuidados de saúde primários*. Porto: ICBAS. Dissertação de Doutoramento em Ciências da Enfermagem.

Direção Geral de Saúde. (2015). - *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa.

Hockenberry, M. J., Wilson, D. (2014). *Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª edição. Loures: Lusociência.

Papalia, D., Olds, S., Feldman, R. (2001). *O Mundo da criança*. 8ª edição. São Paulo: McGraw-Hill.

Reis, R. (2013) *Saúde, Sexualidade e Educação Sexual em Adolescentes do Alto Minho*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo: Dissertação de Mestrado.

Sá, M. I., Silva, M.T., Almeida, D., Vieira, B., Lima, T., Conde, C., Teixeira, M., Lima, J., Oliveira, T. (2015). *Infeções sexualmente transmissíveis e fatores de risco nos adolescentes e jovens: Dados de um Centro de Atendimento a Jovens*. Porto: Nascer e Crescer.

Sousa, P. (2006). *Desenvolvimento moral na adolescência*. O Portal dos Psicólogos.

Apêndices

Apêndice I – Plano da sessão

<p>Formadora: Sara Isabel Botelho da Silva (estudante do 11º MESIP UCP)</p> <p>Tema: Infecções Sexualmente Transmissíveis</p> <p>Objetivos: Dotar os estudantes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimentos sobre os riscos da prática de relações sexuais de risco; - Conhecimentos sobre as IST's (modos de transmissão, sintomas, consequências e prevenção). <p>Objetivos educacionais: Que os estudantes sejam capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar as principais IST's; • Identificar modos de transmissão de IST's; • Identificar sintomas de IST's; • Identificar consequências de IST's; • Identificar medidas de prevenção de IST's; • Identificar importância do uso de preservativo. 		<p>Grupo alvo: 20 crianças do 9ºano</p> <p>Data e hora: 03/12/2018 – 11h</p> <p>Local: Escola eb2,3 – sala de aulas</p> <p>Duração: 90min</p>	
Etapas	Conteúdo	Estratégias	
		Método	Recursos Didáticos
<p>Introdução</p> <p>5min</p>	<p>Apresentação da oradora;</p> <p>Apresentação dos objetivos da sessão e atividades a desenvolver durante a mesma.</p>	<p>Expositivo</p>	<p>Projetor</p> <p>Computador</p>
<p>Desenvolvimento</p>	<p>Questionar sobre IST's;</p>	<p>Expositivo</p>	

40min	<p>Ensinar sobre IST's:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Principais IST's - Modos de transmissão das IST's - Sintomas das IST's - Consequências das IST's - Prevenção das IST's <p>- Visualizar vídeo "Testamento"</p> <p>- Realizar atividade do "Jogo do Contágio" e refletir sobre resultados</p>	<p>Interativo</p> <p>Brainstorming</p>	
Conclusão e Avaliação 15min	<p>Síntese dos conteúdos abordados;</p> <p>Esclarecimento de dúvidas</p> <p>Aplicação de questionário</p>	<p>Expositivo</p> <p>Interativo</p>	

Apêndice 2 – “Jogo do Contágio”

Objetivo: Facilitar a compreensão da facilidade de transmissão sexual do HIV e das IST.

Duração: 15 minutos.

Material: Sala ampla, quadrados de papel, caneta.

Desenvolvimento:

1 - Entregar a cada participante uma folha de papel, com apenas uma figura já desenhada. Para cada grupo de 10 participantes, desenhar em cada folha apenas uma figura geométrica, sendo:

1 Triângulo

2 Quadrados (um por folha)

7 Círculos (um por folha)

2 - Solicitar aos participantes que copiem o desenho do colega que estiver mais próximo.

3 - Repete esse processo por mais uma vez.

4 - Após o término da atividade, perguntar se os participantes têm ideia do que significam as figuras.

5 - Discutir com o grupo o significado das figuras e o que aconteceu com cada participante.

Círculo = pessoa sadia

Quadrado = portador de IST

Triângulo = portador de HIV

Apêndice 3 – Questionário de Avaliação da Sessão

Este é um questionário **anónimo**. Escolhe a opção correta. Podes começar!

Idade: _____

Sexo: Feminino Masculino

- 1) Em caso de suspeita de ser portador de uma IST (Infeção Sexualmente Transmissível):
 - a) Não posso ter relações sexuais
 - b) Devo ir ao médico e fazer as devidas análises
 - c) Todas as anteriores

- 2) As infeções sexualmente transmissíveis:
 - a) Só são transmitidas por relações vaginais sem proteção
 - b) São prevenidas através do anel vaginal
 - c) Podem afetar qualquer pessoa

- 3) A quem pode atingir o Vírus do Papiloma Humano - HPV?
 - a) Homens
 - b) Mulheres
 - c) Alínea a) e b) estão corretas

- 4) Qual é o método mais eficaz para prevenir as IST?
 - a) A utilização de preservativo
 - b) A pílula
 - c) Nenhuma das anteriores

- 5) Qual das seguintes opções é a forma mais fácil de ficar infetado com uma IST?
 - a) Através de beijos
 - b) Através de relações sexuais desprotegidas
 - c) Partilha de toalhetes pessoais

- 6) A SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida) pode levar à morte mas tem cura.
 - a) Verdadeiro
 - b) Falso

- 7) Qual das seguintes opções não é sintoma de uma IST?
 - a) Verrugas nos órgãos genitais
 - b) Fezes líquidas
 - c) Febre

- 8) O herpes genital é provocado pelo mesmo vírus que o herpes labial
 - a) Verdadeiro
 - b) Falso

	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
No geral, como avalias a sessão (em relação ao conteúdo, organização, formadora)?				

