



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

A PROMOÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA / FAMÍLIA

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Por Fernanda Manuela Loureiro

Lisboa, Fevereiro de 2011



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

A PROMOÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA / FAMÍLIA

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Por Fernanda Manuela Loureiro

Sob orientação da Professora Filipa Andrade

Lisboa, Fevereiro de 2011

Resumo

Relatório desenvolvido no âmbito do mestrado de natureza profissional em Enfermagem na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria. Tem como objectivos: (a) *apresentar o contexto de estágio, actividades desenvolvidas e resultados do trabalho de aprendizagem*; (b) *identificar as principais competências desenvolvidas nos diferentes domínios no âmbito da área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*; (c) *reflectir acerca do impacto deste percurso ao nível pessoal e profissional*. Utilizando uma metodologia descritiva, crítica e reflexiva, atendendo às necessidades de aprendizagem individual apresentamos o decorrer da Unidade Curricular Estágio, enquanto parte integrante do mestrado.

A moldura teórica que norteou o percurso de estágio tem como tema central a promoção de saúde da criança/família. A Ordem dos Enfermeiros identifica esta como área prioritária de investigação em Enfermagem destacando “*a preocupação pela produção de conhecimento que suporte uma prática baseada na evidência, mas também com a própria prática baseada na evidência como área de investigação*” e “*o interesse pela produção de conhecimento que suporte paradigmas emergentes de formação, nomeadamente o desenvolvimento de competências e sua certificação*” (2010, p.21). Neste domínio integramos o Modelo de Promoção de Saúde desenvolvido por Nola Pender (2002) como sustentação das actividades desenvolvidas em complementaridade com os contributos teóricos de Benner (2005), Casey (1993) e documentos chave na visada área de especialização.

A Unidade Curricular Estágio decorreu em locais de assistência à criança / família (centro de desenvolvimento infantil, centro de saúde, serviço de internamento de pediatria e unidade de cuidados especiais neonatais) que integraram três módulos distintos. No processo de desenvolvimento de competências integrou-se as competências já adquiridas numa óptica de formação de adultos. Das actividades desenvolvidas destacamos a identificação de estratégias de enfermagem, no âmbito da promoção de saúde, desenvolvidas pelos profissionais nos distintos locais, assim como a implementação de estratégias de melhoria dos cuidados baseado no diagnóstico de situação efectuado.

Palavras-chave: promoção de saúde, enfermagem pediátrica, competência clínica

Abstract

Report developed in the scope of a professional nursing master in the area of specialization in pediatrics and child health. Its objectives include: (a) present the context of stage activities and results of learning work, (b) identify the key skills developed in various areas within the area of specialization in Nursing Pediatrics and Child Health, (c) reflect on the impact of this route to personal and professional level. Using a descriptive methodology, critical and reflective view attending the individual learning needs we present the curricular unit as a part of the masters course. The theoretical framework that guided the course of training is focused on child / family health promotion.

The Nursing Order identifies this as a priority area of nursing research highlighting "the concern for producing knowledge that supports an evidence-based practice, but also with their own evidence-based practice as an area of research" and "the interest in producing knowledge that supports emerging paradigms of training, including skills development and certification" (2010, p.21). In this field we integrate the health promotion model developed by Nola Pender (2002) as support of activities complementary to the theoretical contributions of Benner (2005), Casey (1993) and key documents in the target area of expertise.

The Curricular Unit Course was held in local child / family care (health center, pediatrics hospital service and neonatal special care unit) involving three distinct modules. In the process of developing skills we integrate skills already acquired as viewed in adult education. From the carried out activities we highlight the identification of nursing health promotion strategies, developed by professionals in different locations as the implementation of strategies to improve care based on the situation diagnosis.

Key words: health promotion, pediatric nursing, clinical competence

Agradecimentos

Porque todos os trabalhos académicos implicam grande esforço e espírito de ajuda que não se restringe apenas ao autor gostaríamos de deixar o nosso agradecimento em particular:

Ao Pedro que cresceu tanto como a mãe neste processo e continua a maravilhar-me todos os dias.

Ao Rui que dá mais sentido á minha vida.

À minha família, a minha rede de suporte.

A Professora Filipa Andrade pelas suas orientações neste percurso.

À Professora e amiga Zaida que me inspira mantendo um espírito crítico.

Às colegas e amigas Ana Botas, Inês, Catarina, Rita, Carla e Flôr que viveram comigo, mais de perto, as dificuldades em gerir o tempo académico com o tempo profissional e familiar.

Aos enfermeiros que me receberam nas suas equipas e aceitaram partilhar o seu “cuidar pediátrico”.

Por último, às crianças com quem me cruzo profissionalmente todos os dias e que de uma forma muito particular continuam a dar mais côr à minha vida.

Lista de Abreviaturas e Siglas

Abreviaturas

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial;

f. – folha;

gr – gramas;

n.º – número;

p. – página;

Vol. – volume.

Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde;

CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança;

ECTS – European Credit Transfer and Accumulation;

EMLA® – Eutectic Mixture of Local Anesthetic;

MPS – Modelo de Promoção de Saúde;

OE – Ordem do Enfermeiros;

RN – Recém-Nascido;

UCEN – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais;

UCSP – Unidade de Cuidados Saúde Personalizados;

UNICEF – United Nations Children's Fund;

WHO – World Health Organization.

Sumário

	f.
0 - INTRODUÇÃO	10
1 - FUNDAMENTAÇÃO DA ÁREA TEMÁTICA	12
1.1 - DEFINIÇÃO DE CONCEITOS	12
1.2 - MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS	14
1.3 - MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	15
1.3.1 - <i>Componentes do modelo de promoção de saúde</i>	16
1.3.1.1 - Características	16
1.3.1.2 - Comportamento específico	16
1.3.1.3 - Resultados do comportamento e experiências individuais	17
1.4 - DOCUMENTAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA	18
2 - UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO	21
2.1 - MÓDULO I- A PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	21
2.1.1 - <i>Centro de desenvolvimento da criança</i>	21
2.1.1.1 - Diagnóstico de situação	22
2.1.1.2 - Objectivos e actividades	23
2.1.2 - <i>Centro de saúde da amora</i>	26
2.1.2.1 - Diagnóstico de situação	26
2.1.2.2 - Objectivos específicos e actividades desenvolvidas	27
2.2 - MÓDULO II – A INTEGRAÇÃO NA PROMOÇÃO DE SAÚDE NUM SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA	32
2.2.1 - <i>Diagnóstico de situação</i>	32
2.2.2 - <i>Objectivos específicos e actividades desenvolvidas</i>	33
2.3 - MÓDULO III – A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE ENQUANTO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE EM NEONATOLOGIA	38
2.3.1 - <i>Diagnóstico de situação</i>	38
2.3.2 - <i>Objectivos e actividades desenvolvidas</i>	40
3 - CONCLUSÃO	45
4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
5 - ANEXOS	54

