



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

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

**Patrícia Alexandra de Amorim Passos Nascimento Mendes**

**Porto, Maio de 2011**





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

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

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

### **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

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

**Elaborado por:** Patrícia Mendes

**Orientado por:** Mestre Isabel Quelhas

**Porto, Maio de 2011**



## RESUMO

Este relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que visa especificamente a aquisição, desenvolvimento e integração de saberes para a assistência de enfermagem avançada ao recém-nascido, criança e adolescente, sendo especialmente dirigida para a promoção do desenvolvimento e adaptação aos processos de saúde e doença, e confere competência para a prestação de cuidados especializados.

O relatório sintetiza todo o trabalho desenvolvido durante o Estágio, cuja actividade se desenvolveu no Serviço de Internamento de Pediatria da U.L.S. Matosinhos, no Centro de Saúde Sra. Hora e no Serviço de Urgência de Pediatria do Hospital de S. João. Tendo por base o agrupamento das competências do Enfermeiro Especialista por áreas, foram delineados objectivos específicos para o contexto assistencial que, por sua vez, determinaram a necessidade de planeamento e concretização de actividades, bem como a selecção, mobilização e integração dos conhecimentos adquiridos ao longo do meu percurso pessoal e profissional. Segue-se uma reflexão crítica na qual transmito a intencionalidade do trabalho desenvolvido e o significado das experiências vividas, de forma a evidenciar as competências adquiridas. No decorrer deste trajecto, adoptei como preocupação transversal a temática da dor, na medida em que o contacto com realidades assistenciais tão distintas criou a necessidade enquanto profissional, de melhorar a compreensão sobre esta problemática e extrapolar estes conhecimentos para o contexto laboral, de forma a melhorar a prática e consequentemente a saúde e bem-estar das crianças.

Este relatório demonstra assim a minha intervenção e aprendizagem no percurso formativo como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do qual resultou a aquisição das competências propostas para a prestação de cuidados especializados.

**PALAVRAS – CHAVE:** Criança, Família, Competências, Cuidados de enfermagem e Dor.



## **ABSTRACT**

This report occurs in the framework of the Master's Degree in Nursing with specialization in Infant Health and Pediatrics, which refers specifically to the acquisition, development and integration of knowledge for advanced nursing care to newborns, children and adolescents and is particularly directed to the promotion of development and adaptation to processes of health and illness, and confers competence for the provision of specialized care.

The report summarizes all the work done during the probationary period, whose activity was developed in the Department of Pediatrics, at ULS Matosinhos, in Sra. Hora Health Center and in the Pediatric Emergency Service, at Hospital S.João. Gathering the skills of a Nurse Specialist in different areas of intervention, there were outlined specific goals which, in turn, determined the need for planning and implementation of activities as well as the selection, mobilization and integration of knowledge throughout my personal and professional journey. It was then held a critical reflection in which I transmit the intent and meaning of work experiences in order to demonstrate the skills acquired. During this journey, I adopted as a crosscutting concern the issue of pain, since during the contact with different realities in health care, I felt the need as a professional, to improve understanding of this problem and extrapolate knowledge to the workplace in order to improve practice and consequently the health and well-being of children.

Therefore, this report appears as a reflection of my intervention and learning in the training process as a Nurse Specialist in Infant Health and Pediatrics, which resulted in the acquisition of the requested skills for the provision of specialized care.

**KEY - WORDS:** Child, Family, Skills, Nursing Care and Pain.



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**CAJ** – Centro de apoio a Jovens

**CIPE**- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**CTAS** - Canadian emergency department triage and acuity scale

**DGS** – Direcção Geral da Saúde

**ECTS** - European Credit Transfer and Accumulation System

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

**EDIN**- Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau- Né

**EMLA** - Eutectic Mixture of Local Anesthetic

**EVA** – Escala visual analógica

**EVS** - Escala visual simples

**GRAPE** - Grupo de Apoio à Prática de Enfermagem

**HSJ** – Hospital de São João

**ICS**- Instituto de Ciências da Saúde

**INEM**- Instituto Nacional de Emergência Médica

**OPS**- Escala de Dor Objectiva

**PNV** – Programa Nacional de Vacinação

**REPE**- Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

**RN** – Recém-nascido

**SAPE** - Sistema de apoio à prática de enfermagem

**SU**- Serviço de Urgência

**UCP**- Universidade Católica Portuguesa

**ULSM**- Unidade Local de Saúde de Matosinhos

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**USF** – Unidade de Saúde Familiar



## ÍNDICE

0. NOTA INTRODUTÓRIA .....	11
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO .....	13
2. NO CAMINHO PARA A EXCELÊNCIA .....	17
2.1. COMPETÊNCIAS PREVIAMENTE ADQUIRIDAS .....	18
2.2. COMPETÊNCIAS, OBJECTIVOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	22
2.2.1. Prestação de cuidados .....	22
2.2.2. Gestão .....	55
2.2.3. Formação .....	57
2.2.4. Investigação .....	60
3. NOTA FINAL .....	67
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	71
ANEXOS .....	75
<b>Anexo I</b> - Cronograma de estágio .....	77
<b>Anexo II</b> - Plano de cuidados: Criança 15 meses e família .....	81
<b>Anexo III</b> – Distribuição por idades das consultas de enfermagem realizadas .....	89
<b>Anexo IV</b> - Projecto As Sextas-feiras do Chico – Esperto .....	93
<b>Anexo V</b> - Enquadramento teórico: Dinamização do Cantinho da Amamentação .....	159
<b>Anexo VI</b> - Acção de educação para a saúde: Para uma vida sem fumo .....	191
<b>Anexo VII</b> - Projecto: Sexualidade Saudável .....	229
<b>Anexo VIII</b> - Acção de formação: Escala de EDIN: avaliação da dor no RN .....	305
<b>Anexo IX</b> - Acção de formação: Sacarose – Para uma imunização sem dor .....	349



## **0. NOTA INTRODUTÓRIA**

As crianças, devido à sua vulnerabilidade, necessitam de uma protecção e de uma atenção especiais. O facto de serem seres em desenvolvimento, em sucessiva conquista de autonomia e em íntima relação no binómio criança/família, exige cuidados de enfermagem especializados com vista a um cuidar em parceria para uma optimização da saúde da criança. E, é precisamente desta exigência, que surge a necessidade de formação constante, suportada na integração de novos conhecimentos e reforço dos já existentes, com vista a um aprofundamento de competências, que permitam encarar com confiança os desafios presentes e futuros.

Nesta linha de pensamento, o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, visa especificamente a aquisição, desenvolvimento e integração de saberes para a assistência de enfermagem avançada ao recém-nascido, criança e adolescente, sendo especialmente dirigida para a promoção do desenvolvimento e adaptação aos processos de saúde e doença, e confere competência para a prestação de cuidados especializados.

No enquadramento do plano de estudos, o Estágio constituiu um segmento de formação importante, uma vez que me proporcionou diversas oportunidades de aprendizagem e o aprofundamento dos conhecimentos adquiridos ao longo da fase teórica, inerentes ao desempenho de funções na área de actuação do enfermeiro especialista.

Terminado este período de aprendizagem que conduziu à aquisição do título de Enfermeira Especialista, e com o intuito de reconhecer e evidenciar as competências conducentes à obtenção do grau de mestre, procurei fazer um exercício autocrítico e reflexivo do meu desempenho, evidenciado no presente relatório.

No decorrer deste trajecto, adoptei como preocupação transversal a temática da dor. Como profissionais de saúde, temos o dever de tratar a dor, e o não cumprimento desse exercício atinge princípios éticos, sobretudo na prática pediátrica, cuja população nem sempre verbaliza os seus sentimentos, anseios e medos. Neste sentido, no contacto com realidades assistenciais tão distintas, senti a necessidade enquanto profissional, de melhorar a compreensão sobre esta problemática e extrapolar estes conhecimentos para o contexto laboral, de forma a melhorar a prática e obter ganhos efectivos na saúde e bem-estar das crianças.

Nesta linha de pensamento, estabeleci como objectivo transversal a todo o estágio: **Desenvolver e aprofundar conhecimentos e competências na gestão adequada da dor da criança/jovem**. Esta preocupação será evidenciada nos objectivos, actividades e reflexão realizada ao longo do relatório.

A elaboração do relatório de estágio tem os seguintes objectivos:

- Descrever as actividades desenvolvidas e a sua intencionalidade de acordo com os objectivos definidos;
- Ilustrar o percurso efectuado no decurso do Estágio;
- Evidenciar a aquisição de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;
- Evidenciar capacidade autocrítica e reflexiva do meu exercício profissional;
- Servir como instrumento de avaliação.

A metodologia utilizada na elaboração deste relatório foi a descritiva-reflexiva, com recurso a alguma pesquisa bibliográfica.

Este relatório encontra-se dividido em três capítulos. No capítulo I, é realizada uma contextualização do estágio, onde são apresentados os locais de estágio, bem como os motivos que levaram à sua escolha. O capítulo II – No caminho para a excelência, encontra-se dividido em dois subcapítulos. No primeiro, é realizada uma exposição das competências previamente adquiridas, enquadradas na minha actividade profissional, nas diferentes áreas de intervenção (prestação de cuidados, gestão, formação e investigação). No segundo, com base no mesmo raciocínio, é efectuada a descrição das competências desenvolvidas no decorrer do Estágio, tendo em conta os objectivos traçados, as actividades executadas e a reflexão crítica das mesmas. Segue-se no terceiro capítulo, a nota final, onde é realizado um balanço deste percurso formativo, destacando os seus principais desafios e conclusões.

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

De acordo com o plano de estudos do curso, o Estágio do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem 30 ECTS aos quais correspondem um total de 750h de trabalho, das quais 540h são de contacto, sendo as restantes (210h) para trabalho individual do aluno, e está dividido em 3 Módulos, cada um dos quais com 10 ECTS, ou seja, 180h de contacto:

- Módulo I – Saúde Infantil;
- Módulo II – Serviços de Medicina e Cirurgia em contextos de doença aguda e crónica;
- Módulo III – Serviços de Urgência Pediátrica e Serviços de Neonatologia.

Por não serem precedentes entre si, o cronograma em anexo (Anexo I) explicita a organização do estágio e a sua distribuição temporal.

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

O estágio do Módulo III cingiu-se aos serviços de urgência pediátrica, dado ter sido obtida creditação a parte deste módulo, visto exercer há vários anos a minha actividade profissional no Serviço de Neonatologia do Hospital Pedro Hispano. Assim, o estágio abrangeu um total de 125 horas, das quais 90 foram de prestação de cuidados efectiva.

O horário realizado foi de acordo com o praticado nas instituições, seguindo o horário dos enfermeiros tutores e a oportunidade para a consecução dos objectivos traçados. Foram privilegiados o turno da manhã e tarde, por considerar que seriam mais potenciadores de experiências.

---

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

---

A Unidade Local de Saúde de Matosinhos, criada em 9 de Junho de 1999, é uma entidade pública empresarial, estabelecida pelo Decreto-Lei 233/2005 de 29 de Dezembro, sendo dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. A ULSM está integrada no Serviço Nacional de Saúde e tem por objecto a prestação de cuidados de saúde, podendo, também, desenvolver actividades de investigação, formação e ensino. Pretende obter a

excelência na integração entre cuidados de saúde primários e cuidados diferenciados, constituindo modelo de referência nacional desta integração.

O Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano é um serviço pensado e estruturado de raiz tendo em conta as necessidades das crianças/pais, bem como actualizado com todo o tipo de equipamentos não só de apoio tecnológico, bem como todo o tipo de exigências que a nossa sociedade impõe no desenvolvimento harmonioso das crianças do século XXI.

Os motivos que me levaram à escolha deste serviço, relacionados com o conhecimento da qualidade dos cuidados prestados neste local e a facilidade de conciliação do horário com a actividade profissional, revelaram-se acertados, na medida em que este local me permitiu o contacto com uma realidade favorável ao meu processo de formação e desenvolvimento. Do ponto de vista profissional, foi muito enriquecedor, contactar proximamente com a realidade dos cuidados que são continuados neste serviço, após a alta do recém-nascido do Serviço de Neonatologia.

---

#### **CENTRO DE SAÚDE SRA. DA HORA, U.L.S. MATOSINHOS**

---

O Centro de Saúde tem na sua área de influência uma população residente de 54294 habitantes, estando inscritos 52326. A sua organização estrutural define-se por: Unidade de Saúde Familiar Lagoa, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidade de Cuidados de Enfermagem e Unidade de Cuidados na Comunidade.

O contacto com a dinâmica da UCC foi um dos aspectos mais positivos do estágio. A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo, assim e de um modo directo, para o cumprimento da missão do ACES (Agrupamento dos Centros de Saúde) em que se integra. Presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família, assegurando respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida.

A escolha deste campo de estágio, prendeu-se com o facto de pertencer à mesma instituição onde exerço a minha actividade profissional e ter com esta equipa de profissionais uma relação de parceria. Esta proximidade permitiu-me o conhecimento dos projectos inovadores que este centro de saúde desenvolve, nomeadamente no âmbito da parentalidade, pelo que considere que seria um local de estágio potenciador da aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na área da Saúde Infantil.

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

---

O Hospital de São João, inaugurado em 24 de Junho de 1959, é um Hospital Central que serve as populações da zona Norte do País. Tem capacidade para 1300 camas. É também um Hospital Universitário que integra a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, estando vocacionado para o Ensino Pré e Pós – graduado. Possui Departamentos e Serviços de todas as especialidades médicas e cirúrgicas, para além de unidades de cuidados intensivos, cirurgia torácica, transplantação hepática e oncologia médica.

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

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

O facto de ser um estágio relativamente pequeno justificou a selecção de um SU central e de referência no Grande Porto, que pela sua assistência tão diferenciada, constituiu um cenário potenciador de várias e novas aprendizagens.



## 2. NO CAMINHO PARA A EXCELÊNCIA

O percurso iniciou-se há vários anos, no dia em que decidi ser enfermeira. Os conhecimentos adquiridos na formação base, sustentados durante todos os anos de exercício profissional, adicionados ao desafio corrente de dimensão especializada, contextualizam o ponto onde me encontro e aquele que aspiro. Este capítulo pretende descrever esse mesmo percurso, explicitando as competências previamente adquiridas no exercício da minha actividade profissional e aquelas que foram progressivamente sendo desenvolvidas no decurso da especialização.

De acordo com o Plano de Estudos do Curso estão definidos para a realização do Estágio do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, os seguintes objectivos gerais:

- *Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;*
- *Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;*
- *Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.*

Estes objectivos gerais, aliados aos objectivos específicos propostos pelo plano de estudos pretendem orientar globalmente as competências a desenvolver.

A Competência é, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003), um “fenómeno multidimensional, complexo e é definido como a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional”.

Pires (1994), citado por Mendonça (2009), considera a competência como um “conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação empírica inicial de base e à experiência da acção, adquirida ao longo do tempo de formação empírica e não sistemática que se manifestam em situações concretas de trabalho”. Por outro lado, Mendonça (2009) reforça que a competência não é apenas o resultado do conhecimento adquirido mas um processo

dinâmico *“adaptativo e progressivamente evolutivo desde as aplicações dos saberes teóricos às diversidades e adversidades dos quotidianos”*. Benner (2001) demonstrou também com a sua investigação, a importância da diferenciação de competências, assumindo a prática como algo potenciador do conhecimento, sendo exigível aos profissionais motivação e competências num vasto âmbito e adequação aos contextos, proporcionando assim, capacidade de resposta a situações vastas e complexas, numa constante atitude de reflexão crítica sobre as suas práticas.

Seguindo a linha de pensamento destes autores, considero que a emergência de um conjunto de competências a nível da prestação de cuidados gerais e, mais recentemente, no âmbito das especialidades, é o ponto de partida para um momento de viragem na profissão de enfermagem, assente no estabelecimento de um diálogo de influências entre a teoria e a prática, do qual emerge o poder pelo saber.

Adoptando a linha do projecto de estágio, e tendo em conta o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro especialista descrito no REPE bem como a Carreira de Enfermagem, foram agrupadas as 29 competências do plano de estudos, em quatro diferentes domínios: a **Prestação de cuidados**, na medida em que a *“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado (...)”*. Os cuidados de enfermagem são *“... as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais”* (Artigo 4º, REPE); a **Formação**, a **Gestão** e a **Investigação** já que para além da prestação de cuidados, *“os enfermeiros contribuem no exercício da sua actividade na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem”* (Artigo 9º, REPE).

## **2.1. COMPETÊNCIAS PREVIAMENTE ADQUIRIDAS**

Exerço a minha actividade profissional no Serviço de Neonatologia da ULS Matosinhos desde 3 de Outubro de 2005, motivo pelo qual me foi atribuída a creditação de 90 horas, relativas ao Módulo III. A experiência creditada foi uma mais-valia, na medida em que essas horas de trabalho foram direccionadas para o investimento noutras áreas de intervenção, nas quais a minha experiência é mais circunscrita.

O Serviço de Neonatologia integra o Departamento da Mulher e da Criança do Hospital Pedro Hispano, U.L.S. Matosinhos. Recebe crianças pré-termo e termo com patologia neonatal. As patologias mais frequentes são: Doença de Membrana Hialina, Taquipneia Transitória do Recém-nascido, Convulsões, Sepsis, Restrição de Crescimento Intra-uterino, Distúrbios

Metabólicos, Hiperbilirrubinemia, entre outros. Os focos de enfermagem mais relevantes incluem a Limpeza das vias aéreas, a Ingestão Nutricional, o Conforto, a Dor, o Papel Parental, o Amamentar e o Mamar. A admissão no serviço ocorre através de transferências internas do Serviço de Obstetrícia, Bloco de Partos, Bloco Operatório ou Serviço de Pediatria, ou de outras unidades hospitalares, geralmente via INEM, e do Atendimento Pediátrico Referenciado.

O método de trabalho utilizado no serviço é o Método de Cuidados Integrals e Enfermeira de Referência. O horário praticado é o horário de roulement, o que determinou a organização de pequenas equipas constituídas de acordo com as competências pessoais e profissionais e a experiência profissional de cada elemento, com o objectivo de proporcionar às crianças/famílias, segurança e diferenciação dos cuidados.

No exercer da minha actividade profissional, desenvolvo competências ao nível de quatro áreas distintas: prestação de cuidados, formação, gestão e investigação. Neste contexto, considero previamente adquiridas algumas das competências propostas pelo Plano de Estudos, sendo que uma pequena parte destas competências dificilmente, como aluna, seriam desenvolvidas, em contexto de estágio. No entanto, não posso deixar de realçar que todas as oportunidades de formação são momentos únicos de aprendizagem e de evolução, pelo que mesmo as competências já adquiridas foram, de alguma forma, fortalecidas com o contacto com novas realidades.

### **PRESTAÇÃO DE CUIDADOS**

---

Na minha actividade profissional, os cuidados de enfermagem englobam todas as intervenções inerentes à estabilidade ventilatória, térmica, hemodinâmica, metabólica e neurológica (intervenções maioritariamente interdependentes), assim como a avaliação e controlo da Dor, e apoio e promoção das competências parentais (intervenções maioritariamente autónomas).

Na organização e planeamento dos cuidados, tenho em conta a identificação dos problemas, planeamento e implementação das intervenções, a monitorização das mesmas e a avaliação dos resultados, fazendo registos de todo o processo com recurso à Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem (CIPE) e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE).

Tendo em conta a complexidade que envolve o cuidar de um RN prematuro e sua família, nomeadamente o ajustamento da imagem do bebe imaginário ao bebe real, associado aos sentimentos de culpa e fracasso, assume grande relevância o estabelecimento precoce da ligação mãe-filho que permitirá o desenvolvimento da vinculação. No domínio das intervenções autónomas, destaco assim o apoio à parentalidade, na medida em que os pais são considerados parceiros no cuidar e não visitantes. A estimulação da permanência dos pais junto dos filhos, o incentivo ao toque a sua gradual participação nos cuidados, bem como o *Método Canguru*, constituem algumas das estratégias utilizadas.

A continuidade dos cuidados é também alvo de atenção uma vez que a articulação com os cuidados de saúde primários é efectiva – todos os projectos são desenvolvidos em parceria com os Centros de Saúde da U.L.S., o que se traduz em maiores ganhos em saúde para a população (Projecto de Acompanhamento do Prematuro no Domicílio). Simultaneamente, a Instituição candidatou-se a Hospital Amigo dos Bebés, o que implica a implementação das medidas recomendadas para a promoção e estabelecimento do aleitamento materno, projecto que envolve a formação e implicação de toda a equipa de saúde e, particularmente, dos enfermeiros.

Assim, no âmbito da prestação de cuidados, considero parcialmente adquiridas as seguintes competências: *Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente, Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas e 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.*

---

## GESTÃO

---

A experiência e responsabilidade adquirida ao longo destes anos, permitiu-me desenvolver competências no âmbito da gestão, facto que foi reconhecido pela possibilidade de assumir funções de responsável de turno.

A nível dos recursos materiais, procuro efectuar e promover na equipa uma gestão eficiente, quer pela sua correcta utilização, quer pela detecção e comunicação de anomalias. Na gestão dos cuidados, colaboro na elaboração do plano de trabalho, optimizando as competências individuais de cada elemento bem como as oportunidades e/ou necessidades de aprendizagem. No desenrolar da minha actividade procuro também supervisionar o trabalho dos colegas mais novos no serviço, apoiando-os na tomada de decisão, pelo esclarecimento das suas dúvidas e o incentivo à prática reflexiva.

Assim, na área da gestão, pude adquirir e desenvolver competências em *Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP e Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP.*

---

## FORMAÇÃO

---

Ao longo do meu percurso, tenho como objectivo a excelência do exercício profissional, o que tem determinado uma atitude crítico-reflexiva constante e a procura da formação/informação formal ou informal. Assim, participo activamente na Formação em Serviço, Formação Continuada e faço auto-formação. É neste contexto que decorre a necessidade de realizar a Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica.

Na formação em serviço, tenho um papel activo como formanda mas também como formadora em várias temáticas. Integrei o Grupo da Dor da Unidade, tendo formado a equipa sobre “Medidas não farmacológicas de alívio da dor do RN” e realizado o Protocolo da sacarose instituído na unidade. Actualmente, integro o GRAPE, sendo o elo de ligação deste grupo com o meu serviço, promovendo a reflexão e o envolvimento da equipa na parametrização e implementação do SAPE10G, como estratégia fundamental da sua uniformização.

No âmbito da formação contínua, frequentei ao longo destes anos formação em várias áreas que permitiram a aquisição de conhecimentos e uma postura mais confiante na prática e consequentemente cuidados de qualidade, dos quais destaco o Curso de Urgências Obstétricas e Neonatais, o Curso de Suporte Básico de Vida Pediátrico e a participação em várias jornadas de enfermagem.

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

Ainda nesta linha de pensamento, no que diz respeito à integração de novos elementos na equipa de enfermagem, apesar de ser da responsabilidade dos enfermeiros de referência do serviço e dos chefes de equipa, a colaboração na integração constitui uma prática corrente da minha actividade profissional. A experiência adquirida ao longo dos anos permitiu-me desenvolver competências na formação específica dos novos elementos, dotando-os de conhecimento e integrando-os de forma progressiva e estruturada nas suas novas funções. Assim considero adquirida a competência: *Colaborar na integração de novos profissionais.*

---

## INVESTIGAÇÃO

---

A prática baseada na evidência constitui uma preocupação transversal na minha actividade profissional, pelo que realizo frequentemente pesquisa bibliográfica de forma a basear a tomada de decisão em conhecimento científico. Do mesmo modo, facilito e comunico à equipa os resultados da minha pesquisa por meio da formação em serviço, bem como promovo a reflexão sobre a prática. No âmbito da dor, tive a oportunidade de participar num trabalho de investigação desenvolvido pelo serviço sobre *Percepção da dor pela equipa de saúde*, de forma a avaliar a eficácia das medidas de controlo da dor implementadas, nomeadamente a utilização da sacarose. A colheita da opinião dos pais foi uma mais-valia neste projecto.

Acredito que as competências adquiridas no âmbito desta especialização vão permitir uma postura cada vez mais activa, pelo que considero parcialmente adquirida a competência: *Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP.*

## 2.2. COMPETÊNCIAS, OBJECTIVOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste percurso formativo, procurei como linha orientadora no delineamento de estratégias de acção, utilizar o modelo conceptual do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria que consiste, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010) num “*modelo que se centra nas respostas às necessidades da criança e família, binómio encarado como o beneficiário dos seus cuidados e que é enformado pelos valores: reconhecimento da criança como ser vulnerável, valorização dos pais/pessoa significativa como os primeiros prestadores de cuidados, maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança. Preservação, em qualquer situação, da segurança e bem-estar da criança e família*”. (p.9)

Desta forma, tendo por base o agrupamento das competências pelas áreas que têm vindo a ser referenciadas, decorreu o delineamento de objectivos específicos para o contexto assistencial, explicitados ao longo do relatório. Estes objectivos determinaram a necessidade de planeamento e concretização de actividades bem como a selecção, mobilização e integração dos conhecimentos adquiridos ao longo do meu percurso pessoal e profissional. Associado a cada objectivo e grupo de actividades elaborei uma reflexão crítica na qual transmito a intencionalidade do trabalho desenvolvido, o significado das experiências vividas e o ganho que este período de formação me proporcionou, de forma a evidenciar as competências adquiridas.

### 2.2.1. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A prestação de cuidados de Enfermagem engloba dois tipos de intervenções: autónomas e interdependentes. Segundo o REPE, as intervenções autónomas são de “*única e exclusiva iniciativa e responsabilidade*” do enfermeiro, sendo este o autor da sua prescrição, execução e avaliação. As intervenções interdependentes são de complementaridade com outros técnicos de saúde e iniciam-se em “*prescrições ou orientações previamente formalizadas.*” De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2008), “*a prestação de cuidados à pessoa com dor inclui a avaliação, o controlo e o ensino, devendo todas as intervenções ser documentadas*”.

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

**OBJECTIVO:** Conhecer e integrar a dinâmica da instituição e a equipa multidisciplinar.

#### **ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

- Realizei visita guiada pelos Enfermeiros Chefes/tutor, aos diferentes locais de estágio;

- Observei o espaço físico e a sua funcionalidade, atendendo à adequação à população infantil;
- Conheci os objectivos e dinâmica do serviço, através de entrevistas informais com os enfermeiros;
- Compreendi o processo de admissão, transferência, alta e acompanhamento de crianças, nos diversos contextos assistenciais;
- Conheci os mecanismos de articulação dos diferentes serviços com os restantes da instituição e outros recursos da comunidade;
- Consultei toda a documentação importante, nomeadamente normas e protocolos;
- Promovi o trabalho em equipa e bom ambiente de trabalho;
- Estabeleci uma relação de inter-ajuda e comunicação eficaz com a equipa de saúde.

## **REFLEXÃO**

De uma forma geral, todos os campos de estágio vivenciados possuem adequação à população pediátrica. Por um lado, no Estágio de Módulo II, a estrutura física do serviço que possibilita a organização das crianças nas enfermarias por faixas etárias, a denominação de cada enfermaria por nomes como, por exemplo, “A sala dos traquinas”, a própria decoração colorida e acolhedora, constituem factores, claramente minimizadores, do impacto da hospitalização. No Estágio de Módulo I, a decoração colorida da sala da consulta, bem como o espaço para as crianças brincarem nas diferentes salas de espera são factores que demonstram preocupação na adequação à população infantil. No Estágio de Módulo III, é de realçar o investimento que foi realizado recentemente na utilização diversificada de cores nas paredes do SU, bem como na diferenciação das salas de espera para adolescentes e crianças e na existência de dois cantinhos de amamentação.

Relativamente aos estágios do Módulo I e II, a integração na dinâmica e na equipa foi muito facilitada pelo facto de pertencer à mesma instituição onde exerço a minha actividade profissional, pelo que partilhamos a mesma filosofia de cuidados e objectivos. No entanto, o contacto com dinâmicas diferentes de trabalho, foram sem dúvida um factor favorecedor do meu desenvolvimento pessoal e profissional. Ainda no que diz respeito ao Módulo I, perante uma organização ainda mais distinta da minha realidade, e até daquela que conhecia dos Cuidados de Saúde Primários, o conhecimento da estrutura da UCC e da USF foi muito engrandecedora.

Por outro lado, em contexto do Módulo III, o conhecimento da dinâmica organizacional e da equipa multidisciplinar constituiu um desafio, visto se tratar de uma realidade bem diferente das vivenciadas até ao momento. O limite temporal do estágio exigia uma adaptação rápida e bem sucedida que foi alcançada com a colaboração da enfermeira tutora e restante equipa multidisciplinar, o que permitiu a consecução dos objectivos traçados.

No seguimento deste percurso, a realização da caracterização, ainda que sucinta, dos diferentes locais de estágio e a consulta de alguns documentos permitiu uma melhor compreensão da realidade e dinâmica encontrada. No módulo III, por exemplo, a consulta do documento do Ministério da Saúde denominado “Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência” permitiu reconhecer a adequação do SU de Pediatria do HSJ, nomeadamente na existência de determinados recursos, na organização dos espaços e na proximidade de determinados serviços como o Bloco Operatório, os Cuidados Intensivos, os Exames Complementares de Diagnóstico, entre outros.

Relativamente à dinâmica de trabalho, não posso deixar de salientar a importância do trabalho em equipa no Serviço de Urgência, pois embora distribuídos por diferentes áreas de trabalho, a equipa de enfermagem colabora entre si para que os cuidados sejam executados com a maior brevidade e qualidade possíveis, sempre com a orientação e supervisão do chefe de equipa. Neste aspecto, considero ter sido particularmente privilegiada por a enfermeira tutora ser em vários dos turnos realizados, chefe de equipa, o que permitiu circular pelas diferentes áreas e participar activamente em todas elas.

Na relação com a equipa multidisciplinar, tornou-se essencial adquirir a consciência dos limites da minha actuação como enfermeira, tendo esta consciência crescido numa relação directa com a aquisição e aprofundamento de conhecimentos. Este facto permitiu-me o desenvolvimento de maior capacidade de identificação de reais e potenciais necessidades de cuidados à criança e família, o que implicou, em determinadas situações, a necessidade de mobilizar outros recursos e articular com outros profissionais, reconhecendo e respeitando os seus âmbitos de intervenção, com o intuito de encontrar as respostas mais adequadas.

***Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;***

***Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;***

***Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.***

**OBJECTIVO:** Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências de assistência especializada à criança e família, nos diferentes contextos assistenciais, segundo uma metodologia científica.

#### **ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

- Promovi o acolhimento da criança/jovem e família nos diversos contextos assistenciais;
- Assisti a criança/jovem e família, utilizando as várias etapas do processo de enfermagem e o plano de cuidados estabelecido;

- Promovi a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica ou deficiência/incapacidade;
- Preparei o regresso a casa, de forma sistemática, da criança/família;
- Promovi a articulação com outros recursos da comunidade;
- Utilizei linguagem classificada (CIPE) e, como instrumento de registo, o documento padrão adoptado pelo serviço (SAPE e SINUS);
- Observei e realizei triagem à criança/família, utilizando o Canadian emergency department triage and acuity scale (CTAS);
- Realizei consultas de Saúde Infantil e Juvenil, utilizando como referência o Guia Orientador da Consulta de Saúde Infantil e Juvenil da ULSM;
- Mobilizei, apliquei e desenvolvi habilidades e conhecimentos sobre o PNV.

## REFLEXÃO

Embora consciente das diferenças encontradas nos diversos contextos assistenciais, a assistência especializada à criança/jovem e família possui um fio condutor comum, assente num trabalho de parceria, que serviu de base para a minha actuação.

O contacto com realidades tão distintas, onde os focos de atenção do enfermeiro, assumem dimensões tão diferentes, foi gratificante, não tanto pelas inúmeras patologias ou condições que levam à admissão da criança no internamento ou serviço de urgência, ou à sua deslocação ao Centro de saúde, mas pelos desafios que cada faixa etária e cada uma das etapas do processo de enfermagem, colocam ao profissional, sendo que assistir os utentes em processo de transição constitui um dos papéis mais relevantes da disciplina de enfermagem.

No acolhimento da criança nos diversos contextos assistenciais, muitas vezes o tempo foi o grande obstáculo, o que exigiu uma grande capacidade de organização e gestão de prioridades para que o primeiro impacto da criança e família, fosse favorecedor de uma relação terapêutica harmoniosa. No Serviço de Pediatria, o facto de não ter sido possível distribuir aos pais o guia de acolhimento, na altura em remodelação, foi mais um obstáculo, ultrapassado com o reforço da transmissão de informação de forma gradual e ajustada às necessidades.

Na avaliação inicial, procurei, tal como diz Doenges e Moorhouse (2010) “*estabelecer um perfil do cliente que lhe permite identificar os seus problemas ou necessidades e correspondentes diagnósticos de enfermagem*”. (p.16) Na colheita de dados inicial, procurei ser boa ouvinte, utilizei técnicas de escuta activa, silêncio e aceitação, fui objectiva, geri a informação e documentei com clareza e em tempo útil e, sempre que o contexto me permitiu, em suporte informático.

**Tendo em conta o objectivo transversal estabelecido, efectuei na admissão da criança/jovem, a colheita da história da dor.**

Na colheita de dados inicial, para além da informação incluída no documento de avaliação inicial do SAPE, incidi, com especial atenção, na colheita da história da dor, quer à criança, quer aos pais. Segundo Batalha (2010), *“A colheita da história da dor faz-se por entrevista à criança e aos pais, idealmente aquando do primeiro contacto com o hospital (acolhimento), ou seja, no momento destinado à colheita dos dados relativa à apreciação inicial”* (p.45).

Em todos os contextos assistenciais, foi crucial a colheita de informação sobre os seus principais medos, as manifestações de dor habituais, os factores que poderão interferir com a dor, as estratégias usadas no domicílio no tratamento da mesma, de forma a intervir de modo particular em cada situação. Considero que a colheita da história da dor, embora uma prática ainda pouco utilizada e que necessita de ser trabalhada e fomentada, especialmente em contexto de SU, poderá ser uma ferramenta muito útil no seu tratamento, potenciadora de cuidados mais humanizantes e especializados.

A elaboração do plano de cuidados, teve sempre por base, a parceria de cuidados, e a avaliação sistemática dos resultados das intervenções efectuadas, de forma a induzir alterações, caso os resultados não tenham sido os esperados, ou a converter os diagnósticos em estados de saúde desejáveis. *“É através do diagnóstico deste grau de dependência que a enfermagem irá de uma forma individualizada, desenvolver a sua decisão clínica (planificar, executar e avaliar os cuidados de enfermagem)”* (Abreu, 2007, p.51). No planeamento e gestão de cuidados, assumiu particular importância o desenvolvimento do espírito crítico e a tomada de decisão para o estabelecimento de prioridades, bem como ter potenciado, em algumas situações do internamento, mecanismos de articulação com as instituições de suporte social, pelo encaminhamento de situações de cariz social para profissionais diferenciados, inseridos na equipa multidisciplinar.

Desenvolvi competências especializadas na avaliação, planeamento, intervenção e avaliação, utilizando o processo de enfermagem e linguagem classificada, na área da Saúde Infantil e Pediatria. Tal facto é evidenciado num dos planos de cuidados elaborados de uma criança de 15 meses e respectiva família, seguida habitualmente pela enfermeira de família, que veio à consulta na companhia dos pais (Anexo II). Parti da avaliação e diagnóstico dos focos da prática sensíveis aos cuidados de enfermagem, intervi na sua resolução e programei para a consulta seguinte a avaliação da eficácia dos ensinamentos efectuados, de forma a dar continuidade aos cuidados.

A preparação para o regresso a casa é, desde o primeiro dia de internamento, de particular importância, para que a família adopte com segurança os cuidados à criança, sendo que os ensinamentos efectuados, de acordo com as necessidades, tiveram como objectivo dotar a família e, sempre que possível, a criança e o adolescente, de estratégias e conhecimentos, para assumirem ou fazerem parte de todo o processo. A referência para o Centro de Saúde da área de residência, quer por meio de uma carta de transferência, quer telefonicamente, foi uma

das estratégias utilizadas para o encaminhamento das situações que exigiam continuidade de cuidados. No estágio de Módulo III, tendo em conta as particularidades de um internamento em OBS onde as altas são rápidas e muitas vezes imprevisíveis, a preparação para o regresso a casa exige uma planificação mais atempada e estruturada, que iniciei logo após a admissão. No seguimento desta articulação com os recursos da comunidade, foram também fornecidas por diversas vezes informação relativa a outros recursos existentes, nomeadamente as linhas Saúde 24 e SOS Amamentação.

Os registos no SAPE, não foram em si, um desafio visto ser uma realidade com a qual já trabalho há vários anos e ser um dos elos de ligação entre o meu serviço e o GRAPE. Os registos no SINUS, por outro lado, foram uma novidade para mim, pelo que tentei tirar o maior partido dessa experiência. O contacto com uma realidade tão distinta permitiu a reflexão sobre diferentes focos de atenção de enfermagem e inclusive, a existência de focos de atenção distintos para uma mesma realidade, o que demonstra a necessidade de uniformizar as parametrizações, de forma a usarmos realmente uma linguagem comum. Por outro lado, as diferenças detectadas, foram ponto de partida para a partilha de ideias e discussões interessantes, que se tornaram bastante enriquecedoras.

Tendo em conta as particularidades de um SU, nomeadamente o número de utentes atendidos por turno e a rapidez exigida nos cuidados, os registos não são por vezes considerados uma prioridade. Aliado a este facto, a não existência de um sistema informático de apoio à prática de enfermagem implica registos em papel, que traduzem um défice de informação e resumem-se muitas vezes a referências ao cumprimento de intervenções interdependentes, sem valorização das intervenções autónomas de enfermagem. Para além disso, a não utilização de uma linguagem classificada, compromete a mensuração de ganhos em saúde resultantes da nossa intervenção autónoma. No entanto, após a partilha de ideias e pontos de vista com a equipa de enfermagem, acredito que estamos perante um processo de transição para a mudança. Tendo em conta estes condicionalismos, utilizei no registo e na transmissão de informação linguagem classificada, bem como privilegiei o registo das intervenções autónomas de enfermagem, nomeadamente a detecção de necessidades de ensinos por parte dos pais ou da criança/adolescente e a sua realização.

No enquadramento da reflexão efectuada durante os estágios, e também na minha vivência profissional, considero crucial salientar a importância do uso de sistemas de informação para a visibilidade dos cuidados de enfermagem, já que consiste numa estratégia privilegiada de prestação de cuidados de qualidade, que impõe aos profissionais, o desafio contínuo do exercício de uma prática reflexiva. Na realidade, perante os focos de atenção de enfermagem encontrados, é crucial evidenciar a importância da nossa intervenção autónoma em diferentes áreas, seja a nível da promoção da parentalidade, na educação para a saúde ou na avaliação e promoção da gestão adequada da dor, entre outras. Impõe-se aqui, o maior desafio da nossa profissão, o registo de qualidade e sistemático de toda a nossa intervenção como estratégia

para que o uso de um sistema de informação permita, na realidade, cumprir o seu verdadeiro objectivo, ser usado como uma ferramenta de suporte para a tomada de decisão. De acordo com Clark (1995), citado por Mendonça (2007) “ (...) estes sistemas de informação, sem sombra de dúvida, contribuíram para promover a autonomia dos enfermeiros no julgamento sobre as necessidades de cuidado ao cliente, para facilitar o uso dos conhecimentos específicos da Enfermagem e para a realização de estudos sobre a qualidade de cuidados de enfermagem (...)” (p.34).

**Em todas as intervenções realizadas, nos diversos contextos assistenciais, e baseado no objectivo transversal determinado, investi a minha actuação na avaliação e gestão da dor, bem como no seu registo sistemático.**

Das realidades testemunhadas, o Serviço de Urgência constitui talvez o local onde a criança e jovem experienciam a dor, na maior parte das situações, de uma forma mais intensa. No entanto, em todos os contextos assistenciais, a sua avaliação objectiva e de forma sistemática assume-se como crucial para a sua gestão adequada, constituindo-se como um imperativo para a qualidade dos cuidados.

No que diz respeito à avaliação da dor, a minha experiência profissional encontra-se muito limitada ao recém-nascido e, conseqüentemente, às suas demonstrações específicas não verbais de sinais comportamentais e fisiológicos de manifestação e alívio da dor, pelo que o contacto com crianças de diferentes faixas etárias permitiu o desenvolvimento de conhecimentos e competências na avaliação da dor.

Na prática, utilizei como conduta para a gestão da dor, a resumida na sigla **QUESTT** [adoptada de Baker e Wong (1987), em Hockenberry *et al* (2006)]: **Q**uestionei a criança; **U**sei uma escala de avaliação da dor; **E**studei mudanças comportamentais e fisiológicas; **S**er sensível ao envolvimento dos pais; **T**omei a causa da dor em consideração; **T**omei medidas e avaliei os resultados.

Na avaliação da dor na criança, privilegiei sempre as escalas de auto-avaliação (EVA e EVS), sempre que o desenvolvimento cognitivo da criança e adolescente o permitia, já que consiste, de acordo com Batalha (2010), no modelo de ouro na medição da dor. Na impossibilidade da auto-avaliação, utilizei as escalas de hetero-avaliação, nomeadamente a escala OPS. Nestes casos, a sua quantificação depende da análise dos cuidadores, sendo que esta análise poderá ser bastante subjectiva. Não podemos deduzir que uma criança tem dor só porque está a chorar, mas também a ausência de choro não é sinónimo de ausência de dor, tornando alguns destes sinais como controversos na avaliação da dor. A dedução de forma intuitiva da dor de uma criança, baseada por exemplo no motivo que a traz ao SU, não constitui uma abordagem viável, científica e promotora de cuidados de qualidade. Este facto evidencia a importância de utilização de escalas validadas, adequadas à situação específica

e o investimento na formação dos profissionais na sua utilização, de forma a adquirirem experiência na avaliação da dor.

Realizei uma avaliação sistemática da dor, reavaliando oportunamente os resultados da minha intervenção, de forma a demonstrar ganhos em saúde. Procurei, assim, sensibilizar a equipa para a temática da dor, nomeadamente para a importância da sua avaliação e registo sistemático.

Em várias situações, e após a avaliação da dor, referenciei ao médico o resultado da minha avaliação objectiva, de forma a adoptar medidas farmacológicas no seu tratamento, muitas vezes previamente à realização de tratamento de feridas ou outros tratamentos.