Obrigado pela tua colaboração!

Apêndice 4 – Slides da Apresentação



Sumário

- Definição
- Infeções Sexualmente Transmissíveis
 - Principais IST's
 - Modos de transmissão
 - Sintomas
 - Consequências
 - Prevenção
- Dinâmica: Jogo
- Questionário

Infeções sexualmente transmissíveis

Infeções contagiosas cuja forma mais frequente de transmissão é através das relações sexuais (vaginais, orais ou anais).

Portais de saúde sexual e reprodutiva

- ## Principais IST's
- a) VIH/SIDA (Síndrome de imunodeficiência humana adquirida)
 - b) Hepatite B;
 - c) Herpes Genital;
 - d) HPV (Papiloma vírus humano);
 - e) Gonorréia;
 - f) Sífilis;
 - g) Clamídia;

Muitas vezes **não surgem** sintomas ou então **demoram muito a manifestarem-se!**

Herpes Genital

- Virus herpes simplex do tipo 2
- Contacto com lesões ou secreções
- Período de incubação 3 a 7 dias
- Não existe cura

- Vesículas e lesões na área genital
- Dor, prurido e ardor ao urinar

Prevenção:
 - Uso de preservativo

Clamídia

Normalmente sem sintomas, mas...

- IST mais comum
- Pode afetar: pênis, a vagina, o colo do útero, o ânus, a uretra, a garganta ou os olhos.
- Transmissão: via sexual e de mãe para filho.

Prevenção:

- Uso de preservativo.



Na mulher:

- Ardor ou dor ao urinar;
- Pus ou corrimento proveniente do pênis;
- Inchaço nos testículos ou no ânus.

Na mulher:

- Dor pélvica;
- Corrimento vaginal;
- Dor durante a relação sexual ou ao urinar;
- Hemorragia entre as menstruações;
- Poderá existir abscesso pararectal (amarelo e espesso).

Sífilis

- Sífilis Primária - úlcera indolor no ponto de exposição da bactéria
- Pode aparecer nos genitais, na uretra, no ânus e no colo do útero, bem como nos lábios e na boca.
- Relações sexuais não protegidas, contacto com as lesões, e durante gestação

Prevenção:

- Uso de preservativo.

• Fase 1 - 3 semanas, pequena ferida/úlcer nos órgãos genitais, na boca, na mama ou no ânus.

• Fase 2 - 3 a 6 semanas depois da lesão: febre, dores de cabeça, perda de peso, dores musculares e fadiga.

• Fase 3 - severos danos ao nível do sistema nervoso e sistema cardiovascular - MORTE



Gonorreia

- Pode afetar o pênis, a vagina, o colo do útero, a uretra, o ânus ou a garganta.
- Contacto sexual com uma pessoa infetada, mas pode ser também transmitida de mãe para filho durante o parto.

Prevenção:

- Uso de preservativo.

Na mulher:

- Dor pélvica
- Hemorragia
- Febre
- Peristónio doloroso
- Ardor ao urinar
- Infestação de vulva
- Vaginitis e mal-estar geral
- Corrimento vaginal purulento
- Urinar mas vaza e com mais frequência

Na mulher:

- Corrimento do pênis semelhante purulento
- Dor ou ardor ao urinar
- Dor nos testículos



Hepatite B

90% assintomática, mas...

- Infecção viral que afeta o fígado e pode causar doença aguda ou crónica
- Vias de transmissão: fluidos genitais, fluidos corporais e leite materno
- Mais perigosa de todas as hepatites
- Período de incubação: média de 75 dias (30 a 180 dias)
- Vírus pode ser detetado 30 a 60 dias após a infeção

Prevenção:

- Administração de Vacina;
- Uso de preservativo.

• Febre,

• Fadiga extrema,

• Náuseas,

• Vômitos,

• Dor abdominal,

• Dores nas articulações,

• Erupções na pele icterícia (pele e olhos amarelados),

• Urina escura e fezes claras.



HPV – Vírus do Papiloma Humano

- + de 100 tipos de HPV
- 80% das mulheres e dos homens têm contacto com o vírus em alguma fase da sua vida

Prevenção:

- Administração de vacina;
- Uso de preservativo.

Assintomático na maioria das vezes, mas pode causar verrugas, cerca de 40 tipos afetam o aparelho genital, causando condilomas (verrugas genitais). Pode evoluir para cancro (especialmente cancro do colo do útero).

A forma mais fácil de diagnosticar é através do exame citológico (Papanicolaou).



VIH/SIDA

- Síndrome provocado pelo vírus da imunodeficiência humana
- Pode estar inativo (pessoas seropositivas) ou ativo.
- Quando ativo, o vírus afeta as células do sistema imunitário, destruindo-o.
- Infecções oportunistas.
- Transmissão: sangue, esperma ou secreções vaginais, gravidez/parto ou aleitamento.
- Não se transmite: abraço, toque, beijo, estar no mesmo local, etc.

Diagnóstico:

- Análise sanguínea específica;
- 3 a 10 semanas após contacto;
- Incerteza de resultado até 3 meses;
- Repetir teste após 3 meses.



VIH/SIDA

Prevenção:

- Uso de preservativo
- Não partilhar objetos que possam estar em contacto com fluidos contaminados
- Realizar uma terapêutica adequada durante a gravidez e o parto e evitar o aleitamento.