- Anexo I** - Documento Reflexivo acerca da assistência da criança/família no Centro de Desenvolvimento da Criança;
- Anexo II** - Relatório de Formação: Cuidados Infantis;
- Anexo III** - Documento Reflexivo acerca do papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria no centro de saúde;
- Anexo IV** - Norma de verificação e manutenção do Kit de anafilaxia;
- Anexo V** - Manual de Promoção de Saúde: Operacionalização do modelo de promoção de saúde no recém-nascido;
- Anexo VI** - Divulgação da sessão de formação no Centro de Saúde da Amora (convites e poster);
- Anexo VII** - Relatório de Formação: apresentação das actividades desenvolvidas em estágio;
- Anexo VIII** - Poster intitulado: Observação participada da Consulta de Saúde Infantil apresentado no âmbito do encontro de enfermagem "Olhares sobre a Praxis";
- Anexo IX** - Artigo intitulado em apreciação para publicação pela Revista de Enfermagem da Universidade de São Paulo;
- Anexo X** - Panfleto de divulgação do projecto de estágio no serviço de pediatria;
- Anexo XI** - Relatório de formação: norma de procedimento acerca da utilização e manutenção da câmara expansora;
- Anexo XII** - Relatório de formação: promoção de saúde no serviço de pediatria;
- Anexo XIII** - Manual de promoção de saúde;
- Anexo XIV** - Relatório de formação: sessão individual de ensino;
- Anexo XV** - Documento reflexivo acerca da assistência de enfermagem na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais;
- Anexo XVI** - Documento: Educação para a Saúde na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais – uma estratégia de promoção de saúde;
- Anexo XVII** - Relatório de Formação: Sessão de educação para a saúde acerca de sinais de dificuldade respiratória.

INDICE DE FIGURAS

f.

FIGURA 1 – MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE	15
FIGURA 2 – SÍNTESE DAS INFLUÊNCIAS TEÓRICAS NORTEADORAS DO PERCURSO DE ESTÁGIO.....	20

0 - INTRODUÇÃO

A enfermagem enquanto área de intervenção exige aos seus profissionais actualização constante. Apresenta como construtos base o ambiente, a pessoa, a saúde e a enfermagem concepções que por si só, se redefinem permanentemente. Neste sentido, a decisão de investir na formação profissional e pessoal, mais do que decorrente de um percurso natural de aprendizagem é uma premissa na procura da excelência do exercício profissional.

Foi, com esta linha de pensamento que frequentamos o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria que decorreu na Universidade Católica. A Unidade Curricular Estágio surgiu como parte integrante do mesmo e, desenvolveu-se em 3 módulos distintos de assistência à criança e família: centro de saúde (módulo I), serviço de internamento de pediatria (módulo II) e unidades hospitalares - urgência pediátrica e neonatologia (módulo III). Os locais escolhidos foram o Centro de Desenvolvimento Infantil (CDC), o Centro de Saúde da Amora, Serviço de Internamento de Pediatria do Centro Hospitalar de Setúbal, Entidade Pública Empresarial (E.P.E.) e Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN) também pertencente ao referido Centro Hospitalar. A selecção dos locais, adaptados às necessidades formativas individuais, prendeu-se com a articulação que apresentam entre si, dado que assistem crianças dentro da mesma área geográfica, o que nos permitiu conhecer os diferentes contextos de intervenção. Por outro lado, os serviços hospitalares onde o estágio decorreu situam-se no hospital onde exercemos funções o que nos dá oportunidade de acompanhar a evolução da implementação do projecto de estágio para além do limite temporal académico.

Assim, centrados numa metodologia descritiva, crítica e reflexiva, atendendo às necessidades de aprendizagem individual, apresentamos este relatório que tem como objectivos:

- (a) *Apresentar o contexto de estágio, actividades desenvolvidas e resultados do trabalho de aprendizagem;*
- (b) *Identificar as principais competências desenvolvidas nos diferentes domínios no âmbito da área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria;*
- (c) *Reflectir acerca do impacto deste percurso ao nível pessoal e profissional.*

Pretende-se o desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista que, segundo o n.º 3, do artigo 4º, do Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro (Regulamento Profissional do Exercício de Enfermagem), é o “*enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem (...), a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade*”.

Tivemos em consideração não só as competências a atingir mas também a integração das experiências prévias pois como refere CABETE (2007, p.4)

“ face a esse background diferenciado e de acordo com as teorias que entendem a aprendizagem dos adultos como eficaz apenas se incluir a sua experiência prévia, se for assente

na auto-aprendizagem e no auto-controle da mesma, não podemos simplesmente apresentar um caminho igual para todos, ou seja o processo de aprendizagem terá que ser, também ele diferenciado”.

Pelo mencionado, projecta-se a aprendizagem individual, na experiência profissional adquirida em contexto de urgência pediátrica ao longo de dez anos de exercício que permitiu a mobilização de competências na área da urgência / emergência em pediatria e consequentemente a creditação ao nível do módulo III – urgência pediátrica. A referir ainda a frequência de um mestrado académico em ciências da educação na especialidade de educação para a saúde que teve o seu término em Janeiro de 2010 com a dissertação de mestrado subordinada ao tema: “Percepções dos enfermeiros sobre a educação para saúde realizada na urgência pediátrica”. Neste sentido, o percurso de desenvolvimento de competências procurou integrar as competências já adquiridas pois como refere JOSSO (2002, p. 28) *“formar-se é integrar numa prática o saber – fazer e os conhecimentos, na pluralidade de registos (...), aprender designa então, mais especificamente, o próprio processo de integração”.*

A planificação da unidade curricular partiu de um projecto de estágio inicialmente delineado e centrado, enquanto área temática, na Promoção de Saúde na criança /família suportada teoricamente pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (PENDER [et al], 2002) em articulação com os documentos chave para a visada área de especialização: regulamento do exercício profissional de enfermagem, estatuto da ordem dos enfermeiros, padrões da qualidade dos cuidados de enfermagem, modelo de desenvolvimento profissional que contempla as competências do enfermeiros especialista nesta área, carta da criança hospitalizada e a convenção dos direitos da criança. Foram ainda importantes para o decorrer da unidade os contributos teóricos emanados de Benner (2005) e Casey (1993).

No presente relatório atendeu-se às indicações do “Guia de elaboração e apresentação de trabalhos escritos” (UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, 2009) enquanto normas de elaboração e, no que concerne às referências bibliográficas estas foram efectuadas segundo a Norma Portuguesa 405.

No cumprimento das orientações académicas, estruturalmente o relatório é composto pela presente introdução onde se contextualiza e apresenta o relatório, fundamentação da área temática onde se faz alusão aos contributos teóricos que deram sustentação ao percurso de desenvolvimento de competências. Segue-se a caracterização de cada um dos módulos onde identificamos objectivos, actividades efectuadas complementadas com reflexão acerca do decorrer das mesmas. Segue-se o capítulo onde se faz a avaliação global da unidade curricular, a conclusão onde se sumariza o relatório e, por fim, as referências bibliográficas utilizadas. Para anexo remetem-se os documentos mencionados ao longo do relatório e que complementam as actividades desenvolvidas.