Como intervenção autónoma de enfermagem, procurei adoptar medidas não farmacológicas como estratégia de minimização da dor associada a procedimentos dolorosos. De forma a proporcionar um maior conforto da criança/jovem e família, procurei gerir o ambiente físico, criando um ambiente propício à realização do procedimento doloroso, incentivando os pais para uma presença de qualidade e adoptando, em parceria, estratégias para minimizar a dor, como o colo, a sucção não nutritiva, a amamentação, a distração, a informação preparatória, entre outras.

Outro aspecto reforçado nos estágios, foi o uso oportuno de sacarose, associado à sucção não nutritiva e o uso de EMLA. Nas crianças mais pequenas, e no caso particular do SU, visto não ter disponível a sacarose, utilizei o soro glicosado a 30%, que embora considerado menos eficaz na literatura, associado à sucção não nutritiva, contribui para a minimização da dor em procedimentos dolorosos, como a punção venosa periférica. A utilização destas estratégias foram reforçadas e incentivadas nas diferentes equipas em que trabalhei, de forma a motivá-los a intervir continuamente nesta área.

Na prestação de cuidados especializados, as diferentes realidades encontradas potenciaram o contacto com diferentes experiências de aprendizagem e oportunidades para a concretização dos objectivos traçados.

No decorrer do meu exercício profissional, o contacto com situações complexas de cariz social, foi potenciador de aquisição de competências de articulação com outros grupos profissionais, nomeadamente com a assistente social. No entanto, no contexto do Serviço de Pediatria, as situações vivenciadas assumiram dimensões para mim desconhecidas da prática como a criança com doença crónica ou com necessidades especiais e situações sociais graves, por vezes de negligência, que me permitiram o desenvolvimento de competências específicas.

O contacto com a criança/jovem e família com doença crónica, em contexto de hospitalização, exigiu particularidades na minha intervenção, que me permitiu o desenvolvimento de competências específicas. Fisher (2001) identificou como necessidades mais referidas pelos

pais de crianças com doença crónica as seguintes: normalidade e algum grau de certeza sobre o futuro, informação e trabalho em equipa com os profissionais de saúde. Desta forma, a minha intervenção incidiu no aumento da auto-estima da criança e da família e na sua inclusão na tomada de decisão dos cuidados a desenvolver, bem como na análise dos seus sistemas de suporte e no estabelecimento conjunto de metas a atingir, a curto prazo. Concentrei a minha acção na conquista de uma nova normalidade para a família, numa atitude de empatia e não julgamento. No entanto, considero que nem sempre existe a oportunidade, em meio hospitalar, de ir ao encontro das necessidades destas famílias, mas a hospitalização pode e foi utilizada como uma oportunidade para detectar essas mesmas necessidades e articular com o enfermeiro do Centro de Saúde, telefonicamente, ou através da carta de transferência de enfermagem, para que possa ser continuado esse trabalho na comunidade.

Em contexto do Módulo II e III, tive também oportunidade de acompanhar a criança e a família ao bloco operatório, reconhecendo que este constitui um momento que exige do profissional a capacidade de lidar com a ansiedade que envolve todo o processo. A minha actuação foi no sentido de dar continuidade ao trabalho realizado até ao momento, incluindo, fornecer informação relevante, apresentar a família e a criança aos colegas do bloco e promover a permanência da mãe ou pai junto da criança até ao último momento possível. Considero que seria muito benéfico para a criança, o pai ou a mãe poderem acompanhá-la até ao momento da anestesia, o que não é possível, embora não posso deixar de salientar que é muito tranquilizante para os pais, poderem estar presentes depois no recobro, no momento em que a criança acorda.

No Módulo I, assumi particular importância a aquisição e desenvolvimento de competências de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, aquando da consulta de enfermagem. Segundo Andrade e Pereira (2005), a consulta de enfermagem consiste numa actividade tendo por base uma metodologia científica com o propósito de ajudar a pessoa numa fase do seu ciclo vital, a atingir a máxima independência na realização das actividades de vida. Na área da Saúde Infantil, a consulta deverá incidir na promoção do seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social, tendo sempre por base o apoio à função parental. Um dos aspectos fundamentais desta consulta é a promoção da saúde, o que pressupõe ensinar e instruir, numa atitude preventiva e antecipatória.

O estágio possibilitou a realização de 29 consultas de saúde infantil e juvenil, o que permitiu o desenvolvimento de competências de diagnóstico, intervenção e avaliação de resultados, em crianças de diferentes faixas etárias, de acordo com a distribuição em anexo. (Anexo III) As consultas permitiram momentos únicos de aprendizagem, onde desenvolvi competências na avaliação do desenvolvimento e crescimento da criança, tendo utilizado e mobilizado os conhecimentos adquiridos na fase teórica do curso e como linhas de suporte, o Guia orientador da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil da ULSM e o Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil – Promover o desenvolvimento infantil na

criança, da Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente o Algoritmo para a avaliação do desenvolvimento da criança. No âmbito da consulta, efectuei registos no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, de forma atenta e rigorosa.

O tempo constitui, na minha opinião, um desafio na consulta de Saúde Infantil e Juvenil na medida em que nem sempre é possível na prática explorar todas as áreas consideradas pertinentes. Mais do que o exame físico e a avaliação dos dados antropométricos e a respectiva interpretação das curvas de percentis, desenvolvi habilidades na gestão da consulta, pela direccionalidade que cada uma delas adquiriu tendo em conta o valioso relato dos pais e a expressão das suas preocupações.

Esta postura de intervenção teve lugar porque a consulta de enfermagem constitui uma ocasião privilegiada para dar apoio, suporte e reforço às competências parentais com vista a aumentar a capacidade dos mesmos para desempenharem um papel activo e compreensivo no desenvolvimento da criança. No entanto, considero que é um momento em que assume particular importância o papel do enfermeiro especialista, cuja experiência e competências adquiridas permitem detectar precocemente situações de alarme e focar os aspectos essenciais a abordar com a família. Esta especialização personificada na enfermeira de família constitui o cenário ideal, embora nem sempre o real, para a prestação de cuidados de qualidade, enfatizando a sua continuidade e um acompanhamento mais estruturado e progressivo, traduzido numa tomada de decisão mais fundamentada. Apesar de na dinâmica vivenciada, a consulta de enfermagem ocorrer previamente à consulta médica, procurei possibilitar uma parte da consulta conjunta, de forma a não só fomentar um bom trabalho de equipa na avaliação da criança/jovem e família e as suas necessidades, como permitir o pronto encaminhamento de situações de alarme.

No que diz respeito à vacinação, tive oportunidade de administrar 32 vacinas, tanto as de acordo com o PNV (DTPaHibVIP, VHB, MenC, VASPR e Td) como as vacinas extra-plano, tendo-me apercebido da diversidade de vacinas cujos custos são suportados pelos pais. Efectuei ensinamentos relativos às reacções das vacinas administradas, bem como esclareci a sua importância. De forma a incentivar o cumprimento do PNV, agendei, com a enfermeira de família, a marcação da próxima imunização, realizando ensinamentos antecipatórios sobre a importância das seguintes vacinas a serem administradas. Fora do contexto das consultas de enfermagem, procurei sempre que disponível, consultar o Boletim de Vacinas de forma a verificar a sua actualização e proceder aos ensinamentos e encaminhamento da situação.

Por outro lado, o Serviço de Urgência do Hospital de S. João possibilitou uma panóplia de experiências diferenciadas que, distribuídas pelas diferentes áreas de trabalho, evidenciam a necessidade de conhecimento e experiência por parte da equipa de enfermagem, o que justifica a necessidade de enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediatria. No decorrer do estágio, tive oportunidade de intervir nas diferentes áreas do SU, desde a triagem, a sala de

emergência, a pequena cirurgia, o gabinete de enfermagem e OBS, sendo que este facto permitiu ampliar o meu leque de experiências em situações menos comuns na minha actividade profissional, o que foi muito gratificante para o meu desenvolvimento.

Relativamente à triagem, considero que constitui um local que, para além de requerer muita experiência para a definição de prioridades de atendimento, exige a gestão de situações de stress e ansiedade por parte dos pais. Trata-se na minha opinião do local mais desafiante e exigente do SU, que traduz a autonomia da enfermagem enquanto profissão e desempenha um papel crucial e determinante na eficácia dos cuidados efectuados.

A triagem consiste num processo de avaliação clínica preliminar que classifica os utentes em função da sua urgência / gravidade, antes da avaliação, diagnóstico e terapêutica completa no Serviço de Urgência. Classifica os utentes segundo o seu nível de urgência, e não a sua severidade, não tendo como objectivo o estabelecimento de um diagnóstico. A triagem permite ajustar o tempo e o tipo de resposta assistencial e os recursos ao grau de urgência, atender o mais rapidamente possível as crianças com gravidade severa e com maior risco de agravamento por atraso no tratamento e manter um adequado fluxo de utentes no serviço, evitando aglomerações (encaminhamento dos utentes classificados para a área correspondente, controlo dos tempos de espera, salas e espaços no serviço de urgência, gestão mais eficiente dos recursos e aumento da satisfação dos utentes).

Dos sistemas de triagem de base científica existentes, o SU de Pediatria do Hospital de S. João, utiliza o Canadian emergency department triage and acuity scale (CTAS). Este sistema de triagem baseia-se em cinco níveis de prioridades uniformizadas e estandardizadas como medida fundamental para garantir acessibilidade e melhor qualidade dos serviços de urgência hospitalar. É constituído por 3 etapas: o triângulo de avaliação pediátrico, a queixa principal e as constantes fisiológicas.

Inicialmente observei a realização de triagem pela enfermeira tutora, e após colaborar na sua execução, assumi, sob supervisão, a realização da mesma. Utilizei a colheita da história como ponto de partida por meio de uma entrevista de cerca de 2 a 3 minutos, tal como recomendado, usando como fonte de informação não só os pais ou cuidadores como a própria criança e jovem, valorizando as suas queixas em função da sua idade e antecedentes. Considerei como meta, tal como refere Algren (2006), verificar a percepção dos pais quanto ao evento e as suas razões para considerá-lo grave ou potencialmente fatal. Todo este processo permitiu a aquisição de competências de comunicação, de empatia e compreensão, de gestão de stress, de estabelecimento de prioridades e gestão de cuidados. Procurei ter sempre em conta que o processo de triagem inicia-se com a chegada da criança e jovem ao SU e termina com a sua observação pelo médico, pelo que procurei neste intervalo reavaliar sempre que necessário as situações que o exigiam, de forma a estabelecer novas prioridades.

Na realização da triagem, apercebi-me do grande número de situações em que os pais ou cuidadores recorrem ao SU por circunstâncias não urgentes, circunstâncias essas que poderiam ser atendidas num Centro de Saúde da área de residência. A não utilização dos cuidados de saúde primários, seja pela ausência da sua resposta ou, tal como mencionado pelos pais, a não confiança na sua eficácia, implica repercussões evidentes a vários níveis, nomeadamente a sobrecarga de trabalho no SU, maior tempo de espera e comprometimento da qualidade dos cuidados prestados. Esta realidade vai de acordo com a pesquisa efectuada. Segundo um estudo realizado num SU de Pediatria do Grande Porto por Caldeira *et al* (2006), constatou-se “... *uma elevada proporção de situações não urgentes ou que constituem urgências extrahospitalares, evidenciando a necessidade de reforço dos cuidados de saúde primários com meios materiais e humanos (...) e de implementação de campanhas de sensibilização e educação para a saúde, de forma a otimizar a utilização do SU pediátrico por parte dos utentes.*”

A nível da sala de Pequena Cirurgia, pude colaborar na realização de suturas e tratamento de feridas, na preparação da criança/jovem para ser submetido a cirurgia, no encaminhamento para exames complementares de diagnóstico, na administração de medicação, nomeadamente analgesia. Uma das situações vivenciadas foi o acompanhamento de uma criança ao Serviço de Gastrenterologia para a realização de uma endoscopia para extracção de um berlinde ingerido acidentalmente pela criança. Para além dos aspectos técnicos como a sedação para o exame, pude colaborar na transmissão de informação à criança e família, nomeadamente no esclarecimento de dúvidas e na redução da ansiedade, pela explicação do procedimento e de todas as intervenções de forma calma e em linguagem simples.

No gabinete de enfermagem, predominou a realização de intervenções isoladas de acordo com as necessidades de cada situação, pelo que procurei tirar o máximo partido das situações que foram surgindo. Aqui realizei as mais variadas técnicas que, embora comuns na minha prática profissional, implicaram uma adaptação e a adopção de estratégias alternativas para o sucesso das mesmas devido ao contacto com diferentes faixas etárias e contextos.

A nível da minha actuação na sala de emergência, visto considerar que se trata de um contexto onde ocorrem situações complexas, irei desenvolver num dos objectivos seguintes.

***Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;***

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

***Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;***

**OBJECTIVO:** Aprofundar conhecimentos e desenvolver habilidades relativas à promoção da adaptação da criança/família, ao processo de doença e hospitalização.

#### **ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

- Identifiquei as necessidades da criança, influenciadas ou decorrentes da hospitalização;
- Analisei e compreendi o impacto da doença nos processos familiares e intervi em situações de alteração;
- Promovi a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança/família durante a hospitalização;
- Utilizei os recursos lúdicos do serviço;
- Conheci o papel da educadora de infância e colaborei nas actividades desenvolvidas.

#### **REFLEXÃO**

A hospitalização constitui uma crise na vida da criança e da sua família, sendo que detectei diferentes reacções de acordo com vários factores como a idade, as experiências anteriores, a duração, a existência de sistemas de apoio e a gravidade do diagnóstico. Esta crise implica uma reestruturação da unidade familiar, o que implica uma assistência de enfermagem especializada que envolva a criança e a família.

Para além da importância da estrutura física adequada, já referenciada num objectivo anterior, as dinâmicas organizacionais têm na minha opinião um papel crucial na diminuição do impacto da hospitalização. Uma das reflexões no âmbito do estágio de Módulo II e relativamente às particularidades da admissão da criança, foi a de considerar que, deveria ser implementada, em todas as situações programadas, uma visita ao serviço e apresentação da equipa aquando, por exemplo, da consulta, bem como a criança e família receberem, por exemplo, a visita prévia do enfermeiro do Bloco, de forma a familiarizá-los com o novo contexto.

Para além destes factores, e tendo em vista, a diminuição do impacto da hospitalização, incidi em três aspectos fundamentais: a minimização da separação, a diminuição da possibilidade de lesão corporal ou dor e a minimização da perda de controlo da criança.

No que diz respeito à minimização da separação, estabeleci relação empática com a criança/jovem e família, apoiando o desempenho de papéis parentais e favorecendo a sua participação activa. Desta forma, concentrei a minha atenção na promoção da presença dos pais, durante todas as intervenções que realizei, na sua participação activa nos cuidados à criança, no aconselhamento sobre a importância da presença de objectos/brinquedos familiares significativos.

**Tendo em conta o objectivo transversal delineado, e as necessidades da criança hospitalizada, procurei diminuir a possibilidade de lesão corporal ou dor.**

Com vista a este objectivo, investi particularmente na minha actuação, de forma a minimizar a ansiedade e o stress da criança e da família, associada aos procedimentos dolorosos. De acordo com a bibliografia consultada, a punção venosa constitui um dos procedimentos mais marcantes e dolorosos na hospitalização da criança, pelo que exige uma abordagem bem planeada (Kennedy, Luhmann & Zempsky, 2008; Cohen, 2008).

Assim, a explicação do motivo da dor, a estimulação do auto-controlo pelo ensino de medidas simples e o estabelecimento de limites temporais foram utilizados como estratégias importantes nas crianças mais velhas. Esta perspectiva é apoiada por Fernandes (2000) que salienta que a compreensão da dor, a percepção do seu controlo e a expectativa de alívio contam-se entre os factores que influenciam a percepção da dor na criança (p.171). A utilização concomitante de estratégias não farmacológicas de minimização de dor, já explicitadas, bem como a explicação prévia e durante de todos os procedimentos e sua exemplificação num boneco, nos pais ou até em mim própria foram uma mais-valia na obtenção de melhores resultados.

No que diz respeito à minimização da perda de controlo, considero que a colheita de dados inicial assume particular importância, na medida em que permite a manutenção da rotina da criança, dentro do possível, o que exige dos profissionais alguma flexibilidade, mas também um trabalho de estruturação do tempo, planeado com os pais e a criança. Outro factor que considero muito relevante e que tive oportunidade de realizar, para a diminuição do impacto da hospitalização, foi a promoção da independência da criança, nomeadamente a nível do seu autocuidado. Em todas as intervenções realizadas, nomeadamente no internamento e no SU, foi minha preocupação de forma a manter alguma sensação de controlo, incentivar a criança/jovem a participar no seu cuidado, sem apressá-la, apesar do ritmo frenético circundante. Segundo Algren (2006), *“... alguns minutos a mais que permitam que a criança participe podem poupar vários minutos extras de resistência inútil e falta de cooperação durante procedimentos subsequentes”*.

Tendo em conta que a hospitalização da criança pode ser encarada não só como uma crise mas como uma oportunidade de maximizar o seu potencial de crescimento e desenvolvimento, elaborei, conjuntamente com a minha colega de estágio Sandra Ferreira, o Projecto “As sextas-feiras do Chico-Esperto” (Anexo IV). Este projecto teve por base a realização de três sessões temáticas subordinadas aos temas higiene oral, prevenção de acidentes e cuidados com o sol, realizadas em três sextas-feiras do mês de Maio, recorrendo a estratégias de jogo e brincadeira. Esta actividade foi bastante enriquecedora, tendo constituído uma mais-valia, na aquisição de competências de educação para a saúde, visto ter exigido a adopção de estratégias adaptadas a crianças de diferentes faixas etárias. Embora não tenha sido possível

dirigir a acção a uma faixa etária em particular, devido às circunstâncias alheias de um internamento, foi possível comprovar a eficácia do projecto, nas crianças que assistiram às sessões. Embora não destinada aos pais, a sua presença foi também importante, na medida que permitiu, no final de cada sessão, o esclarecimento de algumas dúvidas, bem como o fornecimento de algum material alusivo ao tema.

Para além da implementação deste projecto, procurei contribuir para a dinamização da sala de brincadeiras trabalhando, em parceria com a educadora, na promoção de momentos de leitura, pintura e jogos, adequados à idade e agrupando as crianças por faixas etárias. Relativamente a esta situação, considero que os enfermeiros no geral se demitem deste papel e delegam nos pais e na educadora esta função, circulando nesta sala apenas por vigilância, ao contrário dos estudantes de enfermagem que devido talvez à valorização desta interacção pela instituição escolar, interagem com a criança nestes espaços. Neste sentido, procurei para a concretização das actividades descritas, incluir momentos de brincadeira na planificação de cuidados.

**OBJECTIVO:** Potenciar a aquisição de conhecimentos e habilidades no desempenho do papel parental, pelos pais/educadores.

#### **ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

- Apoiei e promovi o desempenho da parentalidade;
- Informei sobre recursos existentes na comunidade de apoio à parentalidade;
- Participei em duas sessões de massagem infantil;
- Realizei visitação domiciliária;
- Participei numa sessão temática do Curso de Educação Parental sobre Crescimento e Desenvolvimento;
- Promovi, em todas as situações, o aleitamento materno;
- Dinamizei o Cantinho da Amamentação da U.L.S. Matosinhos.

#### **REFLEXÃO**

Segundo a CIPE, a Parentalidade é uma acção de tomar conta com as seguintes características específicas: *“assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamento destinado 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 adequados ou inadequados”*.

De acordo com Brazelton (2007), o nascimento do primeiro filho assinala também o nascimento da família. A parentalidade implica a definição de um projecto de vida a longo prazo, com consequentes mudanças a nível pessoal, familiar, social e profissional. Este novo contexto cria a necessidade de cuidados e afectos que estimulem o potencial de desenvolvimento óptimo da

criança. Neste âmbito, a promoção da vinculação foi uma preocupação transversal ao longo de todo o estágio, especialmente no caso dos recém-nascidos.

Segundo Murray (2006, p.42), são vários os factores que afectam a parentalidade, entre eles a idade dos pais, a qualidade da relação parental, a quantidade de experiência anterior com o cuidado da criança, os sistemas de apoio parental e os efeitos do stress no comportamento parental. Neste contexto, e tendo em conta as mudanças sociais e culturais da constituição da família, o enfermeiro é um elemento fundamental no período de transição para a parentalidade por meio do apoio que pode proporcionar à família durante a gravidez e após o parto, em articulação com outros profissionais.

Em contexto de hospitalização, detectei uma grande oportunidade de desempenho do papel, num momento de transição de toda a família, e tive a oportunidade de intervir, de forma autónoma, na obtenção de ganhos em saúde. Desta forma, um dos focos da minha atenção, foi o cuidado centrado na família e não apenas na criança. A minha intervenção foi sempre no sentido de capacitar a família, criando oportunidades para esta revelar as suas aptidões, mas também adquirirem novas competências e conhecimentos, numa atitude permanente de *empowerment*. Realizei uma diversidade de ensinamentos, tendo em conta a oportunidade e as necessidades detectadas. No apoio à parentalidade, incentivei uma presença de qualidade junto dos filhos durante a hospitalização ou episódio de urgência, tornando-os parceiros de todas as intervenções realizadas, elogiando a relação pais/filho e as suas capacidades de desempenho do papel.

**Tendo em conta o objectivo transversal estabelecido no âmbito da dor, valorizei o envolvimento dos pais na gestão da dor da criança/jovem.**

O papel dos pais foi considerado durante o estágio de uma importância inestimável. De acordo com Fernandes (2000), a influência do comportamento dos pais, nomeadamente as manifestações de ansiedade, determina o nível de percepção da dor da criança. Mesmo tendo dificuldade em aceitar o diagnóstico, os pais podem ser capazes de actuar de forma positiva diante da criança transmitindo-lhe segurança (p.170). Também de acordo com Batalha (2010), *“pais preparados para apoiarem os filhos quando estes são sujeitos a procedimentos dolorosos contribuem de forma eficaz para uma menor percepção. Por outro lado, a presença dos pais pode aumentar as expressões da dor da criança por se sentirem mais apoiadas.”* (p.21) Com base nesta premissa, investi na preparação dos pais para os procedimentos dolorosos, valorizando o seu papel como essencial para o sucesso da intervenção, e concomitantemente diminuindo o stress e ansiedade associados a estes momentos. Incentivei os pais a falarem suavemente durante o procedimento e a ficarem próximos à cabeça da criança.

A realidade que testemunhei no Serviço de Urgência reflecte na minha opinião as consequências das dinâmicas familiares da actualidade. De acordo com o que pude constatar, são muitos os pais que recorrem ao SU por falta de apoio na resolução de problemas básicos, o que os faz procurar este serviço ao mínimo sinal de alarme. Esta situação foi particularmente visível no caso dos recém-nascidos, que por falta de experiência ou sistemas de apoio dos pais, são trazidos ao SU por problemas como cólicas ou outros. Neste tipo de situações, considere relevante informar os pais sobre a existência de alguns recursos na comunidade que podem apoiá-los na resolução de problemas, nomeadamente a Linha Saúde 24. De acordo com um estudo realizado sobre a efectividade do sistema de triagem telefónica Saúde 24 por Soares *et al* (2006) *“O Serviço Saúde 24 contribui para o descongestionamento das urgências pediátricas ao referenciar apenas uma pequena percentagem de crianças triadas.”* (p.433)

O foco Febre constituiu, particularmente neste estágio, uma das preocupações mais manifestadas pelos pais que demonstraram défice de conhecimentos e habilidades para lidar com este problema. Este facto evidencia a necessidade de investir nos ensinamentos nesta área, pelo que forneci aos pais indicações sobre vários aspectos desta temática, nomeadamente quando recorrer ao SU, medidas a adoptar, sinais de alarme e administração de terapêutica. De acordo com a DGS (2004), *“Todos os profissionais de saúde que lidam com crianças têm uma tarefa fulcral no combate à febre da febre, que está generalizada, substituindo-a pelo ensino da fisiopatologia da febre e pela utilização correcta dos antipiréticos.”*

Desta forma, o Serviço de Urgência e particularmente a triagem, constitui um local de promoção da parentalidade, cujo enfermeiro especialista tem um papel crucial na melhoria da aquisição de competências parentais. Foi este o papel que tive oportunidade de desempenhar e deverá ser considerado foco especial da nossa atenção, de forma a, promover ganhos em saúde e paralelamente, dar visibilidade à enfermagem enquanto profissão.

Em contexto dos cuidados de saúde primários, a educação para o exercício da parentalidade assume grande potencialidade, na medida em que contextualizamos a família de uma forma mais concreta no meio em que está inserida, conscientes que este terá grande influência no seu desempenho.

Neste âmbito, considero particularmente vulnerável a criança no primeiro ano de vida, pelo que o apoio da função parental nesta faixa etária é de extrema relevância. Na sua Teoria de Consequência do Papel Maternal, Mercer enfatiza que o tipo de ajuda ou cuidados que uma mulher recebe durante a gravidez e no primeiro ano após o nascimento pode ter efeitos a longo-prazo para ela e para a criança, sendo que a família é vista como um sistema semi-fechado que mantém as fronteiras e o controlo sobre a troca entre o sistema familiar e os outros sistemas sociais. [Meighan (2004), p.528] No entanto, a consequência do papel maternal não constitui um processo estanque, na medida em que de acordo com Mercer (2004), a identidade de ser mãe vivencia um crescimento sucessivo na medida em que continua a evoluir

ao deparar-se com os contínuos desafios do desenvolvimento da criança, levando a rupturas nos sentimentos da mãe de competência e auto-confiança. (p.231)

De forma a ir de encontro a esta necessidade, o Centro de Saúde Sra. Hora possui inúmeros projectos que promovem a parentalidade, não podendo deixar de referenciar de forma mais particular o Projecto Bem-me-quer. O objectivo deste projecto é a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados e integrados com o objectivo de promover o exercício saudável do papel parental com crianças saudáveis /doença crónica e a saúde da criança do nascimento à adolescência. O Projecto envolve todas as grávidas, pais e crianças residentes na área abrangente da UCC (Unidade Cuidados na Comunidade) e inscritas no Centro de Saúde desde as 20 semanas de Gravidez até ao 9º ano de idade (2009 a 2011). Centra-se num processo dinâmico de aprendizagem das competências parentais no qual os pais são elementos participantes e activos, potenciando a troca de experiências, medos e realidades, que em muito contribuem para a diminuição da ansiedade que acompanha o exercício da parentalidade. Desta forma, ter a oportunidade de integrar este projecto foi muito enriquecedor do ponto de vista da aquisição de competências de comunicação e educação para a saúde.

No âmbito do Projecto Bem-me-quer, tive oportunidade de realizar visita domiciliária, e embora como profissional, esta já faça parte da minha realidade, foi muito gratificante experienciar a visita como enfermeira da comunidade. Este é decididamente um momento de grande relevância para a promoção da parentalidade, sendo no fundo, a oportunidade de avaliar *in loco*, a aprendizagem de habilidades e a obtenção de conhecimentos transmitidos previamente, e a sua transição para a realidade específica daquela família. Constitui, na minha opinião, a promoção da parentalidade na sua excelência.

A situação em concreto desta visita foi particularmente interessante para mim, visto tratar-se de um recém-nascido de termo, que tinha estado internado na Neonatologia apenas dois dias por um quadro clínico de sepsis, e que tinha sido referenciado para o Centro de Saúde por dúvidas quanto ao estabelecimento da amamentação. Previamente à visita, demonstrei a minha preocupação à enfermeira tutora sobre as competências da mãe em assumir os cuidados ao RN, visto aquando do internamento, esta ter sido pouco receptiva aos ensinamentos efectuados. O contacto com esta família, no seu domicílio, permitiu a detecção de algumas situações de alarme como a perda ponderal, o berço plano, o risco de queda, a ausência de suplementos vitamínicos e o eritema de fraldas. Após esta avaliação, foi possível a correcção de algumas situações, nomeadamente da técnica de amamentação e a organização do quarto do RN, bem como a realização de ensinamentos considerados pertinentes e que incidiram sobre os sinais de fome do RN, os sinais de uma pega eficaz, os cuidados à pele e a conservação do leite materno. Devido à realidade encontrada, foi agendada nova visita para avaliar o resultado desta intervenção.

Por outro lado, a participação em sessões de massagem infantil foi bastante enriquecedora visto ter-me apercebido que o momento da massagem, com claros benefícios para o RN, ultrapassa o seu objectivo primordial, contribuindo para uma melhor ligação pais/filhos e uma maior confiança no exercício da parentalidade (Clarke, Gibb, Hart & Davidson, 2002). Torna-se um espaço de partilha entre todas as mães e até entre alguns pais, onde há lugar para troca de confissões, esclarecimento de dúvidas, sugestões de quem passou pelo mesmo, contribuindo decididamente para o bem-estar dos pais. Tal como uma mãe confessou “*É a oportunidade de sair de casa, ver gente, estar com gente igual a nós*”. Durante estas sessões, adquiri competências mais aprofundadas sobre a realização desta técnica e apoiei os pais na sua realização, aproveitando a oportunidade para a realização de ensinamentos pertinentes e o esclarecimento de dúvidas.

As vantagens da massagem infantil estão claramente descritas na literatura (Lorenz, Moyses & Surguy, 2005; Maulik & Darmstadt, 2009) e de acordo com a pesquisa efectuada, não deve ser limitada ao lactente e a sua utilização poderia, por exemplo, ser substituída da leitura de uma história, em crianças pré-escolares, com claros benefícios na diminuição de comportamentos agressivos. (Knorrning *et al*, 2008)

A consulta de saúde infantil e juvenil, a visita domiciliária e as aulas de massagem ou de educação parental constituíram espaços de partilha e de educação para a saúde, onde procurei sempre ir de encontro às necessidades de informação ou à aprendizagem de habilidades da família, seja como resposta ao que era solicitado ou como resultado da minha avaliação.

Uma preocupação transversal a todos os campos de estágio foi a promoção do aleitamento materno. A minha intervenção foi no sentido de dotar a mãe de conhecimentos e de promover a aprendizagem de habilidades relativas ao amamentar que, segundo detectei, não estão muitas vezes presentes. Desta forma, instruí e treinei a técnica de amamentação com a mãe e ensinei sobre as vantagens da amamentação, a fisiologia da lactação, os sinais de uma pega eficaz e a conservação do leite materno. Solicitei, aquando do estágio de Módulo II, e em situações mais complexas, a colaboração de uma conselheira de amamentação, o que demonstrou claramente as vantagens de um trabalho em parceria e permitiu o adequado encaminhamento após a alta. Informei, sempre que me pareceu oportuno, sobre a existência dos Cantinhos de Amamentação, como locais de excelência e de referência para o aleitamento materno. A amamentação foi também um tema ao qual dei destaque nas consultas de enfermagem e em contexto do SU, tendo aproveitado para testemunhar sempre que oportuno o momento da amamentação, e no caso particular do SU, encaminhei para um dos dois cantinhos de amamentação existentes, de forma a proporcionar privacidade e um ambiente mais calmo e propício para este momento.

Uma das actividades desenvolvidas no âmbito da promoção do aleitamento materno foi a dinamização do cantinho de amamentação da U.L.S. Matosinhos. Este objectivo foi alcançado, com a realização, conjunta com a minha colega de estágio, de dois projectos: o Folheto “*Os cinco sinais para uma amamentação eficaz*”, elaborado para orientar os pais sobre o comportamento esperado do RN amamentado eficazmente nos primeiros dias de vida, nomeadamente no que diz respeito à eliminação urinária e intestinal, evolução ponderal e o número de mamadas diárias; e o “*Correio dos afectos*” como estratégia de incentivo à amamentação (Anexo V).

A comunidade constitui assim uma janela de oportunidades para intervir em parceria com os pais a fim de ajudar, ensinar, esclarecer dúvidas, respeitar, ser coerentes e empáticos, com o objectivo de estabelecer uma relação de ajuda que vá de encontro às suas inquietações e necessidades.

Segundo Cruz (2005), a “*Parentalidade é porventura a tarefa mais desafiante da vida adulta e os pais constituem uma das influências mais cruciais na vida dos seus filhos*”. Nesta linha de pensamento, o enfermeiro especialista deve ter como objectivo que a parentalidade atinja a sua função primordial que é, de acordo com a mesma autora, promover junto dos filhos o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando para tal os recursos que dispõe dentro da família e, fora dela, na comunidade. Foi este o papel que tive oportunidade de desempenhar e deverá ser considerado foco especial da nossa atenção, de forma a, paralelamente, dar visibilidade à enfermagem enquanto profissão.

A ligação entre o profissional e a família, embora nem sempre fácil, constitui assim um mecanismo com grande potencialidade, que exige respeito como semelhantes e, cuja negociação e trabalho em parceria, pode significativamente colmatar as necessidades da criança e da família. Embora também utilize na minha prática o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, as realidades vivenciadas assumem contornos substancialmente diferentes. Nestes contextos, existe quase que uma dependência do exercício da parentalidade, o que exige a adopção de estratégias diferentes de cuidar, essencialmente na base da supervisão. Por este motivo, o trabalho desenvolvido, do ponto de vista formativo, foi bastante enriquecedor.

**OBJECTIVO:** Demonstrar competências de reflexão crítica sobre a prática de enfermagem.

#### **ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

- Analisei de forma crítica o papel do enfermeiro especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria;
- Elaborei um portfolio de estágio;
- Elaborei relatórios críticos parciais dos diferentes módulos do estágio.

## REFLEXÃO

Segundo Canário (1994), citado por Abreu (2007), *“Para que a experiência se converta em saber, é necessário fazer do exercício de trabalho objecto de reflexão e pesquisa pelos que nele estão directamente implicados”* (p. 160). D’Espiney (1997) acrescenta ainda que a reflexão *“é um meio que permite aos sujeitos através de um processo de descontextualização da acção e recontextualização, uma (re)construção interna da situação, que adquire outros significados, permitindo visualizar novas formas de operar e desenvolver o reflexo de aprendizagem permanente nas e através das situações profissionais, no quadro de uma organização autoformativa”* [Canário (1994), citado em Abreu (2007), p. 161].

Nesta linha de pensamento, a reflexão na e sobre a prática foi uma condição que me acompanhou durante toda a minha intervenção.

Experienciar e intervir nos cenários em que se sustenta o cuidar do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, permitiu-me ter uma perspectiva mais abrangente do campo da sua intervenção como profissional de saúde. O enfermeiro especialista possui competências que lhe permitem actuar precocemente nas situações de alarme ou risco potencial, e trabalhar com a criança/jovem e família, na promoção de ganhos em saúde.

As realidades assistenciais testemunhadas evidenciam a importância de cuidados especializados, que correspondam às necessidades da criança/jovem e família. Só um enfermeiro competente, dotado de conhecimento e experiência, pode transmitir a tranquilidade e empatia necessária, em momentos de angústia e ansiedade, experienciados em situações de crise, pelo alvo dos seus cuidados. No entanto, em resultado da reflexão que fiz ao longo deste percurso, percebi que o campo da sua intervenção transcende a promoção da saúde e a prevenção da doença, e rege-se por princípios mais abrangentes e determinantes que traduzem uma responsabilidade acrescida.

Estes princípios relacionam-se com a representação da profissão pela possibilidade de criar na criança e no jovem a imagem do profissional de saúde a quem estes podem recorrer e confiar ao longo de todas as fases de transição da sua vida adulta, para o estabelecimento de uma verdadeira relação terapêutica de confiança e empatia.

O portfolio constituiu uma mais-valia para a promoção da reflexão, do pensamento crítico, do autoconhecimento e conseqüente melhoria do desempenho profissional. No portfolio, reuni artigos de investigação relevantes, resultantes da pesquisa efectuada, apontamentos e relatos de algumas situações particulares e alguns documentos e protocolos do serviço. Esta construção permitiu o desenvolvimento de competências de análise e reflexão, essenciais na selecção e organização dos conteúdos. Para o desenvolvimento do portfolio, assumi particular

importância, o aprofundar de capacidades de pesquisa em bases de dados científicas, em busca da melhor evidência científica.

Também a elaboração dos relatórios parciais dos diferentes módulos de estágio e do presente relatório constituiu uma estratégia de demonstração/compilação de toda a reflexão que sustentou a minha prática, pelo que constituiu também um factor potenciador do meu desenvolvimento pessoal e profissional.

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

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

***Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada.***

**OBJECTIVO:** Desenvolver competências de assistência à criança e família, em situações de especial complexidade.

#### **ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

- Promovi momentos de reflexão com os enfermeiros tutores e restante equipa de enfermagem sobre a actuação em situações complexas;
- Identifiquei e intervi em situações de risco social e familiar que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem;
- Colaborei na prestação de cuidados à criança institucionalizada;
- Utilizei o documento técnico da DGS sobre Maus tratos em crianças e jovens-Intervenção da Saúde;
- Colaborei no atendimento de crianças/jovens na Sala de Emergência do SU.

#### **REFLEXÃO**

A definição de situação complexa é, na minha opinião, bastante vaga, porque são várias as situações complexas que podem surgir no contexto prático, não tanto dependentes da situação em si, mas essencialmente das estratégias de *coping* do profissional, da criança e da família, para lidar com a situação.

Alguns dos exemplos que vivenciei no estágio, contextualizam os obstáculos que senti e ultrapassei, na abordagem de situações complexas.

Em contexto do Módulo II, lembro-me particularmente de uma situação de negligência física de uma criança de 5 meses, que apresentava sinais de desnutrição (falta de gordura subcutânea, extremidades demasiado finas), relacionados com a adopção de um regime alimentar pouco adequado à sua idade, provocado, não por questões económicas, mas por convicções maternas de hábitos alimentares alternativos. Foram realizados ensinamentos sobre a importância de uma alimentação adequada no primeiro ano de vida da criança, e reforçados ao longo do curto internamento, embora considero que não tiveram o efeito desejado. A articulação com o Centro de Saúde, de forma a promover uma vigilância mais apertada, foi a estratégia utilizada para dar seguimento a esta situação.

Outra situação detectada no decorrer do estágio, foi a verbalização por parte de uma criança internada, de ser vítima de *bullying* na escola. Esta descoberta surgiu do facto de a criança, internada há mais de um mês no serviço, por Síndrome de Anca Dolorosa, manifestar uma dor que embora valorizada pelos profissionais, não se coadunava com a postura da criança que brincava e exercia as suas actividades sempre com facilidade e satisfação. O diagnóstico médico inconclusivo, associado à verbalização da criança sobre o facto de adorar estar no hospital, e o de não ter saudades da escola e dos amigos, foi sinal de alerta para a equipa. A comunicação assertiva e multidisciplinar, foi essencial para a resolução da situação, tendo sido desenvolvido um trabalho com a família, coadjuvado com a colaboração de um psicólogo.

No contexto do estágio de Módulo I, uma situação nova para mim que por si só constitui uma situação complexa é a questão da criança institucionalizada, por todo o contexto que a rodeia.

De acordo com o Relatório de caracterização de crianças e jovens em situação de acolhimento em 2008, do Instituto de Segurança Social, existem em Portugal 13910 crianças/jovens em instituições e famílias de acolhimento. Segundo Pasian e Jacquemin (1999), *“... a institucionalização constitui-se como uma experiência de vida que exerce significativa influência na auto-imagem da criança e a faz sentir-se diferente daquela criança que mora com os seus familiares. Contudo, os processos vivenciados dentro dessa institucionalização é que parecem determinantes no sentido da colaboração para uma auto-imagem positiva ou, então, de uma cristalização de sentimentos de auto-desvalorização”* (p.59)

Nesta linha de pensamento, e tendo em conta que o desenvolvimento do ser humano é o resultado do acúmulo de experiências entre o sujeito e o ambiente que o rodeia, favorável ou não, as instituições desempenham um papel fundamental na qualidade de vida e dinâmica de desenvolvimento da criança/jovem. Por conseguinte, esta problemática terá de ser considerada um foco de atenção e intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, que assume o dever de trabalhar em conjunto com estas instituições para que, em parceria, possa maximizar o potencial de desenvolvimento da população institucionalizada.

Durante o estágio, pude colaborar com a enfermeira tutora na prestação de cuidados às crianças institucionalizadas, na vacinação e na realização de ensinamentos considerados oportunos em situações concretas, como os cuidados ao coto umbilical e à pele da criança, mais especificamente no eritema de fraldas e na maceração perianal. Idealmente, para uma prestação de cuidados de qualidade, estas instituições deveriam contar com a presença de um enfermeiro a tempo inteiro, de forma a possibilitar um melhor acompanhamento da população institucionalizada, seja na avaliação do seu crescimento e desenvolvimento, seja na detecção precoce de situações de risco, de forma a evitar hospitalizações recorrentes.

Uma das estratégias encontradas pela enfermeira tutora para dar resposta a estas necessidades, foi proporcionar sessões incluídas no Projecto Bem-me-quer às auxiliares da instituição, tendo este projecto sido desenvolvido por um grupo de alunos de enfermagem da licenciatura. Neste âmbito, participei activamente na primeira sessão temática deste projecto, subordinada aos cuidados à pele do RN e do lactente, onde pude dar o meu contributo e intervir ao longo da sessão, tendo em conta a experiência e conhecimentos que adquiri ao longo do meu percurso profissional.

Ainda no Módulo I, uma situação complexa que ocorreu durante o estágio estabeleceu a ponte entre o meu local de trabalho e o Centro de Saúde Sra. Hora. Um pai contactou o Serviço de Neonatologia para solicitar informação sobre o leite adaptado mais adequado para o seu recém-nascido, recentemente internado no serviço por um quadro de sepsis. Quando questionado sobre o motivo da necessidade do leite artificial, visto a mãe do RN estar a amamentar aquando da alta, o pai referiu que a sua esposa não se encontrava em condições para amamentar, sem adiantar pormenores. Num segundo telefonema, demonstrou dificuldades na preparação do leite e foi possível perceber a preocupação e ansiedade da sua voz, acabando por confessar que a sua esposa se encontrava com uma depressão pós-parto e recusava, inclusive, o contacto com o RN. Segundo Schwargber e Piccinini (2003), *“O atendimento precoce à mãe deprimida representa a possibilidade da prevenção do estabelecimento de um padrão negativo de interação com o bebé, o qual pode trazer importantes repercussões para o seu desenvolvimento posterior”*, pelo que é crucial que o enfermeiro especialista em pediatria intervenha no apoio à transição ao papel materno, nomeadamente pela visita domiciliária de forma a detectar sinais de alarme que levem a um maior acompanhamento.