Consequências das IST's

- Infertilidade em ambos os sexos
- Impotência masculina
- Doenças venéreas
- Aborto
- Neoplasias (cancro)
- Facilidade em contrair outras IST
- Morte



A transmissão das IST é fácil.

- Abstinência – 100% eficaz
- Prevenção
 - Utilizar preservativo
 - Exames periódicos/accompanhamento constante
 - Escolha de parceiro (conhecer história)

No caso de IST informar parceiros dos últimos tempos (dependendo de IST)



Jogo

Jogo do Contágio

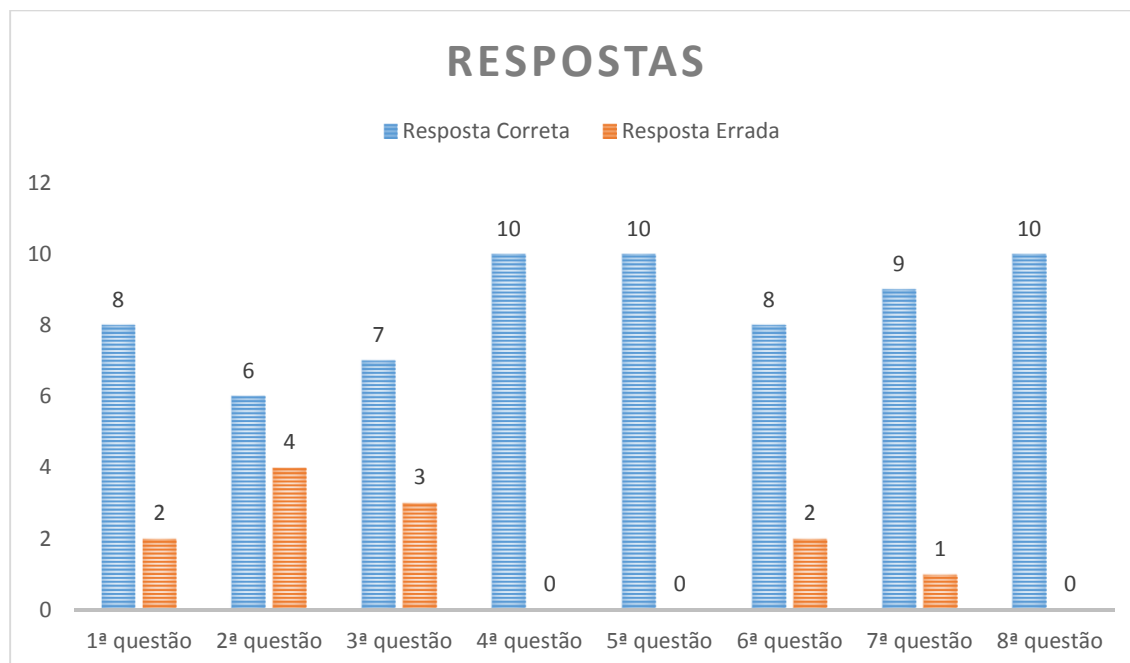
Círculo = pessoa saudável
 Quadrado = portador de IST
 Triângulo = portador de HIV



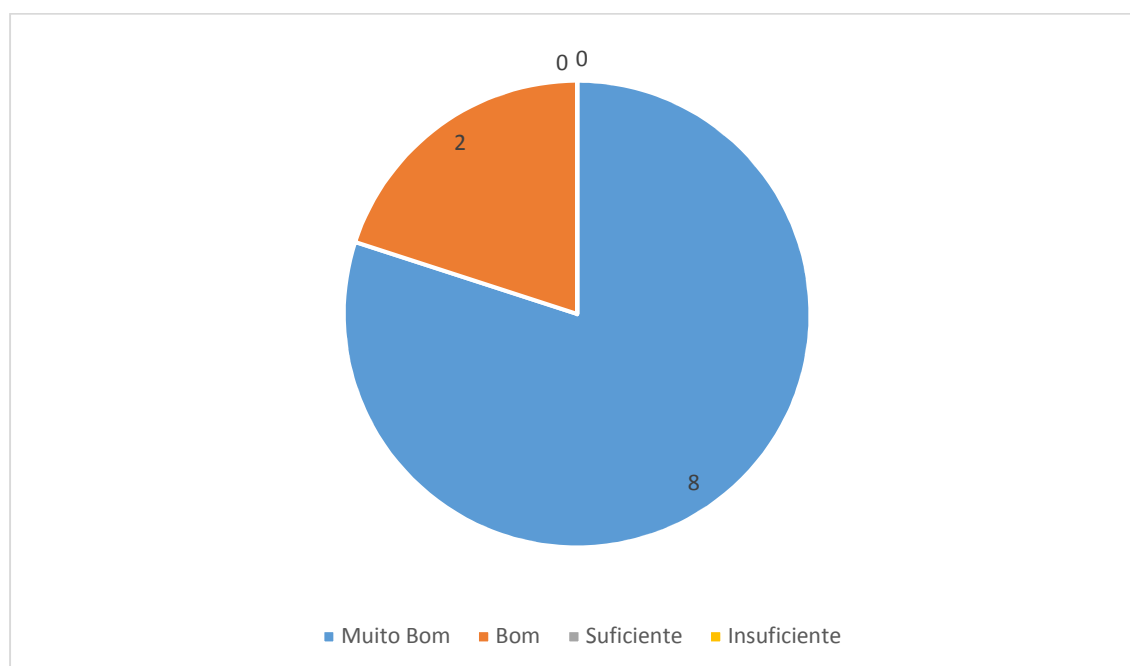
Apêndice 5 – Análises dos Resultados do Questionário e Avaliação da Sessão