1 - FUNDAMENTAÇÃO DA ÁREA TEMÁTICA

A importância da promoção de saúde enquanto área de atenção remonta às conferências internacionais de Ottawa, Adelaide, Sunsdalle, Bogotá e Jacarta. Passa a ser incentivada enquanto estímulo à utilização de recursos e conhecimentos dos indivíduos no sentido da adopção de estilos de vida saudáveis. Existe também ampla referência a esta temática em documentos nacionais como a Lei de Bases da Saúde que na alínea a) do n.º 1, no capítulo I base II refere que *“a promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das actividades do Estado”*. Por outro lado, a Ordem dos Enfermeiros (OE), no documento dos Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem refere acerca da promoção da saúde que *“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”* (ORDEM ENFERMEIROS, 2001, p.12). Em continuidade, no Modelo de Desenvolvimento Profissional perspectiva a área de especialização – Saúde da criança e do jovem como *“dirigida aos projectos de saúde da criança e do jovem a vivenciar processos de saúde / doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida”* (ORDEM ENFERMEIROS, 2009, p.7). A mesma entidade identifica ainda, entre outras, a promoção de saúde como área prioritária de investigação em Enfermagem destacando *“a preocupação pela produção de conhecimento que suporte uma prática baseada na evidência, mas também com a própria prática baseada na evidência como área de investigação”* e *“o interesse pela produção de conhecimento que suporte paradigmas emergentes de formação, nomeadamente o desenvolvimento de competências e sua certificação”* (ORDEM ENFERMEIROS, 2010, p.21). Neste sentido escolhemos a Promoção de Saúde como tema central e que complementamos com outras influências teóricas que considerámos pertinentes.

Assim, o capítulo que agora se inicia apresenta de forma sumária a moldura teórica que norteou o nosso percurso de estágio. Parte dos elementos mais básicos, os conceitos para chegar ao modelo de enfermagem central que se articula com os documentos chave em enfermagem pediátrica mas também, com outras referências teóricas que consideramos complementares a este trajecto.

1.1 - DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

TOMEY [et al.] (2002) referem que os conceitos metaparadigmáticos de pessoa, enfermagem, ambiente e saúde são identificados desde há muitos anos como os principais para a organização da disciplina e da profissão. Os modelos conceptuais de enfermagem definem cada um destes conceitos segundo diferentes perspectivas e características específicas do modelo. Atendendo a que se tratou de um percurso de desenvolvimento de competências os

conceitos base emergiram de Benner, autora que estudou a prática de enfermagem clínica numa tentativa de descobrir e descrever o conhecimento existente na prática. Esta teórica defende que o conhecimento prático pode expandir a teoria ou ser desenvolvido perante fórmulas científicas. Salienta que as situações clínicas são sempre mais complexas que as explicações teóricas pelo que a prática clínica é uma área de investigação e fonte de desenvolvimento de conhecimento (BENNER, 2005). Assim, adoptamos os seus construtos base que passamos a apresentar de uma forma sumária.

O conceito de **Enfermagem** é referido como uma prática de cuidados cuja ciência é conduzida pela arte e pela ética moral do cuidar e da responsabilidade. O cuidar surge como essencial na medida em que estabelece a possibilidade de fornecer e receber auxílio. Já o conceito de **Pessoa** aponta para um ser autointerpretativo, ou seja, a pessoa não chega ao mundo pré-definida mas define-se ao longo do percurso de vida. Este é um conceito flexível que atribui um papel activo ao indivíduo. Quanto ao conceito de **Saúde**, Benner centra-se na experiência vivida de ser saudável e de estar doente, conceptualizando saúde como aquilo que pode ser avaliado enquanto o bem-estar é a experiência humana de saúde ou de totalidade. Em vez de **Ambiente**, Benner usa o termo Situação dado que este transmite um ambiente social com definição e significação (BRYKCZYNSKI, 2004; BENNER, 2005).

Embora estes sejam os conceitos base da enfermagem consideramos pertinente, no âmbito deste relatório, definir ainda: promoção de saúde, educação para a saúde e criança pois foram construtos centrais no desenrolar da unidade curricular.

De uma forma geral, a promoção de saúde visa elevar o estado de saúde de indivíduos e das comunidades capacitando-as (*“to empower”*) de forma a terem mais controlo sobre os aspectos da vida que afectam a sua saúde. Estes dois elementos (melhorar a saúde e ter maior controlo sobre ela) são fundamentais para os objectivos e processos da promoção de saúde (CARVALHO, 2007). Neste percurso considerou-se **Promoção de Saúde** de uma forma ampla como *“o processo que permite às pessoas aumentarem o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la”* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986, p.2). Quanto ao conceito de **Educação para a Saúde**, TONES [et al.] (1994, p.11) referem que se trata de *“toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença”*. Neste sentido o conceito de promoção de saúde é mais amplo pelo que, no âmbito deste percurso consideramos a educação para a saúde como uma estratégia de recurso. Por fim, e atendendo a que se trata de uma especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, a definição de criança é também relevante. A Convenção dos Direitos da Criança define **Criança** como todo o ser humano com menos de dezoito anos. O mesmo documento salienta ainda a importância da família como *“elemento natural e fundamental da sociedade e meio natural para o crescimento e bem-estar de todos os seus membros, e em particular das crianças”* pelo que *“deve receber a protecção e a assistência necessárias para desempenhar plenamente o seu papel na comunidade”* (UNICEF, 1989, p. 3). Enquanto *“sistema dinâmico que inclui subsistemas – indivíduos (mãe, pai, criança) e díades (mãe-pai, mãe-criança e pai-criança)*

dentro do sistema familiar global” (MEIGHAN, 2002, p.526), a família deve constituir-se como parceira nos cuidados de enfermagem.

No âmbito da saúde infantil e pediátrica o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey (1993) integrou esta ideia. Foi, também, uma influência teórica no nosso percurso que passamos a caracterizar sumariamente.

1.2 - MODELO DE PARCERIA DE CUIDADOS

O modelo apresentado por Anne Casey, em 1988, sustenta-se na ideia de que ninguém melhor do que os pais pode prestar cuidados à criança, no sentido de proporcionar o seu crescimento e desenvolvimento, protegendo e estimulando com amor. Descreve a enfermagem pediátrica como um processo de negociação partilhada respeitando a família nas suas competências, desejos e necessidades (CASEY, 1993; CRUZ [et al.], 2007). Destaca a importância da família no cuidar da criança salientando no entanto que a implementação do modelo não requer igual distribuição de tarefas. Em alguns casos, é totalmente inadequado pedir aos pais que efectuem cuidados técnicos que habitualmente não fariam em casa (CASEY, 1993).