Neste sentido, surgiu a necessidade de nova referenciação para o Centro de Saúde e, visto se tratar do meu local de estágio, pude intervir, e reencaminhar a situação para a enfermeira de família. Segundo Zagoneli *et al* (2003). *“Somente o contato interpessoal entre profissional e cliente pode oferecer os instrumentos para a efetivação do cuidado humanizado a esta situação peculiar e especial.”* Uma segunda visitação domiciliária foi a estratégia encontrada para dar apoio a esta família, tendo a mãe acabado por ser internada e o pai e a avó foram instruídos nos cuidados ao RN. No que diz aos ensinamentos a este grupo particular, os avós, a

desmistificação e correcção de algumas práticas antigas é essencial para o sucesso da intervenção.

Em contexto de urgência, o contacto com a criança vítima de maus tratos constitui uma realidade frequente. A forma como estas situações são encaminhadas depende do contexto em que ocorrem, sendo que o SU possui protocolos de actuação específicos e definidos. Dada a privacidade e sigilo exigida nestas situações, tive alguma dificuldade em acompanhar o desenrolar de algumas situações ocasionais que foram surgindo, pelo que procurei conhecer as diligências efectuadas, o percurso da criança desde a triagem ao internamento ou alta, os profissionais envolvidos e as principais áreas de intervenção. Na troca de ideias com a equipa de enfermagem, pude constatar a dificuldade da equipa na mediação destas situações, pela exigência requerida ao nível da gestão de emoções.

De acordo com o que vivenciei neste estágio e segundo a pesquisa efectuada, são várias as barreiras que se colocam à equipa, nomeadamente o desconforto em lidar com estas situações, o deficit de informação e preparação técnica face às mesmas, a ausência de protocolos formais e de apoio institucional para respostas adequadas, a assunção de outras prioridades, o desconhecimento das redes de apoio e a falta de confiança nas instituições. (DGS, 2008) Por este motivo, a problemática dos maus tratos, em qualquer contexto assistencial exige formação específica dos profissionais, nomeadamente na detecção precoce de sinais e sintomas de alerta, que permitam uma intervenção atempada e multidisciplinar, por parte dos profissionais.

No exercício da minha actividade profissional, lido diariamente com situações de emergência, pelo que o treino adquirido ao longo dos anos, tornou-me competente na gestão do stress destas situações. No entanto, as situações de emergência em contexto do SU, possuem uma dinâmica diferente, não só pelas diferentes faixas etárias e patologias associadas, como pelo número de profissionais envolvidos. Assim, realizei, por diversas vezes, com a enfermeira tutora a revisão diária da check-list da Sala de Emergência, o que possibilitou o esclarecimento de dúvidas e a partilha de experiências, bem como a reflexão sobre a gestão do tempo e das prioridades em situações de emergência.

Neste contexto, colaborei na recepção de algumas crianças e jovens na sala de emergência. Por um lado, experienciei a situação de um lactente com o diagnóstico de Estado de Mal Epilético, já estabilizado pelo INEM, na qual pude colaborar na monitorização da criança, administração de oxigénio com máscara de alta concentração, colocação de acesso periférico para administração de anticonvulsivante de acção longa (fenitoína) e acompanhamento do lactente até OBS, de forma a dar continuidade aos cuidados. Por outro, tive oportunidade de observar algumas crianças com suspeita de trauma, o que constituiu uma situação nova para mim. A observação da especificidade e complexidade dos cuidados prestados a vítimas de trauma constituiu uma mais-valia do estágio, sendo que após observar algumas destas

situações, tive a oportunidade de colaborar com a enfermeira tutora e restante equipa na manipulação do colar cervical e plano duro, bem como no acompanhamento destes doentes na realização de exames complementares de diagnóstico. Pude constatar as exigências deste tipo de situação, que para além da complexidade técnica e organizacional, tem particularidades adicionais, nomeadamente a gestão do stress e da ansiedade, não só dos pais que aguardam apreensivos à porta da sala de emergência, como dos próprios profissionais. Relativamente aos pais, investi particularmente no apoio emocional e na transmissão gradual de informação, de acordo com a evolução da situação.

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

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

#### **ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

- Respeitei a Carta dos direitos da criança;
- Respeitei a carta dos direitos da criança hospitalizada;
- Suportei a tomada de decisão em princípios, valores e normas deontológicas;
- Promovi práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Utilizei como quadro de referência para o exercício profissional o enquadramento conceptual e enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros.

#### **REFLEXÃO**

No desempenho das minhas funções como profissional, tenho como referenciais para a acção e para o processo de tomada de decisão, os princípios éticos universalmente reconhecidos, os valores e a deontologia profissional, e o dever primordial de assegurar a dignidade da Pessoa Humana. No entanto, relativamente ao enquadramento legal dos cuidados de saúde e dos cuidados de enfermagem, embora fossem do meu conhecimento alguns documentos, a unidade curricular Direito da Saúde, possibilitou a aquisição e o desenvolvimento de competências na procura, mobilização, selecção e hierarquização dos vários diplomas legais existentes.

O respeito pelos princípios éticos, sociais e de responsabilidade profissional constituíram sempre um pilar da minha actuação, amadurecidos pela experiência e reflexão, e enriquecidos, agora, pelo contacto com novas realidades. O conhecimento científico, os direitos da criança, o Código Deontológico, o enquadramento jurídico da profissão, bem como os enunciados da Ordem dos Enfermeiros como, por exemplo, O Guia Orientador de Boa Prática da Dor, foram, entre outros, elementos sustentadores da minha prática. Considero que estes elementos

traduzem a procura da excelência profissional, contribuindo para a uniformização e qualidade dos cuidados de enfermagem, por meio da reflexão a que submetem a prática, dando assim visibilidade ao contributo dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde dos clientes.

**Na prestação de cuidados, assente no objectivo transversal deliberado, tive em conta o direito primordial da criança, deliberado na Carta dos Direitos da Criança, que diz que “As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”.**

Com base nesta premissa, cabe ao profissional de saúde, e principalmente ao enfermeiro, assegurar que os direitos da criança são respeitados, de forma a promover cuidados de qualidade. Neste sentido, actuei como mediadora e “advogada” da criança na protecção de intervenções invasivas desnecessárias da equipa multidisciplinar e adoptei estratégias que minimizaram a dor associada a procedimentos dolorosos, tal como descrito anteriormente. Para tal, teve particular importância o respeito pelas diferentes respostas emocionais ao medo e à dor.

Outra das preocupações no estágio foi a realização de procedimentos dolorosos na sala de tratamentos e nunca no quarto ou na sala de brincadeiras. Este facto evidencia o respeito pelo espaço da criança bem como a garantia de privacidade, mas também impede que outras crianças assistam a estes procedimentos, o que irá influenciar também a sua percepção da dor.

Uma situação particular do estágio, originou uma reflexão mais profunda relativa à informação e consentimento dado à criança. Uma criança de 8 anos, na companhia da mãe, foi admitida no serviço com cirurgia programada para o mesmo dia à tarde e, ao ser abordada pela equipa, reagiu com uma postura exacerbada de medo, ansiedade e choque. Pelo discurso da criança e pela postura quase que “*envergonhada*” da mãe, que se demitiu do seu papel (provavelmente por medo, ansiedade e frustração), percebi que a criança desconhecia por completo o motivo que a trazia ao hospital, apesar de possuir capacidade cognitiva para tal.

Esta situação foi objecto da minha reflexão e actuação, na medida em que considero a criança como agente activo no que diz respeito à sua saúde, desde que tenha capacidades cognitivas para o fazer. O fornecimento de informação bem como o consentimento para toda e qualquer intervenção deve ser, sempre que possível, um momento e decisão partilhada com os pais, tendo sempre em atenção a vontade da criança. De acordo com Almeida (1998) é “*desejável colocar as questões às crianças particularmente acima dos cinco anos de idade, ouvir as suas decisões, exercitando-as no desenvolvimento da auto-estima e da consciência do melhor bem, pessoal e colectivo. Não usemos como subterfúgio a baixa idade dos nossos doentes para esconder as nossas hipotéticas ou reais dificuldades em dialogar sobre temas tão difíceis*” (p.70). Desta forma, com o objectivo de obter o consentimento da criança, expliquei-lhe o porquê da sua visita ao hospital, bem como o interesse e conteúdo de todas as intervenções a

realizar, e incluí a mãe em todo o processo, alertando-a para a importância do envolvimento da criança na minimização do impacto de situações futuras de hospitalização.

Outros aspectos foram tidos em conta durante o estágio, de forma a promover uma prática de qualidade, que incluía os direitos da criança. O direito à privacidade, à confidencialidade, o incentivo pela presença contínua dos pais, bem como a tentativa de promover, conjuntamente com a equipa, a reunião na mesma enfermaria, de crianças das mesmas faixas etárias, como um factor que contribui para que beneficiem em segurança, de jogos, brincadeiras e actividades educativas, constituem aspectos favorecedores de um ambiente propício ao seu desenvolvimento.

Uma das questões que constituiu alvo da minha reflexão durante o estágio do Módulo I, foi o direito dos adolescentes acederem às consultas sem a presença dos pais, e até que ponto estes devem ser informados sobre o conteúdo da consulta. De acordo com Cordeiro (2009) *“É muito importante que os pais respeitem o direito do jovem desejar ir à consulta sozinho ou, pelo menos, reservar um espaço da consulta para debater problemas pessoais sem a presença dos pais. Este desejo de privacidade e confidencialidade deve ser sagrado.”* (p.579) A privacidade é assim um aspecto fundamental na consulta com o adolescente para a criação de uma relação de confiança e cumplicidade que permita uma real intervenção, devendo ser salvaguardadas as situações de risco, em que o profissional deve convencer o adolescente a receber o apoio dos pais.

Tendo em conta estes aspectos, valorizei e procurei momentos em privado com o adolescente, de forma a proporcionar privacidade na exposição das suas reais dúvidas e inquietações.

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

**OBJECTIVO:** Desenvolver competências relacionais com a criança/jovem e família.

#### **ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

- Promovi um ambiente propício ao estabelecimento de uma relação empática, terapêutica e de confiança;
- Comuniquei com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento, à sua cultura e ao contexto assistencial, utilizando diferentes formas de comunicação.

#### **REFLEXÃO**

Tendo em conta as limitações da comunicação com a criança pré-verbal, alvo dos meus cuidados na Neonatologia, os desafios que este objectivo coloca foram aliciante, do ponto de vista da minha evolução pessoal e profissional. Nos diversos contextos assistenciais, houve um grande investimento nesta área por considerar de extrema importância para a relação terapêutica, a aquisição de competências que permitam um canal de comunicação efectivo com a criança/jovem e família. A diversificação destes contextos exigiu uma intervenção ajustada às necessidades e individualizada, em consequência de uma prática reflexiva e especializada.

Um dos pontos fulcrais da comunicação é o estabelecimento de um ambiente propício para esta ocorrer, pelo que foi minha preocupação fazer um bom acolhimento nos diversos contextos assistenciais, por meio de uma apresentação adequada de todos os elementos presentes e intervenientes. Procurei incluir a criança, sempre que a idade o permitia, utilizando na comunicação o seu nome ou do jovem, esclarecendo o objectivo da intervenção, a garantia de privacidade e sigilo de toda a informação e um local apropriado para a sua realização. No caso do SU, por exemplo, procurei após a triagem encaminhar a criança e jovem para os espaços adequados à sua faixa etária, visto existir uma sala de espera para adolescentes e outra para crianças mais pequenas com espaço para estas brincarem.

De acordo com Algren (2006), uma das experiências hospitalares mais traumáticas para a criança e os pais é uma admissão de emergência, na medida em que o surgimento repentino de uma doença ou a ocorrência de uma lesão deixa pouco tempo para preparação e explicação. Mesmo naqueles casos que demandam apenas tratamento ambulatorial, a criança é exposta a um ambiente estranho e ameaçador e a experiências que podem causar medo ou dor. Esta realidade ilustra a importância do estabelecimento de uma comunicação efectiva com a criança/jovem e família, aquando da sua hospitalização ou ida ao SU. Em situações de urgência, e de acordo com o que observei, a criança apresenta-se particularmente assustada e sente-se ameaçada, procurando no pai ou na mãe o refúgio e a protecção, de uma forma quase que visceral. Este facto, acrescenta maior dificuldade e desafios à nossa intervenção e à conquista de uma relação de confiança, especialmente em crianças mais pequenas. Neste sentido, o contacto com esta realidade permitiu um aprofundamento das competências adquiridas nos estágios anteriores.

Por outro lado, o limite temporal da consulta não permite o estabelecimento de uma relação semelhante à que conseguimos criar aquando da hospitalização da criança/adolescente, pelo que exigiu assertividade na procura e avaliação da informação, de forma a rapidamente identificar as áreas de intervenção mais pertinentes. Uma das estratégias utilizadas foi a de encorajar a expressão de emoções, numa atitude empática, e escutar as preocupações do jovem e família, e não a bombardeá-los com perguntas pouco pertinentes. Foi na observação, no escutar e no silêncio que muitas vezes consegui ir ao encontro das suas reais

necessidades. Nesta situação em particular, a enfermeira de família encontra-se numa posição privilegiada que permite uma relação de confiança e de continuidade.

Na comunicação com a criança, procurei adequar à idade e ao seu desenvolvimento cognitivo, recorrendo a estratégias de comunicação verbais e não verbais. Desta forma, tornei-a como ponto central da minha intervenção e para tal: assumi uma posição de igual para igual (a nível visual), falei calmamente, de forma simples e directa, dei tempo para estas se ambientarem e expressarem as suas preocupações e receios, evitei investidas rápidas ou outros gestos que pudessem ser considerados ameaçadores e utilizei, sempre que adequado, a brincadeira como linguagem universal das crianças. O brinquedo foi assim utilizado como instrumento terapêutico na comunicação com a criança de forma a proporcionar o estabelecimento de uma relação de confiança e segurança. Desta forma, a utilização do jogo, da pintura, da leitura e do teatro traduziram um cuidar mais humanizado à criança, tendo percebido na prática, a quantidade de informação que podemos obter e tudo aquilo que avaliamos, ao partilhar um momento de brincadeira com uma criança. Reconheço que existe uma tendência para subvalorizar a criança, como fonte de informação, mas considero que a devemos ponderar como elemento igualmente valioso na avaliação que fazemos das suas necessidades. Em toda a relação que estabeleci com a criança, a honestidade foi um dos aspectos valorizados na comunicação, pelo que fui sempre honesta no objectivo e conteúdo da minha intervenção, sem criar falsas expectativas, esclarecendo por exemplo se o procedimento implicaria dor ou não, de forma a criar uma relação de confiança.

Não posso deixar de salientar o desafio que é o adolescente, quer por se limitar, por vezes, ao uso de monossílabos, quer pela carga emocional com que expressa o que sente, quer por já não ser uma criança, mas ainda não ser um adulto. Neste âmbito, a minha actuação foi no sentido de respeitar as suas convicções e facilitar a comunicação expressiva de emoções, sem transmitir qualquer tipo de julgamento ou incompreensão. Assim, a utilização de estratégias de comunicação específicas foram o ponto de partida para o êxito da minha intervenção, sendo que O Guia Orientador de Boa Prática: entrevista ao adolescente, da Ordem dos Enfermeiros (2010), foi um elemento essencial para o fornecimento de directrizes a utilizar na comunicação com o adolescente. Tendo em conta este guia e as competências e conhecimentos adquiridos ao longo dos estágios, procurei dirigir as questões directamente ao adolescente e não aos pais, demonstrei disponibilidade, escutei sem induzir a resposta ou interromper, evitei juízos de valor e silêncios prolongados, assegurei a confidencialidade e o direito à privacidade, utilizei uma linguagem simples e realista, e não a linguagem do adolescente, conheci as suas expectativas e reforcei competências e comportamentos positivos e auto-estima. Nas situações em que o adolescente revelou constrangimento na abordagem de questões da sua sexualidade na presença dos pais, procurei proporcionar um momento a sós com o adolescente (aproveitando o momento do exame da acuidade visual), de forma a possibilitar o esclarecimento de dúvidas e a actuei como mediadora, nos casos em que tal me foi solicitado.

Na comunicação com a família, a transmissão de informação assume um papel fundamental na diminuição dos níveis de stress e ansiedade, muito comuns em situações de urgência e/ou hospitalização. Na comunicação com os pais, tratei-os pelo nome, procurei encorajá-los a expor as suas dúvidas e preocupações, não me limitando a colher a informação considerada relevante para a prática, desenvolvi estratégias de saber ouvir, usei sempre que considere necessário o silêncio, na procura de uma relação de ajuda e empatia. Procurei ir de encontro às necessidades de informação da família, adoptando uma postura calma, escutando as suas dúvidas, medos e preocupações e utilizando uma linguagem clara e simples.

Nomeadamente, no que diz respeito ao reconhecimento e gestão da dor, assumiu particular importância a utilização de estratégias adequadas à personalidade da criança e a cooperação familiar.

As competências de comunicação que fui adquirindo nos estágios foram uma mais-valia, permitindo uma postura gradualmente mais experiente e confiante na utilização de diferentes estratégias de comunicação com todas as faixas etárias. Foi gratificante arrancar um sorriso, conseguir a confiança de um aperto de mão, receber um abraço, ouvir um “obrigada” na despedida...

Após o estabelecimento de um efectivo canal de comunicação entre o enfermeiro e a criança/jovem e família, há lugar para a criação de uma relação terapêutica. O impacto da nossa intervenção passará, em parte, pelo nosso papel de educadores, na prevenção e promoção da saúde, baseada na aquisição de conhecimentos e estilos de vida saudáveis. Nesta linha de pensamento, estabeleci o objectivo que se segue.

**OBJECTIVO:** Desenvolver competências na área da prevenção e educação para a saúde à criança/jovem.

#### **ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

- Identifiquei necessidades individuais de educação para a saúde;
- Promovi estilos de vida saudáveis e o crescimento e desenvolvimento infantil;
- Promovi a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde;
- Desenvolvi o Projecto “Sexualidade Saudável”;
- Realizei uma visita ao Centro de Apoio a Jovens de S. Mamede de Infesta;
- Realizei uma sessão de educação para a saúde “Para uma vida sem fumo”.

#### **REFLEXÃO**

A interação que desenvolvi com a criança e o jovem nos vários contextos assistenciais, permitiu-me detectar a necessidade de ensinamentos variados, de forma a colmatar as suas necessidades de informação e aquisição de competências.

De acordo com a idade da criança e o contexto da minha intervenção, realizei educação para a saúde sobre as mais diversas áreas. Na criança e de acordo com o seu desenvolvimento cognitivo, incidi particularmente na educação para a saúde sobre uma alimentação saudável e equilibrada, na prevenção de acidentes e na higiene oral por detectar muitas vezes, concepções erradas sobre a importância e influência destes aspectos no crescimento e desenvolvimento infantil.

Relativamente ao adolescente, procurei identificar potenciais situações de risco, e fomentar, sempre que necessário, a mudança para a adopção de comportamentos saudáveis, incentivando a tomada de decisão responsável. Nesta faixa etária, foi particularmente gratificante trabalhar áreas como a sexualidade e o consumo de substâncias. Para tal, procurei escutar individualmente as suas preocupações e opiniões, reforçando os elementos positivos, fiz reconhecer o risco associado a determinados comportamentos, avaliando os prós e contras, forneci informação escrita adequada ao seu desenvolvimento e fiz sugestões, sem pressionar. Em todas as situações, procurei assumir a família como parceira nesta intervenção, incentivando-a a criar um clima de segurança e confiança e a reagir com espontaneidade e naturalidade, quando questionados pelos filhos.

Embora não sendo muitas vezes considerada uma prioridade, a educação para a saúde em contexto de SU, assume-se de grande pertinência na medida em que constitui o local onde, em grande parte das situações, é possível identificar necessidades particulares de informação, muitas vezes até não relacionadas com o episódio em si. E apesar de em várias situações, o tempo ser um obstáculo, foi sempre possível fornecer alguma orientação ou encaminhamento.

No âmbito da educação para a saúde, a escola constitui sem dúvida um espaço privilegiado de partilha de informação e conhecimento e que assume um papel de destaque na construção da identidade da criança/jovem, pelo que a responsabilidade e o impacto da Saúde Escolar são muito significativos. De acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar (2006), *“A escola ocupa um lugar central na ideia de saúde. Aí aprendemos a configurar as ‘peças’ do conhecimento e do comportamento que irão permitir estabelecer relações de qualidade”*.

No decorrer do estágio do Módulo I, tive a oportunidade de abraçar dois projectos que se revelaram muito enriquecedores, particularmente devido às diferenças entre as duas situações vivenciadas, quer pelos temas abordados, quer pela faixa etária da população alvo.

No âmbito do assinalar do Dia do Não Fumador, elaborei, conjuntamente com as minhas colegas de estágio, uma acção de educação para a saúde denominada “Para uma vida sem fumo”, destinada a crianças do 1º ciclo. Este tipo de acções constituem na minha opinião uma

estratégia fundamental na prevenção do tabagismo, na medida em que reconhece a vulnerabilidade, cada vez mais precoce na sociedade, dos pré-adolescentes a esta problemática. Para a realização desta acção de educação para a saúde, foi crucial a realização do seu planeamento e avaliação (Anexo VI).

O Projecto “Sexualidade Saudável” surgiu de uma necessidade detectada no âmbito da Saúde Escolar, que logo despertou o interesse do grupo de estágio que se propôs a intervir nesta área, particularmente interessante e desafiante. (Anexo VII)

O tema da sexualidade representa provavelmente a preocupação prioritária na educação para a saúde na adolescência. O papel dos profissionais de saúde e nomeadamente dos enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediatria, é fundamental na promoção de uma sexualidade responsável, gratificante, baseada na definição de um projecto de vida. Neste âmbito, torna-se crucial dotar o jovem de informação acerca da sua própria saúde e de competências que o habilitem para uma progressiva auto-responsabilização, para que a sua tomada de decisão seja livre, informada e fundamentada. Para tal, é essencial o conhecimento dos vários factores que influenciam a vivência cada vez mais precoce da sexualidade, e a compreensão das suas dimensões. Falar de sexualidade é assim particularmente difícil, assumirmos que é considerado um tema tabu na sociedade, é assumirmos que mesmo para nós, profissionais de saúde, é um tema que tem contornos muito particulares que exigem uma perícia na sua abordagem, ainda mais tendo em conta a população alvo de 17/18 anos.

Neste sentido, foi um desafio prontamente aceite, embora reconheça alguma apreensão acrescida. Foi preocupação do grupo ir ao encontro das necessidades dos alunos, pelo que o planeamento desta acção de educação para a saúde exigiu um trabalho mais complexo e direccionado, ajustado à dimensão do problema e à população alvo. Também o facto de serem sete turmas com características e conhecimentos distintos, exigiu ao grupo grande capacidade de adaptação e gestão da sessão, pelo que foi muito gratificante fazer parte deste projecto.

A construção de um filme baseado na Carta Internacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (em anexo a este relatório) foi o ponto de partida para a sessão, de forma a promover a interacção e a discussão de ideias e pontos de vista. Com o desenrolar das sessões, considero que me senti mais competente na transmissão de informação bem como na mobilização de estratégias de controlo do grupo e organização da sessão, o que contribuiu decididamente para a concretização dos objectivos traçados.

No âmbito da realização deste projecto, procurei sustentar a minha intervenção em pesquisa bibliográfica mas também na experiência e competência de outros profissionais na área. Para tal, recorri não só à enfermeira tutora e enfermeira da saúde escolar, como também realizei uma visita ao CAJ de S. Mamede, de forma a conhecer a dinâmica destes espaços e colmatar algumas dúvidas que foram surgindo. Também procurei informação junto de uma pediatra do

meu local de trabalho, responsável pela consulta de grávidas adolescentes na ULS Matosinhos. Do empenho e investimento pessoal neste projecto, particularmente do interesse sobre a problemática da gravidez na adolescência, surgiu o convite para colaborar com esta pediatra numa intervenção multidisciplinar constituída por um conjunto de acções de educação para a saúde, a realizar na mesma escola, subordinado aos temas Gravidez na Adolescência e Afectividade, que aguardo com grande expectativa.

Estas actividades permitiram não só o desenvolvimento de competências de comunicação, motivação de grupo, planeamento e execução de acções de formação, bem como a consciencialização dos problemas que afectam as crianças/jovens em idade escolar. É minha convicção que a Saúde Escolar tem um enorme impacto na sociedade, pelo que na falta da situação ideal que seria a presença de um enfermeiro nas escolas, o enfermeiro de Saúde Escolar do Centro de Saúde tem um papel fundamental na inclusão escolar, promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco para a construção de uma escola promotora de saúde. De acordo com o Programa Nacional de Saúde Escolar (2006), *“Um programa de saúde escolar efectivo ... é o investimento de custo-benefício mais eficaz que um País pode fazer para melhorar, simultaneamente, a educação e a saúde”*.

### **2.2.2. GESTÃO**

A aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências no âmbito da gestão são fundamentais na área da saúde, por meio de lideranças eficazes em processos de mudança para uma gestão eficiente e eficaz dos recursos sem comprometer a equidade no acesso ao sistema de saúde e a qualidade de cuidados. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008), *“Os enfermeiros com responsabilidade na gestão das organizações de saúde devem promover políticas organizacionais de controlo da dor”*.

***Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP;***

***Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP.***

**OBJECTIVO:** Adquirir conhecimentos sobre estratégias de gestão em enfermagem, nos diversos contextos assistenciais.

#### **ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

- Conheci os modelos de gestão de cuidados, recursos humanos, materiais e de informação;
- Conheci e reflecti sobre o papel do enfermeiro especialista na dinâmica organizacional do serviço;

- Proporcionei momentos de partilha e discussão com os enfermeiros tutores e restante equipa;
- Utilizei os recursos de forma eficiente;
- Promovi a prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde;
- Zelei pela segurança dos utentes e profissionais.

## **REFLEXÃO**

As sociedades contemporâneas colocam grandes desafios às organizações de saúde e ao exercício dos seus profissionais. Neste contexto, o enfermeiro assume-se como um dos principais intervenientes e capaz de dar o seu contributo na gestão dos recursos da instituição onde exerce funções.

No desenvolvimento destas actividades, dei particular relevo às funções da enfermeira chefe e dos enfermeiros especialistas, no que diz respeito à partilha dos diferentes tipos de gestão que as suas actividades exigem. Apercebi-me que em todos os contextos assistenciais ocorre a delegação de funções nos enfermeiros especialistas, na gestão de todo o tipo de recursos. Neste contexto, procurei proporcionar a aquisição de conhecimentos nesta temática, de forma a colmatar algumas dúvidas que foram surgindo.

A nível da gestão de materiais, constatei o papel do enfermeiro especialista na detecção de necessidades, na avaliação da adequação e manutenção do stock, bem como no seu controlo. A existência de sistemas informatizados é claramente vantajosa, evitando por um lado o gasto exagerado de papel e permitindo, por outro, uma gestão mais cautelosa e eficiente de todo o material, evitando o seu extravio e ruptura de stock.

No que diz respeito à gestão da informação, a informatização dos registos tal como já mencionado neste relatório, veio potenciar um maior rigor na documentação, que irá permitir a obtenção de indicadores decorrentes de processo e de resultado dos cuidados de enfermagem.

A nível da gestão de recursos humanos, o conhecimento da metodologia da elaboração do plano de trabalho, em contextos distintos da minha actividade profissional, foi esclarecedora. Na elaboração do plano de trabalho, tal como observado, é essencial gerir a equipa de acordo com as suas competências e grau de complexidade da situação clínica da criança, sendo reconhecida a relevância dos enfermeiros especialistas. Assume ainda particular importância, no contexto da população pediátrica, a promoção da presença do mesmo enfermeiro na prestação de cuidados à criança, de forma a privilegiar a relação estabelecida, levando a uma maior continuidade e qualidade de cuidados.

Neste domínio, a integração de novos profissionais no seio de uma equipa assume-se como crucial para a maximização do seu rendimento, pelo que procurei perceber e acompanhar as

dinâmicas de integração de novos elementos na equipa, quer pela observação quer pela consulta dos guias de acolhimento e manuais de integração. Neste processo, constatei a importância da supervisão destes profissionais, de forma a assegurar não só a segurança dos utentes, como também prepará-los para o exercício reflexivo e posturas assertivas na abordagem de situações distintas da prática profissional. Neste âmbito, colaborei ao longo deste percurso na supervisão de alunos de enfermagem presentes nos campos de estágio, orientando sempre que adequado, a sua intervenção.

No zelo pela segurança dos utentes e profissionais, mantive uma postura preventiva e antecipatória, que adopto desde sempre no meu exercício profissional, minimizando os riscos potenciais não só da minha actuação, mas também dos outros. A nível da Pediatria, assumem particular relevo os riscos ambientais para as crianças internadas, pelo que, por exemplo, o risco de queda foi sempre alvo da minha atenção. Também a nível do Controlo da Infecção, dado a particularidade da população pediátrica, o risco de infecção cruzada foi também uma preocupação, pelo que investi nos ensinamentos aos pais e às crianças.

A nível da gestão de cuidados, foi essencial a observação do trabalho das enfermeiras tutoras, quer por um lado, na gestão da Saúde Escolar e dos projectos em curso promotores da parentalidade, quer como chefe de equipa, na definição de prioridades e áreas de actuação, o que foi muito gratificante para a minha formação como futura Enfermeira Especialista.

Na gestão de cuidados, foi meu objectivo otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, participando, embora consciente do meu papel de aluna, nas discussões da equipa multidisciplinar e referenciando para outros grupos profissionais, sempre que considere oportuno. Desta forma, contribuí para a satisfação das necessidades da criança/família, através de uma eficiente gestão dos recursos e de uma comunicação assertiva com a equipa multidisciplinar, de forma a contribuir para a consecução dos objectivos das instituições.

### **2.2.3. FORMAÇÃO**

A formação contínua e não apenas em serviço deve ser alvo do investimento de toda a equipa de enfermagem. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008), os enfermeiros devem *“Planear a formação contínua de forma a garantir a actualização dos conhecimentos, habilidades, atitudes e crenças acerca da avaliação e controlo da dor, e a incorporação de novas práticas”*.

***Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;***

***Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a***

***formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;***

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

**OBJECTIVO:** Promover, de forma contínua, o auto desenvolvimento pessoal e profissional.

#### **ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

- Mantive uma atitude crítica permanente;
- Realizei visita guiada à Casa do Caminho;
- Participei no congresso “A criança e o Jovem na ULS Matosinhos”, promovida pelo Serviço de Pediatria, nos dias 23 e 24 de Abril.

#### **REFLEXÃO**

No caminho para a excelência, investi continuamente ao longo do estágio no meu aperfeiçoamento profissional e no desenvolvimento de competências, nas várias áreas de actuação do enfermeiro. Neste sentido, mantive uma postura auto-crítica permanente, bem como das realidades que encontrei, de forma a promover o meu crescimento. O intercâmbio de ideias e pontos de vista, bem como de conhecimento, permitiu-me adquirir uma postura mais abrangente e diferenciada. É da minha convicção que um desempenho diferenciado, está também relacionado com as características pessoais dos profissionais, com a predisposição para uma actualização permanente dos conhecimentos adquiridos e sobretudo a capacidade de colocar as crianças/família no centro de todo o processo de prestação de cuidados.

O conhecimento de alguns Equipamentos Sociais disponíveis é uma mais-valia na prestação de cuidados especializados na área da EESIP. Por este motivo, o contacto com a Casa do Caminho possibilitou, a realização de uma visita guiada pela directora da instituição. Esta visita permitiu o esclarecimento de algumas dúvidas, bem como a reflexão sobre algumas questões importantes, nomeadamente quem acolhe estas crianças, quem define o seu projecto de vida, que rede de apoio está ao seu serviço, nomeadamente em termos de cuidados de saúde, e promove a sua desinstitucionalização, as implicações da perda do vínculo com a família biológica, entre outras.

***Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;***

***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.**

**OBJECTIVO:** Desenvolver competências na formação de pares.

**ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

- Proporcionei experiências favorecedoras de aprendizagem, desenvolvimento e aquisição de competências;
- Consultei os Planos de Formação do Serviço;
- Identifiquei necessidades de formação das equipas;
- Fiz formação ao grupo de pares, sobre “Escala de EDIN – avaliação da dor no RN” e “Sacarose - Para uma imunização sem dor”;
- Furneci à equipa material resultante da pesquisa bibliográfica efectuada.

**REFLEXÃO**

O conhecimento que a minha experiência profissional me proporcionou até ao momento permitiu contribuir para algumas aprendizagens da equipa e aquisição de competências, bem como para a promoção de momentos de reflexão conjunta sobre algumas práticas e situações. A título de exemplo, a admissão de uma criança no Serviço de Pediatria, transferida de outro hospital, com um cateter epicutâneo-cava, habitual na minha prática diária mas rara neste serviço, foi um dos momentos em que pude contribuir para a aprendizagem e treino da equipa na manipulação deste material.

Por outro lado, a consulta dos Planos de Formação, possibilitou não só a detecção das necessidades formativas, como a contribuição pessoal para o sucesso do mesmo, nomeadamente pelo fornecimento de material actual, obtido por pesquisa ou na formação teórica da especialidade, como por exemplo, a avaliação de risco de úlceras de pressão (Escala de Braden, adaptada para crianças).

**No âmbito da formação de pares, tendo em conta o objectivo transversal delineado e um dos objectivos propostos no Guia Orientador de Boa Prática da Dor, da Ordem dos Enfermeiros que propõe “Garantir a articulação e a partilha de informação entre serviços e níveis de cuidados de forma a assegurar a continuidade do controlo da dor”, procurei sensibilizar as equipas de enfermagem para a temática da dor e efectuei duas acções de formação subordinadas a este tema.**

Da análise da prática, bem como do Protocolo da Dor do Serviço de Pediatria, surgiu a detecção da necessidade da sensibilização da equipa para a avaliação da dor no RN e a utilização de uma escala adequada, constituindo uma vantagem, a minha experiência profissional. Desta forma, efectuei, conjuntamente com a minha colega de estágio, uma acção de formação sobre a Escala de EDIN, de forma a promover a sua implementação no

serviço, tendo sido realizado o seu respectivo planeamento e avaliação (Anexo VIII). Esta acção de formação possibilitou não só a implementação da avaliação da dor do RN, bem como a continuidade e qualidade de cuidados aos recém-nascidos transferidos do Serviço de Neonatologia.

Por outro lado, embora consciente de que de entre todas as realidades assistenciais, os Cuidados de Saúde Primários constituam provavelmente, o local onde a criança/jovem experiencia menos dor, não podemos partir desse preceito para rejeitar estratégias que contribuam para a sua minimização.

Tendo como área de especial atenção a dor, não pude deixar de questionar a equipa sobre a utilização de estratégias de minimização da dor associada a procedimentos dolorosos, nomeadamente a vacinação. Constatei que, por exemplo, no que diz respeito à sacarose, a equipa possuía conhecimentos insuficientes e até erróneos sobre a sua utilização, nomeadamente no que diz respeito aos custos e tempo de acção.

A literatura comprova a eficácia da administração da sacarose a 24% durante a imunização de rotina na diminuição da dor, bem como na recuperação da criança após o procedimento. (Hatfield et al, 2008) Desta forma, da observação da realidade assistencial e da pesquisa bibliográfica realizada, surgiu o levantamento da necessidade de formação da equipa de enfermagem sobre a utilização da sacarose como estratégia de minimização da dor, pelo que me propus, conjuntamente com as minhas colegas de estágio, a efectuar formação à equipa sobre este procedimento (Anexo IX). Elaboramos, simultaneamente, um dossier que possibilitasse a consulta da bibliografia utilizada.

Em conclusão, a Escala de EDIN encontra-se neste momento parametrizada no Serviço de Pediatria e a sacarose disponível para a utilização em procedimentos dolorosos no Centro de Saúde. Desta forma, considero que o conhecimento foi transmitido e cabe agora às equipas apoderarem-se desse conhecimento e aplicarem na sua prática diária, com vista à melhoria dos cuidados prestados. Esta permuta entre enfermeiros permite a partilha de conhecimento entre equipas diferenciadas e com experiência em diferentes áreas, nomeadamente na área da dor.

#### **2.2.4. INVESTIGAÇÃO**

Segundo o REPE (Artigo 9º), os enfermeiros “*concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral*”. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2008), “*A aquisição e actualização de*

*conhecimentos sobre dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente.”*

***Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;***

***Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;***

***Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;***

***Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.***

***Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP.***

**OBJECTIVO:** Desenvolver competências na procura e utilização do conhecimento científico, na área da EESIP.

#### **ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

- Reconheci e desenvolvi a dimensão autónoma do exercício profissional;
- Realizei, de forma sistemática, pesquisa bibliográfica, sobre assuntos relevantes para a prática;
- Usei as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados;
- Suportei a prática clínica na investigação e no conhecimento, visando ganhos em saúde;
- Identifiquei áreas de interesse, passíveis de serem investigadas;
- Interpretei, organizei e divulguei dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem;
- Colaborei na fase de colheita de dados do trabalho de investigação “Negociação de cuidados à criança hospitalizada - perspectiva dos pais”, desenvolvido pela equipa de enfermagem do Serviço de Pediatria.

#### **REFLEXÃO**

O conhecimento científico e a sua melhor evidência, aliados a uma metodologia de trabalho eficaz, trilharam o caminho a seguir, na adopção de práticas de qualidade que potenciam ganhos em saúde.

A prática de enfermagem avançada traduz o desafio que se impõe actualmente à profissão. De acordo com Freda (1998), *"Quando os enfermeiros fundamentam a sua prática na ciência, na pesquisa e no registo dos resultados clínicos, eles validam as suas contribuições à saúde não apenas para os clientes, para os pagadores terceirizados e para instituições, mas também para a profissão de enfermagem"*. Assume-se assim como imperativo que o enfermeiro especialista, sustente a sua tomada de decisão, não apenas na sua experiência e intuição, mas em sólidos e fidedignos padrões de conhecimento. A noção desta realidade orientou, desde o primeiro dia de estágio, a minha actuação no sentido de privilegiar o conhecimento resultante da investigação, como sustentador da minha prática.

Neste processo, foi meu objectivo integrar na prática não só a minha experiência individual, mas a melhor evidência na área da Saúde Infantil e Pediatria. Assim, tal como evidenciado ao longo deste relatório, a pesquisa bibliográfica foi sempre uma estratégia que me acompanhou no decorrer do estágio. Tal como afirmam Hockenberry, Wilson e Barrera (2006), *"(...) os enfermeiros de pediatria têm a oportunidade única de fortalecer a sua acção no sentido de promover uma diferença significativa na vida da criança e sua família, ao colocar continuamente perguntas sobre os cuidados que presta, e procurando e avaliando a evidência que apoia ou refuta as práticas tradicionais, para a implementação das melhores práticas, avaliando a eficácia da evidência na prática de enfermagem"*. (p.377) Desta forma, utilizei diferentes bases de dados como a Cinhal e a Medline na procura de informação fidedigna, sustentadora da prática.

Com base nesta premissa, várias foram as situações que, no decorrer do estágio, suscitaram a pesquisa e muitas vezes a curiosidade de avaliar a adequação da prática à evidência. Desde as situações menos complexas como a avaliação da temperatura rectal, utilizada no Serviço de Pediatria durante o primeiro ano de vida da criança, situação que constatei como não recomendada de acordo com a evidência, o que suportou a minha prática; até a situações mais complexas, passíveis de serem investigadas como a eficácia do planeamento da alta ou da avaliação e gestão da dor na criança, cujos condicionalismos temporais do estágio não permitiram o investimento.

Ao longo do estágio, resultante da pesquisa efectuada, fui-me deparando com artigos de investigação com potencial interesse nas diferentes áreas assistenciais, pelo que procurei disponibilizá-los aos enfermeiros tutores, de forma a dar conhecimento a toda a equipa. Da pesquisa que efectuei em diferentes bases de dados, na procura da evidência que considerei relevante para a prática, organizei, no Serviço de Pediatria, conjuntamente com a minha colega de estágio, um dossier denominado "Prática baseada na evidência", com o objectivo de promover a investigação em serviço e de criar hábitos de pesquisa e formação na equipa.

Esta necessidade está relacionada com o facto de considerar que, de uma forma geral, os enfermeiros tendem a procurar nos pares, a obtenção de informação que pode, nem sempre,

ser a mais correcta, minimizando a reflexão e a tomada de decisão consciente, o que evidencia o papel do Enfermeiro Especialista na motivação da equipa para a prestação de cuidados de qualidade, baseados na evidência.

Apesar de ter pesquisado de alguma forma sobre os mais diversos temas na área da EESIP, a minha atenção centrou-se, tal como evidenciado ao longo do relatório, em três temas fundamentais: a hospitalização, a parentalidade e a dor.

A hospitalização foi um tema que me despoletou bastante atenção, efectuei várias pesquisas e encontrei estudos interessantes, sobre, por exemplo, a implementação de programas domiciliários de preparação da criança e família para cirurgia e sobre o impacto do fardamento de enfermagem com cores, na diminuição da ansiedade das crianças internadas, mas que carecem de validação e estudo para a população portuguesa, pelo que seriam boas sugestões para a investigação. Em suma, considero que já houve uma evolução significativa na realidade da hospitalização em Portugal, desde o tempo em que o internamento da criança implicava uma completa separação do seu meio e da sua família. No entanto, apesar das mudanças da lei e na melhoria de condições para permanência dos pais junto dos filhos, penso que muito trabalho há ainda a fazer para que sejam minimizadas as consequências da hospitalização na criança, consciente que esta experiência irá influenciar experiências posteriores e que constitui também, por excelência, uma oportunidade de desenvolvimento e aprendizagem.

A parentalidade surgiu como um fio condutor entre todas as pesquisas efectuadas, já que a sua promoção e inclusão nos cuidados é fulcral em contexto de Pediatria. A pesquisa efectuada permitiu desenvolver e aprofundar conhecimentos e competências nesta área.

**Tendo em conta o objectivo transversal delineado, efectuei pesquisa bibliográfica sobre a dor em contexto de Saúde Infantil e Pediatria.**

Segundo vários autores consultados, o controlo da dor continua a ser uma realidade ainda subestimada e feita de forma esporádica, assumindo esta preocupação especial relevância em contexto da Pediatria. O papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, passa pelo planeamento de estratégias de mudança para que a equipa invista cada vez mais nesta área, não só na avaliação e gestão da dor, como no registo sistemático da mesma.