Análises dos Resultados do Questionário

Nº de Participantes: 10 participantes



Análises à Avaliação da Sessão



Apêndice VI – Planeamento de Ação de Formação a Pares: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor nas crianças



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

Planeamento de Ação de Formação a Pares
Estratégias não farmacológicas no controlo da dor nas crianças

Porto, Outubro de 2018



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

Planeamento de Ação de Formação a Pares
Estratégias não farmacológicas no controlo da dor nas crianças

Elaborado por: Sara Isabel Botelho da Silva, n.º394816002
Docente Orientadora: Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, Outubro de 2018

Índice

Introdução	180
1. Fundamentação Teórica	181
2. Objetivos da Sessão	183
3. Metodologia	184
4. Recursos	185
5. Avaliação da Sessão	186
Conclusão	187
Bibliografia	188
Apêndices	190
Apêndice 1 – Plano	191
Apêndice 2 – Questionário de Avaliação	193
Apêndice 3 – Apresentação	195
Apêndice 4 – Análise das Respostas à Avaliação da Formação	200

Introdução

A Ação de Formação “Estratégias não farmacológicas no controlo da dor nas crianças” surgiu no âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório, e em contexto de serviço de internamento de pediatria médica. Este estágio decorre no período de 10 de Setembro a 3 de Novembro do corrente ano, enquadrando-se no 3º semestre do 11º curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde – Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

Esta Ação de Formação foi desenvolvida sob a orientação da enfermeira tutora no contexto e da docente Professora Doutora Isabel Quelhas.

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

- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio Final e Relatório;
- Clarificar os aspetos inerentes ao planeamento da ação de formação.

Este documento encontra-se organizado da seguinte forma: para além da presente introdução, é realizada uma fundamentação teórica do tema da formação, seguida da apresentação dos objetivos; sendo depois apresentada a metodologia, os recursos utilizados para a sessão e, por último, a seleção e organização de estratégias de avaliação, terminando na conclusão.

1. Fundamentação Teórica

A dor foi considerada como 5º sinal vital em 2003 através da circular normativa nº09/DGCG, implicando não só a monitorização da mesma, mas também o seu registo e implementação de medidas adequadas para a sua minimização (Direção Geral de Saúde, 2003).

A avaliação da dor fundamenta as intervenções dos profissionais de saúde no seu controlo. Uma dor não identificada não poderá ser tratada e a sua não quantificação impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou da eficácia dos tratamentos. Contudo, se a sua identificação não coloca problemas na criança com capacidade de comunicação verbal, na criança pré-verbal ou com necessidades especiais a sua identificação só é possível com recurso a medidas fisiológicas e/ou comportamentais, ou seja recorrendo a escalas de avaliação adequadas e validadas para o efeito (Batalha, 2016). As pessoas, qualquer que seja a sua idade ou habilidade para comunicar, têm o direito a não sofrer (Batalha, 2013).

Em 2010, o grupo de trabalho da Dor na Criança, da Comissão Nacional de Controlo da Dor, sob a orientação da DGS (Direção Geral de Saúde), elaborou as primeiras orientações técnicas para a avaliação e controlo da dor em pediatria (DGS, 2010).

Em 2012, mais três orientações técnicas foram publicadas, uma sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias), outra sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica e outra sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos) (DGS, 2012).

As estratégias não farmacológicas de controlo da dor aumentam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança e da família, no entanto a sua escolha deve ter em atenção o desenvolvimento cognitivo da criança, as suas preferências, bem como o contexto envolvente e a situação específica.

Um dos poucos estudos realizados sobre a dor em pediatria em Portugal revelou, em 2014 que a história de dor estava registada em 397 (47,8%) dos processos clínicos, sendo que em 373 (94%) esta foi obtida nas primeiras 24 horas de internamento da criança. O enfermeiro identificou a técnica não farmacológica preferida da criança em 124 (31,2%) dos casos. A prevalência de identificação da intensidade da dor foi de 297 (35,8%) e a adequação da escolha da escala da dor em função da idade da criança foi considerada correta em apenas 359 (59,3%) das situações (Batalha, 2015).

De acordo com Batalha (2013), num estudo realizado entre 2002 e 2012, foi possível concluir que existe uma redução significativa na dor entre o início e o fim do mesmo, assim como um aumento do registo de elementos da dor na criança. A informatização dos registos explicam a recolha desta informação, no entanto é importante refletir sobre os elementos a parametrizar. Por outro lado verificou-se um decréscimo acentuado na utilização de intervenções não farmacológicas.

Identifiquei a necessidade de uma formação sobre dor em Pediatria, pois através da revisão bibliográfica foi possível refletir sobre a realidade vivenciada neste âmbito na assistência de enfermagem. Após análise e discussão desta abordagem à temática com a enfermeira tutora e com o enfermeiro chefe, considerou-se pertinente uma sessão acerca das estratégias não farmacológicas para o controlo da dor, e com implicações para a prática dos profissionais do serviço.

2. Objetivos da Sessão

Foram definidos como objetivos para a sessão de formação sobre estratégias não farmacológicas de controlo da dor nas crianças:

- Sensibilizar para a necessidade de avaliar a dor de forma sistemática;
- Identificar indicadores da dor;
- Identificar escalas existentes para as diferentes faixas etárias em pediátrica;
- Descrever o papel do enfermeiro na gestão das intervenções farmacológicas;
- Sensibilizar para a importância da utilização das estratégias não farmacológicas no controlo da dor nas crianças;
- Capacitar os enfermeiros de conhecimentos sobre estratégias não farmacológicas a utilizar em crianças com dor.