FERREIRA [et al.] (2004) referem que este modelo implica uma relação de parceria entre pais e equipa não existindo fronteiras definidas nem compartimentadas de funções. Devem então, ser desenvolvidas acções complementares que têm como fim o máximo bem-estar da criança. As mesmas autoras destacam ainda que trabalhar com a família, leva a que os enfermeiros desenvolvam competências de comunicação, de ensino e de trabalho de grupo assumindo os pais não como visitantes ou técnicos, mas como parceiros/companheiros.

CASEY (1993) salienta ainda que enfermeiras mais experientes aceitam melhor a participação dos pais nos cuidados. Neste contexto a experiência não se refere apenas à passagem do tempo mas à melhoria de teorias e noções pré concebidas no encontro de situações reais e *“qualquer enfermeira com experiência e conhecimento de tais teoria encontra diferenças que a teoria formal não consegue exprimir”* sendo nesse *“diálogo clínico com a teoria que se torna os melhoramentos acessíveis ou possíveis à enfermeira experiente”* (BENNER, 2005, p.58).

No campo da saúde, cuidar do utente pediátrico é particularmente importante dado o impacto destas intervenções ao nível pessoal, na sua qualidade de vida mas também ao nível social enquanto pessoa e membro activo da sociedade (HERTZMAN, 1998). Os enfermeiros assumem uma posição única entre os profissionais de saúde para intervir nas actividades de promoção de saúde (EDELMAN [et al.], 2002).

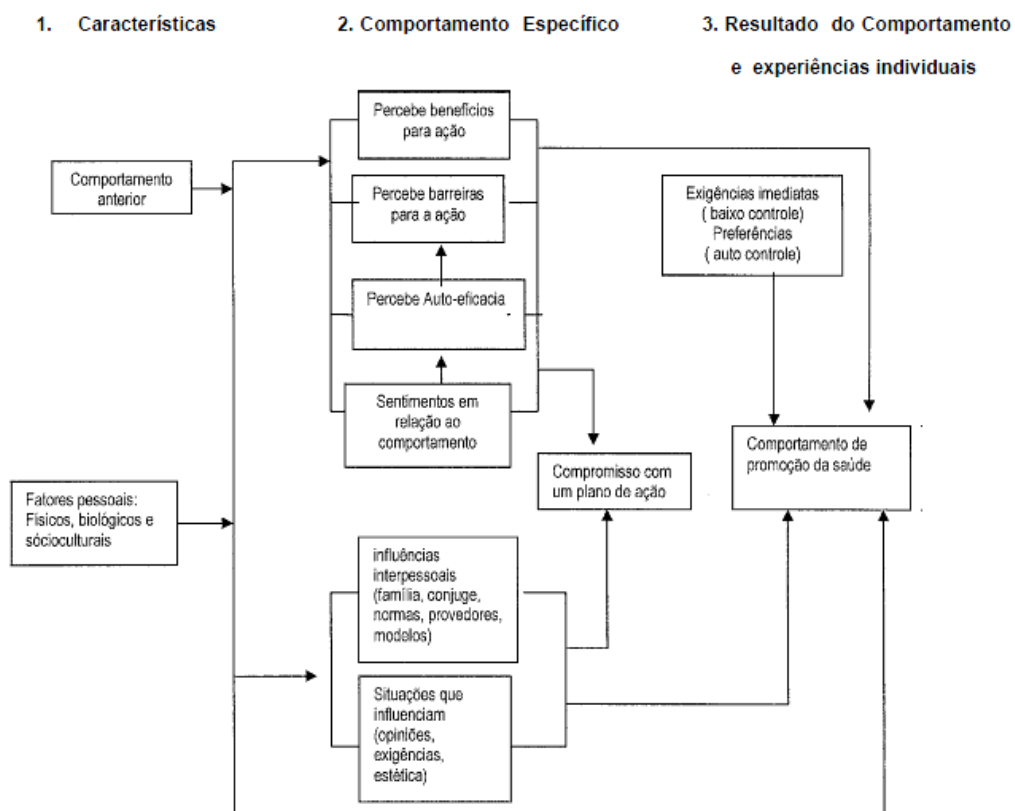
A integração das ciências de enfermagem e da promoção de saúde surge no modelo proposto por Nola Pender em 1982 (PENDER [et al.], 2002). Este denomina-se Modelo da Promoção de Saúde e baseia-se no modelo das crenças na saúde sem incluir o medo ou a ameaça como fonte de motivação. Integra ainda, a Teoria Cognitiva Social de Albert Bandura que postula a importância dos processos cognitivos na alteração comportamental assim como autocrenças (a *auto-atribuição* entendida como atribuição que o individuo faz acerca dos resultados obtidos à sua capacidade, a auto-avaliação que se reposta a avaliação que o individuo faz quanto às

suas acções e resultados obtidos e *auto-eficácia* referida como um julgamento a respeito da própria capacidade, da adequação das habilidades e sua melhor utilização para solucionar problemas, conseguir determinado desempenho ou resultado). Também o Expectancy-Value Modelo of Human Motivation descrito por Feather que refere que o comportamento é racional e económico integra este modelo (PENDER [et al.], 2002; SAKRAIDA, 2002). Passamos, então a apresentar o referido modelo.

1.3 - MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

O Modelo de Promoção de Saúde surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os factores que influenciam os comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva os indivíduos que apresentam comportamentos produtores de saúde (PENDER [et al.], 2002; VICTOR [et al.], 2005). Foi revisto pela autora em 1996 passando a incluir a influência dos aspectos culturais na promoção de saúde (BROWNING [et al.], 2007). Trata-se de um modelo que pode ser adaptado a vários contextos de intervenção nomeadamente na área de saúde infantil e pediátrica (PENDER [et al.], 2002; SAKRAIDA, 2002; VICTOR [et al.], 2005; BROWNING [et al.], 2007) e que se apresenta esquematicamente na figura 1.

Figura 1- Modelo de Promoção de Saúde



Fonte: VICTOR [et al.], 2005.

Como se pode verificar pela figura o modelo é composto por três componentes principais: características, comportamento específico e resultado do comportamento e experiências individuais que se dividem em variáveis passíveis de serem trabalhadas (PENDER [et al.], 2002; VICTOR [et al.], 2005). Seguidamente descreve-se sumariamente cada uma das componentes e respectivas variáveis.

1.3.1 - Componentes do modelo de promoção de saúde

1.3.1.1 - *Características*

A primeira componente diz respeito às características e experiências individuais. Estas são únicas para cada pessoa e afectam de forma particular as acções subsequentes (PENDER [et al.], 2002). Esta componente contempla 2 variáveis: comportamento anterior e factores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais).

Relativamente ao comportamento anterior, este refere-se ao comportamento que deve ser mudado (VICTOR [et al.], 2005) e que pode ter efeitos directos ou indirectos sobre a probabilidade de ter comportamento de promoção de saúde (SAKRAIDA, 2002). PENDER [et al.] (2002) destacam ainda que os enfermeiros podem ajudar os clientes a terem comportamentos promotores de saúde focando os benefícios do mesmo, ensinando estratégias para ultrapassar dificuldades e fornecendo reforço positivo.