No decorrer do estágio e em resultado da pesquisa efectuada, procurei debruçar a minha pesquisa nos aspectos mais práticos que condicionam na prática a valorização da dor da criança/jovem.

A pesquisa das escalas de avaliação da dor mais adequadas, bem como as dificuldades na sua utilização e a exigência da sua validação foi um dos aspectos que considerei. No caso do SU, por exemplo, o grande número de escalas existentes no serviço desmotiva a equipa e

compromete a avaliação fidedigna da dor, pelo que a procura de soluções que induzam mudança na prática constitui um imperativo. De entre os estudos consultados, encontrei um particularmente interessante sobre a construção e validação de uma escala comportamental de hetero-avaliação, específica para situações de urgência pediátrica. Segundo Moreaux (2010), a escala Evendol (*E*valuation *E*Mfant *D*Ou*L*eur), validada em França, consiste num instrumento útil e de fácil utilização na avaliação objectiva de todos os tipos de dor em crianças com idade inferior a 7 anos, em situação de urgência que inclusive, faz a distinção entre dor e ansiedade, associada muitas vezes ao SU. Constitui, na minha opinião, um ponto de partida interessante para a investigação, na medida em que carece de validação para a população portuguesa.

No entanto, não basta avaliar e quantificar a dor, é necessário intervir para a sua minimização e controlo, dada a quantidade de procedimentos dolorosos que implicam a nossa prática. A imunização, por exemplo, constitui um procedimento doloroso, causador de grande ansiedade e stress na criança e nos pais. De acordo com Hatfield *et al* (2008), a relutância dos pais na adesão à vacinação pode ser parcialmente explicada pela percepção que estes têm que os seus filhos vivenciam uma dor substancial durante as várias imunizações. (p. 327)

Assim, outro aspecto valorizado na pesquisa foi a eficácia das medidas não farmacológicas no alívio da dor e o envolvimento dos pais em todo este processo. Neste campo, considero que é crucial o investimento das equipas no desenvolvimento da dimensão autónoma do alívio da dor, já que são diversas as medidas disponíveis, sendo necessário apostar na formação nesta área.

Neste contexto, a utilização da sacarose tem sido amplamente estudada e a evidência demonstra que existem claros benefícios no seu uso, que não se resumem ao período neonatal. São vários os estudos que suportam a evidência de que a sacarose é eficaz na redução da dor associada a procedimentos dolorosos bem como reduz o tempo de recuperação da criança após este procedimento. (Hatfield *et al*, 2008; Dilli, Kucuk, & Dallar, 2009; Hardcastle, 2010; Lefrak *et al.*, 2006; Taddio, *et al.*, 2008).

Nesta linha de pensamento, e consciente da limitação temporal do estágio, foi meu objectivo reflectir sobre a prática, procurar na evidência científica as respostas às minhas inquietações e dúvidas e efectuar pesquisa bibliográfica, de forma a sustentar a minha intervenção, prestando cuidados de qualidade e provocando mudanças efectivas da prática. Penso que esse objectivo foi conseguido, nomeadamente com a formação das equipas de enfermagem na avaliação da dor no RN e na utilização da sacarose como estratégia de minimização da dor nos procedimentos dolorosos.

No entanto, para além de ter potenciado a mudança nos locais de estágio, considero que este percurso formativo foi determinante na aquisição e o desenvolvimento de competências para, como futura enfermeira especialista, possa guiar a equipa em acções de investigação que potenciem a qualidade da prática clínica e contribuam para o desenvolvimento da profissão.



### **3. NOTA FINAL**

O final de um ciclo implica uma avaliação reflexiva sobre a concretização dos objectivos delineados, mas sobretudo uma reflexão acerca da aprendizagem que resultou dessa experiência.

Foi intenção deste relatório proporcionar uma visão o mais fiel possível da experiência formativa que vivi ao longo destas semanas de estágio, bem como relatar a intencionalidade das actividades desenvolvidas. Construí uma panóplia de reflexões sobre várias realidades e práticas, motivadoras de mudanças positivas e evolutivas, incidindo nos momentos mais marcantes e potenciadores de aprendizagem.

A metodologia utilizada foi uma mais-valia, na medida em que a utilização de um método descritivo da minha realidade de aprendizagem permitiu-me consolidar os conhecimentos adquiridos incorporando-os nas experiências vivenciadas e permitindo assim a aquisição de competências na área da Saúde Infantil e Pediatria. Por outro lado, a adopção de processos reflexivos na aprendizagem em contexto clínico, permitiu uma postura de análise e introspecção do trabalho desenvolvido, com a finalidade de dar visibilidade aos conhecimentos adquiridos e às capacidades humanas, mas também influenciar o relacionamento com a criança/jovem e família, a comunidade e os membros da equipa de saúde.

Sinto-me no dever de acentuar a importância que todo o enquadramento teórico da especialidade teve ao longo deste percurso, que, associado à prática, que é, tal como diz Abreu (2007), uma instância de produção de identidade, constituem as bases da minha formação como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Embora contextualizados em cenários distintos, os diferentes módulos cruzaram-se em vários aspectos, tal como demonstrou a reflexão elaborada, simbolizando o fio condutor comum que sustenta o cuidar em Pediatria.

Por um lado, o Serviço de Internamento de Pediatria permitiu o contacto com a criança/jovem e família em contexto de hospitalização. Esta realidade exigiu um investimento particular na maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, encarando a hospitalização não só como uma crise mas como uma oportunidade.

Por outro lado, os cuidados de saúde primários possibilitaram também o contacto com uma janela de oportunidades de intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. Os cenários de intervenção são múltiplos e permitem ao enfermeiro, a avaliação

directa do ambiente no qual a criança cresce e se desenvolve, podendo intervir na família, na escola e na comunidade, de uma forma personalizada, adoptando como principal estratégia a promoção da parentalidade e o apoio na transição de papéis. Trata-se da utilização de um processo dinâmico de aprendizagem das competências parentais no qual os pais são elementos participantes e activos, cruciais na maximização do potencial de desenvolvimento dos seus filhos.

Por último, o Serviço de Urgência constitui um local de extrema importância que exige, da actuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, conhecimento e experiência. Desde as situações mais banais às situações mais complexas, o SU, é imprevisível, instável e surpreendente, havendo pouca margem para o erro e a indecisão. Exige dos profissionais o desenvolvimento de competências de promoção da parentalidade, de educação para a saúde, de detecção rápida de sinais de alarme, focalizando a sua intervenção numa comunicação assertiva e no estabelecimento de prioridades, com vista a uma intervenção eficaz. Um dos aspectos marcantes do estágio foi a realização de triagem, por todos os componentes que esta envolve. A triagem constituiu desta forma um desafio particularmente importante na aquisição de competências, na medida em que implicou uma avaliação criteriosa e determinante da criança/jovem, de forma rápida e assertiva.

Um aspecto fulcral de todos os estágios foi o desenvolvimento de competências de comunicação e educação para a saúde, que exigiram a compilação de conhecimentos e estratégias de interacção, que em muito contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. No âmbito da educação para a saúde, saliento o contacto com a comunidade escolar, como uma experiência muito gratificante e potenciadora de grande enriquecimento.

Tendo em conta o objectivo transversal estabelecido, a dor foi e será sempre um foco especial da minha atenção, na medida em que considero que somos profissionais privilegiados na avaliação e controlo sistemático da mesma. Temos o dever moral e ético de intervir como advogados da criança/jovem para que os seus direitos sejam respeitados e estes sejam alvo de cuidados especializados, na valorização de todos os tipos e intensidades de dor e na adopção de medidas não farmacológicas e farmacológicas para o seu controlo. Neste sentido, como enfermeiros especialistas, devemos procurar na evidência, estratégias para utilizar na prática de forma a promover cuidados de qualidade efectivos.

Assim, tendo este objectivo como central do estágio, o contacto com os diversos contextos assistenciais, evidenciou a aquisição de conhecimentos e competências nesta área, pelo que considero que foi amplamente atingido. Questões relacionadas com a actuação e percepção da equipa de saúde sobre esta temática, a diversidade de escalas e as dificuldades na sua utilização, as intervenções autónomas de enfermagem implementadas e a sua eficácia, a inclusão da família neste processo, foram alguns dos objectos da minha reflexão e actuação.

Na abordagem das questões simples às complexas, com vista à prestação de cuidados especializados e de qualidade, valorizei a prática baseada na evidência no processo de tomada de decisão pela *“Utilização conscienciosa, explícita e criteriosa de informações derivadas de teorias, investigação para a tomada de decisão sobre o cuidado prestado a indivíduos ou grupos de pacientes, levando em consideração as necessidades individuais e preferências.”* (Galvão *et al*, 2004)

Este relatório ilustra assim o final de um processo de auto – reflexão, de análise crítica do percurso formativo, com o objectivo de proporcionar um crescimento pessoal e profissional que se reflecta na prática diária. Por outro lado, contextualiza o início de outro processo que se traduz na interiorização das experiências vivenciadas de forma a expandir as novas aprendizagens para novos cenários e realidades.

Na conclusão da última etapa deste processo formativo, e tendo em conta os indicadores de avaliação propostos, considero que os objectivos a que me propus foram globalmente atingidos, de acordo com as actividades desenvolvidas e as experiências que o estágio me proporcionou.

Assim, no desenrolar deste percurso, consegui **aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares** nos diversos contextos assistenciais vivenciados. Acredito também que alcancei a **integração de conhecimentos na resolução de questões complexas**, pela apresentação de **soluções ou emissão de juízos em situações de informação limitada ou incompleta**, tendo como base na minha actuação as **implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem**.

Paralelamente, na operacionalização da prática reflexiva evidenciada, fui **capaz de comunicar as minhas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades**, de forma a promover o desenvolvimento da profissão.

Em epílogo, esta viagem pelo *Mundo da Criança* permitiu-me ter consciência que partilhamos o mesmo mundo, embora sem o experienciar de forma tão transparente e pura como a criança o faz... cabe-nos a nós mantê-lo assim, seguro e propício à sua evolução.



#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas. Coimbra: Formasau.
- Algren, C. (2006). Cuidado centrado na família da criança durante a doença e hospitalização. In: Hockenbenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M. (2006). Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica (7ª edição). Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 637- 705;
- Almeida, F. (1998). Ética em Pediatria. In Nunes, R., Serrão, D. Ética em Cuidados de Saúde. Porto: Porto Editora, 50-56
- Andrade, F., Pereira, L. (2005). Contributos da consulta de enfermagem na educação do idoso diabético. Nursing, 196, 10-13;
- Batalha, L. (2010). Dor em pediatria compreender para mudar. Lisboa: Lidel;
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito (1ªedição). Lisboa: Quarteto Editora;
- Brazelton, T. (2007). O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos (10ªedição). Queluz de Baixo: Editora Presença;
- Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R., Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. Acta Pediátrica Portuguesa, 1 (37): 1-4;
- CIPE, (2003). Classificação Internacional para a prática de enfermagem - Versão beta 2 (3ªedição). Lisboa: Conselho Nacional de Enfermagem;
- Clarke, C., Gibb, C., Hart, J., Davidson, A. (2002). Infant massage: developing an evidence base for health visiting practice. Clinical Effectiveness in Nursing, 121-128;
- Cohen, L. (2008). Behavioral approaches to anxiety and pain management for pediatric venous access. American Academy of Pediatrics. Pediatrics, 122(3), S134-S139.
- Cruz, O. (2005). Parentalidade (1ªedição). Coimbra: Quarteto;
- DGS. (2004). Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica. Orientações Técnicas, 14 (1): 1-50;
- DGS (2006). Programa Nacional de Saúde Escolar;
- DGS. (2008). Maus tratos em crianças e jovens. Intervenção da Saúde Documento técnico;
- Dilli, D., Kucuk, IG, Dallar, Y. (2009). Interventions to reduce *pain* during *vaccination* in infancy. The Journal of Pediatrics, 154 (3), 385-90;
- Doenges, M., Moorhouse, M. (2010). Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnóstico de Enfermagem (5ªedição). Loures: Lusociência;

- Fernandes, A. (2000). Crianças com Dor, O cotidiano do trabalho de dor no hospital. Coimbra: Quarteto;
- Fisher, H. (2001). The needs of parents with chronically sick children: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 36 (4): 600-607;
- Freda, M. (1998). Toward evidence-based practice. *The American Journal of Maternal/Child nursing*, 23 (4): 177;
- Hardcastle, T. (2010). Sucrose has been shown to have analgesic properties when administered to neonates and infants. *Clinical Feature*, 20 (1), 19- 22;
- Hatfield, L., Gusic, M., Dyer, A., Polomano, R. (2008). Analgesic properties of oral sucrose during routine immunizations at 2 and 4 months of age. *Pediatrics*, 121, 327-334;
- Hockenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª edição). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Hockenberry, M., Wilson, D., Barrera, P. (2006). Implementing evidence-based nursing practice in a pediatric hospital. *Pediatric Nursing*, 32 (4), 371-377.
- Kennedy, R., Luhmann, J., Zempsky, W. (2008). Clinical Implications of Unmanaged needle-insertion pain and distress in children. *American Academy of Pediatrics. Pediatrics*, 122 (3), S130-S132.
- Knorrning, A., Derberg, A., Austin, L., Moberg, K. (2008). Massage decreases aggression in preschool children: a long-term study. *Acta Pædiatrica*, 97, 1265–1269;
- Lefrak, L. *et al.* (2006). Sucrose Analgesia: identifying potentially better practices. *Pediatrics*, 118, 197-202;
- Lorenz, L., Moyse, K., Surguy, H. (2005). The benefits of baby massage. *Paediatric Nursing*, 17 (2);
- Maulik, P., Darmstadt, G. (2009). Community-based interventions to optimize early childhood development in low resource settings. *Journal of Perinatology*, 29, 531–542;
- Meighan, M. (2004). Ramona T. Mercer, Consequência do papel maternal. In: Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (5ª edição). Lusociência, 26, 521-542;
- Mendonça, S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros – a excelência do cuidar*. Lisboa: Editorial Novembro, 51-55;
- Mercer, R. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 2004; 36:3, 226-232;
- Moreaux, T. (2010). Evendol, une echelle d'evaluation de la douleur aux urgences pédiatriques. *Soins. Pédiatrie, Puériculture [Soins Pédiatr Pueric]*, 256: 32-4.

Murray, P. (2006). Influência da família na promoção da saúde da criança. In Hockenbenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M., Wong *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª edição). Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 30-54.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais;

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor Guia Orientador de Boas Práticas. Cadernos OE, 1 (1), 1-51;

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Cadernos OE, 3(1);

Pasian, S., Jacquemin, A. (1999). O Auto-retrato em crianças institucionalizadas. Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras. Universidade de São Paulo, 1-60;

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril;

Soares, S., Aidos, A., Rodrigues, M., Guimarães, J. (2006). Efectividade do sistema de triagem telefónica saúde 24 pediatria num serviço de urgência pediátrica. *Rev Port Clin Geral*, 22:433-442.

Taddio, A. *et al.* (2008). Effectiveness of sucrose analgesia in newborns undergoing painful medical procedures. *Research*, 179 (1), 37- 43;

Zagoneli, I., Martins, M.; Pereira, K.; Athayde, J. (2003). O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 5 (2):24-32.



# ANEXOS



# **ANEXO I**

## Cronograma de estágio



## CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

2010																		2011							
1º SEMESTRE									2º SEMESTRE									3º SEMESTRE							
Abril		Maio				Junho			Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				
19	26	3	10	17	24	31	7	14	4	11	18	25	2	8	15	22	29	6	13	20	3	10	17	24	
24	1	8	15	22	29	5	12	19	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	23	8	15	22	29	
ULS/Serviço de Pediatria									ULS/Centro de Saúde Sra. da Hora									HSJ/SU Pediatria				Creditação			
250 horas									250 horas									125 horas				125 horas			

Módulo II

Módulo I

Módulo III  
Urgência

Módulo III  
Neonatologia



## **ANEXO II**

Plano de cuidados Criança 15 meses e família



## PLANO DE CUIDADOS CRIANÇA 15 MESES E FAMÍLIA

FOCO DE ATENÇÃO	ACTIVIDADE DIAGNÓSTICA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p style="text-align: center;"><b>Desenvolvimento infantil</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil</li> <li>• Colher informação junto da enfermeira de família</li> <li>• Consultar o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Não alterado</p> <p style="text-align: center;">Conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil não demonstrado</p>	<p style="text-align: center;">Monitorizar peso corporal</p> <p style="text-align: center;">Monitorizar altura corporal</p> <p style="text-align: center;">Monitorizar perímetro da cabeça</p> <p style="text-align: center;">Monitorizar dentes</p> <p style="text-align: center;">Avaliar visão</p> <p style="text-align: center;">Avaliar audição</p> <p style="text-align: center;">Vigiar fontanela anterior</p> <p style="text-align: center;">Vigiar o desenvolvimento psicomotor da criança (15 meses)</p> <p style="text-align: center;">Ensinar os pais sobre desenvolvimento infantil: importância da estimulação, estratégias de estimulação, sinais de alarme, competências desenvolvimentais e dificuldades naturais</p>

<p><b>Papel parental</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar conhecimento dos pais sobre necessidades desenvolvimentais do filho relativamente aos seguintes itens: <ul style="list-style-type: none"> <li>- alimentação</li> <li>- eliminação</li> <li>- higiene e conforto</li> <li>- sono e repouso</li> <li>- segurança</li> <li>- promoção da saúde</li> </ul> </li> <li>Avaliar aprendizagem de habilidades dos pais sobre necessidades desenvolvimentais do filho relativamente aos seguintes itens: <ul style="list-style-type: none"> <li>- alimentação</li> <li>- eliminação</li> <li>- higiene e conforto</li> </ul> </li> </ul>	<p>Conhecimento dos pais sobre alimentação não demonstrado</p> <p>Conhecimento dos pais sobre segurança não demonstrado</p> <p>Aprendizagem de habilidades dos pais sobre eliminação não demonstrada</p> <p>Aprendizagem de habilidades dos pais sobre higiene e</p>	<p>Ensinar os pais sobre alimentação: tipo e quantidade de alimentos e líquidos, introdução de novos alimentos, número de refeições, características e uso de equipamento para alimentação, comportamentos da criança associados às refeições, desenvolvimento de competências da criança associadas à alimentação.</p> <p>Ensinar os pais sobre segurança: transporte automóvel, prevenção de asfixia/aspiração, afogamento, quedas, queimaduras, lesões corporais, envenenamento, selecção de brinquedos.</p> <p>Instruir sobre eliminação: treino de controlo de esfíncteres</p> <p>Instruir sobre higiene e conforto: higiene oral</p>
------------------------------	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sono e repouso</li> <li>- segurança</li> <li>- promoção da saúde</li> </ul>	conforto não demonstrada	
<b>Adesão à Vacinação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar conhecimento dos pais sobre vacinação</li> <li>• Consultar o Boletim de Vacinas</li> <li>• Consultar o SINUS</li> </ul>	<p>Demonstrada</p> <p>Conhecimento dos pais sobre vacinação não demonstrado</p>	<p>Supervisar a adesão à vacinação.</p> <p>Ensinar os pais sobre vacinação</p> <p>Incentivar adesão à vacinação.</p> <p>Planear vacinação.</p> <p>Elogiar adesão à vacinação.</p> <p>Vigiar resposta/reacção às vacinas</p>
<b>Vinculação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar comportamentos de vinculação: <ul style="list-style-type: none"> <li>- olha para os pais e procura o colo/contacto</li> <li>- demonstra clara preferência por certas figuras</li> <li>- demonstra ansiedade pela separação</li> <li>- orienta-se para a figura de vinculação</li> </ul> </li> </ul>	Vinculação não comprometida	Elogiar o comportamento dos pais

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- atrai a atenção da figura de vinculação</li> <li>- explora o ambiente que a rodeia</li> <li>- auto inicia/controla a proximidade com a figura de vinculação</li> <li>- emite sons/usa linguagem para interagir com os pais e comunicar as suas necessidades</li> </ul>		
<b>Ligação mãe-filho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar ligação mãe-filho: <ul style="list-style-type: none"> <li>- conhece e interpreta sinais e comportamentos do filho</li> <li>- responde prontamente e de forma adequada a sinais de comportamentos do filho</li> <li>- beija, acaricia, pega ao colo e procura proximidade com o filho, mantendo-o junto ao corpo</li> <li>- refere-se ao filho pelo nome e pelas semelhanças familiares</li> </ul> </li> </ul>	Ligação mãe-filho não comprometida	Elogiar comportamento da mãe.

	<ul style="list-style-type: none"><li>- usa posição face a face com o filho</li><li>- verbaliza sentimentos positivos em relação ao filho</li><li>- lida positivamente com as dificuldades do papel maternal</li><li>- ausência de sinais e/ou patologia mental</li></ul>		
--	---	--	--

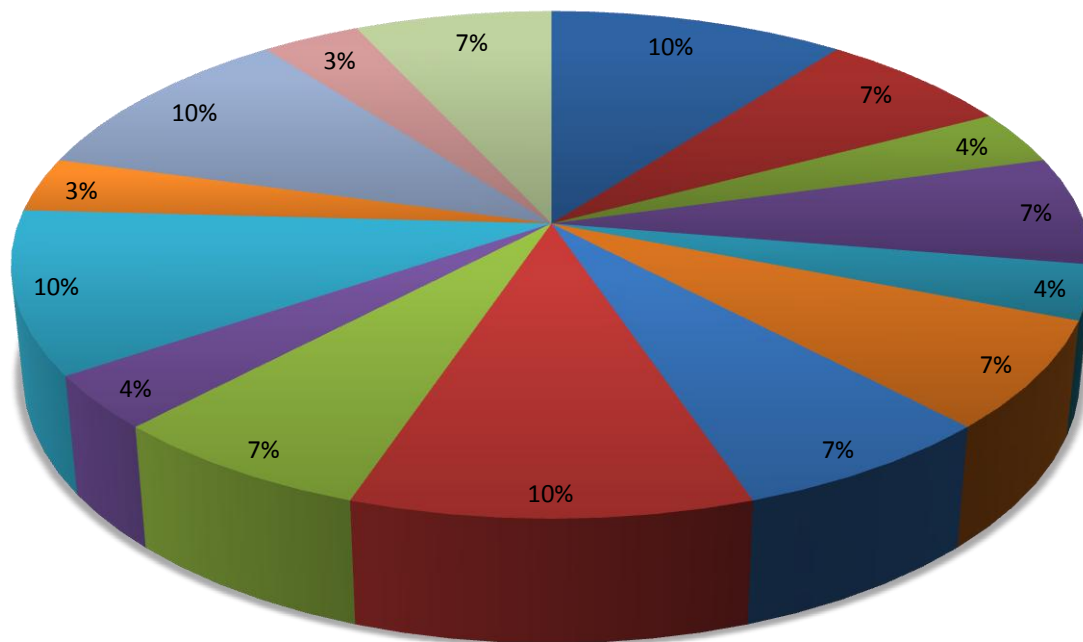


## **ANEXO III**

Distribuição por idades das consultas de enfermagem realizadas



## 1 | DISTRIBUIÇÃO DAS CONSULTAS POR IDADES





# **ANEXO IV**

Projecto As Sextas feiras do Chico-Esperto





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

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

**PATRÍCIA MENDES**

**SANDRA FERREIRA**

**MAIO|2010**



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

Ano Lectivo 2009/2010

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

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

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

**PROJECTO “AS SEXTAS-FEIRAS DO CHICO-ESPERTO”**

**PATRÍCIA MENDES**

**SANDRA FERREIRA**

**MAIO |2010**



# ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	101
1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO.....	103
2. OBJECTIVOS.....	107
3. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS.....	109
4. METODOLOGIA.....	111
5. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE.....	113
5.1. Plano da actividade da Acção de Educação para a Saúde “O Chico e a dor de dentes”.....	113
5.2. Plano da actividade da Acção de Educação para a Saúde “O Chico e a brincadeira”.....	115
5.3. Plano da actividade da Acção de Educação para a Saúde “O Chico e a ida à praia”.....	117
6. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO.....	119
7. CONCLUSÃO.....	121
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	123
ANEXOS.....	125
<b>Anexo I-</b> Folheto de divulgação “As Sextas-feiras do Chico-Esperto”.....	127
<b>Anexo II-</b> Apresentação “O Chico e a dor de dentes”.....	131
<b>Anexo III-</b> Diploma de participação na sessão “O Chico e a dor de dentes”.....	137
<b>Anexo IV-</b> Apresentação “O Chico e a brincadeira”.....	141
<b>Anexo V-</b> Apresentação “O Chico e a ida à praia”.....	147



## **0. INTRODUÇÃO**

O Projecto “As Sextas feiras do Chico-Esperto” surgiu no âmbito do estágio de Módulo II, decorrente no Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde Matosinhos. Este estágio decorreu no período de 19 de Abril a 19 de Junho, enquadrado no 2º semestre do 3º curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Este projecto foi desenvolvido sob a orientação tutorial das Enfermeiras Ana Luísa Antunes, Mónica Oliveira, Sandra Soares e Sandra Loureiro.

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

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

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



## 1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

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

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

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

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

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

No que diz respeito à saúde oral, de acordo com o Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada (2000), verificou-se uma redução significativa de prevalência da cárie dentária, quando comparada com os valores do início do Programa de Saúde Oral em Portugal, principalmente nos grupos etários de 6 e 12 anos. Segundo este estudo, *“A percentagem de crianças livres de cárie, entendendo-se esta situação como a ausência de dentes cariados na dentição temporária e permanente, é actualmente, no grupo etário de 6 anos, de 33%, contra os 10% de 1986. Apesar desta evidente melhoria, não atingimos ainda a meta de 50% preconizada pela OMS<sup>1</sup>, para o ano 2000. É neste grupo etário que os ganhos em saúde são mais significativos. Aos 12 anos, a percentagem de jovens livres*

---

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

*de cárie, avaliada em função de todos os dentes existentes no momento da observação, é de 27%. Na dentição permanente, exclusivamente, essa percentagem é de 40%.”*

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

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

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

A realidade dos acidentes é demonstrada no Relatório ADELIA<sup>2</sup> 2005. Este documento tem como principais objectivos fornecer variados dados sobre os acidentes domésticos e de lazer ocorridos, de forma a identificar situações de risco potencial para orientar uma intervenção de prevenção baseada na evidência. O relatório ADELIA demonstra que, apesar de uma melhoria geral dos resultados, a ocorrência de acidentes tem uma expressão significativa até aos 14 anos, quando comparada com as outras faixas etárias. Estes acidentes ocorrem essencialmente em casa, na escola e na área de transporte e, na sua maioria, em momentos de lazer, estando a partir dos 10 anos, também associada à prática de exercício físico. O mecanismo de lesão foi, em grande parte dos acidentes ocorridos, a queda.

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

---

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

acidente usavam capacete, tendo sido a principal causa de morte o traumatismo craniano. O uso de capacete reduziria o risco de traumatismo craniano em 88%.

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

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

De acordo com o Relatório da Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2005/2006) e segundo dados da OMS, o afogamento é responsável por meio milhão de mortos por ano no mundo e é uma das principais causas de mortalidade e morbilidade infantil. Ainda segundo este relatório, um estudo realizado pela UNICEF<sup>3</sup>, em 2001, mostrou que, em 26 países da OCDE<sup>4</sup>, o afogamento era a segunda causa de morte acidental nas crianças, ultrapassada apenas, pelas mortes em acidentes rodoviários. Em Portugal, é estimado que, todos os anos, morrem pelo menos 30 crianças por afogamento (Instituto Nacional de Estatística - 2002).

---

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

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



## **2. OBJECTIVOS**

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

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

### **Objectivos Gerais:**

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

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

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

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

- Ensinar sobre a importância do uso de equipamento de protecção para andar de bicicleta, patins e skate;
- Explicar a importância da escolha de locais adequados para brincar no exterior;
- Instruir sobre os cuidados a ter na circulação como peões;
- Orientar a criança sobre os cuidados a ter, quando passageira num veículo, com referência ao uso apropriado de cintos de segurança e cadeira de transporte;
- Abordar os cuidados a ter com os brinquedos;
- Orientar a criança sobre os riscos de tomar medicamentos e substâncias químicas sem prescrição;
- Orientar o comportamento da criança em áreas que envolvem contacto com riscos, no interior de casa;

- Incentivar a reflexão do grupo relativamente a outros perigos existentes que poderão ser evitados se prestarmos atenção, nomeadamente o choque eléctrico, as queimaduras, o risco de atropelamento e de queda.

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

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

### **3. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS**

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

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

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

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

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

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

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



#### 4. METODOLOGIA

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

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

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

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

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

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

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

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



## 5. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE

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

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

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

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

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

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

**Formadores:** Patrícia Mendes e Sandra Ferreira,  
Alunas do Curso de EESIP-ICS/UCP, Estágio de  
Módulo II

**Tema:** O Chico e a dor de dentes (Anexo II)

**Projecto:** “As sextas-feiras do Chico-Esperto”

**Duração:** 40min

**Grupo destinatário:** Crianças internadas no  
Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano

**Local:** Sala dos brinquedos – “Pátio das  
Ideias”

**Data:** 14 de Maio de 2010

**Hora:** 11 horas

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar e dotar a criança de conhecimentos sobre a importância da Saúde Oral;</li> <li>• Desenvolver competências comunicacionais com crianças de diferentes faixas etárias;</li> <li>• Dinamizar a Sala de Actividades do Serviço de Pediatria;</li> <li>• Contribuir para a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil;</li> <li>• Diminuir o impacto da hospitalização.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar a função dos dentes, os tipos de dentes existentes e a sua ligação com o crescimento;</li> <li>• Explicar a formação da placa bacteriana e das cáries;</li> <li>• Explicar a influência da alimentação nas doenças dos dentes;</li> <li>• Exemplificar uma correcta lavagem dos dentes;</li> <li>• Instruir sobre cuidados a ter com a escova de dentes;</li> <li>• Incentivar a adopção de medidas preventivas, como estratégia de combate às cáries e à placa bacteriana.</li> </ul>
---	--

FASES   TEMPO	CONTEÚDO	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	AVALIAÇÃO
INTRODUÇÃO 5 MIN	Apresentação da acção de educação para a saúde; Referência aos conteúdos que irão ser abordados.	<b>Método Expositivo</b> (Técnica de Exposição)  <b>Método Exploratório</b> (Técnica interactiva e explorativa)	<b>Projectáveis:</b> computador e projector.	<b>Diagnóstica:</b>  Questões aos participantes
DESENVOLVIMENTO 25 MIN	Finalidade e importância dos dentes; Crescimento e desenvolvimento da arcada dentária; Os vários tipos de dentes e as suas funções distintas; Lavagem dos dentes – Horário, técnica de lavagem dos dentes e outros cuidados a ter; Doenças dos dentes – causas e medidas preventivas; Visualização do filme “Paty e Tiago no País do Dente”.	<b>Método Expositivo</b> (Técnica de Exposição)  <b>Método Exploratório</b> (Técnica interactiva e explorativa)	<b>Projectáveis:</b> computador e projector	<b>Formativa</b>
CONCLUSÃO 10 MIN	Síntese dos conteúdos apresentados mais relevantes;	<b>Método Exploratório</b> (Técnica interactiva e	<b>Projectáveis:</b>	<b>Somativa:</b> Jogo didáctico  (Jogo do

	Avaliação da aquisição de conhecimentos; Distribuição aos pais do folheto de Saúde Oral, da DGS; Distribuição do diploma de participação. <b>(Anexo III)</b>	explorativa)	computador e projector	Chico-Esperto)
--	--	--------------	------------------------	----------------

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

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

evitados se prestarmos atenção, nomeadamente o choque eléctrico, as queimaduras, o risco de atropelamento e de queda.

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

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

<p><b>Formadores:</b> Patrícia Mendes e Sandra Ferreira, Alunas do Curso de EESIP-ICS/UCP, Estágio de Módulo I I</p> <p><b>Tema:</b> O Chico e a ida à praia (Anexo V)</p> <p><b>Projecto:</b> “As sextas-feiras do Chico-Esperto”</p> <p><b>Duração:</b> 40min</p>	<p><b>Grupo destinatário:</b> Crianças internadas no serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano</p> <p><b>Local:</b> Sala dos brinquedos – “Pátio das Ideias”</p> <p><b>Data:</b> 28 de Maio de 2010</p> <p><b>Hora:</b> 11 horas</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibilizar e dotar a criança de conhecimentos sobre os cuidados ao sol e o risco de afogamento;</li> <li>Desenvolver competências comunicacionais com crianças de diferentes faixas etárias;</li> <li>Dinamizar a Sala de Actividades do Serviço de Pediatria;</li> <li>Contribuir para a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil;</li> <li>Diminuir o impacto da hospitalização.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alertar para o horário indicado para a exposição solar;</li> <li>Ensinar sobre os cuidados adicionais nos primeiros dias de exposição solar;</li> <li>Instruir sobre a aplicação do protector solar;</li> <li>Explicar os cuidados a ter com a alimentação, aquando da exposição solar;</li> <li>Abordar as regras de segurança a ter em conta para tomar banho na praia;</li> <li>Explicar a associação da cor das bandeiras com o perigo implícito.</li> </ul>

FASES   TEMPO	CONTEÚDO	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	AVALIAÇÃO
<p>INTRODUÇÃO</p> <p>5 MIN</p>	<p>Apresentação da acção de educação para a saúde;</p> <p>Referência aos conteúdos que irão ser abordados.</p>	<p><b>Método Expositivo</b> (Técnica de Exposição)</p> <p><b>Método Exploratório</b> (Técnica interactiva e explorativa)</p>	<p><b>Projectáveis:</b></p> <p>Computador e projector.</p>	<p><b>Diagnóstica:</b></p> <p>Questões aos participantes</p>
<p>DESENVOLVIMENTO</p> <p>25 MIN</p>	<p>Perigos das radiações e horário recomendado para a exposição solar;</p> <p>Cuidados nos primeiros dias de exposição solar;</p> <p>Aplicação de protector solar - locais e frequência;</p> <p>Alimentação na praia;</p>	<p><b>Método Expositivo</b> (Técnica de Exposição)</p> <p><b>Método Exploratório</b></p>	<p><b>Projectáveis:</b></p> <p>computador e projector.</p>	<p><b>Formativa</b></p>

	<p>Regras para tomar banho na praia;</p> <p>Cor das bandeiras e perigos associados;</p> <p>Visualização do filme “Salve a sua pele”.</p>	<p>(Técnica interactiva e explorativa)</p>		
<p>CONCLUSÃO</p> <p>10 MIN</p>	<p>Resumo dos conteúdos apresentados;</p> <p>Avaliação da aquisição de conhecimentos;</p> <p>Distribuição do diploma de participação.</p>	<p><b>Método Exploratório</b></p> <p>(Técnica interactiva e explorativa)</p>	<p><b>Projectáveis:</b></p> <p>computador e projector</p>	<p><b>Somativa:</b></p> <p>Jogo didáctico</p> <p>(Jogo do Chico Esperto)</p>

## 6. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

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

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

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

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

Dado não ser possível prever as faixas etárias às quais se destinam as acções de educação para a saúde, torna-se difícil definir estratégias de avaliação. A avaliação diagnóstica será realizada de forma informal, através de algumas perguntas colocadas ao grupo de crianças sobre os conhecimentos e comportamentos relativos ao tema que irá ser abordado, de forma a adaptar a formação ao grupo, desenvolvendo mais ou menos algum assunto em particular. A avaliação formativa, que irá decorrer ao longo da formação, vai permitir a gestão dos temas e do grupo, ao longo do decorrer da acção, de acordo com a receptividade do grupo de crianças. No que diz respeito à avaliação somativa, a solução encontrada foi um momento dinâmico, abrangente e pouco formal, dado o desconhecimento do tipo de crianças alvo da formação. Assim, no final de cada sessão, será realizado um jogo denominado O Jogo do Chico Esperto,

de modo a avaliar os conhecimentos e comportamentos adquiridos pelas crianças internadas no Serviço de Pediatria.

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

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

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

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

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

**Indicador de actividade:**

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

**Indicador de resultado**

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

## **7. CONCLUSÃO**

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

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



## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso M. El método y las decisiones sobre los meios didáticos: In Para una Tecnologia Educativa. Horsori; Barcelona: 1994.
- Amin Z. Overview of teaching and learning methods. Em: Basics in Medical Education. World Scientific Publishing Co, Singapura: 2003; 99-103.
- Boe, K. & Tillotson, E. (2006). Encouraging sun safety for children and adolescents. The Journal of School Nursing. 22(3):136-141.
- Collins, J. (2004). Educacion Techniques for Lifelong Learning – Principles of Adult Learning; Radiographics 24:1483-1489. Disponível em: <http://radgraphics.rsna.org/cgi/reprint/24/5/1483>.
- Direção Geral da Saúde. (2000). Estudo nacional de prevalência da cárie dentária na população escolarizada. 1-4.
- DGS. (2005). Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de actuação - Orientações técnicas. 1-47.
- DGS. (2005). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral- Circular Normativa nº01/DSE.2005: 1-16.
- DGS. (2009). Plano de contingência para as ondas de calor: Recomendações gerais para a população – Circular Informativa nº24/DA.2009: 1-6.
- Imperatori, E., Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais. (3ª edição). Lisboa: Edições da saúde – Escola Nacional de Saúde Pública, 77-78.
- Masso, M. (2006). Policy and practice for preventing skin cancer in children. Public Health Nursing, 23(4), 361-365.
- Naldi, L. *et al.* (2007). Improving Sun- Protection behavior among children: results of a cluster-randomized trial in Italian elementary schools. The “SoleSi SoleNo-Gised” Project. Journal of Investigative Dermatology, 127: 1871-1877.
- Rabiais, S., Nunes, B. & Contreiras, T. (2006). ADELIA 2005- Acidentes domésticos e de lazer: informação adequada. Lisboa; 1-38.
- Ramiro, S., Lopes, F., Martins, R., Parreira, L., Valadares, J., Cordeiro, M. (2009). O uso de capacete em crianças que andam de bicicleta na área da grande Lisboa. Acta Pediátrica Portuguesa, 40(3): 105-110.
- Serra, M. (2008). Educação médica contínua - motivações e metodologias de ensino - aprendizagem. Cadernos da Saúde. UCP-ICS: Editora Publisher; 1(2): 112.

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

# **ANEXOS**



# **ANEXO I**

Folheto de divulgação

“As Sextas-feiras do Chico-Esperto”



## *A história do Chico*

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



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

*Venham daí !!!!*



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

Serviço de Pediatria

**As sextas-  
feiras  
do**

Vem aprender com o  
*Chico...*

14, 21 e 28 de Maio de 2010

## As sextas-feiras do Chico-esperto

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



**Local:** Serviço de Pediatria  
Sala de actividades



11 horas

**14 de Maio de 2010**

### O Chico e a dor de dentes!

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



**21 de Maio de 2010**

### O Chico e a brincadeira!

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



**28 de Maio de 2010**

### Chegou o Verão... O Chico e a ida à praia!



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

## **ANEXO II**

Apresentação “O Chico e a dor de dentes”





## AS SEXTAS-FEIRAS DO CHICO-ESPERTO!

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



O Chico é um menino muito brincalhão, gosta de comer muitas guloseimas e, às vezes, isto é, muitas vezes esquece-se de lavar os dentes. O Chico hoje ficou um bocadinho afrito, pois não lhe apetecia brincar, doía-lhe muito um dente...

A Maria que é colega da sala achou estranho porque no intervalo, o Chico não quis ir para o escorregão brincar.

O que se passa, Chico, não tens brincar comigo?

Mas devias ter dito porque ela podia ter-te dado um xarope para acalmar a dor e depois ir contigo ao dentista!!!

Outra vez comi muitos doces, rebuçados, gomas de ursinhos e até coca-cola... a mamã mandou-me lavar os dentes, mas eu fiz-de-conta que fui à casa de banho e não os lavei. É que a pasta até um bocadinho na boca. Fui dormir e hoje acordei com uma grande dor nos dentes. Não disse nada à mamã, tive medo que ela me ralhasse...

Anda vamos lá dentro, fala com a professora Xana, ela vai saber o que fazer.

Mas eu não gosto de xaropes nem de ir ao médico!

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

Então? Que cara triste é essa, Chico?

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

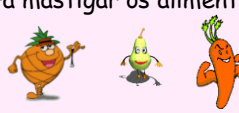


É verdade Chico? Mostra lá a tua fogueira.

O Chico tens os dentes muito sujos, vou-te dar um xarope para a dor de dentes e depois vais lavar os dentes comigo. Não fiques triste, tenho uma boa notícia para todos!!!

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

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

### PARA QUE SERVEM OS DENTES?

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

### QUANTOS DENTES TEMOS?

32 Dentes Definitivos/Permanentes (dos 6 anos até aos 18anos)




20 Dentes de leite (até aos 2 anos e meio)



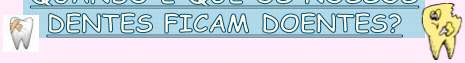
### TEMOS 4 TIPOS DE DENTES

- ▣ **Incisivos:** servem para cortar os alimentos, são os dentes da frente;
- ▣ **Caninos:** servem para rasgar os alimentos, são os dentes mais afiados;
- ▣ **Pré-molares e molares:** servem para triturar os alimentos, estão na parte de trás da boca.

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

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

## QUANDO É QUE OS NOSSOS DENTES FICAM DOENTES?



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



1º



2º



3º



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

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



## NÃO TE ESQUEÇAS!!!



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



Vamos ver se aprendeste com o Chico!!!

## O JOGO DO CHICO-ESPERTO



## DEVO LAVAR OS DENTES...



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



## O MELHOR PARA OS MEUS DENTES É:



- Comer muitos doces, principalmente caramelos e chocolates;



- Não abusar dos doces e lavar sempre os dentes a seguir;



- Lavar os dentes só antes de me deitar.

## QUANDO LAVO OS DENTES, TENHO DE:



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



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



**ATÉ À PRÓXIMA!!!**





## **ANEXO III**

Diploma de participação na sessão

“O Chico e a dor de dentes”



# Díploma



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

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



Assinatura

Data



## **ANEXO IV**

Apresentação “O Chico e a brincadeira”



# AS SEXTAS-FEIRAS DO CHICO-ESPERTO!

O CHICO É A BRINCADEIRA!!!

Vamos todos brincar com segurança!!!