Por forma a ser possível atingir os objetivos supracitados, foi selecionada a seguinte organização dos conteúdos a abordar:

- Revisão Bibliográfica
- Avaliação da dor
 - Indicadores da dor
 - Métodos e instrumentos de avaliação
- História da dor na avaliação inicial
- Intervenções farmacológicas vs. Intervenções não farmacológicas
- Tratamento farmacológico – papel do enfermeiro
- Intervenções não farmacológicas
 - Nos recém-nascidos
 - Nas crianças/adolescentes
 - Kit sem dói-dói
 - Intervenções (SCLínico ®)

3. Metodologia

A sessão será realizada no dia 31 de Outubro de 2018, para um grupo de 8 enfermeiros (número estimado) do serviço de Internamento da Pediatria Médica.

Para esta sessão de formação será utilizado método expositivo e interativo. Será feita uma apresentação em PowerPoint para apoio da sessão. No final será promovida uma discussão onde poderão partilhar práticas vivenciadas e esclarecer dúvidas.

A formação terá a duração de 1 hora: 5 minutos para a introdução e fundamentação da sessão, 40 minutos para apresentação teórica, e no final 15 minutos para discussão/esclarecimento de dúvidas.

4. Recursos

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

- Recursos Humanos: Estudante do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto;
- Recursos Físicos: Sala;
- Recursos materiais: computador portátil e projetor.

5. Avaliação da Sessão

A avaliação da sessão será realizada através do preenchimento de questionário, sobre o conteúdo programático, a organização da ação de formação e a formadora (anexo 2).

Conclusão

Portugal foi o segundo país europeu a decretar uma circular normativa a elevar a dor como quinto sinal vital e considera, como norma de boas práticas, a avaliação e o registo sistemático da dor (Batalha, 3013). Os enfermeiros reconhecem a evidência de que a avaliação da dor é o primeiro passo para o seu controlo eficaz.

As boas práticas na avaliação e no controlo da dor na criança passam pelo envolvimento ativo da criança e dos seus pais como verdadeiros elementos da equipa de saúde, sendo esta uma estratégia não farmacológica fundamental.

Prestar cuidados com qualidade implica prestar cuidados com base na evidência científica. A formação em serviço é sempre um ótimo momento de aprendizagem quer para o formador quer para a equipa de enfermagem, uma vez que permite uma reflexão na prática e troca de experiências entre a equipa, possibilitando adquirir novos conhecimentos e crescer enquanto profissionais.

Bibliografia

Batalha L, Guimarães H. (2003). *Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido*. Acta Pediátrica Portuguesa.

Batalha L. (2005). *As dificuldades na quantificação exata da dor*. Servir.

Batalha L., Reis G., Costa L.P., Carvalho M.D., Miguens A.P. (2009). *Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças*. Rev Enf Ref.

Batalha L. (2010). *Dor em Pediatria – Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.

Batalha L, Mendes V.M. (2013). *Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability-Revised (FLACC-R)*. Rev Enf Ref.

Batalha L. (2013). *Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década*. Saúde & Tecnologia.

Batalha L., Costa L., Reis G., Jacinto F., Machado R., Santos P. (2014). *Dor pediátrica em Portugal: resultados da sensibilização e formação*. Acta Pediátrica Portuguesa.

Batalha L. (2016). *Avaliação da dor (Manual de estudo – Versão I)*. Coimbra: ESEnfC.

Direção-Geral de Saúde. (2003). *Circular Normativa nº09/DGCG. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa.

Direção-Geral de Saúde. (2010). *Orientação 014/2010. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa.

Direção-Geral de Saúde. (2012). *Orientação 022/2012. Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças*. Lisboa.

Direção-Geral de Saúde. (2012). *Orientação 023/2012. Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica*. Lisboa.

Direção-Geral de Saúde. (2012). *Orientação 024/2012. Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança – Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Apêndices

Apêndice I – Plano

Formadora: Sara Isabel Botelho da Silva (estudante do 11º MESIP UCP) Tema: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor nas crianças Duração: 1 hora		Grupo alvo: Enfermeiros do Serviço de Internamento de Pediatria Médica Data e hora: 31/10/2018 Local: Sala Samsung Duração: 1 hora	
Fase	Conteúdo	Método	Recursos Didáticos
Introdução 5min	Apresentação do tema; Referência a conteúdos a abordar.	Expositivo	Projetor Computador
Desenvolvimento 40min	Contextualização do tema; Estratégias não farmacológicas no controlo da dor nas crianças.		
Conclusão 15min	Síntese dos conteúdos abordados Discussão sobre temática e esclarecimento de dúvidas; Avaliação da sessão.		

Apêndice 2 – Questionário de Avaliação



Formação: Estratégias não farmacológicas de controlo da dor nas crianças

1.CONTEUDO PROGRAMÁTICO	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Objetivos da Ação				
Utilidade dos Conteúdos				
Corresponde às Expetativas				

2.ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Documentos Utilizados				
Métodos utilizados				
Meios Audiovisuais				
Gestão do tempo				

3.FORMADOR	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Domínio do Tema				
Clareza da exposição				

Apêndice 3 – Apresentação

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
SACULIA INSTITUCIONAL
LEBON FORTO

Instituição de Saúde

Estratégias não farmacológicas no controlo da dor nas crianças


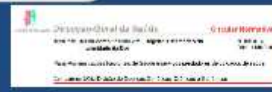
Sara Botelho



Dor
5º sinal vital (2003)
- Avaliação
- Registo
- Implementação de medidas adequadas


Princípios Gerais da Dor
A dor é uma experiência subjetiva, aguda e crônica, causada por lesão ou potencial de lesão de qualquer natureza. Não pode ser avaliada ou tratada apenas com base em sinais físicos.