A variável factores pessoais refere-se a aspectos que são preditores de um dado comportamento e moldados pela natureza do comportamento alvo a ser considerado. A sua importância e relevância vai depender da natureza do comportamento alvo (PENDER [et al.], 2002). Divide-se em factores biológicos (idade, índice de massa corporal, agilidade, equilíbrio), psicológicos (auto-estima, auto motivação, estado de saúde percebido, definição de saúde) e socioculturais (raça, etnia, educação, nível socioeconómico) (VICTOR [et al.], 2005).

1.3.1.2 - *Comportamento específico*

A segunda componente do modelo é considerada a que apresenta maior significância motivacional. Contempla 6 variáveis (percebe benefícios para a acção, percebe barreiras para a acção, percebe auto eficácia, sentimentos em relação ao comportamento, influências interpessoais e sentimentos que influenciam) que constituem o “core” da intervenção dado que são modificáveis através de intervenções de enfermagem (PENDER [et al.], 2002; SAKRAIDA, 2002).

A primeira variável - percebe benefícios para acção refere-se às representações mentais positivas, que reforçam as consequências da adopção de um comportamento (VICTOR [et al.], 2005). Isto é, segundo a Expectancy Value Theory que suporta teoricamente este modelo, o individuo tende a investir tempo e recursos em actividades que apresentam a maior probabilidade de resultados satisfatórios e, 61% dos estudos que testaram o Modelo de Promoção de Saúde suportam a importância desta variável (PENDER [et al.], 2002).

A segunda variável refere-se às barreiras para a acção que podem ser antecipadas, imaginadas ou reais. Podem ser consideradas como percepções negativas sobre um comportamento e entendidas como dificuldades e custos pessoais (VICTOR [et al.], 2005). Dos estudos que testaram o modelo 79% apontam para a importância das barreiras para a acção como determinantes no comportamento promotor de saúde (PENDER [et al.], 2002).

A variável percebe auto eficácia diz respeito ao juízo das capacidades pessoais de organizar e executar acções (VICTOR [et al.], 2005). A auto eficácia percebida influencia as barreiras percebidas à acção de modo a que uma maior eficácia resulta em percepções reduzidas das barreiras ao desempenho comportamental (SAKRAIDA, 2002).

A variável sentimentos em relação ao comportamento reporta-se à reacção emocional directa ou uma resposta nivelada ao pensamento que pode ser positivo, negativo, agradável ou desagradável (VICTOR [et al.], 2005). Esta variável vai de encontro ao referido na Teoria Cognitiva Social, e defende que a resposta emocional e o seu estado fisiológico induzido durante o comportamento servem como fontes de informação eficiente (PENDER [et al.], 2002).

A variável influências interpessoais refere-se ao comportamento que pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, profissionais de saúde, ou por normas e modelos sociais. (VICTOR, [et al.], 2005). As fontes primárias de influências são as famílias, os pares e os prestadores de cuidados de saúde sendo ainda reconhecida a importância da cultura a este nível (PENDER [et al.], 2002; SAKRAIDA, 2002). O modelo de promoção da saúde propõe que as influências interpessoais afectam a adopção de comportamentos promotores de saúde de uma forma directa mas também indirecta através da pressão social e do compromisso para um plano de acção (PENDER [et al.], 2002).

A última variável desta componente diz respeito aos sentimentos que influenciam e reporta-se a influências situacionais como o ambiente que pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde (VICTOR [et al.], 2005).

1.3.1.3 - Resultados do comportamento e experiências individuais

A terceira componente compreende três variáveis: exigências imediatas (que inclui forças impositivas e forças potencializadoras), comportamento de promoção de saúde e compromisso com um plano de acção (SAKRAIDA, 2002).

Assim, a primeira variável - exigências imediatas - considera que as pessoas têm baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto as preferências pessoais exercem um elevado controle sob as acções de mudança de comportamento, por exemplo a escolha de um gelado ou uma maçã para o lanche (SAKRAIDA, 2002). Consideram-se então dois tipos de forças: impositivas e potencializadoras (VICTOR [et al.], 2005).

A segunda variável diz respeito ao comportamento de promoção de saúde e pode ser entendida como o resultado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde (VICTOR [et al.], 2005).

Por fim, a terceira variável - compromisso com o plano de acção – reporta-se às acções que possibilitam ao indivíduo manter-se no comportamento de promoção de saúde esperado, isto é, as intervenções de enfermagem (VICTOR [et al.], 2005).

Em suma, o modelo apresentado fornece aos enfermeiros uma perspectiva integrativa das variáveis que influem no comportamento promotor de saúde (PENDER [et al.], 2002).

Como já foi salientado para além das referências teóricas já apresentadas também utilizamos documentação em saúde infantil e pediatria para fundamentar o nosso percurso. Passamos então a apresentar sumariamente estes referenciais.

1.4 - DOCUMENTAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

O Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem foi publicado em 1996, Decreto-Lei n.161/96 de 4 de Setembro, e *“clarifica conceitos, procede à caracterização dos cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e define a responsabilidades, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais”*. Este documento destaca ainda a clara necessidade de habilitação específica para a atribuição dos títulos profissionais de enfermeiro e enfermeiro especialista estando para este último reservadas as intervenções em situações mais complexas. Por outro lado, define o alvo dos cuidados – seres humanos ao longo do ciclo vital e grupos sociais – e o objectivo – promoção da saúde e da capacidade funcional, prevenção e recuperação da doença. Mais tarde, em 1998 (Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril) foi criada a Ordem dos Enfermeiros que ao longo dos anos tem vindo a dar resposta ao seu desígnio fundamental referido no artigo 3º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros *“promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional”*. Neste sentido, os padrões da qualidade dos cuidados de enfermagem, publicado pela ordem dos enfermeiros destaca a promoção da saúde referindo que

*“são elementos importantes face à **promoção da saúde**, entre outros: a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade; a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; a promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente”* (ORDEM ENFERMEIROS, 2001, p.12).

No que concerne à área de especialidade de saúde infantil e pediatria, VIEIRA (2009) destaca que o número de enfermeiros especialistas é manifestamente reduzido para as necessidades considerando que o alvo de atenção são crianças desde o nascimento aos 18 anos. A mesma autora refere ainda que se espera que estes profissionais possam ter um papel activo, como

acontece em outros países, ao nível da educação para a saúde e promoção de comportamentos saudáveis.