21 DE MAIO DE 2010



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

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

- Vamos ensinar o Chico a brincar com segurança!

- Na rua 
- Em casa 



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




### CUIDADOS A TER NA RUA

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

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

**PORQUE SE CAÍRES ESTÁS MAIS PROTEGIDO!!!**



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




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

### Para atravessares a rua deves:




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

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

### Para andares de carro com segurança deves:

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

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




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

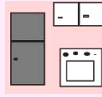
#### CUIDADOS COM OS BRINQUEDOS

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



## SABIAS QUE NA COZINHA TEMOS MUITOS OBJECTOS PERIGOSOS ?

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



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

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

No **fogão** podes **queimar-te**;



## AINDA NA COZINHA...

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



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

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

## NA CASA DE BANHO

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



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



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



## OUTROS PERIGOS



Vamos ver se aprendeste com o Chico!!!

## O JOGO DO CHICO-ESPERTO



## ANTES DE ATRAVESSAR, DEVO:



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

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



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

## NESTA SITUAÇÃO, DEVO:



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



Ir buscar a bola rápido, porque tenho tempo;

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

## NA COZINHA, POSSO:



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

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

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

## QUANDO VOU TOMAR BANHO:



Fecho a porta, uso o tapete antiderrapante e saio da banheira com cuidado;

- Deixo a porta aberta, salto da banheira e seco-me no quarto;

Deixo a porta aberta, uso tapete antiderrapante e saio com cuidado da banheira.



Agora sim...  
vou brincar em  
segurança!!!



**ATÉ À PRÓXIMA!!!**





## **ANEXO V**

Apresentação “O Chico e a ida à praia”





# AS SEXTAS-FEIRAS DO CHICO-ESPERTO!

O CHICO E A IDA À PRAIA!!!



28 DE MAIO DE 2010




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


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




Vai ser muito divertido...



...fazer castelos na areia...



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



...comer gelados...


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

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




## CUIDADOS AO SOL

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

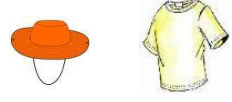


**Pois as radiações são mais perigosas!!!**

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



## CUIDADOS AO SOL

- Nos primeiros dias de praia, usa 1 camisola de algodão e 1 chapéu de abas largas, para te protegeres do sol.



## CUIDADOS AO SOL


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

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

## ALIMENTAÇÃO NA PRAIA

- Come comidas leves para fazeres bem a digestão: fruta, sumos naturais e iogurtes pois têm vitaminas que ajuda a nossa pele a defender-se do sol e facilitam a digestão;
- Bebe água (e não bebidas com gás) porque quando brincas e está muito calor suas muito, e perdes muitos líquidos.



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

## REGRAS PARA TOMAR BANHO

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



## Respeita a cor das bandeiras!

- **Bandeira vermelha**  
Não deves entrar na água, o mar está bravo;
- **Bandeira amarela**  
Pode-se tomar banho mas com cuidado, não se pode nadar;
- **Bandeira verde**  
Podes nadar, o mar está calmo.



Vamos ver se aprendeste com o Chico!!!

## O JOGO DO CHICO-ESPERTO



## ANTES DE TOMAR BANHO NA PRAIA, DEVO:

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



## NÃO PRECISO USAR PROTECTOR SOLAR QUANDO:

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



## A HORA IDEAL PARA ESTAR NA PRAIA É:

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



## NA PRESENÇA DESTA BANDEIRA, POSSO:

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



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



ATÉ À PRÓXIMA!!!



The image is a square graphic with a light blue background and a dark blue vertical bar on the right. It contains text and illustrations. At the top, the text 'Agora sim... vou para a praia em segurança!!!' is written in blue. Below this, there are two cartoon characters: a boy on the left wearing a yellow shirt and blue shorts, and a girl on the right wearing a blue dress and a yellow hat. In the center, the text 'ATÉ À PRÓXIMA!!!' is written in green. At the bottom, the word 'OBSCADA' is written in red, with each letter having small legs and arms, making it look like a row of characters.



## AVALIAÇÃO DO PROJECTO:

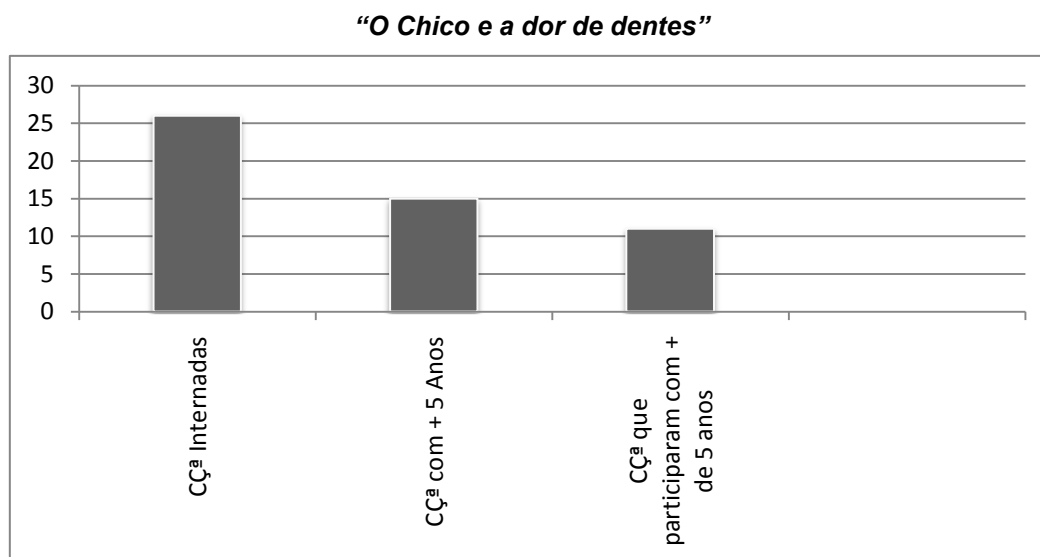
### AS SEXTAS-FEIRAS DO CHICO-ESPERTO

Após se terem efectuado as análises estatísticas dos dados recolhidos, referentes aos indicadores de actividade e de impacto, segue-se a apresentação dos resultados.

#### ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “O CHICO E A DOR DE DENTES”

##### Indicador de actividade

Gráfico 1- Nº de crianças que participaram na acção de educação para a saúde



Como podemos verificar *no Gráfico 1*, das 27 crianças internadas no Serviço de pediatria, 14 tinham mais de 5 anos, mas só 12 é que participaram na sessão. Este facto esteve relacionado com facto de uma delas se encontrar em isolamento e outra nas primeiras horas pós-cirurgia. Neste sentido, 85,7% das crianças internadas com mais de 5 anos participaram na acção, “ O Chico e a Dor de Dentes”.

##### Indicador de impacto

O *Quadro1*, representa o número de crianças que responderam correcta e incorrectamente às perguntas, quando jogaram o jogo do Chico Esperto – “O Chico e a dor de dentes”.

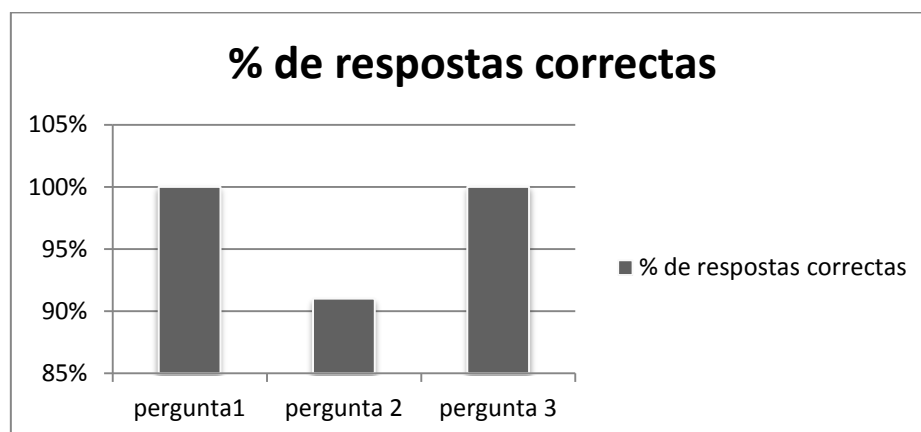
**Quadro 1- Nº de perguntas e respostas correctas e incorrectas**

Perguntas	Respostas Correctas	Respostas Incorrectas
1	12	0
2	11	1
3	12	0

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

**Gráfico 2 - % de crianças que acertaram correctamente nas perguntas do jogo**

*“O Chico e a Dor de Dentes”*



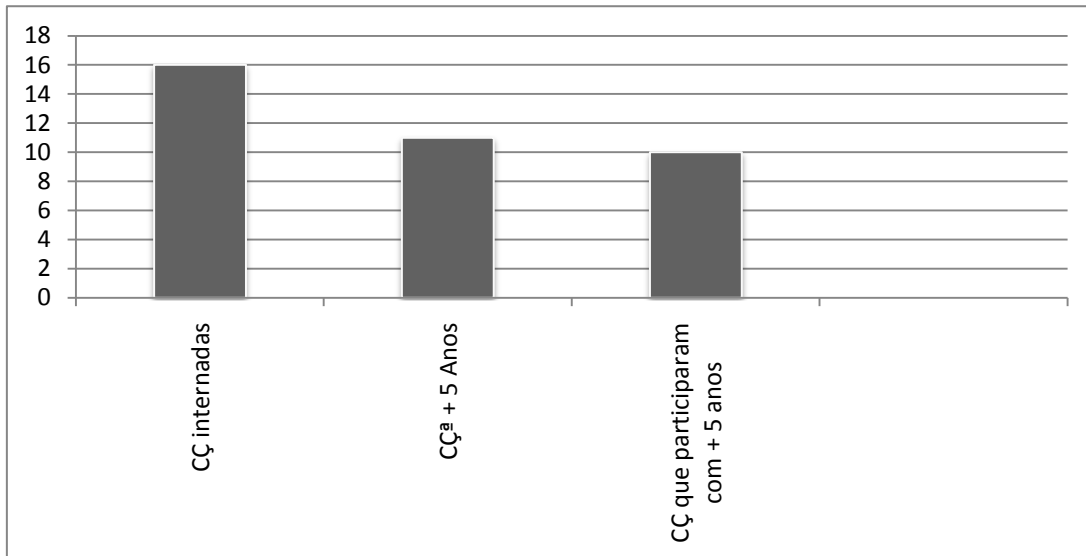
Como podemos concluir, através da análise do Gráfico 2, 100% das crianças que participaram no jogo da sessão “O Chico e a Dor de Dentes”, responderam correctamente à 1ª pergunta, 91% respondeu correctamente à 2ª e 100% responderam correctamente à 3ª pergunta.

#### **ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “O CHICO E A BRINCADEIRA”**

O Gráfico 3, representa o nº de crianças, com mais de 5 anos, que participaram na acção de educação para a saúde sobre Prevenção de Acidentes – “As Sextas-Feiras do Chico Esperto - O Chico e a Brincadeira”.

**Gráfico 3 – Nº de crianças que participaram na acção de educação**

**“O Chico e a Brincadeira”**



Como podemos verificar no *Gráfico 3*, das 16 crianças internadas no Serviço de Pediatria, 11 tinham mais de 5 anos, mas só 10 é que participaram na acção de educação. A criança em falta encontrava-se indisposta, pelo que não foi possível assistir à sessão. Neste sentido, 90,9% das crianças internadas com mais de 5 anos participaram na acção de educação “O Chico e a Brincadeira”.

### **Indicador de impacto**

O *Quadro 2*, representa o número de crianças que responderam correcta e incorrectamente às perguntas, no Jogo do Chico Esperto – “O Chico e a Brincadeira”.

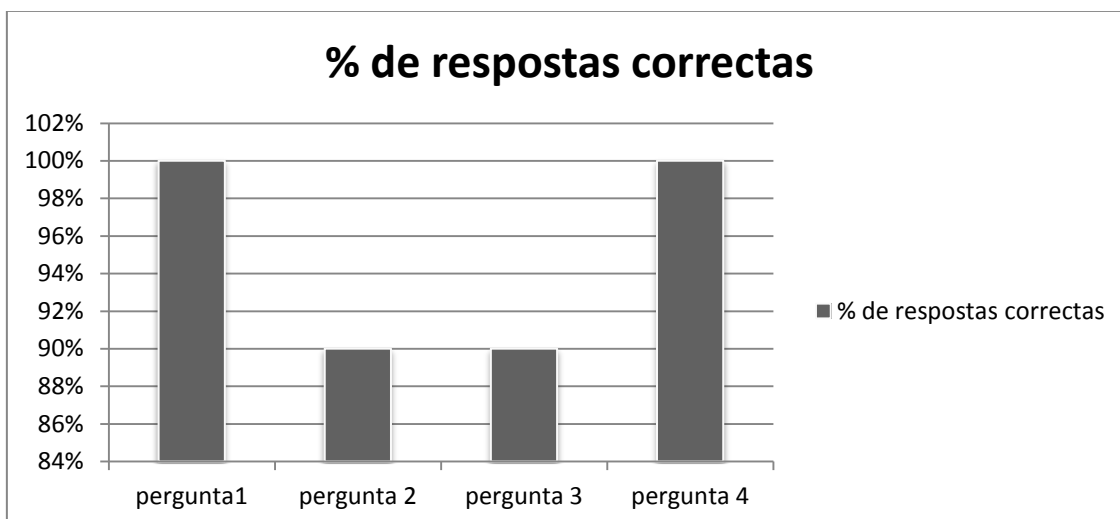
**Quadro 2 – n.º de perguntas e respostas certas e erradas**

Perguntas	Respostas Correctas	Respostas Incorrectas
1	10	0
2	9	1
3	9	1
4	10	0

Após se trabalhar os indicadores de avaliação, para avaliar os conhecimentos adquiridos das crianças, que assistiram a acção de educação do “Chico e a Brincadeira”, chegamos aos resultados, que se encontram descritos no *Gráfico 4*.

**Gráfico 4 - % de crianças que acertaram correctamente às perguntas do jogo**

**“O Chico e a Brincadeira”**

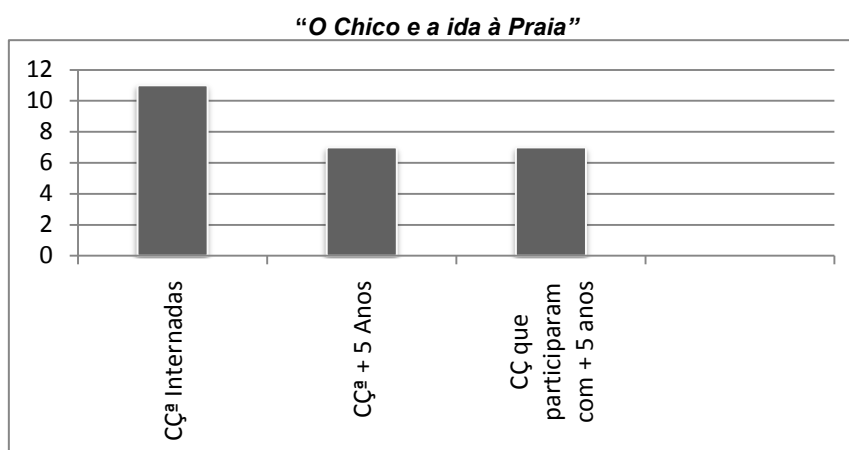


Como podemos concluir, através da análise do *gráfico 4*, 100% das crianças que participaram no jogo “O Chico e a Brincadeira”, responderam correctamente à 1ª pergunta, 90% responderam correctamente à 2ª e 3ª, e 100% responderam correctamente à 4ª pergunta.

**ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “O CHICO E A IDA À PRAIA”**

O *Gráfico 5*, representa o n.º de crianças, com mais de 5 anos, que participaram na acção de educação para a saúde “O Chico e a ida à Praia”.

**Gráfico 5 - Nº de crianças que participaram na acção de educação**



Como podemos verificar no Gráfico 5, das 11 crianças internadas no Serviço de Pediatria, 7 tinham mais de 5 anos, e todas participaram na acção. Houve, assim, uma participação de 100% (crianças com mais de 5 anos) na sessão “O Chico e a ida à Praia”.

#### **Indicador de impacto**

O Quadro 3, representa o número de crianças que responderam correcta e incorrectamente às perguntas, quando jogaram o jogo “O Chico e a ida à Praia”.

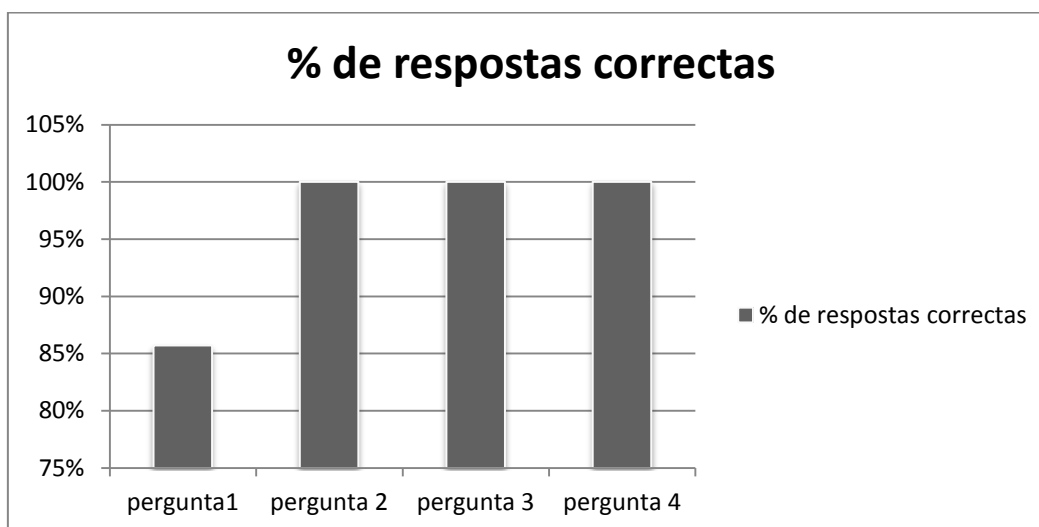
**Quadro 3 – n.º de perguntas e respostas correctas e incorrectas**

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

Após se trabalhar os indicadores de avaliação, para avaliar os conhecimentos adquiridos, das crianças que assistiram a acção de educação “O Chico e a ida à Praia”, chegamos aos resultados que se encontram descritos no Gráfico 6.

**Gráfico 6 - % de crianças que acertaram correctamente às perguntas do jogo**

**“O Chico e a ida à Praia”**



Como podemos concluir, através da análise do *Gráfico 6*, 85,7 % das crianças que participaram no jogo na sessão do “*O Chico e a ida à Praia*”, responderam correctamente à 1ª pergunta e 100 % responderam correctamente às restantes.

# **ANEXO V**

Enquadramento teórico: Dinamização do Cantinho da  
Amamentação





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO:

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

**PATRÍCIA MENDES**

**SANDRA FERREIRA**

**MAIO|2010**



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

Ano Lectivo 2009/2010

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

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO:**

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

Patrícia Mendes | Sandra Ferreira

**Maio 2010**



## ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO .....	167
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	169
2. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS .....	171
3. CONCLUSÃO .....	173
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	175
ANEXOS .....	177
<b>ANEXO I</b> -Folheto “Os 5 Sinais Para Uma Amamentação Eficaz” .....	179
<b>ANEXO II</b> -Caixa “O Correio dos Afectos” .....	183
<b>ANEXO III</b> - Postal “O Correio dos Afectos” .....	187



## 0 – INTRODUÇÃO

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

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

Este documento surgiu no âmbito do estágio de Módulo II, que decorreu no Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde Matosinhos. Enquadrado no 2º semestre do 3º curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP). As actividades foram desenvolvidas sob a orientação da Sr.ª Professora Isabel Quelhas.

A elaboração deste documento tem como principais objectivos:

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

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



## 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

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

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

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

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

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

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

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

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

As mães que amamentam, por vezes, confrontam-se com dificuldades que a própria amamentação acarreta. Esta situação torna as mães vulneráveis acerca dos seus papéis.

Saber se o seu bebé está a ser bem alimentado para, deste modo, poder desenvolver-se harmoniosamente, é uma das dúvidas, que a mãe que amamenta, se debate habitualmente e que a leva, por vezes, a abandonar o aleitamento materno.

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

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

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

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

## 2 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

O folheto “Os 5 sinais para uma Amamentação Eficaz” (**Anexo1**) foi uma proposta que surgiu para dinamizar o cantinho da amamentação e também, para dar resposta a uma necessidade sentida pela enfermeira Ana Ribeiro (conselheira da amamentação), uma vez que não tinha neste espaço uma informação, para entregar às mães, sobre este tema.

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

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

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

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

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

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

O “*CORREIO DOS AFECTOS*” (**Anexo II**), denominado assim, porque falar de afectos é falar de uma relação de carinho, implica uma troca, em que se dá mas também se recebe e que muitas vezes exprime-se pelo AMOR. Neste sentido, foi elaborado um postal (**Anexo III**) com uma mensagem de reconhecimento e agradecimento do bebé para a mãe.



### 3 – CONCLUSÃO

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

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

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

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



#### 4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bértolo, H., Levy, L. (2007). Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF/ comissão Nacional: Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés; Edição Revista, 8-18.

Carvalho, MR., Bancroft, C., Canahuati, J., Muxt.,C. (1997). Aleitamento materno. In: Benguigui, Y., Land, S., Paganini, JM, Yunes, J. Acções de saúde materno-infantil a nível local: segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância. Washington (DC): Organização Pan-Americana da Saúde, 247-64.

Motta, J.A.C. (1990). Ideologia implícita no discurso da amamentação materna e estudo retrospectivo comparando crescimento e morbidade de lactentes em uso de leite humano e leite de vaca. Belo Horizonte Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 226.

OMS. Organización Mundial de la Salud. (1998). Proezas científicas de los diez pasos hacia unam feliz lactancia natural. Genebra, 31-9.

Silva, I.A. (1994). Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 191.

Winnicott,D., ( 1998) .Os bebés e suas mães. São Paulo (SP): Martins Fontes.



# **ANEXOS**



# **ANEXO I**

Folheto “Os 5 Sinais Para Uma Amamentação Eficaz”



## AMAMENTAR

É

NATURAL...

SAUDÁVEL...

E

UM ACTO DE AMOR ...

...MAS...

.... É, POR VEZES, UM DESAFIO!

### BIBLIOGRAFIA:

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

Mohrbacher, N., Stock, J. (2005). The Breastfeeding Answer Book. In: La Leche League Internacional: Pocket Guide Edition. The Lactation Institute, 1-13, 13 :978-0-9768969.

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

Bértolo, H., Levy, L. (2007). Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional: Iniciativa Hospital Amigo do Bebê (Edição

PATRICIA MENDES | SANDRA FERREIRA  
Alunas do 3º Curso de Especialização em  
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria  
ICS| UCP



## AMAMENTAR SEM DÚVIDAS

SAIBA OS SINAIS DE UMA  
AMAMENTAÇÃO EFICAZ!!



A amamentação constitui a melhor forma de satisfazer as exigências nutricionais do bebé.

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

O seu bebé está a ser amamentado eficazmente?

Para ter sucesso na amamentação, é necessário ter a certeza de que o seu bebé está a ser bem alimentado, para crescer saudável.

**CONHEÇA OS 5 SINAIS!**



**1**

Um bebé bem adaptado à mama, alimenta-se até ficar satisfeito e pára espontaneamente de mamar, pode mamar entre 9 e 18 vezes, durante as 24 horas;

**2**

O intestino do seu bebé deve funcionar pelo menos 1 vez no primeiro dia de vida, 2 vezes no segundo, 3 vezes no terceiro e três ou mais vezes a partir do quarto dia;

**3**

As fezes do seu bebé no 1º dia são verdes escuras (mecónio) e à medida que os dias passam, vão ficando mais claras e por volta do 5º dia, ficam amarelas, semilíquidas e com grumos;

**4**

O bebé no 1º dia de vida deverá urinar pelo menos uma vez, no 2º dia, duas ou três vezes, e a partir do 4º dia, quatro ou mais vezes. A urina deve ser clara e límpida;

**5**

O bebé pode perder peso nos primeiros dias de vida, mas não mais de 10% do peso inicial, deve recuperá-lo por volta do 10º dia de vida. A partir daí, deve aumentar progressivamente de peso.

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

#### **Hospital Pedro Hispano**

Consulta Externa de Pediatria

4ª a 6ª das 11h-13h

#### **Centro de Saúde Sr.ª da Hora**

3ª a 5ª das 11h-13h

#### **Centro de Saúde S. Mamede**

6ª das 12h-13h

#### **Centro de Saúde de Matosinhos**

2ª das 12h-13h e 4ª 13h-14h

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

#### **Unidade de Saúde de Lavra**

6ª das 13h-14h

## **ANEXO II**

Caixa "O Correio dos Afectos"







## **ANEXO III**

Postal – “O Correio dos Afectos”




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




**De mim**

"O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos, salvo raras exceções. As vantagens do aleitamento materno são múltiplas e já bastante reconhecidas, quer a curto, quer a longo prazo, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de vida."  
*Manual de Aleitamento Materno(2008)*



**Para ti mamã**

Patrícia Mendes | Sandra Faneira  
3º Curso de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria  
Sob a orientação de: Professora Isabel Queilhas  
UCP-ICS | 2010





## **ANEXO VI**

Acção de educação para a saúde: Para uma vida sem fumo





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

**Instituto de Ciências da Saúde**

PLANEAMENTO DA ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:  
“PARA UMA VIDA SEM FUMO”

**PATRÍCIA MENDES**

**SANDRA FERREIRA**

**VANESSA FERNANDES**

**NOVEMBRO|2010**



**3º CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Ano Lectivo 2009/2010

Docentes orientadoras:

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

Enf.<sup>a</sup> Constança Festas

Enfermeira Tutora:

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

**Planeamento da Acção de Educação para a Saúde:**

**“Para Uma Vida Sem Fumo”**

**PATRÍCIA MENDES**

**SANDRA FERREIRA**

**VANESSA FERNANDES**

**NOVEMBRO | 2010**



# ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	199
1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO.....	201
2. OBJECTIVOS.....	203
3. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS.....	205
4. METODOLOGIA.....	207
5. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE.....	209
5.1. Plano da Actividade da Acção de Educação para a Saúde: “Para Uma Vida Sem Fumo”.....	209
6. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO.....	211
7. CONCLUSÃO.....	213
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	215
ANEXOS.....	217
<b>Anexo I - Apresentação “Para Uma Vida Sem Fumo” .....</b>	<b>219</b>



## 0. INTRODUÇÃO

A Acção de Educação para a Saúde “Para uma vida sem fumo” surgiu no âmbito do estágio de Módulo I, decorrente no Centro de Saúde da Sr.<sup>a</sup> da Hora, Unidade Local de Saúde Matosinhos. Este estágio decorreu no período de 4 de Outubro a 27 de Novembro do corrente ano, enquadrando-se no 3º semestre do 3º curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Esta Acção de Educação para a Saúde foi desenvolvida sob a orientação tutorial da Enfermeira Alexandra Correia.

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

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

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



## 1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

O tabagismo assume-se como o maior problema actual de saúde pública das sociedades desenvolvidas e é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo.

Fumar está associado a diversas doenças (cancro, problemas cardiovasculares, doenças respiratórias), provoca dependência, associa-se a problemas comportamentais (insucesso escolar), sociais e polui o ambiente.

Regra geral, é durante o período da adolescência que a grande maioria dos fumadores inicia o hábito de fumar e as explicações para esta iniciação estão hoje claramente identificadas, relacionam-se principalmente com causas comportamentais e sociais.

Face a este quadro, a educação para a saúde assume-se como uma área de extrema importância na Enfermagem, e na nossa opinião, com principal relevo na área da Saúde Infantil e Pediatria. Conscientes que a prevenção está entre as principais medidas de controlo do tabagismo e das suas consequências, elaboramos esta sessão de educação para a saúde, com o objectivo de sensibilizar e estimular as crianças para uma atitude pro-activa e responsável, para adoptarem estilos de vida saudáveis que contribuam para a melhoria da sua qualidade de vida.

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

A Saúde Escolar constitui uma das áreas prioritárias na prevenção de consumos nocivos e de comportamentos de risco. A escola encontra-se, por isso, numa posição ideal para a realização de acções que visem “*educar para os valores, promover a saúde, a formação e a participação cívica dos alunos, num processo de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida e promovam a autonomia*” (Organização Mundial de Saúde (OMS), em Health for all).

Neste sentido, foi elaborada uma Ação de Educação para a Saúde sobre este tema, com base na pesquisa bibliográfica qualitativa realizada (Cunha, 2006).

## 2. OBJECTIVOS

De acordo com Imperatori (1993), a fixação de objectivos constitui uma “(...) *etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correcta e quantificada fixação de objectivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa*”. (p.77) Segundo Tavares (1992), “*não interessam objectivos vagos, de âmbito alargado, impossíveis de serem atingidos na prática e portanto sem qualquer utilidade*”. (p.114)

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

### OBJECTIVOS GERAIS

- Sensibilizar para os benefícios de uma vida sem fumo;
- Prevenir comportamentos de risco;
- Transmitir informação que apoie a sensibilização e estimular uma acção pro-activa e responsável;
- Contribuir para a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil;
- Desenvolver competências comunicacionais;
- Desenvolver competências no domínio das estratégias motivacionais de grupo.

### OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Aprofundar conhecimentos sobre a constituição do cigarro e as substâncias presentes no fumo;
- Transmitir informação sobre as consequências do consumo de tabaco para a saúde física (cancro, doenças cardiovasculares e respiratórias), saúde mental (dependência), relações interpessoais e ambiente (poluição do ar e produção de lixo);
- Sensibilizar as crianças para os efeitos nocivos do fumo passivo;
- Incentivar para medidas preventivas como estratégia de medidas de combate ao tabagismo;
- Estimular a adopção de estilos de vida saudáveis.



### **3. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS**

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

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



#### **4. METODOLOGIA**

O método a utilizar nesta acção de educação para a saúde será uma combinação do método expositivo e do método exploratório, onde serão aplicadas técnicas e abordagens formativas de carácter exclusivamente interactivo.

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

No inicio da sessão irá ser apresentado um filme com o intuito de lançar o tema sobre o tabagismo, posteriormente será utilizado o método expositivo, embora haja espaço na acção de formação para a interacção com as crianças. Por fim iremos fazer um jogo que irá ser utilizado como instrumento de avaliação onde serão lançadas algumas questões ao grupo alvo, no sentido de avaliar o grau de compreensão da mensagem veiculada, de modo a obter o seu feedback.



## 5. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE

A data para a realização desta Acção de Educação para a Saúde será no dia 17 de Novembro de 2010, pelas 14h30. A escolha do dia prendeu-se com o facto de coincidir com o Dia do Não Fumador.

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

- **Recursos Humanos:** 3 alunas do 3º Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa do Porto (UCP);
- **Recursos Físicos:** Auditório da Junta de Freguesia de Guifões;
- **Recursos Materiais:** um computador portátil; um projector; cartões de jogo verdes e vermelhos;
- **Recursos Financeiros:** sem custos adicionais.

### 5.1. Plano da Actividade da Acção de Educação para a Saúde: “Para Uma Vida Sem Fumo”

<b>Formadores:</b> Patrícia Mendes, Sandra Ferreira e Vanessa Fernandes, Alunas do Curso de EESIP-ICS/UCP, Estágio de Módulo I	<b>Grupo destinatário:</b> Crianças a frequentar o 1º ciclo das Escolas da Lomba, Sendim, Passos Manuel e Monte Ribeirão
<b>Tema:</b> Para uma Vida Sem Fumo (Anexo I)	<b>Local:</b> Auditório da Junta de Freguesia de Guifões
<b>Duração:</b> 40min	<b>Data:</b> 17 de Novembro de 2010
	<b>Hora:</b> 14h30min
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sensibilizar para os benefícios de uma vida sem fumo;</li><li>• Prevenir comportamentos de risco;</li><li>• Transmitir informação que apoie a sensibilização e estimular uma acção pro-activa e responsável;</li><li>• Contribuir para a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil;</li><li>• Desenvolver competências comunicacionais;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aprofundar conhecimentos sobre a constituição do cigarro e as substâncias presentes no fumo;</li><li>• Transmitir informação sobre as consequências do consumo de tabaco para a saúde física (cancro, doenças cardiovasculares e respiratórias), saúde mental (dependência), relações interpessoais e ambiente (poluição do ar e produção de lixo);</li><li>• Sensibilizar as crianças para os efeitos nocivos do fumo passivo;</li><li>• Incentivar para medidas preventivas como</li></ul>

- Desenvolver competências no domínio das estratégias motivacionais de grupo.
- estratégia de medidas de combate ao tabagismo;
- Estimular a adopção de estilos de vida saudáveis.

FASES   TEMPO	CONTEÚDO	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	AVALIAÇÃO
INTRODUÇÃO 5 MIN	Apresentação da acção de educação para a saúde; Apresentação de um filme “Regresso às aulas”; Referência aos conteúdos que irão ser abordados.	<b>Método Expositivo</b> (Técnica de Exposição)  <b>Método Exploratório</b> (Técnica interactiva e explorativa)	<b>Projectáveis:</b>  Computador e projector	<b>Diagnóstica:</b>  Questões aos participantes
DESENVOLVIMENTO 25 MIN	Constituição do cigarro; Malefícios do fumo do cigarro; Consequências para a saúde física e mental; Consequências para o ambiente e sociedade; Riscos associados à inalação do fumo passivo; Vantagens de uma vida sem fumo; A escolha de uma vida sem fumo.	<b>Método Expositivo</b> (Técnica de Exposição)	<b>Projectáveis:</b>  Computador e projector	<b>Formativa</b>
CONCLUSÃO 10 MIN	Resumo dos conteúdos apresentados; Esclarecimento de dúvidas;  Avaliação da acção de educação para a saúde.	<b>Método Expositivo</b> (Técnica de Exposição)  <b>Método Exploratório</b>  (Técnica interactiva e explorativa)	<b>Projectáveis:</b>  Computador e projector	<b>Somativa</b>

## 6. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

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

Na introdução, irá ser realizada, de forma informal, uma avaliação diagnóstica dos conhecimentos dos participantes da sessão relativamente ao tema.

De forma a proceder à avaliação da acção de formação, estabelecemos o seguinte **indicador de actividade**:

$(N^{\circ} \text{ de respostas dadas correctamente no jogo} / N^{\circ} \text{ total de crianças que participaram na sessão}) \times 100\% = \% N^{\circ} \text{ de respostas correctas.}$

No final da acção de educação para a saúde será elaborado um documento onde estarão representados os dados obtidos na avaliação, já que *“o tratamento e análise dos dados recolhidos e a elaboração dos relatórios são fundamentais para o processo de avaliação”* (Cardoso, 2002).



## **7. CONCLUSÃO**

A consolidação de estilos de vida saudáveis nas crianças é um processo que implica a prevenção de consumos nocivos e comportamentos de risco. A formação é deste modo, uma oportunidade para fomentar atitudes assertivas, pelo que é necessário encontrar formas e estratégias para que essas melhorias, que são desejáveis, sejam alcançadas.

Tendo em conta o tema desta acção de educação para a saúde, consideramos que a prevenção será tanto mais eficaz quanto mais precocemente dotarmos as crianças de conhecimento para que possam tomar decisões responsáveis e fundamentadas. O enfermeiro, e principalmente, o enfermeiro especialista, tem aqui um papel fulcral em promover a aprendizagem de estilos de vida saudáveis.

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



## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amin Z. Overview of teaching and learning methods. Em: Basics in Medical Education. World Scientific Publishing Co, Singapura: 2003; 99-103;

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

Collins, J. (2004). Education Techniques for Lifelong Learning – Principles of Adult Learning; Radiographics 24:1483-1489. Disponível em :  
<http://radiographics.rsna.org/cgi/reprint/24/5/1483>;

Cunha PVS. Educação em Saúde: informação versus mudança de comportamento, estudo da pediculose sob o olhar da promoção da saúde do Programa Saúde na Escola. Rio Janeiro: 2006; 1-343;

Imperatori, E., Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais. (3ª edição). Lisboa: Edições da saúde – Escola Nacional de Saúde Pública, 77-78;

Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde ( 2004-2010). Volume 1. Prioridades e Volume 2. Orientações estratégicas. Julho de 2004. <http://www.dgs.pt/>;

OMS. Health 21. Health for all in the 21st century. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen. 1999;

Programa Nacional De Saúde Escolar (2006). Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série). Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho; 1-12;

Tavares, A. (1992). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde (2ª edição). Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa.



# **ANEXOS**



# **ANEXO I**

Apresentação “Para Uma Vida Sem Fumo”



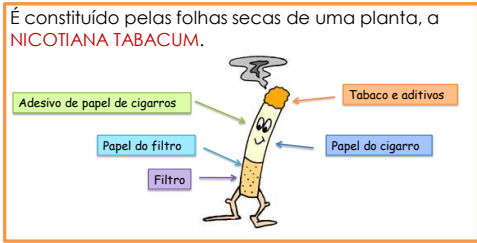


Para uma vida sem fumo...

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

Para uma vida sem fumo...

Como é constituído o cigarro?



Para uma vida sem fumo...

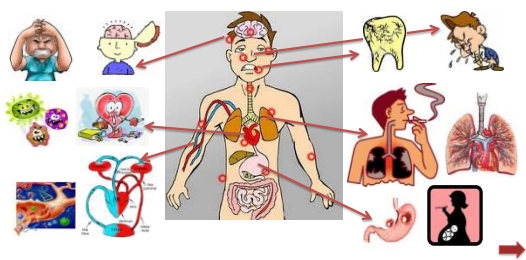


Para uma vida sem fumo...



Para uma vida sem fumo...

O que faz à nossa saúde?




Para uma vida sem fumo...



Para uma vida sem fumo...

Porquê fumar? Se...

- Na Saúde:**
- ❖ Irrita os olhos;
  - ❖ Provoca tosse;
  - ❖ A pele fica mais rapidamente enrugada;
  - ❖ Os dentes ficam amarelos;
  - ❖ Os dedos das mãos ficam amarelos;
  - ❖ Provoca dores de cabeça, enjoo e tonturas;
-

Para uma vida sem fumo... 

## Porquê fumar? Se...

### Na Saúde:

- ❖ Falta de concentração;
- ❖ Provoca problemas no coração, nos pulmões e estômago;
- ❖ Diminui as defesas do nosso organismo;
- ❖ Provoca dependência.

*Basta fumar um cigarro para trazer consequências negativas para a saúde.*



Para uma vida sem fumo... 

### Na pessoa e suas relações:

- ❖ Mau cheiro
- ❖ Mau hálito
- ❖ Obriga os outros a fumar o mesmo fumo
- ❖ Provoca dependência
- ❖ É caro



Para uma vida sem fumo... 

### No ambiente:

- ❖ Produz lixo
- ❖ Polui o ar



Para uma vida sem fumo... 

### Fumo passivo, o que é?

O fumo passivo é o fumo que inalas quando estás perto de alguém que está a fumar. Assim, deves evitar estar próximo daqueles que o estejam a fazer, já que o fumo traz consequências graves para a tua saúde.



Para uma vida sem fumo... 

### Vantagens de não fumares...

- ❖ Vives mais tempo
- ❖ Tens menor risco de sofreres de vários tipos de cancro e ter algumas doenças
- ❖ Respiras melhor e sem tosse
- ❖ Cansas-te menos
- ❖ Poupas dinheiro
- ❖ Ficas com um hálito mais fresco
- ❖ Cheiras a limpo



Para uma vida sem fumo... 

### As tuas escolhas!

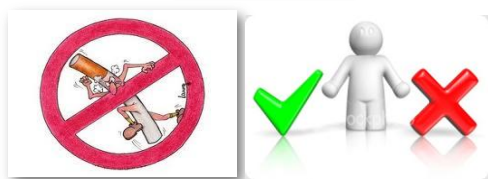
- ❖ Não fumes, Sê original, Sê diferente .
- ❖ Se tens alguém de quem gostes, que fume, mostra-lhe que ele está errado!
- ❖ Escolhe ter hábitos de vida saudáveis.
- ❖ Escolhe a vida.


**NÃO TE ESQUEÇAS QUE O TABACO É UM DOS MAIORES INIMIGOS DA TUA SAÚDE!**



Para uma vida sem fumo... 

## JOGO



Para uma vida sem fumo... 

1

O fumo do cigarro é constituído por:


- a Alcatrão ✓
- b Nicotina ✓
- c Monóxido de carbono ✓
- d Azeite ✗




2

Para uma vida sem fumo... 


Fumar:

- a) Só um cigarro faz mal ✓
  - b) Provoca tosse ✓
  - c) Faz os dentes ficarem brancos ✗
  - d) Diminui as defesas do nosso organismo ✓
  - e) Não prejudica o ambiente ✗
- 

3

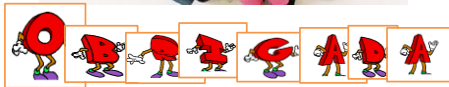
Para uma vida sem fumo... 

Se não fumares:

- a) Vives mais tempo ✓
  - b) Respiras melhor ✓
  - c) Ficas com mau hálito ✗
  - d) Cansas-te menos ✓
  - e) A pele fica mais bonita ✓
- 

Para uma vida sem fumo... 

Agora podes explicar às pessoas os malefícios do tabaco





## **AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: PARA UMA VIDA SEM FUMO**

Os resultados obtidos pela avaliação devem ser utilizados para reflectir, corrigir e melhorar técnicas e estratégias de formação.

Após se terem efectuado as análises estatísticas dos dados recolhidos, dos indicadores de avaliação, organizamos este trabalho no sentido de dar a conhecer o número e percentagem das crianças, que participaram na acção de educação para a saúde - "Para uma Vida Sem Fumo".

Os quadros que se seguem representam o número de crianças que responderam correcta e incorrectamente às perguntas, quando jogaram o jogo "Para Uma Vida Sem Fumo".