Em Pediatria? Desafio Único

Sumário

- Revisão Bibliográfica
- Avaliação da dor
 - Indicadores da dor
 - Métodos e Instrumentos de avaliação
- História da dor na avaliação inicial
- Intervenções farmacológicas vs. Intervenções não farmacológicas
- Tratamento farmacológico – papel do enfermeiro
- Intervenções não farmacológicas
 - Nos recém-nascidos
 - Nas crianças/adolescentes
 - Kit sem dor-dor
 - Intervenções (SC/Inico e)
- Discussão



Revisão Bibliográfica

Cria da Criança
Let's Talk

DOR PEDIATRIA
Crianças e Adolescentes




Revisão Bibliográfica

ORIENTAÇÃO
SACULIA INSTITUCIONAL

ORIENTAÇÃO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ORIENTAÇÃO
SACULIA INSTITUCIONAL

ORIENTAÇÃO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



Avaliação da dor: Indicadores da dor

- Auto-relato?
- Indicadores fisiológicos
- Indicadores comportamentais

INDICADORES DIFERENTES EM IDADES DIFERENTES

Recém-nascido:

- Expressão facial e corporal
- Modificações no comportamento
- Sinais físicos

Lactente:

- Choro
- Expressão facial
- Expressão de emoções
- Expressão corporal
- Alterações comportamentais
- Sinais físicos



avaliação da dor: Indicadores da dor

1-3 anos:

- Expressão emocional
- Resistência física acentuada
- Choro, grito
- Expressão facial
- Proteção da zona dolorosa
- Expressão verbal

Idade pré-escolar:

- Vulneráveis a ameaças de lesão corporal
- Expressão verbal
- Alterações comportamentais
- Alterações na sociabilidade e dependência
- Sinais físicos



Idade escolar e Adolescência:

- Expressão verbal
- Desinteresse
- Imobilidade
- Alteração comportamental
- Etc.

Instituição de Saúde

avaliação da dor: Métodos e Instrumentos de Avaliação

Recém-nascidos

- EDIN
- NIPS
- PIPP
- N-PASS

Menores de 4 anos ou crianças sem capacidade para verbalizar

- FLACC

A partir dos 6 anos

- EVA
- EN
- FPS-R
- Escala de faces de Wong-Baker

Criança com multideficiência

- FLACC-R

Instituição de Saúde

Revisão Bibliográfica

Estudo 1 (2002)

↓

Estudo 2 (2012)


- Redução significativa na dor
- Aumento do registo de elementos da dor
- Decréscimo acentuado na utilização de intervenções não farmacológicas (Batalha, 2013)

Estudo 2014


- História de dor registada - 397 (47,8%) dos processos clínicos
 - 373 (94%) obtida 24 horas
 - Identificação da técnica não farmacológica preferida - 124 (31,2%)
- Identificação da intensidade da dor foi de 297 (35,8%)
- Adequação da escala da dor em 359 (59,3%) (Batalha, 2015).

Instituição de Saúde

História da dor na avaliação inicial



- Características individuais e a sua história de dor
- Características familiares ou do cuidador
- Características do profissional
- Aspectos culturais do contexto
- História de dor



Instituição de Saúde

Estratégias farmacológicas

versus


Estratégias não farmacológicas

Intensidade da dor? Tipo? Etiologia? Previsibilidade da duração?
Contexto clínico? Personalidade da criança? Cooperação familiar? etc.

Instituição de Saúde

Tratamento farmacológico – papel do enfermeiro

- Preparar e administrar a terapêutica
- Decidir quando administrar (SOS)
- Avaliar e comunicar eficácia
- Vigiar e controlar efeitos secundários
- Papel educativo
- Colaborar na revisão terapêutica



Instituição de Saúde



Estratégias não farmacológicas

- **Comportamentais**
 - Dessensibilização
 - Reforço Positivo
 - Relaxamento
- **Cognitivos**
 - Informação preparatória
 - Mudança de memória
 - Hipnose
 - Auto-relato positivo e paragem de pensamento
- **Cognitivo-comportamentais**
 - Distração
 - Modelagem e ensaio
 - Imaginação guiada
- **Físicos**
 - Aplicação calor/frio
 - Massagem
 - Posicionamento
 - Estimulação elétrica transcutânea nervosa
- **Emocionais**
 - Presença
 - Toque
 - Conforto
- **Ambientais**
 - Temperatura, luz, etc.






Estratégias não farmacológicas em Recém-Nascidos

- Redução de luzes
- Redução de ruído
- Preservação de períodos de sono e repouso
- Posicionamento
- Concentração de manipulações
- Massagem terapêutica
- Embalo
- Contacto físico dos pais com o RN
- Método canguru
- Sucção não nutritiva
- Leite materno
- Sacarose a 24%

Estratégias não farmacológicas nas crianças/adolescentes

Cognitivas Fornecimento de informação antecipatória Distração Reforço positivo Imaginação guiada Simulação ou modelação	Comportamentais Distração comportamental Relaxamento muscular
Físicas Aplicação de frio Aplicação de calor Massagem Posicionamentos	Cognitivo-comportamentais
Outras Musicoterapia Arteterapia Humor ...	