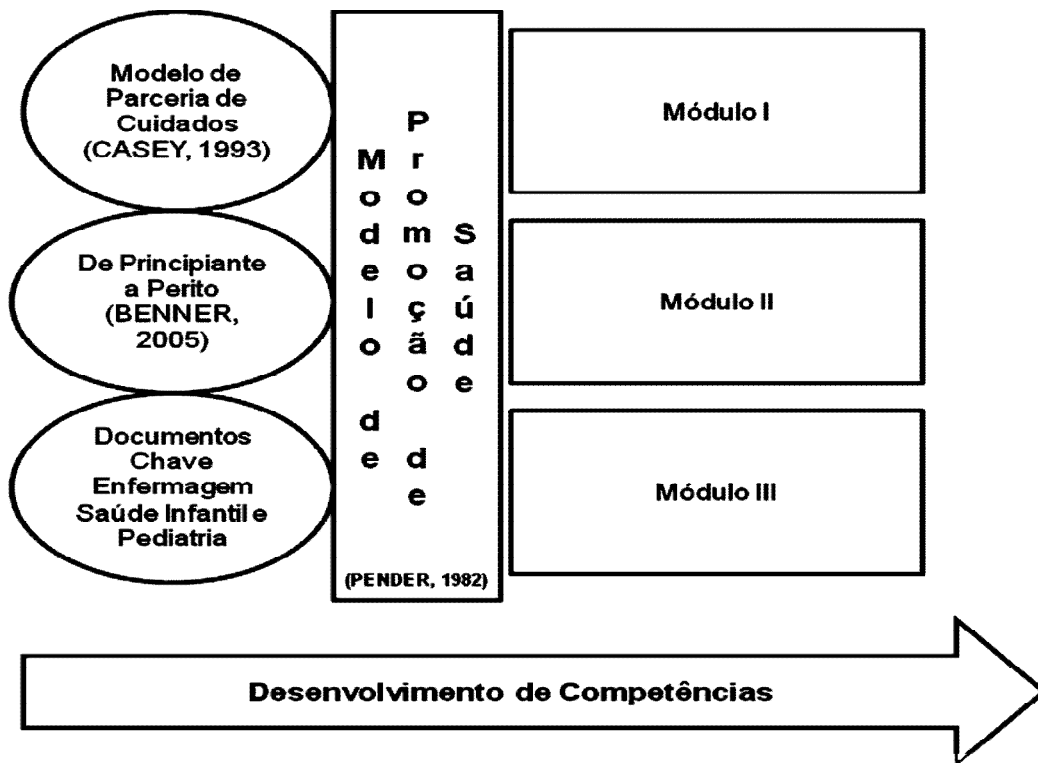
Em 2009 a Ordem dos Enfermeiros publica o “Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem” enquanto instrumento no processo de construção do Modelo de Desenvolvimento Profissional e que vem propor um perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista destacando que *“o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas em todos os níveis de prevenção”* (ORDEM ENFERMEIROS, 2009, p. 10). No que concerne à especialidade de saúde infantil e pediatria esta é *“dirigida aos projectos de saúde da criança e do jovem a vivenciar processos de saúde/doença com vista à **promoção de saúde**, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida”* (Idem, p.7).

A criança na sociedade actual tem hoje um vasto leque de direitos fundamentais. Sendo, em Portugal, o quadro legal de defesa da criança de grande relevo: a Convenção dos Direitos da Criança; as Declarações de princípios internacionais (emitidos pela ONU e Conselho da Europa); a Constituição da República Portuguesa (1999) em que nomeadamente no artigo 24º respeita a inviolabilidade do direito à vida e no artigo 68º consagra o direito de paternidade e maternidade e ainda outra legislação (SILVA [et al.], 2004). A carta da criança hospitalizada resume e reafirma os direitos das crianças internadas referindo no 8º direito que *“a equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família”* (EUROPEAN ASSOCIATION FOR CHILDREN IN HOSPITAL, 1988, p. 13).

Na articulação dos diferentes construtos, modelos e documentos expostos encontrámos suporte teórico para o desenvolvimento das competências de enfermeiros especialista e que no decorrer dos próximos capítulos explicitamos melhor.

Em síntese, podemos sumarizar os diferentes contributos teóricos já expostos e que nos orientaram neste percurso na Figura 2.

Figura 2 – Síntese das influências teóricas norteadoras do percurso de estágio.



Temos noção, no entanto, que a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender na teoria (BENNER, 2005).

No capítulo seguinte apresentamos os diferentes módulos que integram a unidade curricular assim como os objectivos e actividades desenvolvidas perspectivando o desenvolvimento de competências na visada área de especialização.

2 - UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO

A unidade curricular integra, como já foi referido, três módulos distintos: módulo I – cuidados de saúde primários, módulo II – serviços de internamento de pediatria e módulo III – unidade de urgência pediátrica / neonatologia com uma carga horária total de 750 horas correspondendo no seu total a 30 European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS). Faz parte integrante do curso de mestrado e ocorre em contexto de prática. Pretende complementar a formação teórica dando oportunidade ao aluno de contactar com múltiplas realidades de assistência à criança. Atendendo ao percurso e experiência profissional que detemos e às competências definidas pela OE para o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria a atingir (Quadro 1), definimos como objectivos gerais do estágio transversais a todos os locais:

- (1) Desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica com vista à prestação de cuidados especializados à criança / família nos distintos contextos de intervenção;
- (2) Integrar a promoção de saúde nos cuidados de enfermagem à criança e família nos vários locais de assistência com vista à maximização da saúde e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Face ao exposto, apresentamos os diferentes módulos que compõem a unidade curricular. Iniciamos com o motivo da escolha dos diferentes locais de estágio, apresentamos em seguida o diagnóstico de situação, efectuada na fase inicial de estágio, que inclui a caracterização sumária dos locais no que se refere há organização mas também em relação às práticas de enfermagem no âmbito da promoção de saúde. Expomos em seguida a os objectivos definidos e actividades desenvolvidas atendendo quer às necessidades formativas pessoais quer às particularidades específicas de cada contexto. Finalizamos com uma síntese do percurso da unidade identificando os aspectos mais relevantes no seu decorrer.

2.1 - MÓDULO I- A PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ASSISTÊNCIA À CRIANÇA EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O primeiro módulo decorreu em dois locais distintos: Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) e Centro de Saúde da Amora.

2.1.1 - Centro de desenvolvimento da criança

O contacto com este local de assistência à criança, decorreu nos dias 21, 22 e 23 de Abril de 2010 e utilizou-se como estratégia a observação informal atendendo ao curto espaço de tempo estipulado para este local. Passamos seguidamente a apresentar o percurso de estágio.

2.1.1.1 - *Diagnóstico de situação*

A escolha deste centro, enquanto local de estágio, relaciona-se com a sua natureza assistencial mas também com a área de abrangência. Recebe crianças e jovens residentes na área de influência do Hospital Garcia de Orta (concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra) com patologias neurológicas e do desenvolvimento. Neste sentido, considerámos uma mais valia a oportunidade de contactar com crianças assistidas nos diferentes locais (dado que os campos de estágio seguintes têm também uma abrangência similar), compreendendo o circuito e contingências inerentes ao mesmo. O CDC é, ainda, um recurso da comunidade que assiste crianças em situação de especial complexidade pelo que a oportunidade de contactar com o mesmo permite o desenvolvimento de competências nesta área.