**Quadro 1-** N.º de perguntas e respostas correctas e incorrectas na pergunta 1 - **O fumo do cigarro é constituído por :**

Pergunta1	Correctas	Incorrectas
Alcatrão	87	1
Nicotina	88	0
Monóxido de carbono	86	2
Azeite	88	0

**Quadro 2-** N.º de perguntas e respostas correctas e incorrectas na pergunta 2 – **Fumar :**

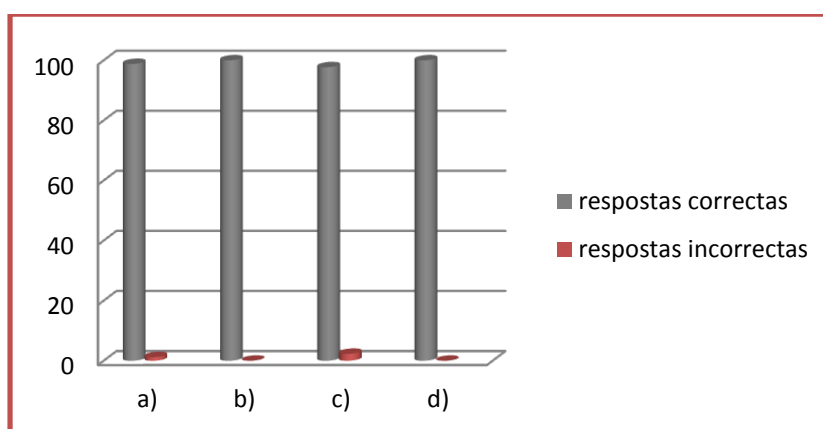
Pergunta2	Correctas	Incorrectas
Só um cigarro faz mal	86	2
Provoca tosse	88	0
Faz os dentes ficarem brancos	86	2
Diminui as defesas do nosso organismo	88	0
Não prejudica o ambiente	88	0

**Quadro 3-** N.º de perguntas e respostas correctas e incorrectas na pergunta 3- **Se não fumares:**

Pergunta3	Correctas	Incorrectas
Vives mais tempo	88	0
Respiras melhor	88	0
Ficas com mau hálito	86	2
Cansas-te menos	87	1
A pele fica mais bonita	85	3

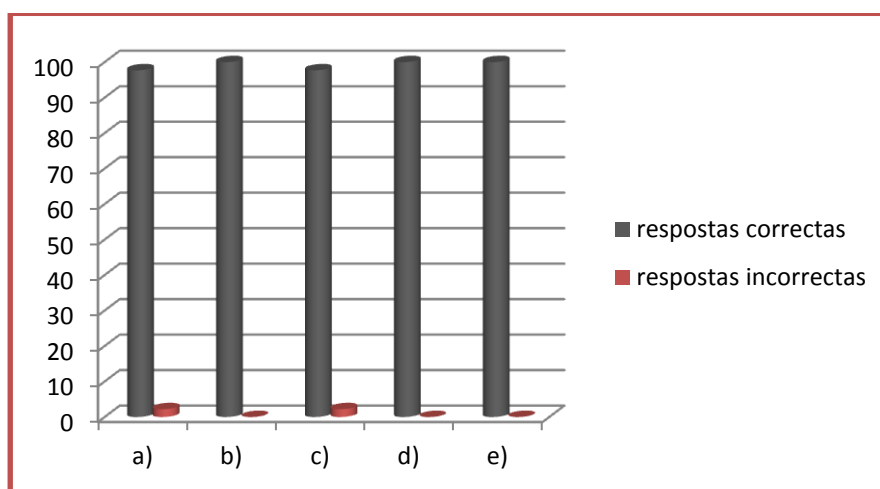
Após se trabalharem os indicadores de avaliação, para avaliar os conhecimentos das crianças que assistiram a acção de educação " Para Uma Vida Sem Fumo", chegamos aos resultados que se encontram expressos nos seguintes gráficos.

**Gráfico 1** - % de crianças que responderam correctamente à 1ª pergunta do jogo "Para Uma Vida Sem Fumo"



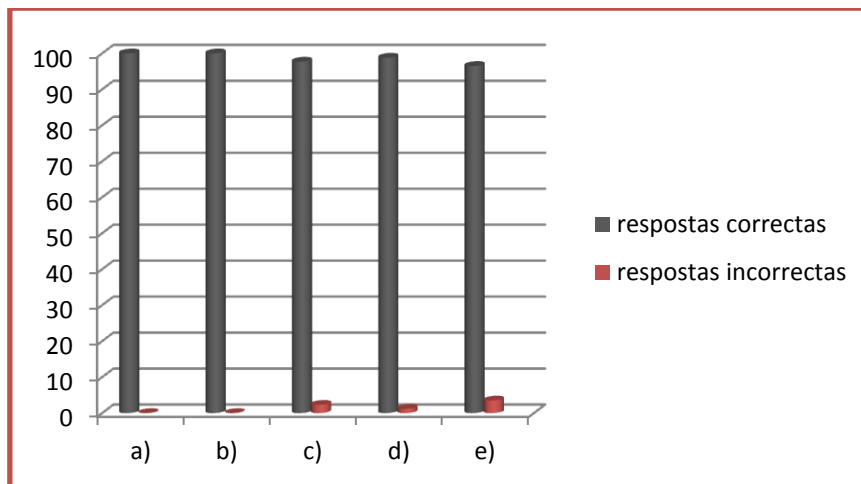
Como podemos concluir, através da análise do *gráfico 1*, das 88 crianças que participaram no jogo "Para Uma Vida Sem Fumo", 98,8% responderam correctamente à alínea a) da 1ª pergunta; 97,7% responderam correctamente à alínea c) e 100% responderam correctamente às alíneas b) e d).

**Gráfico 2** - % de crianças que responderam correctamente à 2ª pergunta do jogo "Para Uma Vida Sem Fumo"



Através da análise do *gráfico*, das 88 crianças que participaram no jogo "Para Uma Vida Sem Fumo", 100% responderam correctamente às alíneas b), d) e e) da 2ª pergunta; e 97,7% responderam correctamente às alíneas a) e c).

**Gráfico 3** - % de crianças que responderam correctamente à 3ª pergunta do jogo "Para Uma Vida Sem Fumo"



Através da análise do *gráfico*, das 88 crianças que participaram no jogo "Para Uma Vida Sem Fumo", 100% responderam correctamente às alíneas a) e b) da 3ª pergunta; 97,7% responderam correctamente à alínea c); 98,8% responderam correctamente à alínea d) e 96,5% responderam correctamente à alínea e).

# **ANEXO VII**

Projecto: Sexualidade Saudável





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

PLANEAMENTO DA ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:  
“SEXUALIDADE SAUDÁVEL”

**PATRÍCIA MENDES**

**SANDRA FERREIRA**

**VANESSA FERNANDES**

**NOVEMBRO|2010**



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

Ano Lectivo 2009/2010

Docentes orientadoras:

Enf.<sup>a</sup> Constança Festas

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

Enfermeiras Tutoras:

Alexandra Correia

Graça Fonseca

**Planeamento da Acção de Educação para a Saúde:**

**“Sexualidade Saudável”**

PATRÍCIA MENDES

SANDRA FERREIRA

VANESSA FERNANDES

**NOVEMBRO | 2010**



## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

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

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

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

**PF** – *Planeamento Familiar;*

**OMS** – *Organização Mundial de Saúde;*

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

**UCP** – *Universidade Católica Portuguesa;*

**ULS** – *Unidade Local de Saúde.*



# ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	239
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	241
2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO.....	245
3. OBJECTIVOS.....	249
4. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS.....	251
5. METODOLOGIA.....	253
6. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE.....	255
6.1. Plano da Actividade da Acção de Educação para a Saúde: “Sexualidade Saudável”.....	255
7. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO.....	259
8. CONCLUSÃO.....	261
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	263
ANEXOS.....	265
<b>Anexo I</b> – Apresentação “Sexualidade Saudável” .....	267
<b>Anexo II</b> – Filme: Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos .....	275
<b>Anexo III</b> – Panfleto: recursos da comunidade na área da Sexualidade .....	279
<b>Anexo IV</b> – Questionário Inicial .....	283
<b>Anexo III</b> – Questionário Final .....	289



## **0. INTRODUÇÃO**

A Acção de Educação para a Saúde “Sexualidade Saudável” surgiu no âmbito do estágio de Módulo I, decorrente no Centro de Saúde Senhora da Hora, Unidade Local de Saúde Matosinhos (ULS). Este estágio decorreu no período de 04 de Outubro a 27 de Novembro de 2010, enquadrado no 2º semestre do 3º curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Este projecto foi desenvolvido sob a orientação tutorial das Enfermeiras Alexandra Correia e Graça Fonseca.

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

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

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



## 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

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

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

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

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

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

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

É a puberdade que vai iniciar o processo de desenvolvimento da adolescência. *“Com a produção das hormonas sexuais e com o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, a curiosidade sexual intensifica-se.”* (Sampaio et al, 2007) Surge deste modo a maturação sexual, com o aparecimento da menarca nas meninas e com a 1ª ejaculação nos

meninos. Podemos, então, afirmar que a partir deste marco eles se tornam seres sexuais férteis e, por isso, podem procriar.

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

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

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

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

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

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

A promoção da saúde e o respeito mútuo vinculam-se à valorização da vida e são conteúdos importantes a serem sublinhados devendo conduzir a atitudes responsáveis, solidárias, enfatizando-se o convívio social e atitudes não discriminatórias em relação às pessoas com IST's.

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

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

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

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

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

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

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

educação sexual.

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

## 2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

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

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

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

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

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

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

Assim, desenvolvemos um diagnóstico de situação dos adolescentes do ensino secundário desta escola, aplicando um questionário, com o intuito de analisarmos o seu conhecimento

acerca da sexualidade, gravidez indesejada, recursos na comunidade na área da saúde sexual e reprodutiva, métodos contraceptivos e IST's.

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

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

O questionário abrangeu 120 alunos do ensino secundário de sete turmas (12ºA, 12ºB, 12ºC, 12ºD, 12ºE e 3ºA e 3º B dos cursos profissionais de Técnico de Apoio à Infância e Técnico de Gestão e Equipamento Informático) com uma idade média de 17 anos. Foram preenchidos 120 questionários, sendo 59 do sexo feminino e 59 do sexo masculino. Apenas dois estudantes não identificaram o seu género.

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

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

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

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

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

- Função da pílula;
- Função do preservativo;
- Falibilidade do coito interrompido;
- Probabilidade de contágio do VIH;
- Conhecimento da existência de CAJ;

- Conceito de IST's.

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

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

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

- Contracepção de emergência.

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



### 3. OBJECTIVOS

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

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

#### OBJECTIVOS GERAIS

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

#### OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Definir o conceito de sexualidade;
- Conhecer as quatro dimensões da sexualidade;
- Indicar os recursos da comunidade na área da sexualidade;
- Definir a consulta de Planeamento Familiar (PF);
- Conhecer as actividades de uma consulta de PF;
- Descrever comportamentos de risco;
- Evidenciar consequências da gravidez na adolescência;
- Estimular competências responsáveis sobre a contraceção;
- Informar acerca dos métodos contraceptivos mais adequados à adolescência;
- Explicar vantagens e desvantagens dos métodos contraceptivos;
- Definir IST's;
- Identificar meios de transmissão;
- Explicar formas de prevenção.



#### **4. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS**

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

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



## 5. METODOLOGIA

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

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

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

Neste sentido, elaboramos um filme, baseado na Carta Internacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos, para dar início à sessão, motivando para o tema. Também no final da sessão, preparamos uma actividade interactiva, em que vamos dividir a turma em quatro grupos, cada qual com o seu porta-voz, para analisar e encontrar um consenso sobre se determinados conceitos da sexualidade constituem “Mito ou realidade”. Esta actividade vai permitir a discussão e esclarecimento de dúvidas que possam ter ficado no final da sessão.



## 6. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE

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

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

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

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

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

<b>Formadores:</b> Patrícia Mendes, Sandra Ferreira e Vanessa Fernandes, Alunas do MESIP-ICS/UCP,	<b>Grupo destinatário:</b> Alunos do Agrupamento de Escolas da Senhora da Hora nº2
<b>Estágio de Módulo I</b>	<b>Local:</b> Salas de aula
<b>Tema:</b> “Sexualidade Saudável” (ANEXO I)	<b>Data:</b> 8, 9, 11 e 16 de Novembro de 2010
<b>Duração:</b> 90 min	<b>Hora:</b> a definir
<ul style="list-style-type: none"><li>• Contextualizar a sexualidade na adolescência;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Definir o conceito de sexualidade;</li><li>• Clarificar as quatro dimensões da sexualidade;</li><li>• Descrever comportamentos de risco;</li></ul>

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

FASES   TEMPO	CONTEÚDO	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	AValiação
<p>INTRODUÇÃO</p> <p>20 MIN</p>	<p>Apresentação da acção de formação;</p> <p>Referência aos conteúdos que irão ser abordados;</p> <p>Motivação para o tema;</p> <p>Visualização de um filme "Sexualidade Saudável" (ANEXO II)</p>	<p><b>Método Expositivo</b> (Técnica de Exposição)</p>	<p><b>Projectáveis:</b> Computador e projector.</p>	<p><b>Formativa</b></p>
<p>DESENVOLVIMENTO</p> <p>55 MIN</p>	<p>Contextualização da sexualidade na adolescência;</p> <p>Identificação dos riscos de uma relação sexual desprotegida;</p> <p>Consequências da gravidez na adolescência;</p> <p>Informação dos recursos existentes na comunidade na área da saúde sexual e reprodutiva;</p> <p>Importância dos métodos contraceptivos;</p> <p>Identificação de IST's e meios de transmissão.</p> <p>•</p>	<p><b>Método Expositivo</b> (Técnica de Exposição)</p> <p><b>Método Exploratório</b> (Técnica interactiva e explorativa)</p>	<p><b>Projectáveis:</b> Computador e projector.</p>	<p><b>Formativa</b></p>

<p>CONCLUSÃO</p> <p>15 MIN</p>	<p>Resumo dos conteúdos apresentados;</p> <p>Realização da actividade “Mito ou Realidade”;</p> <p>Avaliação da acção de formação através de questionário;</p> <p>Distribuição do panfleto sobre os recursos existentes na comunidade na área da sexualidade. <b>(ANEXO III)</b></p>	<p><b>Método Expositivo</b> (Técnica de Exposição)</p> <p><b>Método Exploratório</b> (Técnica interactiva e explorativa)</p>	<p><b>Projectáveis:</b> Computador e projector.</p>	<p><b>Somativa</b></p>
--------------------------------	---	--	---	------------------------



## 7. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

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

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

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

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



## 8. CONCLUSÃO

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

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

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

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



## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amin Z. Overview of teaching and learning methods. Em: Basics in Medical Education. World Scientific Publishing Co, Singapura: 2003; 99-103;

Bóia, Helena. O Conhecimento das Doenças Sexualmente Transmissíveis nos jovens adultos. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde. Porto, 2008;

Camargo, Elisana; Ferrari, Rosângela. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. Brasil, 2008;

Carvalho, Amâncio; Carvalho, Graça. Educação para a Saúde em Cuidados de Saúde Primários: Diagnóstico das dificuldades e necessidades de formação. 2002;

Collins, J. (2004). Education Techniques for Lifelong Learning – Principles of Adult Learning; Radiographics 24:1483-1489. Disponível em: <http://radiographics.rsna.org/cgi/reprint/24/5/1483>;

Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008. 1ª Edição. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2009;

Dehne, Karl; Riedner, Gabriele. Sexually Transmitted Infections Among Adolescents – The Need For Adequate Health Services. Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH), World Health Organization. ISBN 92 4 156288 9. 2005;

Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série) Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho. Programa Nacional de Saúde Escolar. Ministério da Saúde, 2006;

Diniz, José; Albergaria, Margarida; Guerreiro, Cristina. Relatório – Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Subcomissão para Análise dos Manuais de Educação Sexual, 2007;

Imperatori, E., Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais. (3ª edição). Lisboa: Edições da saúde – Escola Nacional de Saúde Pública, 77-78;

Lei n.º 60 / 2009 de 6 de Agosto ( 1ª série) . Publicada em Diário da República n.º 151. Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar, 2009;

Marreiros, Maria. Relações Sexuais Precoces E Comportamentos De Risco Nos Adolescentes. Serviço de Higiene e Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto, 2002;

Martins, Maria. Um Olhar Sobre a Saúde Reprodutiva em Portugal: O Passado, o presente, que futuro?. VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra, 2004;

Matos, M.; Simões, C.; Tomé, G.; Silva, M.; Gaspar, T.; Diniz, J.; Equipa do Projecto Aventura Social. Indicadores De Saúde Dos Adolescentes Portugueses – Relatório Preliminar HBSC 2006. Aventura Social & Saúde. Lisboa, 2006;

Oliveira, Carlos. “Saúde e Sexualidade na Adolescência”. Formação Pedagógica Inicial de Formadores – Proposta Intervenção Pedagógica. Figueira da Foz, 2008;

Organização Mundial de Saúde *et al.* Planejamento Familiar - Um Manual Global Para Profissionais E Serviços De Saúde, 2007;

Organización Mundial de la Salud. Capacitacion para Orientar Adolescentes en Sexualidad y Salud Reproductiva – Guia para los Facilitadores. Suiza, 1993;

Protocolo Entre O Ministério Da Educação E O Ministério Da Saúde, Lisboa, 2006;

Renaud, Michel. A Sexualidade Humana – Reflexão Ética. Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 1999;

Ross, David; Dick, Bruce; Ferguson, Jane. Preventing HIV / AIDS in Young People – A Systematic Review Of The Evidence From Developing Countries. World Health Organization, 2006;

Sampaio, Daniel; Baptista, Maria; Matos, Margarida; Silva, Miguel. Relatório Final – Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Lisboa, 2007;

Tavares, A. (1992). Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde (2ª edição). Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa.

# **ANEXOS**



# ANEXO I

Apresentação “Sexualidade Saudável”





# SEXUALIDADE SAUDÁVEL



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

## Sexualidade ♀♂



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

OMS - Organização Mundial de Saúde

## Sexualidade ♀♂

DIMENSÃO RELIGIOSA E ÉTICA

DIMENSÃO PSICOLÓGICA

DIMENSÃO SOCIO-CULTURAL

DIMENSÃO BIO-FISIOLÓGICA

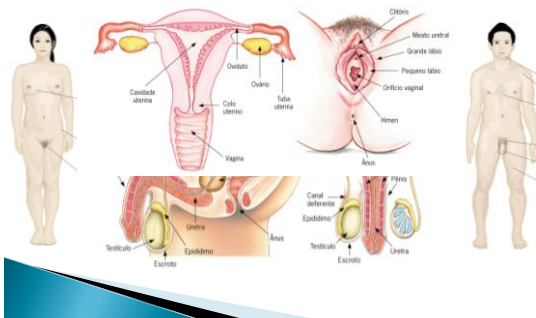
## Sexualidade ♀♂

### PUBERDADE

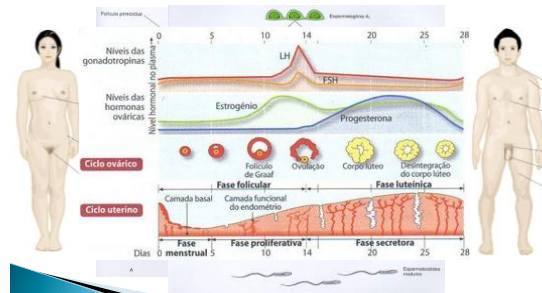
- ▶ Aparecimento dos Caracteres sexuais secundários
- ▶ Maturação sexual  
menarca  
1ª ejaculação



## Sexualidade ♀♂

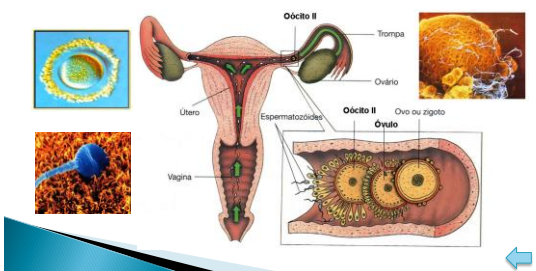


## Sexualidade ♀♂

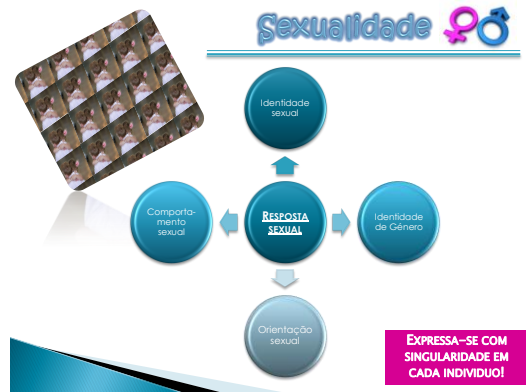


## Sexualidade ♀♂

### FECUNDAÇÃO



## Sexualidade ♀♂



## Sexualidade ♀♂

**Afectos**      **Responsabilidade**      **Emoções**

**Pensamentos**      **Complicidade**

**Sentimentos**      **Partilha**


**Desejos**      **Amor**      **Liberdade**



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

## Sexualidade ♀♂

### Riscos do início da actividade sexual sem protecção



Gravidez não desejada

Infeções sexualmente transmissíveis (IST's)

## Sexualidade ♀♂

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

É o mais conveniente e eficaz?

Está adequado ao meu estilo de vida?

É reversível?

É um método acessível?

Existem riscos para a saúde?



## Sexualidade ♀♂

PARA UMA DECISÃO LIVRE E INFORMADA...

### CENTRO DE SAÚDE SRA. HORA

Consulta de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar  
Consulta de Saúde Juvenil



#### HORÁRIO

Médico e  
Enfermeiro de família

## Sexualidade ♀♂

### CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR

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



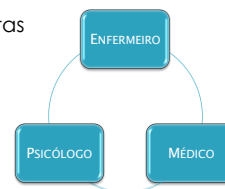
## Sexualidade ♀♂

### ▶ CAJ MATOSINHOS

Segundas e Quintas  
Das 16 às 19h

### ▶ CAJ S. MAMEDE

Quartas  
Das 16 às 19h



**ANÓNIMO | CONFIDENCIAL | GRATUITO**

## Sexualidade ♀♂

### ▶ LINHAS TELEFÓNICAS DE APOIO



#### SEXUALIDADE EM LINHA

**LINHA OPÇÕES** (LINHA DE APOIO E INFORMAÇÃO SOBRE GRAVIDEZ NÃO DESEJADA)

**ILGA** (LINHA DE APOIO E INFORMAÇÃO SOBRE HOMOSSEXUALIDADE)

**LINHA SIDA, SOS SIDA**

**LINHA SAÚDE 24**

#### ▶ INTERNET

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

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

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

## Sexualidade ♀♂

# MÉTODOS CONTRACEPTIVOS



## MÉTODOS HORMONAIS



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

**EFICÁCIA:** 0,1 a 1 gravidezes ano /100 mulheres (99-99.9%)

### Vantagens

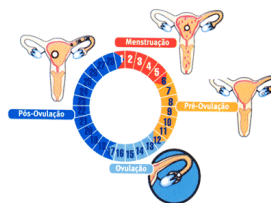
- ▶ Não interfere na relação sexual ;
- ▶ Pode regularizar os ciclos menstruais ;
- ▶ Melhora a tensão pré-menstrual e a dismenorreia ;
- ▶ Não afecta a fertilidade ;
- ▶ Diminui o risco de doença inflamatória pélvica ;
- ▶ Reduz em 50% o risco de cancro do ovário e do endométrio.
- ▶ Diminui a incidência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

### Desvantagens

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

### Precauções

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



- ▶ **O ANEL VAGINAL** é um método contraceptivo hormonal feito de plástico transparente e flexível;
- ▶ É colocado pela própria mulher na vagina e deve ser mantido durante 21 dias;
- ▶ Colocar novo anel após 7 dias.

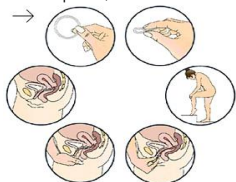
**EFICÁCIA:** 0,4 a 1,2 gravidezes ano /100 mulheres (98,8-99.6%)

### Vantagens

- ▶ Não interfere no acto sexual;
- ▶ É um método reversível;
- ▶ Propensão para períodos mais curtos e regulares;
- ▶ Retorno rápido aos níveis de fertilidade anteriores à utilização do anel;
- ▶ Protecção contra os cancros do ovário e do colo do útero;
- ▶ Previne também o aparecimento de quistos nos ovários.

### Desvantagens

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



- ▶ **O IMPLANTE** é um método contraceptivo hormonal de longa duração;
- ▶ A sua inserção é feita no antebraço por um profissional especializado. É um procedimento simples e é necessário o uso de anestesia local;
- ▶ O seu efeito pode prolongar-se durante 3 anos.

**EFICÁCIA:** 0 a 0,07 gravidezes por ano /100 mulheres (99,3-100%)

## MÉTODO BARREIRA

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



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

### Vantagens

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



### Desvantagens

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



## CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

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



"Continental breakfast, Daily Telegraph and morning after pill."

## Sexualidade ♀♂

### Considerações importantes

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



## INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST's)

## Sexualidade ♀♂

### Como se transmitem ?

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



## Sexualidade ♀♂

### IST's mais frequentes



## Sexualidade ♀♂

### Vírus do Papiloma Humano (HPV)

Existem mais de 100 tipos de HPV.

#### Pode causar:

- ▶ Condilomas
- ▶ Verrugas genitais
- ▶ Cancro do colo do útero



#### Factores de risco:

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

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

## Sexualidade ♀♂

### Clamídia



- ▶ Infecção causada pela bactéria Chlamydia Trachomatis
- ▶ Sintomas:

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

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

## Sexualidade ♀♂

### VIH – VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA SIDA (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida)

#### Sintomas tardios:

- ▶ Anemia
- ▶ Febre
- ▶ Perda de peso
- ▶ Alterações imunitárias

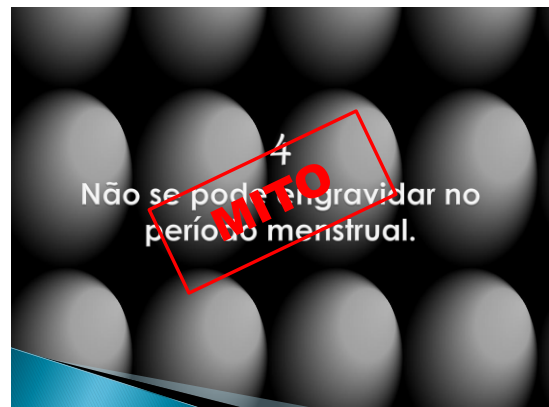
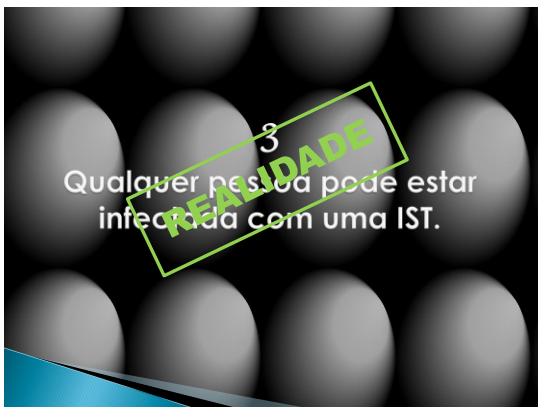
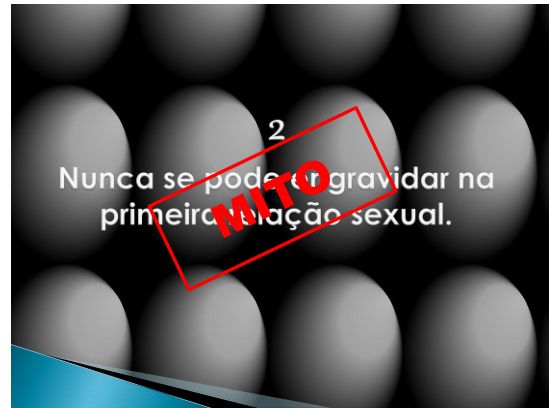
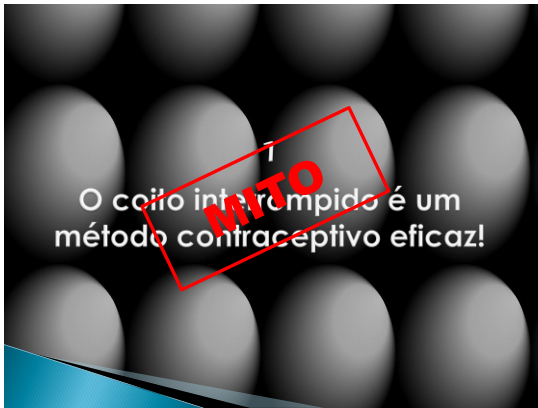


#### Transmissão:

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

Infecções generalizadas  
Morte





## ANEXO II

Filme: Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos







## ANEXO III

Panfleto: Recursos da comunidade na área da Sexualidade



*Profissionais a  
quem podes  
recorrer*

*Apoio Técnico:*

*Enfermeiros*

*Médicos*

*Assistente social*

*Psicóloga*



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



**Sexualidade  
Responsável**

*Informa-te*

*Proteje-te*



## Contactos úteis

### APF (Associação para Planeamento da Família) – Porto

Rua Arnaldo Gama, nº 64 - 2º  
4000 - 049 Porto

Tel.: 222 085 869 E-mail:  
[apfnorte@clix.pt](mailto:apfnorte@clix.pt)



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

Rua da Constituição nº 1656

4250 - 208 Porto

Tel.: 228 317 518

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

Horário: 2ª e 4ª das 14h às 20h

5ª das 8.30h às 20h

3ª e 6ª das 8.30h às 14h

## CAJ

### (Centros de Atendimento a Jovens)

#### Maternidade Júlio Dinis

Lg Maternidade Júlio Dinis  
4050 - 371 Porto  
Tel.: 226 063 137  
Horário: 2ª, 4ª e 5ª das 13h às 16h  
3ª das 9h às 13h  
6ª das 13:30h às 15:30h



#### Casa da Juventude de Matosinhos

Av. D. Afonso Henriques, 487  
4450-014 Matosinhos  
Tel.: 229 398 090  
Horário: 2ª e 5ª das 16h às 19.30h

#### Casa da Juventude de Santa Cruz do Bispo

Rua do Chouso 277— 301  
4455-803 Santa Cruz do Bispo  
Horário: 6ª das 16h às 19:30

#### Casa da Juventude de S. Mamede de Infesta

Rua Silva Brinco, Nº 95  
4465-266 SMI  
Horário: 4ª das 16h às 19:00

#### Internet

[www.apf.pt](http://www.apf.pt)  
[www.juventude.gov.pt](http://www.juventude.gov.pt)  
[www.enfermeiroonline.no.comunidades.net](http://www.enfermeiroonline.no.comunidades.net)

### Linha SIDA – 800 266 666

Horário: 2ª a 6ª das 10h às 20h

Sábado das 14h às 20h

“Sexualidade em linha” – 800 222 003

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

Horário: 2ª a 6ª das 12h às 19h

Sábado das 10h às 17h

### “Linha da sexualidade segura”

800 202 120

Atendimento 24h

### Sexualidade em atendimento (APF Porto)

222 001 798

### Centro de Saúde

#### Consulta de Planeamento Familiar

#### Centro de Saúde de Matosinhos

Tel: 22 0914600

#### Centro de Saúde da Senhora da Hora

Tel: 22 9568500

#### Centro de Saúde de S Mamede Infesta

Tel: 22 9051400

#### Centro de Saúde de Leça da Palmeira

Tel: 22 9980000

# ANEXO IV

## Questionário Inicial



## QUESTIONÁRIO

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

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

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

### GRUPO I

1. Género:

- a. Feminino      b. Masculino

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

3. Área de Estudo: \_\_\_\_\_

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

- a. Sim      b. Não

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

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

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

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

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

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

- a. Sim
- b. Não

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

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

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

## GRUPO II

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

- a. A sexualidade expressa-se em várias dimensões, sendo a bio-fisiológica a mais importante.

- b. A sexualidade está intimamente ligada à estruturação do auto-conceito, da auto-estima e da concretização de um projecto de vida.
  - c. Sexualidade é sinónimo de sexo.
  - d. O comportamento sexual humano representa a forma mais profunda e completa de contacto e comunicação amorosa entre seres humanos, independentemente do seu género.
  - e. A sexualidade implica ternura e intimidade.
2. Na tua opinião, quais os objectivos de uma Consulta de Planeamento Familiar? (assinala verdadeiro (V) ou Falso (F))
- a. Fornecer métodos contraceptivos.
  - b. Permitir ao casal decidir quantos filhos quer, se os quer e quando os quer.
  - c. Aconselhar a tua orientação sexual.
3. Das seguintes afirmações, assinala as que são Verdadeiras (V) ou Falsas (F).
- a. A pílula permite prevenir uma gravidez não desejada.
  - b. A pílula permite prevenir infecções sexualmente transmissíveis (IST's).
  - c. O preservativo protege das IST's e da gravidez indesejada.
  - d. O preservativo deve ser colocado desde o início da relação sexual.
  - e. O coito interrompido é uma forma eficaz de evitar uma gravidez.
  - f. A vacina do Vírus do Papiloma Humano (HPV) está contemplada no Programa Nacional de Vacinação para o sexo masculino.
  - g. O elevado número de parceiros sexuais é considerado um factor de risco para contrair uma IST.
  - h. Pode-se contrair o VIH através de relações sexuais, sem preservativo, com uma pessoa infectada.
  - i. Existe uma vacina que nos protege do VIH/SIDA.
  - j. É um risco abraçar uma pessoa com SIDA.
  - k. Quando se está infectado com VIH é para o resto da vida.
  - l. Pode-se contrair o VIH através da comida e talheres.
  - m. As pessoas infectadas com VIH podem afectar outros através do seu sangue.
  - n. Em Portugal, não existem gabinetes de apoio à sexualidade, nem centros de apoio a jovens.

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

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

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

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

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

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

# ANEXO V

## Questionário Final





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

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

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

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

# AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: SEXUALIDADE SAUDÁVEL

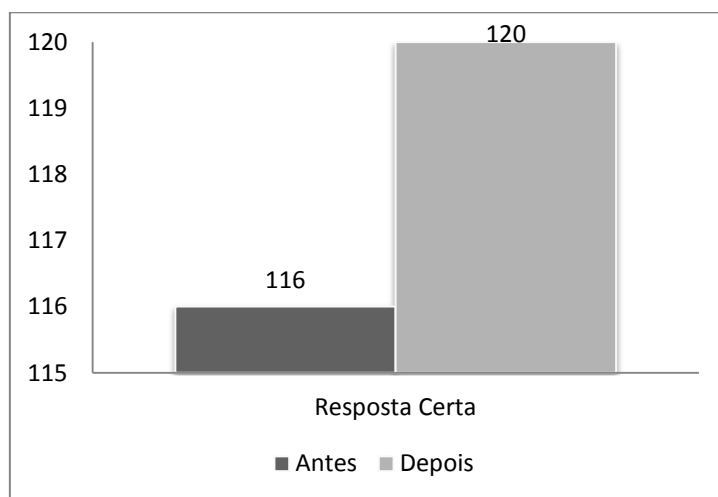
## GRUPO I

(Avaliação de conhecimentos)

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

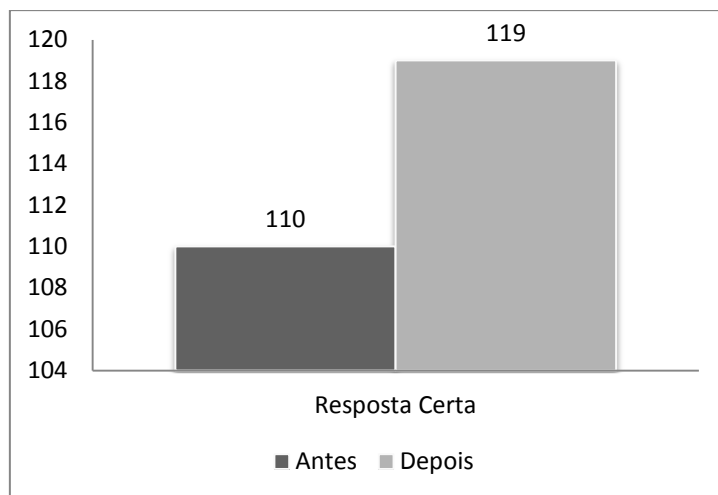
O indicador de actividade que estabelecemos para a avaliação dos conhecimentos dos alunos foi o nº de respostas certas pelo nº total de alunos (120) em comparação com o questionário inicialmente distribuído na escola de forma anónima e voluntária. Primeiramente este valor foi de 82% e no final da acção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

1 – A pílula permite prevenir uma gravidez não desejada:



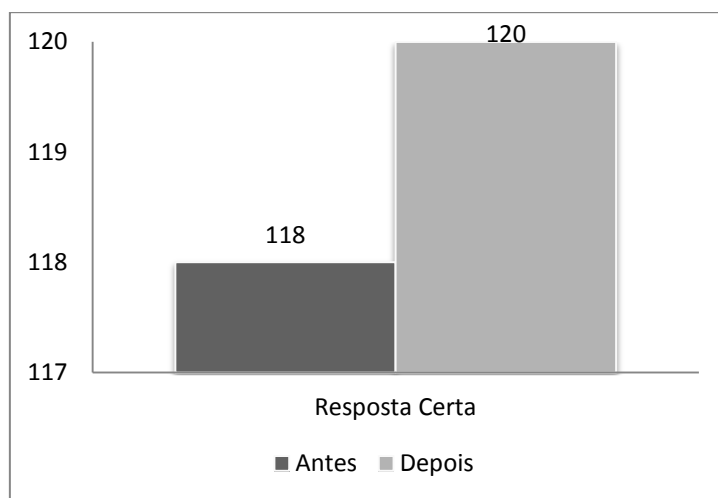
**Comentário:** Previamente à sessão 97% dos alunos acertaram na resposta e posteriormente todos (100%) consideraram que a pílula permite prevenir uma gravidez não desejada.

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



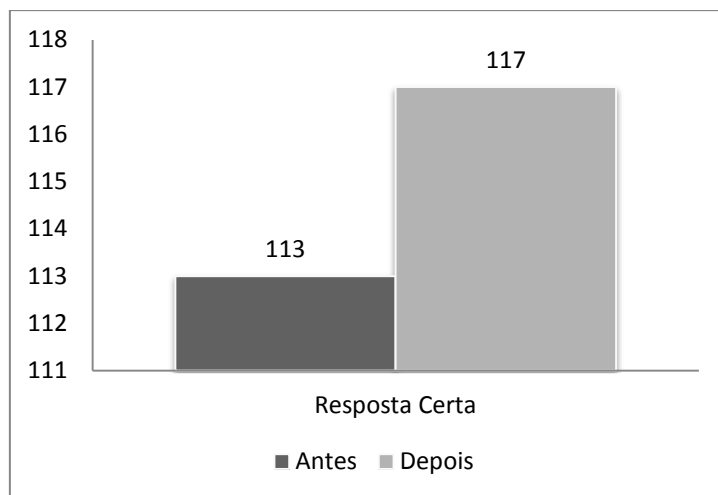
**Comentário:** Antecipadamente à sessão 92% dos jovens responderam correctamente e, após esta, 99% destes considerou que a pílula não permite prevenir IST's.

**3 – O preservativo protege das IST's e da gravidez indesejada:**



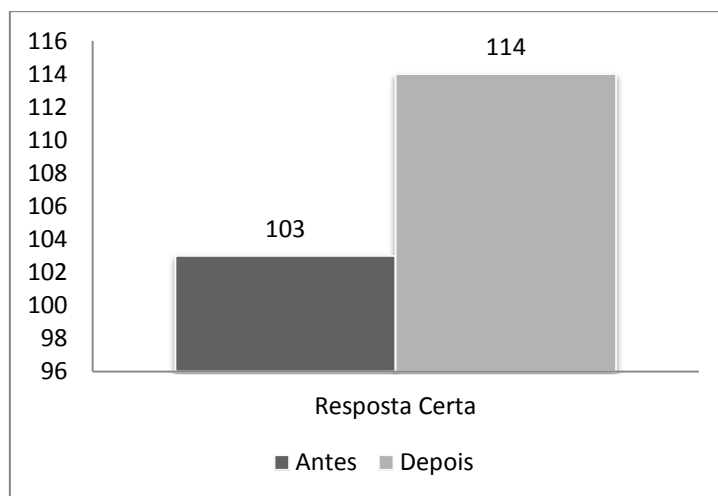
**Comentário:** Antes da acção de educação para a saúde 98% dos estudantes considerou que o preservativo protege das IST's e da gravidez indesejada e após a sessão todos (100%) o consideraram respondendo acertadamente.

**4 – O preservativo deve ser colocado desde o início da relação sexual:**



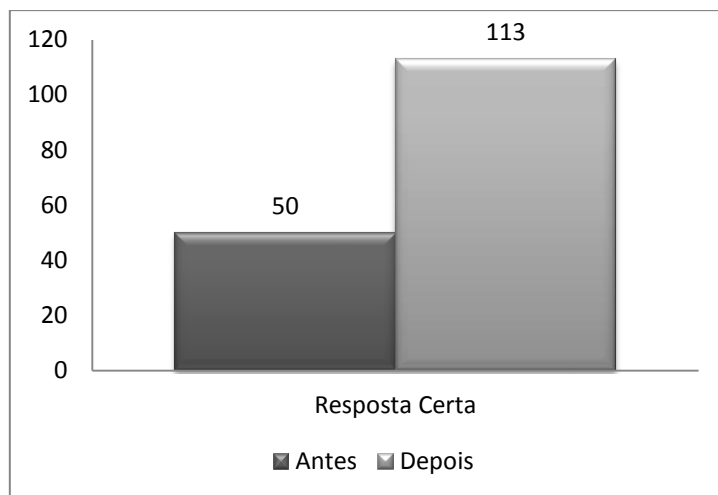
**Comentário:** Previamente à informação transmitida pelas profissionais de saúde, 94% dos adolescentes respondeu de modo correcto à pergunta e após a informação 98% considerou que o preservativo deve ser colocado desde o início da relação sexual.