KIT SEM DÓI-DÓI

- Aprendizagem de estratégias para diminuir o medo, a ansiedade da criança/adolescente e dos pais
- Diminuir a percepção de dor nos procedimentos de diagnóstico e/ou terapêuticos



Materiais didáticos e lúdicos






Intervenções (SClínico®)

- Vigiar a dor
- Monitorizar a dor através de escala de dor
- Gerir o ambiente físico
- Posicionar o RN/lactente/criança
- Massajar partes do corpo
- Comprimir partes do corpo
- Executar/Ensinar/Instruir/Treinar técnica de massagem
- Executar/Ensinar/Instruir/Treinar técnica de distração
- Executar/Ensinar/Instruir/Treinar de imaginação guiada
- Executar/Ensinar/Instruir/Treinar técnica de relaxamento
- Ensinar sobre auto controlo: dor
- Incentivar auto controlo: dor
- Aplicar calor
- Aplicar frio
- Assistir a pessoa na identificação de estratégias para alívio de dor
- Ensinar/Instruir/Treinar a pessoa sobre o uso de estratégias não farmacológicas para alívio de dor

Discussão






Bibliografia

- Sampa L, Guimarães H. Avaliação de dor e desconforto no reumatismo. *Acta Médica Portuguesa*. 2003.
- Sampa L. *As dificuldades na quantificação da dor*. SAUV; 2005.
- Sampa L, Reis G, Costa LP, Carvalho MD, Miguel AP. Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão portuguesa da escala de dor Face, Legs, Joints, Cyn, Consistency (FLICC) em crianças. *Rev STP/Inf*. 2009.
- Sampa L. *Dor em Pediatria – Compreender para cuidar*. Lisboa: Lidel; 2010.
- Sampa L, Mendes VN. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da escala Face, Legs, Joints, Cyn, Consistency-Revised (FLICC-R). *Rev STP/Inf*. 2013.
- Sampa L. Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma revisão. *Saúde & Tecnologia*. 2013.
- Sampa L, Costa L, Reis G, Jardim P, Machado R, Santos P. Dor pediátrica em Portugal: resultados da sensibilização e formação. *Acta Médica Portuguesa*. 2014.
- Sampa L. Avaliação da dor (Manual de estudo – Versão 1). Coimbra: CIGOTC; 2016.
- Direção-Geral de Saúde. *Circular Normativa nº04/DGDC, 5 de 2016*. Registo eletrónico da Intendência da Saúde. 14 Jun 2009.
- Direção-Geral de Saúde. *Orientação 016/2010*. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. DGS, 14 Dez 2010.
- Direção-Geral de Saúde. *Orientação 002/2012*. Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças. DGS, 16 Dez 2012.
- Direção-Geral de Saúde. *Orientação 003/2012*. Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com abenço analgésica. DGS, 18 Dez 2012.
- Direção-Geral de Saúde. *Orientação 006/2012*. Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas recém-nascidos. DGS, 18 Dez 2012.
- Ordem dos Enfermeiros. *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: OE; 2008.
- Ordem dos Enfermeiros. *Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança – Guia Orientador de Boa Prática*. Lisboa: OE; 2015.



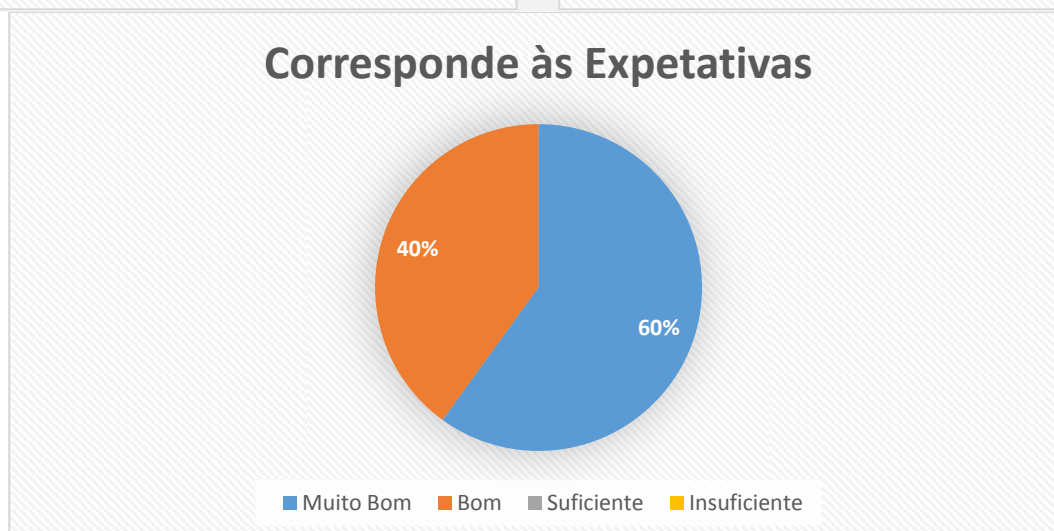
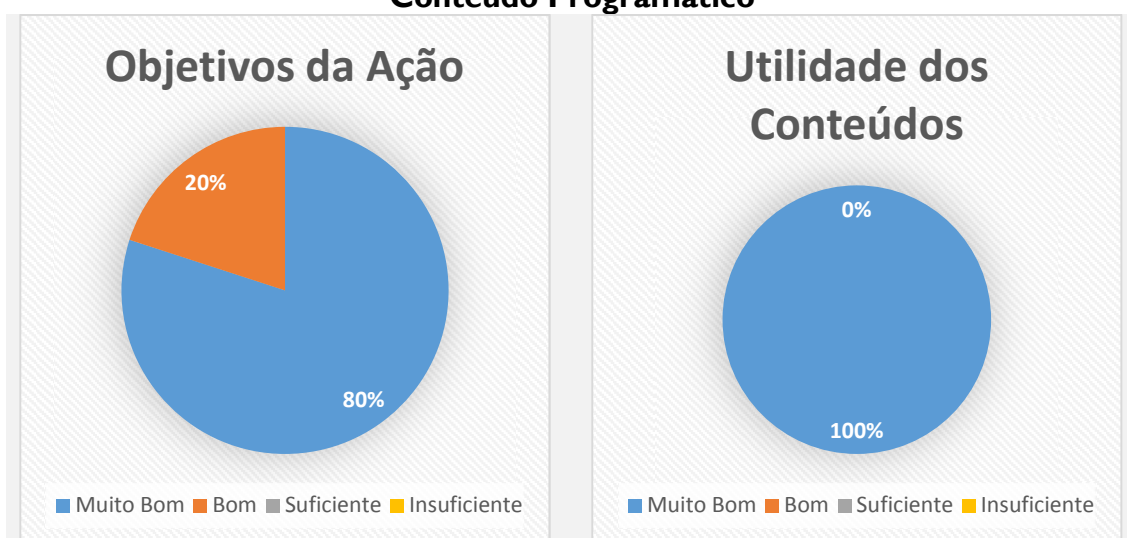
Instituto
de Saúde