O tipo de trabalho desenvolvido nos diferentes locais relaciona-se directamente com as condições físicas que o mesmo oferece pelo que consideramos pertinente incluir a caracterização breve e sumária da estrutura física dos locais onde a Unidade Curricular decorreu.

Assim, do ponto de vista orgânico, o CDC localiza-se no Hospital Garcia de Orta dentro do recinto da instituição. Tem como missão: *constituir um centro multiprofissional para atendimento de crianças com Problemas Neurológicos e do Desenvolvimento, integrado numa Unidade Hospitalar do Sistema Nacional de Saúde*. Funciona em edifício independente construído de base para o efeito no ano de 2007. Tem também, uma equipa própria assim como apoio de profissionais externos. A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros (1 especialista e 2 generalistas), pediatras (desenvolvimento, neuropediatria), terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, assistente social, psicóloga, médico de medicina física e reabilitação, assistentes operacionais e administrativas. No que concerne aos cuidados de enfermagem, a sua área de actuação insere-se na promoção na criança, jovem e família, de um nível máximo de adaptação à sua situação de saúde, numa perspectiva de ajuda, através da avaliação dos seus problemas, da definição dos resultados a atingir e do planeamento de intervenções pertinentes. Esta intervenção visa ajudá-los a ultrapassar a crise, a viver com as alterações decorrentes do diagnóstico, da terapêutica instituída e a alcançar a autonomia possível no seu auto cuidado. Para além desta equipa existem ainda outros profissionais que se deslocam do edifício principal para as instalações do centro: neonatologistas, nefrologistas e neurocirurgiões.

Do ponto de vista estrutural o CDC dispõe de vários gabinetes para realização de consultas que são utilizados por todos os profissionais numa óptica de maior rentabilização de recursos sendo que todos se encontram equipados com secretária, cadeiras, marquesa, computador e material didáctico (brinquedos, canetas, livros). Existe ainda uma sala de tratamentos que dispõe de material para realização de procedimentos (avaliação estatoponderal, entubação nasogástrica, administração de terapêutica, colheita de produtos biológicos, esvaziamento vesical, algaliação entre outros). Há salas com material específico que são utilizadas por profissionais também específicos como o ginásio e a sala de tecnologias. Têm também um

espaço físico que dispõe apenas de cadeira e mesa (para reduzir a estimulação) e encontra-se rodeada de vidros fumados que permitem a observação do comportamento / interação da criança e família.

No que se refere às práticas de promoção de saúde como já foi referido no objectivo dos cuidados de enfermagem deste centro, esta é uma área central. De facto, verificou-se, por observação informal que as práticas de promoção de saúde são uma constante. Ocorrem sobretudo durante as consultas de enfermagem, no contacto directo com as crianças/famílias mas também na planificação dos cuidados a prestar.

Desta forma consideramos que os objectivos inicialmente propostos para este centro, na fase de projecto, se encontravam adaptados ao local como passamos seguidamente a expor.

2.1.1.2 - *Objectivos e actividades*

Face ao exposto estabelecemos como **objectivo específico** para dar resposta ao primeiro objectivo geral:

- (1) Compreender os cuidados de enfermagem prestados à criança / família no centro de desenvolvimento da criança.

Este objectivo orienta-se para a aquisição de competências na área de enfermagem de saúde infantil e pediatria enquanto finalidade central à frequência do mestrado. Para a sua consecução foram efectuadas as seguintes **actividades**: (a) observação participada no âmbito da prestação de cuidados pelo enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria; (b) observação da articulação existente entre o enfermeiro especialista e restante equipa no contexto de intervenção; (c) compreensão da articulação existente entre o serviço e outras unidades de apoio à criança / família;

Foi-nos possível assistir, quer a consultas de enfermagem em diversas áreas (neonatologia, hiperactividade e espinha bífida entre outras) quer a procedimentos específicos (colheitas de sangue, entubações etc.). Ficou patente a importância do planeamento das intervenções e consultas assim como os aspectos organizacionais dada a necessidade de conjugar vários projectos e actividades em curso.

Na equipa de saúde a enfermeira especialista assume o papel de líder e referência, quer entre os enfermeiros, quer na equipa multidisciplinar sendo reconhecida como elemento fulcral na gestão dos cuidados. Neste domínio, as competências “*gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional*” e “*adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados*” (ORDEM ENFERMEIROS, 2009) foram competências cuja operacionalização prática nos foi possível observar e compreender.

No que diz respeito à articulação existente, atendendo às características do centro e à missão, já referenciada, este foi também um local de estágio rico. Apesar do limite temporal em

que ocorreu assistimos a diversos momentos de contactos entre entidades, como por exemplo centros de saúde, escolas primárias, associações entre outras. No domínio da prestação de cuidados especializados em saúde infantil e pediatria a competência “*cuida da criança / jovem e família nas situações de especial complexidade*” (ORDEM ENFERMEIROS, 2009) tem especial enfoque neste centro. A necessidade de acompanhamento clínico especializado em diversas áreas, articulação com organismos de cariz social e recreativo (como por exemplo jardins de infância e associações) com o objectivo de maximizar a saúde da criança ultrapassando as dificuldades inerentes ao seu contexto são uma realidade no dia-a-dia deste local de assistência.

Da reflexão acerca dos três dias de estágio, destacamos o ambiente de trabalho *saudável* quer entre a equipa de enfermagem quer na equipa mais alargada com uma organização e planeamento de tempo bem delineados. Foi notória a competência relacional da enfermeira especialista enquanto promotora do ambiente salutogénico mas também enquanto detentora de conhecimentos na área da pediatria. WALDOW (2009, p.183) refere que “*as competências são capacidades que se apoiam em conhecimento*” e neste sentido, o conhecimento é essencial para o desenvolvimento das competências. Salientamos ainda a existência de projectos inovadores interdisciplinares que têm por base a partilha entre os diversos profissionais centrados nas necessidades quer dos utentes quer dos profissionais que compõem a equipa.

Face à área temática que nos norteou neste percurso, e ao diagnóstico de situação já referido, estabelecemos ainda como **objectivo específico**, para dar resposta ao segundo objectivo geral:

- (2) Identificar as intervenções / estratégias de promoção de saúde adoptadas pela equipa de saúde.

Para tal operacionalizamos as seguintes actividades: (a) observação informal das consultas de enfermagem; (b) questionamento junto dos enfermeiros acerca das estratégias de promoção de saúde utilizadas. Atendendo ao limite temporal do estágio foram definidas actividades simples mas que considerámos adequadas e exequíveis. Embora se trate de uma unidade que efectua cuidados muito específicos foi-nos possível identificar várias estratégias de promoção de saúde entre as quais destacamos:

- Articulação com recursos da comunidade e locais de assistência à criança assegurando o cumprimento do programa tipo de actuação de saúde infantil e juvenil com as respectivas adaptações à situação clínica da criança. O acompanhamento da criança inclui planificação de intervenções multidisciplinares adaptadas às necessidades e recursos de cada criança/família. Neste sentido, observou-se articulação, sobretudo por contacto telefónico, com centros de saúde, jardins-de-infância, escolas primárias no sentido de instituir as medidas necessárias para o cumprimento do programa e que incluíam por exemplo assegurar o transporte da criança entre a escola e o centro de saúde em dia de consulta;

- Avaliação estatoponderal das crianças durante consultas atendendo ao programa-tipo de actuação em saúde infantil e juvenil (DIRECÇÃO GERAL SAÚDE, 2005);
- Realização de ensinios individuais face ao cumprimento das 14 necessidades básicas que compreendem os componentes dos cuidados de enfermagem, segundo a filosofia de Virginia Henderson (TOMEY, 2002);
- Partilha e discussão de experiências quer entre a equipa de enfermagem quer na equipa multidisciplinar com vista a uma assistência mais adequada e adaptada;
- Promoção de projectos inovadores assentes na melhoria de cuidados.