5 – O coito interrompido é uma forma eficaz de evitar uma gravidez:



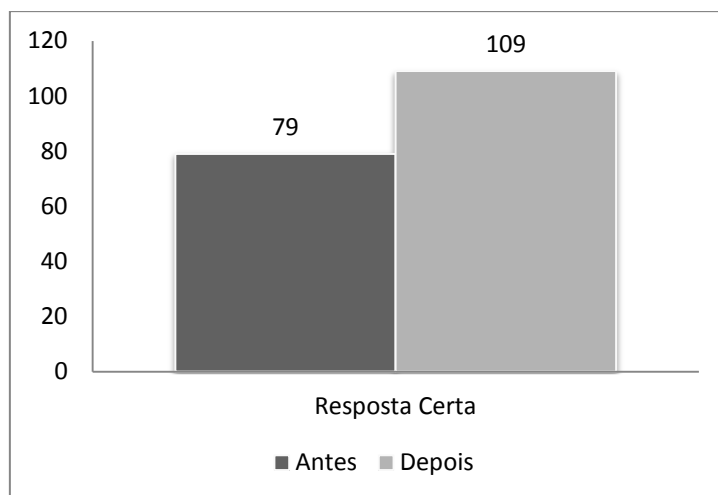
**Comentário:** Antecipadamente à sessão 86% dos jovens responderam correctamente e, após esta, 95% destes considerou que o coito interrompido não é uma forma eficaz de evitar uma gravidez.

6 – A Contracepção de emergência só pode ser utilizada até 48 horas após a relação sexual desprotegida, ou se o método anticoncepcional usado falhar:



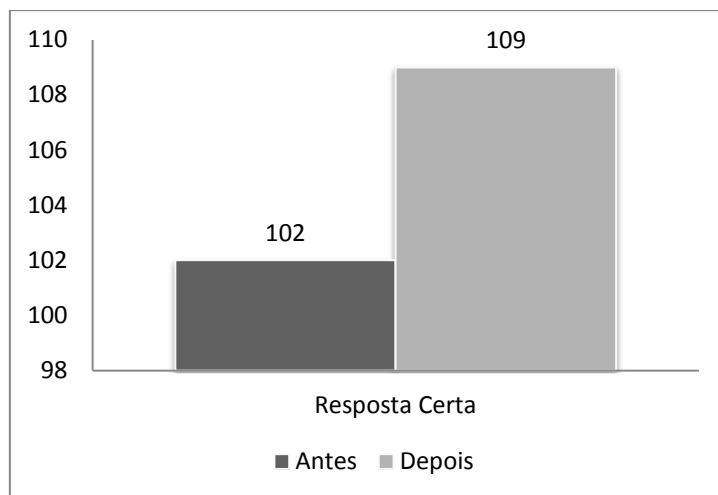
**Comentário:** Antes da acção de educação para a saúde 42% dos estudantes considerou que a contraceção de emergência não é apenas utilizada até 48h após a relação sexual desprotegida e após a sessão 94% também o considerou, respondendo acertadamente.

**7 – A Contraceção de emergência encontra-se disponível no Centro de Saúde, nas farmácias e nos Centros de Apoio a Jovens:**



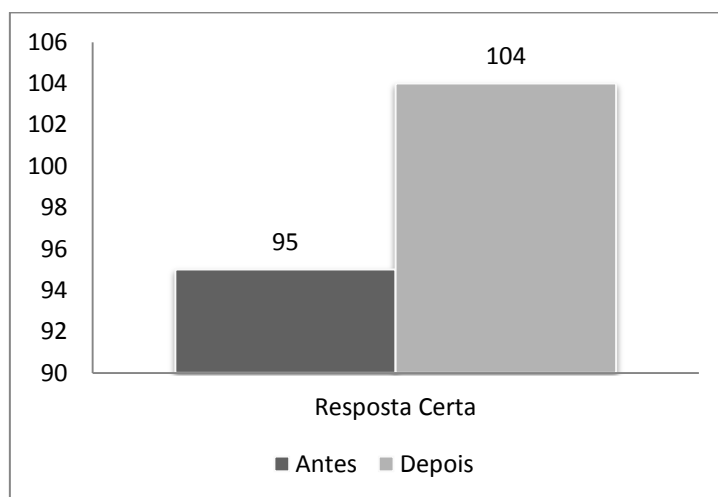
**Comentário:** Antecipadamente à sessão 66% dos jovens responderam correctamente e, após esta, 91% destes considerou que a Contraceção de emergência se encontra disponível nestes locais.

**8 – A Contraceção de emergência é um método contraceptivo eficaz:**



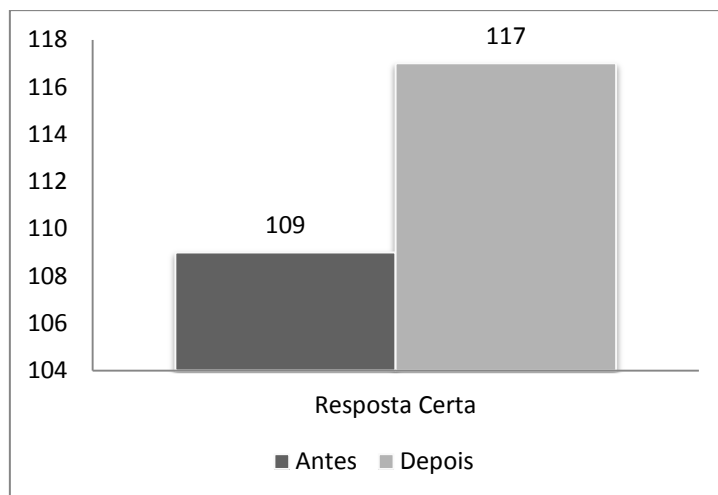
**Comentário:** Previamente à sessão 85% dos alunos acertaram na resposta e posteriormente a esta 91% consideraram, então, que a contraceção de emergência não é um método contraceptivo.

**9 –** A vacina do Vírus do Papiloma Humano (HPV) está contemplada no Programa Nacional de Vacinação para o sexo masculino:



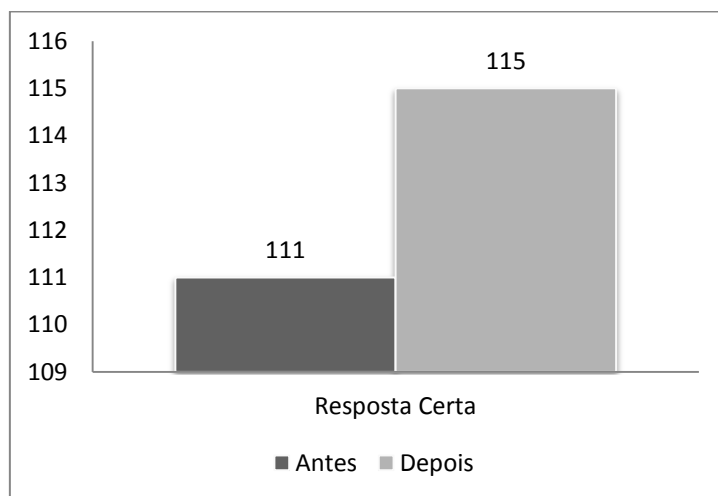
**Comentário:** Antecipadamente à sessão 79% dos jovens responderam correctamente e, após esta, 87% destes considerou que a vacina do HPV não está contemplada no Programa Nacional de Vacinação para o sexo masculino.

**10 –** O elevado número de parceiros sexuais é considerado um factor de risco para contrair uma IST:



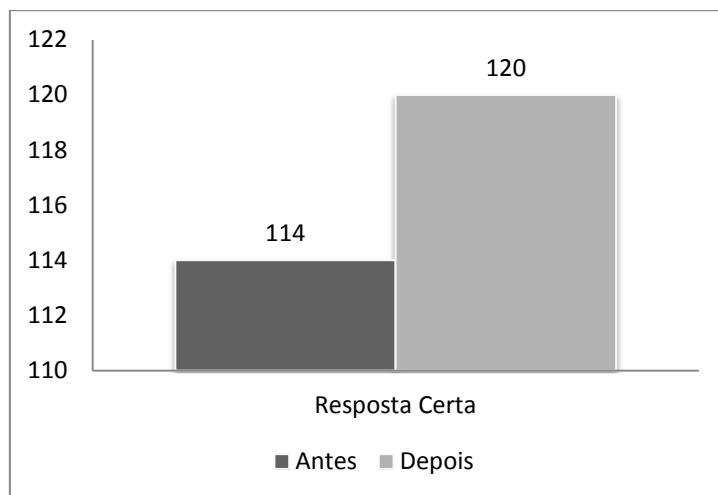
**Comentário:** Antes da acção de educação para a saúde 91% dos estudantes considerou que o elevado nº de parceiros sexuais é considerado um factor de risco para contrair uma IST e após a sessão 98% o consideraram, respondendo acertadamente.

**11 – As IST's são doenças contagiosas, cuja forma de transmissão é através das relações sexuais protegidas:**



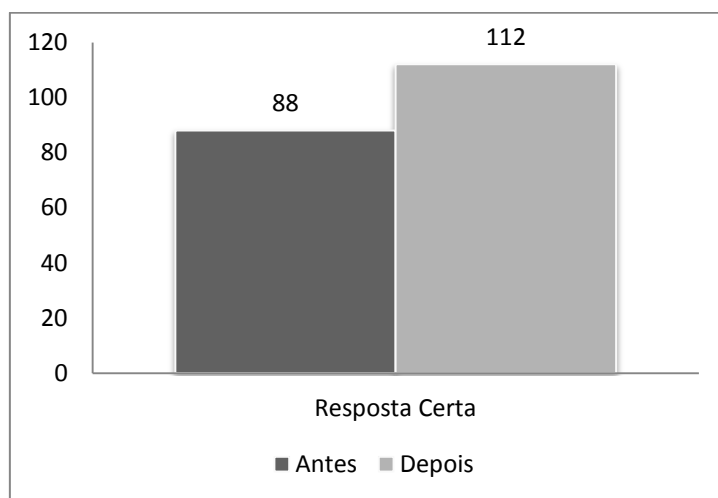
**Comentário:** Previamente à sessão 93% dos alunos acertaram na resposta e posteriormente 96% consideraram que as IST's não se transmitem através das relações sexuais protegidas.

**12 – Existe uma vacina que nos protege do VIH/SIDA:**



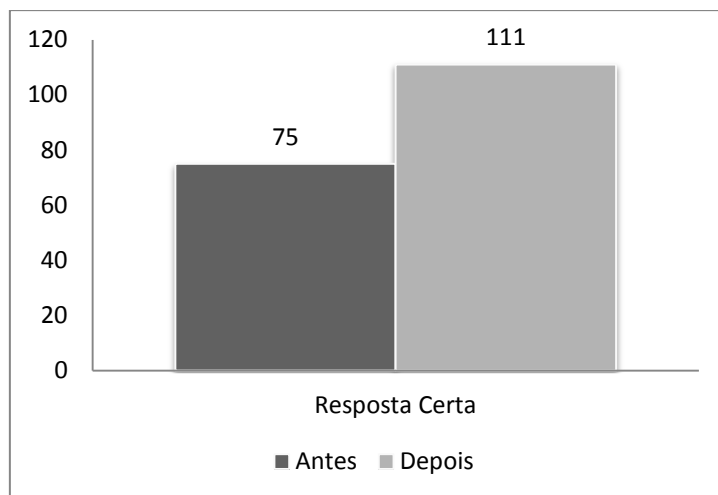
**Comentário:** Antecipadamente à sessão 95% dos adolescentes responderam correctamente e, após esta, todos (100%) consideraram que não existe uma vacina que nos protege do VIH.

**13** – Um dos objectivos de uma Consulta de Planeamento Familiar é o fornecimento de métodos contraceptivos:



**Comentário:** Antes da acção de educação para a saúde 73% dos estudantes considerou que um dos objectivos de uma consulta de PF é o fornecimento de métodos contraceptivos e após a sessão 93% o consideraram respondendo acertadamente.

**14** – Um dos objectivos de uma Consulta de Planeamento Familiar é permitir ao casal decidir quantos filhos quer, se os quer e quando os quer:

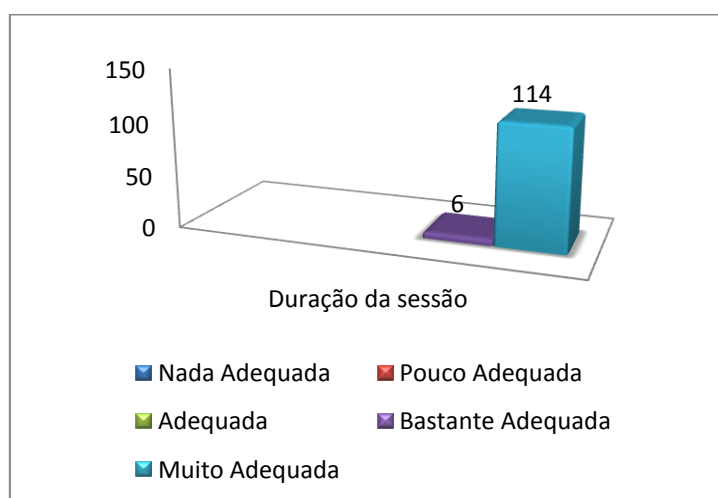


**Comentário:** Antes da acção de educação para a saúde 63% dos adolescentes considerou que um dos objectivos de uma consulta de PF é permitir ao casal decidir quantos filhos quer, se os quer e quando os quer e após a sessão 93% o consideraram respondendo acertadamente.

## GRUPO II

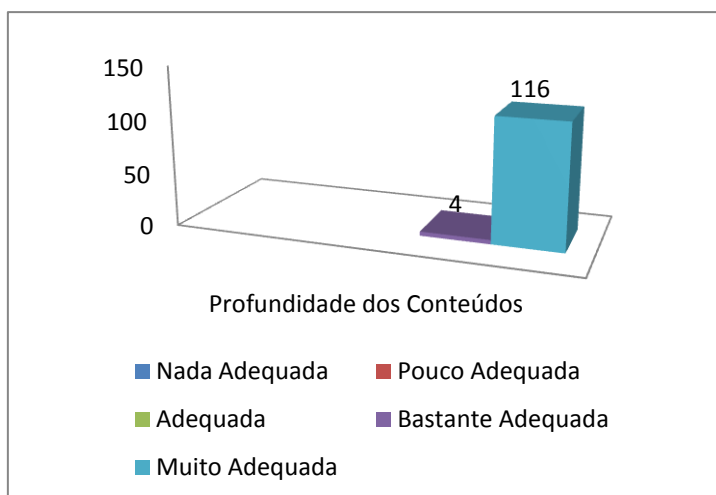
(Avaliação da formação / formador)

1 – A duração da sessão foi:



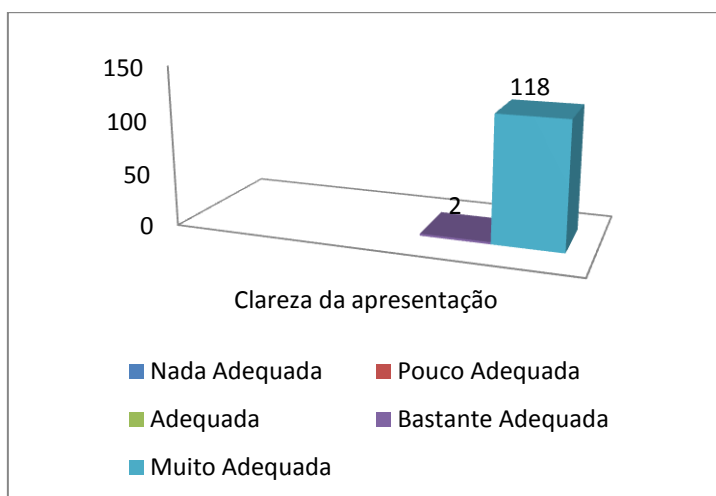
**Comentário:** Relativamente à duração da sessão, esta foi considerada muito adequada por 95% dos jovens e 5% considerou-a bastante adequada.

2 – A profundidade dos conteúdos foi:



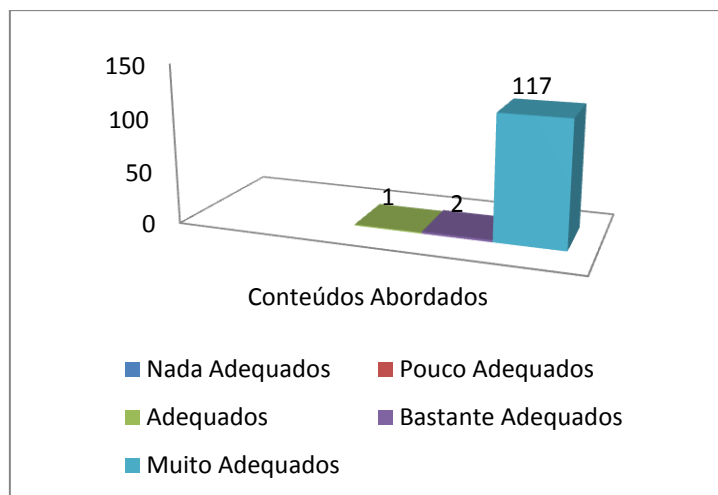
**Comentário:** De acordo com a profundidade dos conteúdos, foi avaliada como sendo muito adequada por 97% dos alunos e bastante adequada por 3%.

3 – A clareza da apresentação da acção de educação para a saúde foi:



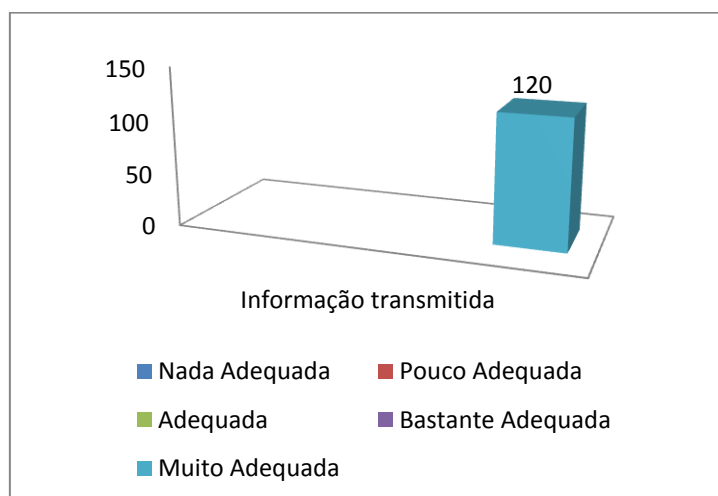
**Comentário:** No que diz respeito à clareza da acção de educação para a saúde, esta foi considerada por 98% dos estudantes muito adequada e bastante adequada por 2%.

4 – Os conteúdos abordados na acção de educação para a saúde foram:



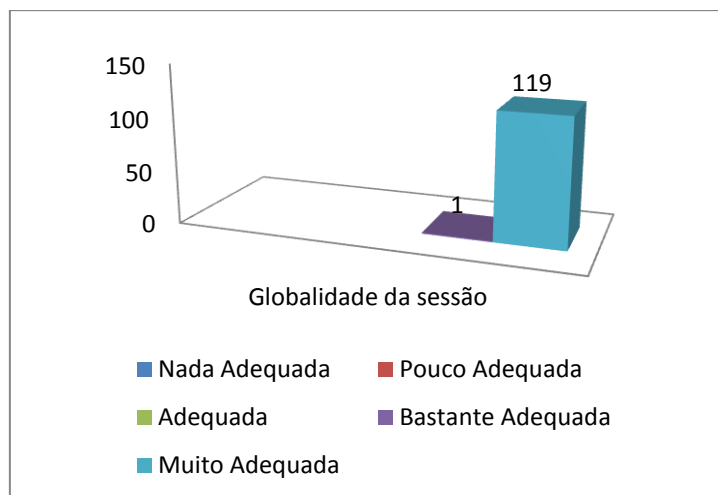
**Comentário:** Relativamente aos conteúdos abordados na acção de educação para a saúde, estes foram considerados muito adequados por 97,5% dos adolescentes.

5 – A informação transmitida foi:



**Comentário:** O gráfico demonstra claramente que todos os alunos consideraram que a informação transmitida foi muito adequada.

6 – No global acha que esta acção de educação para a saúde foi:



**Comentário:** De um modo global, e em síntese, a acção de educação para a saúde foi avaliada como bastante adequada por 99% dos jovens.



# **ANEXO VIII**

Acção de formação:

Escala de EDIN: avaliação da dor no RN





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

PLANEAMENTO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO:  
“ESCALA DE EDIN- AVALIAÇÃO DA DOR NO RN”

**PATRÍCIA MENDES**

**SANDRA FERREIRA**

**MAIO|2010**



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

Ano Lectivo 2009/2010

Docente orientadora:

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

Enfermeiras Tutoras:

Ana Antunes | Mónica Oliveira | Sandra Loureiro | Sandra Soares

**Planeamento da Acção de Formação:**

**“Escala de EDIN- Avaliação da dor no RN”**

**PATRÍCIA MENDES**

**SANDRA FERREIRA**

**MAIO |2010**



## ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	313
1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO.....	315
2. OBJECTIVOS.....	319
3. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS.....	321
4. METODOLOGIA.....	323
5. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE.....	325
5.1. Plano da Actividade da Acção de Formação: “Escala de EDIN: avaliação da dor no RN”.....	325
6. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO.....	327
7. CONCLUSÃO.....	329
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	331
ANEXOS.....	333
<b>Anexo I</b> - Apresentação “Escala de EDIN: avaliação da dor no RN” .....	335
<b>Anexo II</b> - Documento de avaliação da acção de formação .....	341



## 0. INTRODUÇÃO

A acção de formação “Escala de EDIN: avaliação da dor no RN” surgiu no âmbito do estágio de Módulo II, decorrente no Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde Matosinhos. Este estágio decorreu no período de 19 de Abril a 19 de Junho, enquadrado no 2º semestre do 3º curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Este projecto foi desenvolvido sob a orientação tutorial das Enfermeiras Ana Antunes, Mónica Oliveira, Sandra Soares e Sandra Loureiro.

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

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

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



## 1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

A dor é um fenómeno complexo e multidimensional com uma componente fisiológica, sensorial, afectiva, cognitiva, comportamental e sociocultural que percebemos como presente ou subjacente às descrições das experiências de dor ou da nossa própria vivência. (Batalha, 2010, p. 3)

Segundo a International Association for the Study of Pain (IASP), a dor “é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos reais ou eventuais dos tecidos ou descrita em termos desses danos”.

A valorização da dor como 5º sinal vital, impõe a aquisição de estratégias de avaliação sistemática e intervenção dirigida à minimização dos seus efeitos, com especial impacto na criança. A utilização de escalas de avaliação seguras, fáceis de utilizar e validadas para a população em causa assume particular relevância. Nesta linha de pensamento, foi detectada a necessidade desta acção de formação, após uma análise das escalas da dor utilizadas no Serviço de Pediatria. As escalas utilizadas, por não serem adequadas ao recém-nascido (RN), impedem a avaliação da sua dor, de forma fiável e segura. Neste contexto, fez-nos sentido introduzir a Escala de EDIN, que por ser usada no Serviço de Neonatologia, irá permitir não só uma continuidade dos cuidados dos recém-nascidos que são transferidos, como também permitirá uniformizar a avaliação da dor do RN na instituição.

Justificada a actividade, é igualmente importante realizar o seu enquadramento teórico.

Até há bem pouco tempo, acreditava-se que o neonato, e particularmente o prematuro, não sentia dor. De acordo com vários autores, segundo Askin e Wilson (2006), “*acreditava-se que as vias nervosas de neonatos não eram suficientemente mielinizadas para transmitir os estímulos dolorosos, que o neonato não possuía uma função cortical suficientemente integrada para interpretar ou recordar de experiências dolorosas e que o risco de anestesia era muito elevado para justificar qualquer possível benefício no alívio da dor*”. Desta forma, segundo Johnston *et al* (1997), citado por Askin e Wilson (2006), eram consequentemente realizados procedimentos dolorosos, incluindo cirurgias, sem recorrer a nenhum tipo de anestesia. (p.243)

Esta visão tradicional foi, entretanto, refutada por diversas pesquisas e estudos que evidenciaram que tanto os recém-nascidos de termo como os prematuros, percebem e reagem à dor da mesma forma que outras crianças e adultos. (Askin & Wilson, 2006, p.244)

Argumentos anatómicos, neuroquímicos, fisiológicos, metabólicos, hormonais, comportamentais e cognitivos, demonstraram até, que o recém-nascido (RN) é hiperálgico, podendo perceber a dor com mais intensidade que os adultos. (Batalha, 2010, p.15)

Os recém-nascidos são assim particularmente sensíveis aos efeitos da dor que ocorre num momento em que o seu Sistema Nervoso Central se encontra em grande desenvolvimento. Alguns estudos apontam para consequências a curto e longo prazo como hipersensibilidade à dor e importantes mudanças comportamentais em pré-escolares, que sugerem a presença de memória para a dor no recém-nascido. (Batalha, 2010, p.14)

A avaliação da dor fornece informação aos profissionais para intervirem no seu controlo. Uma dor não identificada não poderá ser tratada e a sua não quantificação impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou da eficácia da mesma. Na criança pré-verbal, em que não é possível o auto-relato, a avaliação da dor assume dimensões ainda mais complexas. A avaliação da dor no recém-nascido constitui, assim, um desafio que exige dos profissionais um conhecimento e reconhecimento das manifestações não verbais da dor para uma avaliação objectiva, rápida e confiável.

As manifestações de dor no recém-nascido incluem respostas fisiológicas e comportamentais várias. A resposta fisiológica inclui: alterações hemodinâmicas como taquicardia, hipertensão, respiração superficial e rápida, redução da saturação de oxigénio; alterações na pele manifestadas por palidez ou rubor, diaforese e sudorese palmar; aumento do tonús; pupilas dilatadas; aumento da PIC; evidências laboratoriais como a hiperglicemia, a redução do ph e a elevação de corticóides.

As manifestações comportamentais incluem as vocalizações, a expressão facial, movimentos corporais e postura e as alterações no estado (sono, apetite, nível de actividade, agitação, irritabilidade, indiferença). No que diz respeito às vocalizações, o profissional deve estar atento à qualidade, momento e duração do choro, gemidos e grunhidos. A avaliação do choro do recém-nascido pode fornecer importantes indicadores na avaliação da dor, já havendo estudos que apontam para as características peculiares do choro quando associado a dor intensa. (Branco, Fekete, Rugolo, 2006) Relativamente à expressão facial, são sinais de dor o franzimento das sobrancelhas, o tremor do queixo, os olhos firmemente fechados, a contorção facial e a boca aberta e de forma quadrangular. Os movimentos corporais e postura revelam uma retracção dos membros, movimentos violentos, rigidez, flacidez e fechamento dos punhos.

São várias as escalas utilizadas para avaliar a dor no RN, tendo a escala de EDIN (Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau- Né) reprodutibilidade assegurada em Portugal, sendo que a sua aplicação é rápida, simples e fácil e a sua concordância entre avaliadores é excelente. (Batalha, Santos, Guimarães, 2003)

A escala EDIN é uma escala unidimensional comportamental composta por cinco indicadores: expressão facial, movimentos corporais, qualidade de sono, qualidade de interacção e reconforto. Avalia a dor aguda de duração breve e prolongada em RN com mais de 25 semanas de gestação, estando amplamente difundida em França, é actualmente usada nas mais variadas situações e serviços, até aos três meses de idade. Cada indicador é medido numa escala de 0 a 3 pontos, perfazendo no total uma pontuação mínima de zero e máxima de

quinze pontos, sendo que valores iguais ou superiores a cinco, é recomendada uma intervenção farmacológica para alívio de dor. A sua utilização requer um contacto mínimo ideal de quatro a oito horas.



## 2. OBJECTIVOS

De acordo com Imperatori (1993), a fixação de objectivos constitui uma “(...) *etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correcta e quantificada fixação de objectivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa*”. (p.77) Segundo Tavares (1992), “*não interessam objectivos vagos, de âmbito alargado, impossíveis de serem atingidos na prática e portanto sem qualquer utilidade*”. (p.114)

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

### OBJECTIVOS GERAIS

- Aprofundar conhecimentos teóricos sobre a dor no recém-nascido;
- Sensibilizar para a importância da avaliação da dor no RN;
- Contribuir para a implementação da escala de EDIN no Serviço de Pediatria;
- Uniformizar a avaliação da dor do RN na instituição.

### OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

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



### **3. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS**

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

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



#### **4. METODOLOGIA**

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

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

Dado o conteúdo teórico do tema, será essencialmente utilizado o método expositivo, embora haja espaço na acção de formação para a interacção e partilha de ideias e experiências.

Conscientes de que este será apenas o primeiro passo da implementação da Escala de EDIN no serviço, adoptamos como estratégia a distribuição da escala em formato de bolso, a todos os participantes da sessão e à restante equipa, para facilitar numa fase inicial, a sua aplicação na prática e disponibilizamos a bibliografia utilizada, para a consulta da equipa.



## 5. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE

A data para a realização desta Acção de Educação para a Saúde será no dia 7 de Junho de 2010, pelas 14h30. A escolha do dia prendeu-se essencialmente com o facto de permitir a presença das quatro enfermeiras tutoras.

Previamente, será divulgada a acção de formação de duas formas distintas: oralmente nas passagens de turno e pela afixação da informação na sala de trabalho e no dossier do horário, de forma a permitir que toda a equipa tome conhecimento.

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

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

### 5.1. Plano da Actividade da Acção de Formação: “Escala de EDIN: avaliação da dor no RN”

<b>Formadores:</b> Patrícia Mendes e Sandra Ferreira, Alunas do Curso de EESIP-ICS/UCP, Estágio de Módulo II	<b>Grupo destinatário:</b> Crianças internadas no Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano
<b>Tema:</b> Escala de EDIN – Avaliação da dor no Recém- Nascido (Anexo I)	<b>Local:</b> Sala de reuniões - Serviço de Pediatria
<b>Duração:</b> 40min	<b>Data:</b> 7 de Junho de 2010
	<b>Hora:</b> 14h30min
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aprofundar conhecimentos teóricos sobre a dor no recém-nascido;</li><li>• Sensibilizar para a importância da avaliação da dor no RN;</li><li>• Contribuir para a implementação da escala de EDIN no Serviço de Pediatria;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Caracterizar a dor numa perspectiva multidimensional;</li><li>• Demonstrar a evolução da percepção da dor no RN;</li><li>• Relacionar o desenvolvimento do SNC do RN com as consequências da dor não</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Uniformizar a avaliação da dor do RN na instituição.</li> </ul>	<p>tratada;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar as manifestações comportamentais e fisiológicas da dor no RN;</li> <li>Descrever a escala de EDIN;</li> <li>Descrever a categorização da dor, segundo a escala de EDIN;</li> <li>Alertar para os aspectos a ter em conta na utilização da escala de EDIN.</li> </ul>
--	---

FASES   TEMPO	CONTEÚDO	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	AVALIAÇÃO
<p>INTRODUÇÃO</p> <p>5 MIN</p>	<p>Apresentação da acção de formação;</p> <p>Referência aos conteúdos que irão ser abordados.</p>	<p><b>Método Expositivo</b> (Técnica de Exposição)</p> <p><b>Método Exploratório</b> (Técnica interactiva e explorativa)</p>	<p><b>Projectáveis:</b></p> <p>Computador e projector.</p>	<p><b>Diagnóstica:</b></p> <p>Questões aos participantes</p>
<p>DESENVOLVIMENTO</p> <p>25 MIN</p>	<p>Abordagem multidimensional da dor;</p> <p>A dor no RN- perspectiva histórica;</p> <p>Neurodesenvolvimento da percepção;</p> <p>Consequências da dor no RN;</p> <p>Manifestações fisiológicas e comportamentais de dor no RN;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Escala de EDIN: caracterização, categorização da dor, requisitos e horário para a sua aplicação.</li> </ul>	<p><b>Método Expositivo</b> (Técnica de Exposição)</p>	<p><b>Projectáveis:</b></p> <p>computador e projector</p>	<p><b>Formativa</b></p>
<p>CONCLUSÃO</p> <p>10 MIN</p>	<p>Resumo dos conteúdos apresentados;</p> <p>Esclarecimento de dúvidas;</p> <p>Avaliação da acção de formação.</p>	<p><b>Método Expositivo</b> (Técnica de Exposição)</p> <p><b>Método Exploratório</b> (Técnica interactiva e explorativa)</p>	<p><b>Projectáveis:</b></p> <p>computador e projector</p>	<p><b>Somativa</b></p>

## 6. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

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

Na introdução, irá ser realizada, de forma informal, uma avaliação diagnóstica dos conhecimentos dos participantes da sessão relativamente ao tema, de uma forma mais dirigida, já que de uma forma geral, conhecemos a realidade da equipa. Ao longo da formação, a avaliação formativa irá fornecer-nos dados sobre o decorrer da formação, nomeadamente a necessidade de incidir mais em algum conteúdo e, no final, a avaliação somativa.

De forma a proceder á avaliação da acção de formação, estabelecemos o seguinte **indicador de actividade**:

$(N^{\circ} \text{ Enfermeiros participantes na acção de formação} / N^{\circ} \text{ Enfermeiros da equipa}) \times 100\% = \% \text{ enfermeiros participantes na acção de formação}$

No que diz respeito à avaliação de outros indicadores, decidimos utilizar o documento de avaliação (**Anexo II**), utilizado no serviço, pelo responsável da formação. Este facto será vantajoso, pois a equipa encontra-se familiarizada com o documento e, na medida em que este será obrigatoriamente preenchido no final da acção, não faria sentido duplicar a avaliação. Este documento foi-nos fornecido pela Enfermeira Joana, responsável pela Formação em serviço.



## **7. CONCLUSÃO**

A avaliação e a gestão da dor na criança, e particularmente na criança pré-verbal, são muitas vezes um desafio, mas constitui, sobretudo, um imperativo moral e ético de todos os enfermeiros. O reconhecimento desta realidade foi um factor determinante para o planeamento desta actividade.

Neste contexto, a formação em serviço constitui o palco ideal para a promoção de mudança e assume particular importância na mobilização de conhecimentos para uma prática de cuidados de qualidade.

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



## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amin Z. Overview of teaching and learning methods. Em: Basics in Medical Education. World Scientific Publishing Co, Singapura: 2003; 99-103.

Askin, D., Wilson, D. (2006). Problemas de Saúde de Neonatos. In Hockenbenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M., *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª edição). Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 241-246.

Batalha, L., Santos, L., Guimarães, H. (2003). Avaliação de Dor e Desconforto no Recém-nascido. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 34 (3), 159-163.

Batalha, L., Santos, L., Guimarães, H. (2005). Avaliação da dor no período neonatal. *Acta pediátrica portuguesa*, 36 (4), 201-207.

Batalha, L., Santos, L., Guimarães, H. (2007). Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38 (4), 144-151.

Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.

Branco, A., Fekete, S., Rugolo, I. (2006) . O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido. *Rev Paul Pediatría*, 24 (3), 270-274.

Collins, J. (2004). Educacion Techniques for Lifelong Learning – Principles of Adult Learning; Radiographics 24:1483-1489. Disponível em: <http://radigraphics.rsna.org/cgi/reprint/24/5/1483>.

Imperatori, E., Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3ª edição). Lisboa: Edições da saúde – Escola Nacional de Saúde Pública, 77-78.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor Guia Orientador de Boas Práticas*. Cadernos OE, 1 (1), 1-51.

Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde* (2ª edição). Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa.



# **ANEXOS**



# **ANEXO I**

Apresentação

“Escala de EDIN: avaliação da dor no RN”






## ESCALA DE EDIN

Avaliação da dor no RN

Patícia Mendes | Sandra Ferreira  
3º Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria  
Sob a orientação de: Professora Isabel Queilhas  
ICS- UCP | 7 de Junho de 2010

## OBJECTIVOS

- Aprofundar conhecimentos teóricos sobre a dor no recém-nascido;
- Sensibilizar para a importância da avaliação da dor no RN;
- Apresentar a Escala de EDIN e os aspectos relevantes da sua utilização;
- Contribuir para a implementação da escala de EDIN no Serviço de Pediatria;
- Uniformizar a avaliação da dor do RN na instituição.



## A DOR

"A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial ou descrita nos termos dessa lesão"

Associação Internacional para o Estudo da Dor (1979)

"Cada indivíduo aprende a aplicação da palavra dor por meio das experiências dolorosas vivenciadas no início da vida."

BRANCO, Anete et al (2006)


"Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor. "

Ordem dos Enfermeiros (2008)

## DOR NUMA CONCEPÇÃO MULTIDIMENSIONAL



- Fisiológica
- Sensorial
- Afectiva
- Cognitiva
- Comportamental
- Sociocultural



## A Dor no RN

"A dificuldade sentida na medição da dor neste grupo etário constitui um dos maiores obstáculos ao tratamento da sua dor"


Batalha (2010)

"Hoje é possível demonstrar que o RN, incluindo o prematuro não só é competente para sentir dor, como a pode, inclusivamente, perceber de forma mais intensa."

Batalha (2010)

"Todos nós, mas muito particularmente o RN tem o direito moral e ético de possuir as melhores condições que propiciem o desenvolvimento de todo o seu potencial. A avaliação válida e segura da dor é a condição básica para se atingir esse objectivo."

Batalha (2010)



## A Dor no RN

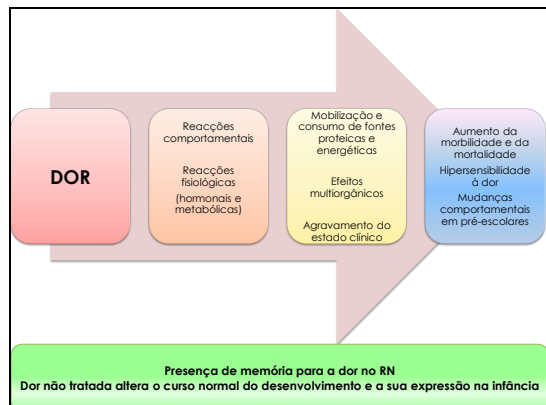
- **ANTES:**
  - As vias nervosas de neonatos não eram suficientemente mielinizadas para transmitir os estímulos dolorosos;
  - O neonato não possuía uma função cortical suficientemente integrada para interpretar ou recordar as experiências dolorosas.
- **ACTUALMENTE SABE-SE QUE :**
  - Os neurotransmissores aparecem nos gânglios medulares desde a 13ª à 16ª semana de gestação;
  - Maturação do córtex cerebral do feto ocorre até à 28ª semana de gestação;
  - A densidade dos receptores nociceptivos das terminações nervosas cutâneas é, ao nascimento, superior à do adulto;
  - As substâncias inibidoras são quantitativamente insuficientes ao nascimento.



## A DOR NO RN

Plasticidade do SNC (em desenvolvimento)

EXPLICA AS ALTERAÇÕES OCORRIDAS NO SISTEMA NOCICEPTIVO EM MATURAÇÃO E A CONSEQUENTE MODIFICAÇÃO PERMANENTE NO PADRÃO DE CONEXÕES NEURONAIS E NO MECANISMO DE RESPOSTA À DOR



## MANIFESTAÇÕES DE DOR

Respostas fisiológicas

Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica, 7ª Edição, 2006

## MANIFESTAÇÕES DE DOR

Respostas comportamentais

Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica, 7ª Edição, 2006

## EXPRESSÃO FACIAL

- Fronte abaulada
- Contração das sobrancelhas
- Olhos firmemente fechados
- Sulco nasolabial aprofundado
- Língua tensa
- Boca aberta
- Tremor do queixo

**A quantificação da dor é considerada cientificamente correcta e o uso de escalas de avaliação é a forma mais segura para a medir, desde que usados instrumentos de avaliação seguros e válidos.**

## ESCALA DE EDIN

ÉCHELLE DE DOULEUR E D'INCONFORT DU NOUVEAU – NÉ  
(Escala de dor e desconforto no recém-nascido)

## ESCALA DE EDIN

- Escala unidimensional comportamental composta por 5 indicadores;
- Desenvolvida a partir de indicadores comportamentais considerados mais pertinentes para avaliar a dor no RN (PREMATUROS E DE TERMO);
- Avalia a dor aguda de duração breve e prolongada a RN com mais de 25 semanas de gestação;

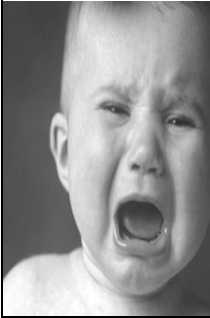
## ESCALA DE EDIN

- Desenvolvida inicialmente para unidades neonatais, tendo sido amplamente difundida e actualmente usada em variadas situações e serviços;
- Validada em Portugal:  
*“A escala EDIN por ser válida e fiável para uso clínico entre nós, é uma ferramenta que pode contribuir decisivamente para a melhoria da qualidade de vida das crianças e suas famílias se usada diariamente pelos profissionais de saúde.”*  
BATALHA, SANTOS E GUIMARÃES (2003)

**CONCLUSÃO DO ESTUDO:** rápida, simples e fácil e a concordância entre avaliadores é excelente.

INDICADOR	DESCRIÇÃO
ROSTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>0- Rosto calmo</li> <li>1- Caretas passageiras: sobrancelhas franzidas/lábios contraídos/queixo franzido/queixo trémulo</li> <li>2- Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas</li> <li>3- Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada</li> </ul>
CORPO	<ul style="list-style-type: none"> <li>0- Corpo calmo</li> <li>1- Agitação transitória, geralmente calmo</li> <li>2- Agitação frequente, mas acalma-se</li> <li>3- Agitação permanente, crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel</li> </ul>
SONO	<ul style="list-style-type: none"> <li>0- Adormece facilmente, sono prolongado e calmo</li> <li>1- Adormece dificilmente</li> <li>2- Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado</li> <li>3- Não adormece</li> </ul>
INTERACÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>0- Atento</li> <li>1- Apreensão passageira no momento do contacto</li> <li>2- Contacto difícil, grito à menor estimulação</li> <li>3- Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação</li> </ul>
RECONFORTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>0- Sem necessidade de reconforto</li> <li>1- Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta</li> <li>2- Acalma-se dificilmente</li> <li>3- Inconsolável, sucção desesperada</li> </ul>

## CATEGORIZAÇÃO DA DOR



- **0 pontos:** sem dor
- **1-4 pontos:** dor ligeira
- **5-8 pontos:** dor moderada
- **9-12 pontos:** dor intensa
- **13-15 pontos:** dor muito intensa

VALOR IGUAL OU SUPERIOR A 5



Intervenção terapêutica para alívio da dor  
Foco de atenção: Dor

## HORÁRIO DE AVALIAÇÃO

- 1 avaliação/turno;
- Mais do que uma vez por turno, quando:
  - Existirem sinais de desconforto ou dor;
  - Forem utilizadas estratégias de analgesia;
  - Houver anteriormente avaliação positiva de dor;
  - Forem efectuados procedimentos dolorosos.