Apêndice 4 – Análise das Respostas à Avaliação da Formação

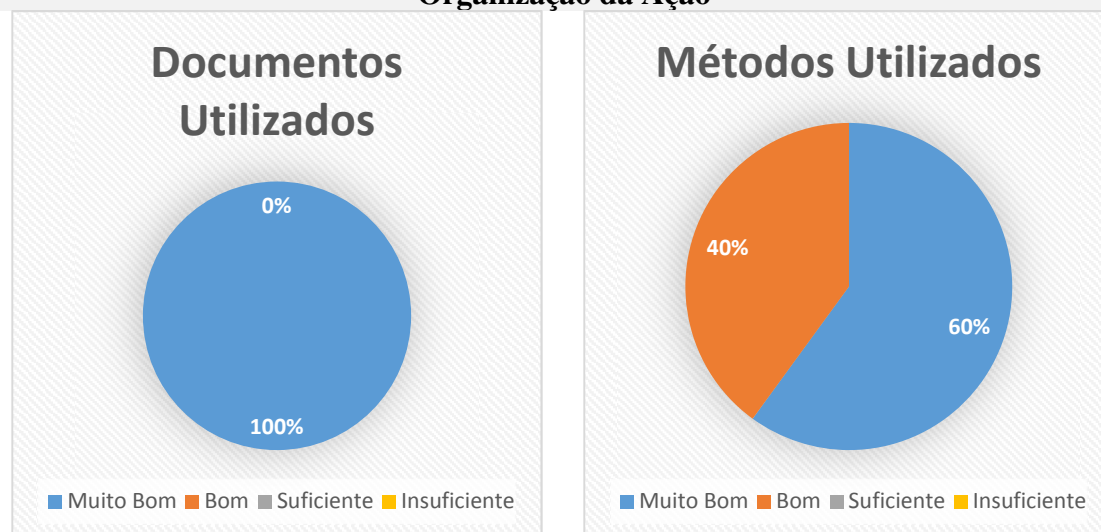
Análise das respostas à avaliação da formação

Nº de participantes: 5

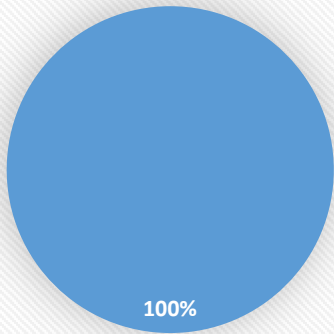
Conteúdo Programático



Organização da Ação

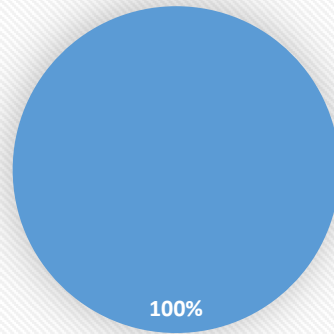


Meios Audiovisuais



■ Muito Bom ■ Bom ■ Suficiente ■ Insuficiente

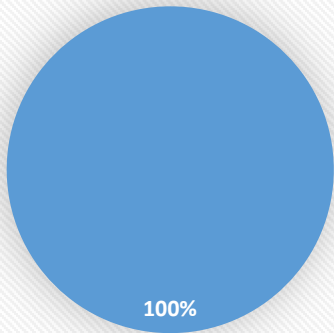
Gestão do tempo



■ Muito Bom ■ Bom ■ Suficiente ■ Insuficiente

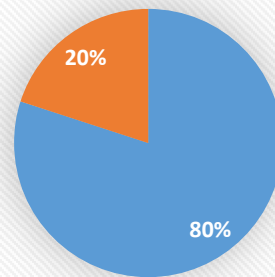
Formador

Dominio do Tema



■ Muito Bom ■ Bom ■ Suficiente ■ Insuficiente

Clareza da exposição



■ Muito Bom ■ Bom ■ Suficiente ■ Insuficiente