## REQUISITOS

- Contacto mínimo com o RN de pelo menos uma hora, sendo o recomendado de 4 a 8 horas;
- RN acordado;
- Exclusão de alguns factores externos como a necessidade de alimentação ou sono;
- Não pode ser utilizada em RN sob o efeito de curarizantes ou com deficiências cerebrais graves.

*Vamos fazer figas para que a equipa tenha gostado da EDIN... vai ser mais fácil perceberem quando temos dor e precisamos de ajuda!*



## BIBLIOGRAFIA



- Askin, D., Wilson, D. (2006). Problemas de Saúde de Neonatos. In Hockenbenberry, M., Wilson, D., Winkelstein, M., Wong *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7ª edição). Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 241-246.
- Batalha, L., Santos, L., Guimarães, H. (2003). Avaliação de Dor e Desconforto no Recém-nascido. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 34 (3), 159-163.
- Batalha, L., Santos, L., Guimarães, H. (2005). Avaliação da dor no período neonatal. *Acta pediátrica portuguesa*, 36(4), 201-207.
- Batalha, L., Santos, L., Guimarães, H. (2007). Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38 (4), 144-151.
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Branco, A., Fekefe, S., Rugalo, I. (2006). O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido. *Rev Paul Pediatría*, 24(3), 270-274.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor Guia orientador de boas práticas*. Cadernos OE, 1(1), 1-51.



## **ANEXO II**

Documento de avaliação da acção de formação



## AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Designação da Acção de Formação: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

Apreeie e marque com um X a opção escolhida

### 1 - ACÇÃO DE FORMAÇÃO

Objectivos: Confusos  Algo confusos  Claros  Muito claros

Conteúdo: Insuficiente  Suficiente  Bom  Muito Bom

Utilidade do tema: Inaplicável  Pouco útil  Útil  Muito útil

Correspondeu às expectativas: Nada  Pouco  Muito  Totalmente

Instalações: Más  Suficientes  Boas  Muito Boas

Meios audiovisuais: Inadequados  Pouco adequados  Adequados

### 2 - FORMADOR

Domínio do assunto: Não domina  Domina mal  Domina bem  Domina muito bem

Motivação do grupo: Pouco motivado  Motivado  Muito motivado

3 - Em que vai influenciar a sua prática após esta formação

4 - Sugestões de melhoria

Nome(facultativo): \_\_\_\_\_



## AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

### ESCALA DE EDIN – AVALIAÇÃO DA DOR NO RN

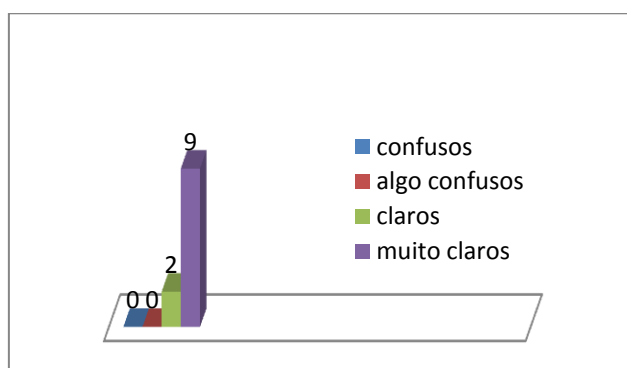
A avaliação constitui um momento de grande importância, de forma a corrigir ou melhorar comportamentos e técnicas de formação, para um maior sucesso. Tendo a formação decorrido de acordo com o planeamento da mesma, segue-se a apresentação dos indicadores planeados.

O **indicador de actividade** que estabelecemos para a avaliação da acção de formação, referente à percentagem de enfermeiros participantes na sessão é de 46%. Consideramos a participação da equipa bastante positiva porque na realidade, a ausência dos restantes elementos está, na sua generalidade, condicionada por factores extrínsecos: licença de maternidade (2 elementos), atestado médico (1 elemento), férias (2 elementos), bem como o facto de estarem destacados para a consulta de pediatria (2 elementos) e o próprio horário de *roulement*.

Tal como mencionado no planeamento, usamos como guia de avaliação, o documento utilizado pelo local de estágio, na formação em serviço.

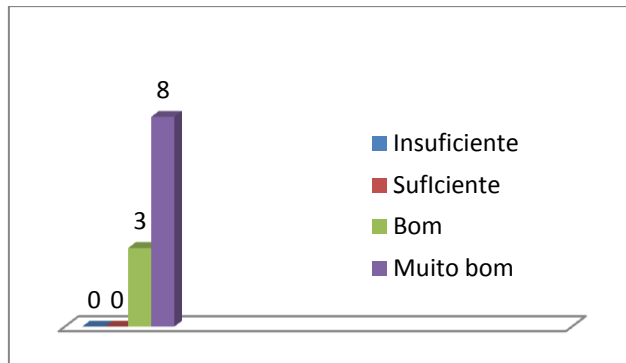
#### PONTO 1- ACÇÃO DE FORMAÇÃO

O ponto 1 discrimina a avaliação da formação nos vários componentes: objectivos, conteúdo, utilidade do tema, adequação às expectativas, instalações e meios audiovisuais.



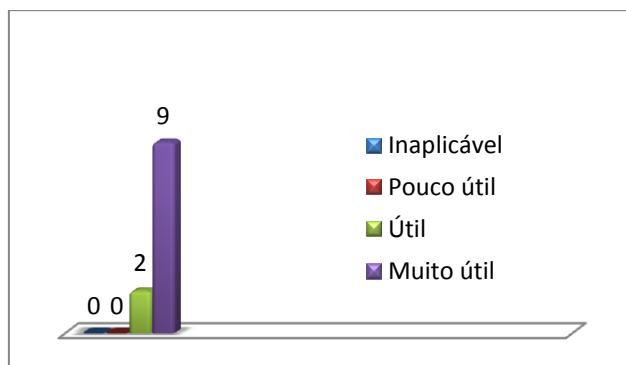
**Gráfico 1-** Objectivos da formação

**Comentário:** Relativamente aos objectivos, a equipa destacou o facto de serem muito claros. Este facto está provavelmente relacionado com o facto de serem simples, exequíveis e dirigidos.



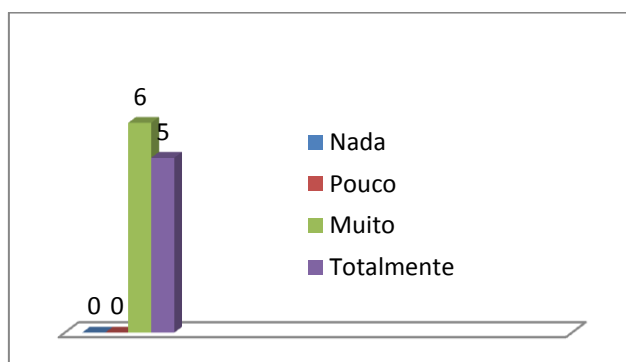
**Gráfico 2-** Conteúdo da formação

**Comentário:** No que diz respeito ao conteúdo, a equipa demonstrou estar globalmente bastante satisfeita. No que concerne a este item, consideramos que a selecção do conteúdo é de extrema importância para manter a formação objectiva e pouco extensa. Talvez o que justifique esta avaliação foi o facto de, para atingir estes objectivos, optamos por abordar apenas a escala de EDIN e excluir as outras escalas de avaliação da dor no RN, na sua generalidade, com parâmetros fisiológicos, sem viabilidade de aplicação prática no Serviço de Pediatria.



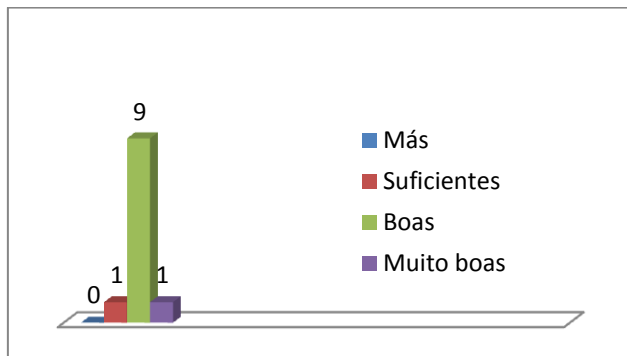
**Gráfico 3-** Utilidade do tema

**Comentário:** O gráfico demonstra claramente, o reconhecimento da equipa da importância do tema da acção de formação para a prática, já que a maioria dos enfermeiros considerou o tema como muito útil. Esta avaliação é indicadora das potencialidades da aplicação da Escala de EDIN no Serviço de Pediatria.



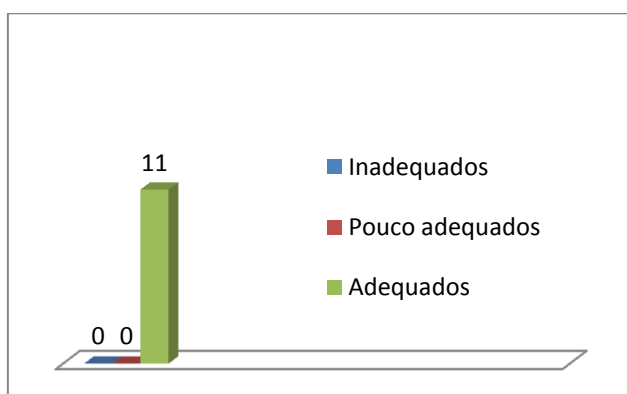
**Gráfico 4-** Correspondência às expectativas

**Comentário:** O gráfico é ilustrativo da avaliação positiva da equipa, relativamente ao alcance das expectativas para esta acção de formação.



**Gráfico 5-** Qualidade das instalações

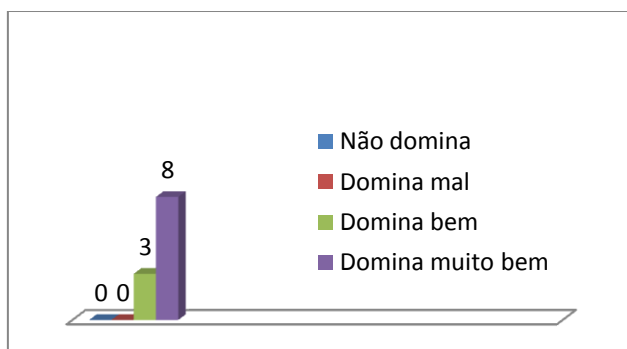
**Comentário:** A adequação das instalações à acção de formação, embora positiva, não foi a ideal. O local previsto para a realização da acção era na sala de reuniões que tem a desvantagem de se localizar fora do Serviço de Pediatria. Em virtude de termos presentes o maior número de enfermeiros na formação, esta foi realizada, de acordo com sugestão da enfermeira chefe, na sala de tratamentos do serviço.



**Gráfico 6-** Adequação dos meios audiovisuais

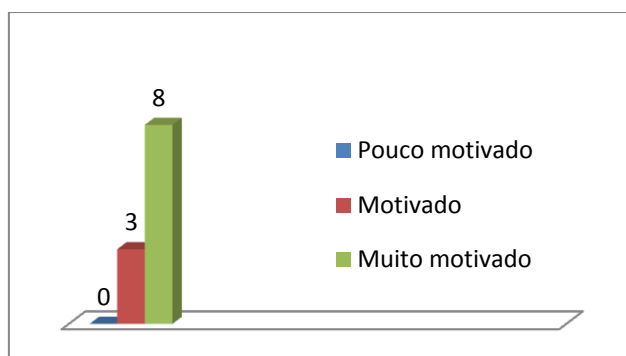
## PONTO II- FORMADOR

O ponto 2 está relacionado com a avaliação do formador.



### Gráfico 7- Domínio do assunto

**Comentário:** A avaliação dos formadores foi bastante positiva, o que na nossa opinião, está relacionada com a experiência prática que temos na utilização da escala de EDIN. Este facto permitiu-nos ressaltar alguns aspectos e dúvidas que podem surgir na sua aplicação, bem como exemplificar com situações que ocorrem no nosso dia-a-dia.



**Gráfico 8-** Motivação do grupo

**Comentário:** O gráfico é demonstrativo da realidade que nos deparamos no Serviço de Pediatria, em que detectamos a necessidade desta formação, mas também o grande interesse da equipa no tema. O facto de a nossa experiência ser positiva na utilização da Escala de EDIN, permitiu-nos, como formadoras, motivar a equipa durante a formação.

### PONTO III- INFLUÊNCIA NA PRÁTICA

Neste ponto, destacamos alguns comentários efectuados pela equipa:

- *“Avaliar a dor no RN, de forma mais perceptível”*
- *“Melhorar a prática de enfermagem referente à avaliação da dor e actuação perante a mesma.”*
- *“Uniformização da prática de enfermagem.”*

### PONTO IV- SUGESTÕES DE MELHORIA

Não foram efectuados comentários, relativos a este item.

# **ANEXO IX**

Acção de formação:

Sacarose – Para uma imunização sem dor





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

**Instituto de Ciências da Saúde**

PLANEAMENTO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO:  
“SACAROSE - PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR”

**PATRÍCIA MENDES**

**SANDRA FERREIRA**

**VANESSA FERNANDES**

**NOVEMBRO|2010**



**3º CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Ano Lectivo 2009/2010

Docentes orientadoras:

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

Enf.<sup>a</sup> Constança Festas

Enfermeira Tutora:

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

**Planeamento da Acção de Formação:**

**“Sacarose - Para uma imunização sem dor”**

**PATRÍCIA MENDES**

**SANDRA FERREIRA**

**VANESSA FERNANDES**

**NOVEMBRO | 2010**



# ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	357
1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO.....	359
2. OBJECTIVOS.....	361
3. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS.....	363
4. METODOLOGIA.....	365
5. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE.....	367
5.1. Plano da Actividade da Acção de Formação: “Sacarose - Para uma imunização sem dor”.....	367
6. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO.....	369
7. CONCLUSÃO.....	371
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	373
ANEXOS.....	375
<b>Anexo I – Procedimento da sacarose</b> .....	377
<b>Anexo II- Apresentação “Sacarose – Para uma imunização sem dor”</b> .....	381
<b>Anexo III- Documento de avaliação da acção de formação</b> .....	387



## 0. INTRODUÇÃO

A acção de formação “Sacarose - Para uma imunização sem dor” surgiu no âmbito do estágio de Módulo I, decorrente no Centro de Saúde Sra. Hora, Unidade Local de Saúde Matosinhos. Este estágio decorreu no período de 4 de Outubro a 26 de Novembro, enquadrado no 2º semestre do 3º curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Este projecto foi desenvolvido sob a orientação tutorial da Enfermeira Alexandra Correia.

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

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

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



## 1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

A dor é um fenómeno complexo e multidimensional com uma componente fisiológica, sensorial, afectiva, cognitiva, comportamental e sociocultural que percebemos como presente ou subjacente às descrições das experiências de dor ou da nossa própria vivência. (Batalha, 2010, p. 3)

Segundo a International Association for the Study of Pain (IASP), a dor “é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos reais ou eventuais dos tecidos ou descrita em termos desses danos”. Branco *et al* (2006) diz que “*Cada individuo aprende a aplicação da palavra dor por meio das experiências dolorosas vivenciadas no início da vida.*” Desta forma, todas as experiências dolorosas vivenciadas desde cedo terão um impacto significativo no desenvolvimento. De acordo com Hatfield *et al* ((2008), estas experiências poderão alterar permanentemente o sistema nervoso central e incluem comprometimento de estruturas cognitivas. (p.328)

Em contexto de Saúde Infantil, podemos considerar que as experiências dolorosas são menos frequentes, embora a imunização seja um procedimento doloroso causador de grande impacto nos pais e na criança, apesar de clarificadas as suas amplas vantagens.

De acordo com Hatfield *et al* (2008), a relutância dos pais na adesão à vacinação pode ser parcialmente explicada pela percepção que estes têm que os seus filhos vivenciam uma dor substancial durante as várias imunizações. (p. 327)

Neste sentido e tendo em conta o direito primordial da criança, deliberado na Carta dos Direitos da Criança, que diz que “ As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”, cabe ao profissional de saúde, e principalmente ao enfermeiro, adoptar estratégias que minimizem a dor associada a estes procedimentos. Este facto é salientado pela Ordem dos Enfermeiros (2008) que defende que “*Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor.*”

Neste contexto, a utilização da sacarose tem sido amplamente estudada e a evidência demonstra que existem claros benefícios no seu uso, que não se resumem ao período neonatal. São vários os estudos que suportam a evidência de que a sacarose é eficaz na redução da dor associada a procedimentos dolorosos bem como reduz o tempo de recuperação da criança após este procedimento. (Hatfield *et al*, 2008; Dilli, D., Kucuk, IG & Dallar, Y., 2009; Hardcastle, T., 2010; Lefrak, L. *et al.*, 2006; Taddio, A. *et al.*, 2008).

Tendo conhecimento desta realidade, pareceu-nos muito pertinente a realização desta acção de formação visto nos apercebermos, por entrevistas informais com os enfermeiros, não ser do conhecimento da equipa os benefícios da sacarose e a sua forma de utilização.

## **2. OBJECTIVOS**

O estabelecimento de objectivos é de primordial importância para o sucesso da acção de formação. Segundo Tavares (1992), *“não interessam objectivos vagos, de âmbito alargado, impossíveis de serem atingidos na prática e portanto sem qualquer utilidade”*. (p.114)

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

### **OBJECTIVOS GERAIS**

- Aprofundar conhecimentos sobre a temática da dor;
- Sensibilizar para a importância da minimização da dor na criança;
- Contribuir para a utilização da sacarose em procedimentos potencialmente dolorosos, nomeadamente na imunização infantil.

### **OBJECTIVOS ESPECÍFICOS**

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



### **3. SELECÇÃO DE CONTEÚDOS**

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

- Importância do controlo da dor
- A sacarose e o seu mecanismo de acção
- Sacarose – Eficácia comprovada
- Controvérsias da sacarose
- Dosagens recomendadas
- Indicações
- Contra-indicações
- Efeitos secundários
- Procedimento



#### **4. METODOLOGIA**

Visto tratar-se de algo novo para a equipa, será essencialmente utilizado o método expositivo, embora haja espaço na acção de formação para a interacção e partilha de ideias e experiências.

Será elaborado um dossier para consulta, que será constituído pela bibliografia consultada para a elaboração desta formação, que ficará disponível para toda a equipa. Também será afixado na sala de saúde infantil de cada módulo o procedimento e as dosagens a administrar em cada situação particular (Anexo I). Consideramos que desta forma, estão reunidas as condições para que a equipa inicie a administração da sacarose, contribuindo assim para a minimização da dor na criança.



## 5. ORGANIZAÇÃO E PROGRAMAÇÃO DA ACTIVIDADE

A data para a realização desta Acção de Formação será no dia 25 de Novembro de 2010, pelas 13h. A escolha do dia prendeu-se essencialmente com a disponibilidade do espaço físico e dos profissionais.

Previamente, será divulgada a acção de formação de duas formas distintas: oralmente sempre que surgir oportunidade e pela afixação da informação em alguns espaços relevantes do Centro de Saúde, de forma a permitir que toda a equipa tome conhecimento.

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

- **Recursos Humanos:** 3 alunas do 3º Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica Portuguesa do Porto (UCP);
- **Recursos Físicos:** Sala de reuniões do Centro de Saúde Sra. Hora;
- **Recursos Materiais:** um computador portátil; um projector, amostra da sacarose;
- **Recursos Financeiros:** suportados pelas alunas de Enfermagem do 3º Curso de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria.

### 5.1. Plano da Actividade da Acção de Formação: “Escala de EDIN: avaliação da dor no RN”

<b>Formadores:</b> Patrícia Mendes, Sandra Ferreira e Vanessa Fernandes, Alunas do Curso de EESIP-ICS/UCP, Estágio de Módulo I	<b>Grupo destinatário:</b> Equipa de Enfermagem do Centro de Saúde Sra. Hora
<b>Tema:</b> Sacarose – Para uma imunização sem dor (Anexo II)	<b>Local:</b> Sala de reuniões
<b>Duração:</b> 30min	<b>Data:</b> 25 de Novembro de 2010
	<b>Hora:</b> 13h

- Aprofundar conhecimentos sobre a temática da dor;
- Sensibilizar para a importância da minimização da dor na criança;
- Contribuir para a utilização da sacarose em procedimentos potencialmente dolorosos,

- Contextualizar a formação na temática da dor;
- Informar sobre a sacarose, nomeadamente em que é que consiste e o seu mecanismo de acção;
- Apresentar alguns estudos relevantes que

nomeadamente na imunização infantil.	comprovam a eficácia da sua utilização; • Esclarecer sobre as dosagens indicadas para uma utilização correcta; • Indicar as indicações, contra-indicações e efeitos secundários associados à sacarose; • Descrever o procedimento a ser utilizado.
--------------------------------------	---

FASES   TEMPO	CONTEÚDO	MÉTODOS E TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	AVALIAÇÃO
<b>INTRODUÇÃO</b>  <b>5 MIN</b>	Apresentação da acção de formação; Referência aos conteúdos que irão ser abordados.	<b>Método Expositivo</b> (Técnica de Exposição)  <b>Método Exploratório</b> (Técnica interactiva e explorativa)	<b>Projectáveis</b> : Computador e projector	<b>Diagnóstica:</b>  Questões aos participantes
<b>DESENVOLVIMENTO</b>  <b>20 MIN</b>	Importância do controlo da dor; A sacarose e o seu mecanismo de acção; Sacarose – Eficácia comprovada; Controvérsias da sacarose; Dosagens recomendadas; Indicações; Contra-indicações; Efeitos secundários; Procedimento;	<b>Método Expositivo</b> (Técnica de Exposição)	<b>Projectáveis</b> : Computador e projector	<b>Formativa</b>
<b>CONCLUSÃO</b>  <b>5 MIN</b>	Resumo dos conteúdos apresentados; Esclarecimento de dúvidas; Avaliação da acção de formação.	<b>Método Expositivo</b> (Técnica de Exposição)  <b>Método Exploratório</b> (Técnica interactiva e explorativa)	<b>Projectáveis</b> : Computador e projector	<b>Somativa</b>

## 6. SELECÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO

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

Na introdução, irá ser realizada, de forma informal, uma avaliação diagnóstica dos conhecimentos dos participantes da sessão relativamente ao tema, de uma forma mais dirigida, já que de uma forma geral, conhecemos a realidade da equipa. Ao longo da formação, a avaliação formativa irá fornecer-nos dados sobre o decorrer da formação, nomeadamente a necessidade de incidir mais em algum conteúdo e, no final, a avaliação somativa.

De forma a proceder à avaliação da acção de formação, estabelecemos o seguinte **indicador de actividade**:

$(\text{N}^\circ \text{ Enfermeiros participantes na acção de formação} / \text{N}^\circ \text{ Enfermeiros da equipa}) \times 100\% = \% \text{ enfermeiros participantes na acção de formação}$

No que diz respeito à avaliação de outros indicadores, decidimos utilizar o documento de avaliação (**Anexo III**), utilizado no Centro de Saúde, pelo responsável da formação. Este facto será vantajoso, pois a equipa encontra-se familiarizada com o documento e, na medida em que este será obrigatoriamente preenchido no final da acção, não faria sentido duplicar a avaliação.



## **7. CONCLUSÃO**

A detecção da necessidade de informação da equipa relativamente à sacarose constituiu o ponto de partida para este projecto. Intervir na minimização da dor na criança é investir em boas práticas, baseadas na evidência, que em muito vão contribuir para a prestação de cuidados de qualidade, pelo que constitui um desafio muito gratificante.

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

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



## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L., Santos, L., Guimarães, H. (2007). Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38 (4), 144-151;
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria compreender para mudar*. Lisboa: Lidel;
- Branco, A., Fekete, S., Rugolo, I. (2006) . O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido. *Rev Paul Pediatría*, 24 (3), 270-274;
- Dilli, D., Kucuk, IG, Dallar, Y. (2009). Interventions to reduce *pain* during *vaccination* in infancy. *The Journal of Pediatrics*, 154 (3), 385-90;
- Lefrak, L. *et al.* (2006). Sucrose Analgesia: identifying potentially better practices. *Pediatrics*, 118, 197-202;
- Gaspardo, C., Linhares, M., Martinez, F. (2005). A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Jornal de Pediatria*, 81(6), 435-442;
- Hardcastle, T. (2010). Sucrose has been shown to have analgesic properties when administered to neonates and infants. *Clinical Feature*, 20 (1), 19- 22;
- Hatfield, L., Gusic, M., Dyer, A., Polomano, R. (2008). Analgesic properties of oral sucrose during routine immunizations at 2 and 4 months of age. *Pediatrics*, 121, 327-334;
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor Guia Orientador de Boas Práticas*. Cadernos OE, 1 (1), 1-51;
- Taddio, A. *et al.* (2008). Effectiveness of sucrose analgesia in newborns undergoing painful medical procedures. *Research*, 179 (1), 37- 43;
- Tavares, A. (1992). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde (2ª edição)*. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Lisboa;

Thompson, D. (2005). Utilizing an oral sucrose solution to minimize neonatal pain. JSPN, 10(1), 3- 10.

# **ANEXOS**



# **ANEXO I**

Procedimento da Sacarose



# Sacarose

Para uma imunização sem dor



## PROCEDIMENTO:

- Abrir diariamente uma solução de sacarose, logo que necessário;
- Aplicar sobre a língua, 2 minutos antes do procedimento doloroso;
- Administrar dose certa, de acordo com a respectiva tabela;
- Realizar procedimento após 2 minutos;
- Administrar 2ª dose, se necessário, após 5 a 10 minutos;
- Associar à sacarose outras medidas de conforto não farmacológicas.

## PESO

## DOSE POR ADMINISTRAÇÃO

»1,5 kg < 2 kg	0,3 ml
»2 kg < 2,5 kg	0,5 ml
»2,5 kg < 3 kg	1ml
» 3 kg	2ml

Fonte: "Protocole d'utilisation du saccharose" – Hôpital Armand Trousseau. 2003



## **ANEXO II**

Apresentação

“Sacarose - Para uma imunização sem dor”



UCC S<sup>ra</sup> da Hora CATÓLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# SACAROSE

## Para uma imunização sem dor

Patrícia Mendes | Sandra Castro | Vanessa Fernandes  
Sob orientação de: Enf.ª Alexandra Correia

UCC S<sup>ra</sup> da Hora CATÓLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

## OBJECTIVOS GERAIS

- Aprofundar conhecimentos sobre a temática da dor;
- Sensibilizar para a importância da minimização da dor na criança;
- Contribuir para a utilização da sacarose em procedimentos potencialmente dolorosos, nomeadamente na imunização infantil.

UCC S<sup>ra</sup> da Hora CATÓLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

- Enquadramento
- Sacarose – Constituição e mecanismo de acção
- Eficácia comprovada
- Controvérsias
- Dosagens
- Indicações
- Contra-indicações
- Efeitos secundários
- Procedimento

UCC S<sup>ra</sup> da Hora CATÓLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

*“A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial ou descrita nos termos dessa lesão”*

Associação Internacional para o Estudo da Dor (1979)

*“Reluctance to adhere with the recommended immunization ... may be partially explained by parental perception that their children endure a substantial amount of pain during routine immunizations...”*

Hatfield et al, 2008

UCC S<sup>ra</sup> da Hora CATÓLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

*“Cada indivíduo aprende a aplicação da palavra dor por meio das experiências dolorosas vivenciadas no início da vida.”*

Branco et al (2006)

*“... the pain and stress suffered early in life permanently alter the central nervous system... include permanent impairment of elements of cognitive development...”*

Hatfield et al (2008)

UCC S<sup>ra</sup> da Hora CATÓLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

Artº 5 - “As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”.

Carta dos direitos da criança, Leiden (1988)

*“Enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto, os enfermeiros encontram-se numa posição relevante para promover e intervir no controlo da dor.”*

Ordem dos Enfermeiros (2008)

UCC S<sup>ra</sup> da Hora CATÓLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

## SACAROSE

Carboidrato (dissacarídeo) formado pela união de dois monossacarídeos, a glicose e a frutose.

**MECANISMO DE ACÇÃO:**  
Estimula a libertação de endorfinas, substâncias analgésicas naturalmente produzidas pelo corpo da criança.

**PICO DE ACÇÃO:** 2 minutos

UCC S<sup>ra</sup> da Hora CATÓLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE SACAROSE – PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

## EFICÁCIA COMPROVADA

**“Of all the regimens, the lowest pain scores occurred with the use of 24% sucrose solution combined with pacifier. The mean pain score for the combination of sucrose with pacifier was 0.7 as compared to 1.4 for the sterile water with pacifier group”**

Elsarafy et al, 2009

**“Pain scores for treatment regimens (P: pacifier, S: sucrose 24%, W: sterile water)”**

## EFICÁCIA COMPROVADA



“Administration of 2 mL of a 24% oral sucrose solution 2 minutes before routine immunizations is effective in decreasing maximum immunization pain and shortens the time before returning to a near normal state ...” Hatfield et al, 2008

## DOSAGENS

Peso	Dose por Administração	Dose nas 24 Horas	
		Pré-termo	Termo
« 1,5 kg	0,2ml	0,8ml	1,6ml
»1,5 kg « 2 kg	0,3ml	1,2ml	2,4ml
»2 kg « 2,5 kg	0,5ml	2ml	4ml
»2,5 kg « 3 kg	1ml	4ml	8ml
»3 kg	2ml	8ml	16ml

Fonte: “Protocole d’utilisation du saccharose” – Hôpital Armand Trousseau. 2003

11

## CONTROVÉRSIAS...

- IDADES
- DOSAGENS E CONCENTRAÇÕES  
0,6ml/kg | 0,17g/kg  
12%, 24%, 50%



10

## CONTRA-INDICAÇÕES

- Alto risco de NEC
- Atrésia do esófago ou fístula traqueo-esofágica
- Sedação
- Intolerância à frutose ou sacarose.



13

## EFEITOS SECUNDÁRIOS

- Náuseas ou vômitos
- Hiperglicemia



14

## PROCEDIMENTO

- Abrir diariamente uma solução de sacarose, logo que necessário (validade\_24 horas);
- Aplicar sobre a língua, 2 minutos antes do procedimento doloroso;
- Administrar dose certa, de acordo com a respectiva tabela;
- Realizar procedimento após 2 minutos;
- Administrar 2ªdose, se necessário, após 5 a 10 minutos;



15

## PROCEDIMENTO

- Associar à sacarose outras medidas de conforto não farmacológicas:
  - ♦ Realização de técnica com perícia e delicadeza
  - ♦ Envolvência dos pais nos cuidados, ensinando-os para uma presença de qualidade
  - ♦ Sucção não nutritiva
  - ♦ Massagem
  - ♦ Medidas gerais de conforto (balançar, pegar ao colo, afagar, conversar)



16

**EM CONCLUSÃO...**



Vamos fazer fígas para que a equipa tenha gostado da sacarose... sei que as vadias são para o meu bem mas serão ainda melhores se não me doerem tanto!



**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Branco, A., Fekete, S., Rugolo, I. (2004). O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido. Rev Paul Pediatr, 24(3), 270-274.
- Dilli, D., Kucuk, IG, Dallar, Y. (2009). Interventions to reduce pain during vaccination in infancy. The Journal of Pediatrics, 154(3), 385-90.
- Elserafy, F.; Alsaedi, S.; Louwrens, J.; Sadiq, B.; Mersale, A. (2009). Oral sucrose and a pacifier for pain relief during simple procedures in preterm infants: A randomized controlled trial. Ann Saudi Med.
- Gaspardo, C., Linhares, M., Martinez, F. (2005). A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. Jornal de Pediatria, 81(6), 435-442.
- Hardcastle, T. (2010). Sucrose has been shown to have analgesic properties when administered to neonates and infants. Clinical Feature, 20(1), 19-22.
- Hatfield, L., Gusic, M., Dyer, A., Palomano, R. (2008). Analgesic properties of oral sucrose during routine immunizations at 2 and 4 months of age. Pediatrics, 121, 327-334.
- Lefrak, L. et al. (2006). Sucrose Analgesia: identifying potentially better practices. Pediatrics, 118, 197-202.
- Taddio, A. et al. (2008). Effectiveness of sucrose analgesia in newborns undergoing painful medical procedures. Research, 179(1), 37-43.
- Thompson, D. (2005). Utilizing an oral sucrose solution to minimize neonatal pain. JSPN, 10(1), 3-10
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor Guia orientador de boas práticas. Cadernos OE, 1(1), 1-51.



## **ANEXO III**

Documento de avaliação da acção de formação





Centro de Formação

## AVALIAÇÃO FINAL DA ACÇÃO

Candidatura N.º

Formulário B N.º

Curso/Acção N.º

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO CURSO/ACÇÃO/MÓDULO

Designação: \_\_\_\_\_

Início \_\_\_\_\_

Fim \_\_\_\_\_

Duração \_\_\_\_\_

### Instruções de Preenchimento do Questionário

- Apreciação da escala de 1 a 5, correspondendo os valores à seguinte escala: 5 "concordo em absoluto"; 4 "concordo parcialmente"; 3 "não concordo nem discordo"; 2 "discordo em parte"; 1 "discordo em absoluto"

- Marcação com X do quadrado escolhido

### 1. AVALIAÇÃO DA ACÇÃO

5 4 3 2 1

Os objectivos da acção são perceptíveis

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

O conteúdo da acção é adequado às necessidades

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Os temas abordados são actuais e úteis

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

A acção/módulo correspondeu às expectativas

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Existiu motivação para participar na acção

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

As actividades realizadas são adaptadas à sessão

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Existiu um bom relacionamento entre o grupo de trabalho

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

As instalações são adequadas

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Os meios audiovisuais são os necessários

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

A documentação é apropriada

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

O apoio técnico/administrativo/pedagógico é eficaz

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**2. ACTUAÇÃO DOS FORMADORES**

		1	2	3	4
2.1 Formador	O formador demonstra domínio sobre o(s) assunto(s) abordado(s)				
2.2 Formador	Os métodos adoptados pelo formador são adequados relativamente aos objectivos da acção/módulo				
2.3 Formador	A linguagem utilizada pelo formador é adequada				
2.4 Formador	O formador demonstra empenho na condução da acção/módulo				
2.5 Formador	O relacionamento com o grupo de trabalho foi bom				

**3. SUGESTÕES/CRÍTICAS**

**3.1 Aspectos positivos na acção**


**3.2 Aspectos a melhorar**


**3.3 Sugestões**


Nome (opcional)

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

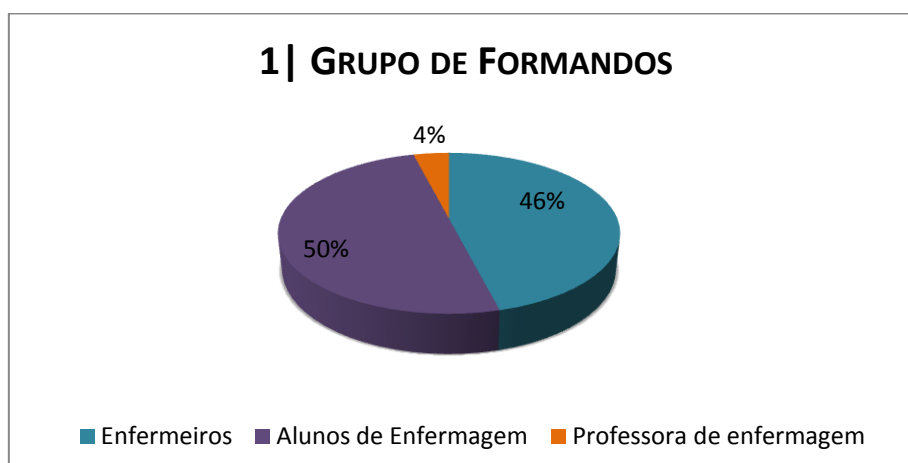
## AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO

### SACAROSE - PARA UMA IMUNIZAÇÃO SEM DOR

A avaliação constitui uma etapa fundamental no processo formativo, pelo que foi solicitado aos formandos o preenchimento do instrumento de avaliação da ULSM.

Este instrumento avalia dois itens distintos: a acção propriamente dita e a actuação dos formadores. Quanto à avaliação da acção, o documento privilegia a percepção dos objectivos, a adequação do conteúdo às necessidades, a actualidade dos temas abordados, as expectativas e a motivação dos formandos, o relacionamento entre o grupo de trabalho e adequação do espaço físico, da documentação e dos meios audiovisuais. No que diz respeito à actuação dos formadores, é avaliado o domínio sobre o assunto, a adaptação do método aos objectivos, a adequação da linguagem, o empenho e o relacionamento com o grupo de trabalho.

Relativamente aos formandos presentes na sessão, a análise do gráfico seguinte demonstra que no grupo, constituído por 28 formandos, metade eram alunos de enfermagem que assistiram à formação com a respectiva enfermeira orientadora, sendo os restantes enfermeiros do Centro de Saúde. O documento de avaliação da sessão foi distribuído unicamente aos profissionais da instituição, de acordo com indicação da enfermeira responsável pela formação.

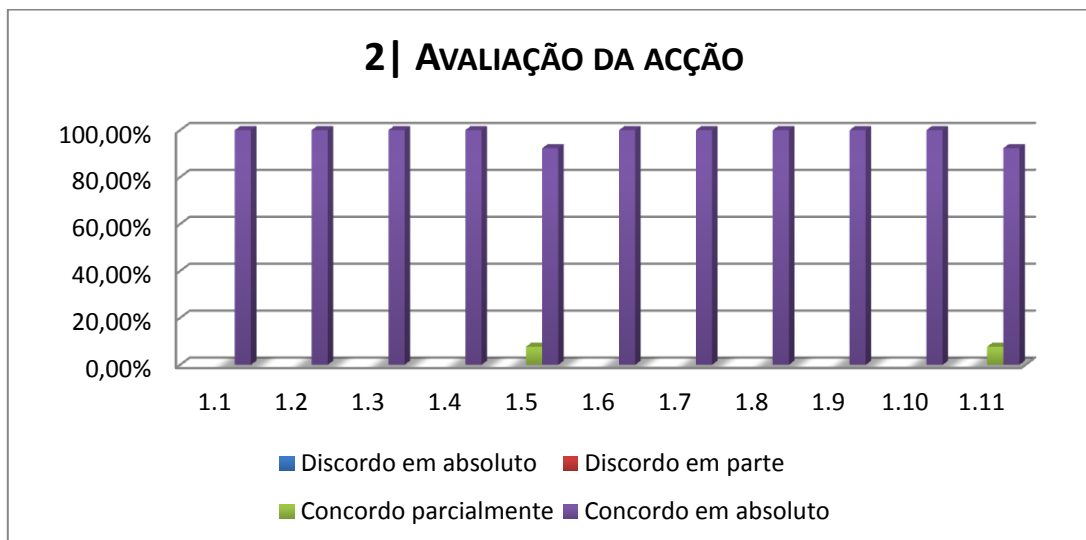


A presença dos alunos de enfermagem, apesar de não planeada, foi muito gratificante para o grupo de trabalho, visto potenciar a possibilidade de contribuir para a formação de alunos do curso base.

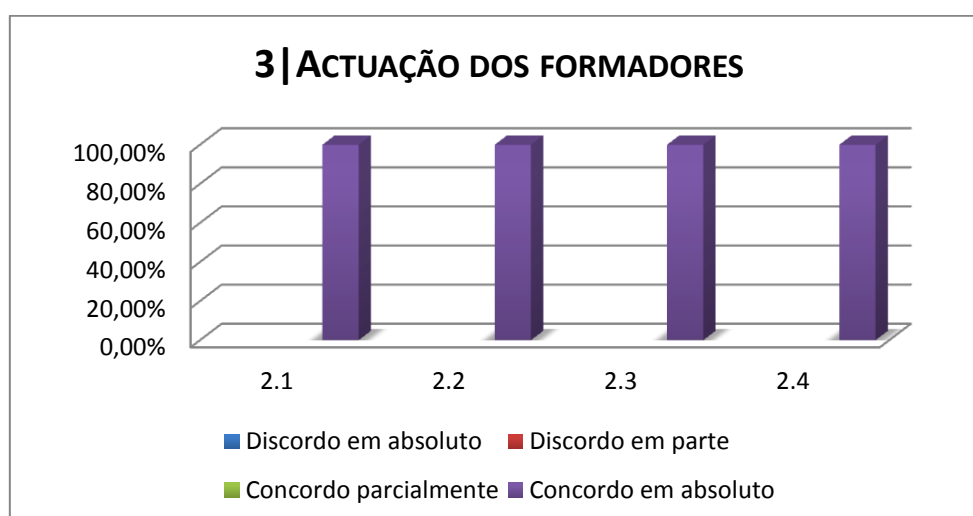
Tendo em conta o indicador de actividade definido no planeamento da acção de formação, respeitante à percentagem de enfermeiros participantes na acção, esta foi de 44%.

Consideramos este indicador bastante positivo, na medida em que nem toda a equipa trabalha na área de Saúde Infantil, pelo que acreditamos que aqueles para os quais a formação teve maior relevância, estiveram presentes na acção.

Relativamente ao instrumento de avaliação da sessão, foram encontrados os seguintes dados.



No que diz respeito à avaliação da acção, 100% do universo amostral, constituído por 13 enfermeiros, classificaram com 4 valores as questões relativas à percepção dos objectivos (1.1), a adequação do conteúdo às necessidades (1.2), a actualidade dos temas abordados (1.3), as expectativas (1.4), às actividades realizadas (1.6), ao relacionamento entre o grupo de trabalho (1.7), à adequação das instalações (1.8), dos meios audiovisuais (1.9), da documentação (1.10). Relativamente às questões sobre a motivação dos formandos (1.5) e o apoio técnico/administrativo/pedagógico eficaz (1.11), 92,3% dos formandos classificaram com 4 valores e 7,7% com 3 valores.



No ponto 2 do instrumento de avaliação, relativo à actuação dos formadores, 100% dos formandos classificaram com 4 valores todos os itens sujeitos a avaliação, nomeadamente o

domínio sobre o assunto (2.1), os métodos adoptados (2.2), a linguagem utilizada (2.3), o empenho (2.4) e o relacionamento com o grupo de trabalho (2.5).

No ponto 3 do Documento de avaliação final da acção, é reservado um espaço para sugestões e críticas. No ponto 3.1 referente aos aspectos positivos da acção, encontraram-se três opiniões que passam a ser citadas: *“Foram ao encontro das necessidades da equipa”*, *“Sensibilização para uma prática não instituída na unidade”* e *“Perceptível, comprovada cientificamente”*.