Verificamos uma boa articulação de recursos (utilização dos mesmos instrumentos de registo, agendamento de reuniões periódicas para discussão de casos) assim como um esforço de toda a equipa em tentar contabilizar os cuidados de enfermagem para dar visibilidade ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros. Presenciámos discussão de situações entre os elementos e aferição da linguagem, registos, questões colocadas até porque existem enfermeiros com diferentes tempos de experiência.

Foi visível que a enfermeira especialista funciona com referência para a equipa. Verificamos a existência de espaços para reflexão assim como planificação de intervenções dirigidas à própria equipa. Há facilidade de comunicação e acesso entre os profissionais pois o facto de não existir um espaço físico de cada um, mas um espaço físico que é de todos é promotor deste processo comunicacional. Do ponto de vista da promoção da saúde, tema central a este projecto de estágio, verificamos que o ensino efectuado é predominantemente individual (com utilização de suporte informacional /panfletos em relação a EMLA® e estudo urodinâmico) e adaptado a cada caso particular. É efectuado durante a consulta de enfermagem no espaço físico do gabinete e centrado nos marcos de crescimento infantil (sobretudo na consulta de neonatologia) e nas necessidades individuais das crianças (procedimentos, preparação para exames). É o enfermeiro que assume a iniciativa embora os pais / cuidadores coloquem questões. As temáticas abordadas para além das já referidas podem incluir também doenças infantis, prevenção de acidentes e tópicos gerais de saúde. Verificamos também utilização de uma metodologia expositiva e interrogativa não existindo registo informático dos mesmos ou uma uniformização dos ensinios efectuados.

Foram efectuadas todas as actividades planeadas e consideramos que os objectivos específicos foram atingidos. Enquanto etapa de avaliação das actividades realizadas foi elaborado um documento que sintetiza a informação colhida mas sobretudo a reflexão em torno da assistência de saúde, com enfoque na enfermagem, disponível neste centro (ver anexo I). SANTOS [et al.] (2004, p.59) referem que *“a prática reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas”*, pelo que considerámos ser uma estratégia adequada ao contexto.

Segue-se a apresentação do local de estágio que deu continuidade ao módulo I da unidade curricular.

2.1.2 - Centro de saúde da Amora

2.1.2.1 - *Diagnóstico de situação*

A escolha do centro de saúde da Amora enquanto local de estágio prendeu-se com a sua área de abrangência, articulação com o local de estágio anterior (CDC) mas também por se tratar de um centro que dispõe de Unidade de Saúde Familiar e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados sendo, por isso, um local vasto em experiências de aprendizagem. Por outro lado, considerámos ainda ser um local adequado aos objectivos inicialmente traçados assim como á implementação do projecto de estágio.

Do ponto de vista orgânico, o centro de saúde da Amora encontra-se integrado no Agrupamento de Centros de Saúde II da Península de Setúbal e integra Seixal e Sesimbra. Tem como missão *“garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população (...) procurando manter os princípios de equidade e solidariedade, de molde a que todos os grupos populacionais partilhem igualmente dos avanços científicos e tecnológicos, postos ao serviço da saúde e do bem-estar”* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p.1). Cada Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) dispõe de direcção executiva, unidade de apoio à gestão e conselho clínico (constituído por médico, enfermeira, médico de saúde pública e assistente social). Funciona, desde Junho de 2001, em edifício próprio independente de 3 pisos. No piso 0 situam-se os serviços de apoio (aprovisionamento, armazém, cacifos, esterilização) e o Serviço de Atendimento Permanente que funciona das 8 às 0h todos os dias. O piso 1 contempla as actividades clínicas, onde se situam os gabinetes médicos e de enfermagem de apoio à Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP) e à Unidade de Saúde Familiar. No piso 2 localizam-se os serviços administrativos, sala de reuniões e bar do pessoal. A consulta de saúde infantil funciona todos os dias existindo o apoio de uma pediatra três vezes por semana (2ª, 4ª e 5ª). Previamente à consulta médica é realizada a consulta de enfermagem que contempla para além da avaliação estatoponderal, a promoção de cuidados antecipatórios com base no programa tipo instituído pela DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2005) e em documentação própria do centro de saúde. Existe um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria que é responsável pela consulta de saúde infantil, pela vacinação, saúde escolar e intervém ainda na comissão de protecção de menores e no grupo de intervenção precoce. O estágio decorreu na UCSP onde o enfermeiro responsável pela orientação exerce funções.

No que se refere às práticas de promoção de saúde, verificamos quer por questionamento directo junto da equipa de enfermagem quer por observação informal inicial das práticas que se trata de um local onde as intervenções de promoção de saúde são uma constante. Surge inerente à missão, já referenciada mas também por mobilização da equipa neste sentido. Verificamos que para as consultas de saúde infantil existem formulários de registo próprios adaptados a cada faixa etária e suportes formativos para uma panóplia de temáticas (alimentação, acidentes, diagnóstico precoce entre outros). A equipa mantém um registo informático cuidados de enfermagem mas que não especifica as intervenções, isto é, registam

por exemplo o número de consultas de enfermagem de saúde infantil mas não o tipo de cuidados que são desenvolvidos nas mesmas. Não existe modelo conceptual que dê suporte às intervenções sendo as mesmas baseadas no programa tipo de saúde infantil e juvenil.

A apresentação do projecto de estágio ocorreu na primeira semana tendo sido aceite e negociado na articulação entre as necessidades pessoais de aprendizagem e as características do contexto. Considerámos que os objectivos delineados na fase de projecto, se encontravam adequados havendo necessidade de reestruturar algumas das actividades que passamos a apresentar.

2.1.2.2 - *Objectivos específicos e actividades desenvolvidas*

O estágio teve uma duração de 8 semanas correspondentes a 180 horas e, decorreu entre 26 de Abril e 18 de Junho de 2010. Estabeleceu-se como primeiro **objectivo específico**:

- (1) Desenvolver competências no âmbito dos cuidados de enfermagem ao nível dos cuidados de saúde primários integrados no programa de saúde infantil e juvenil;

Para a consecução do **primeiro objectivo específico**, no âmbito do primeiro objectivo geral, foram implementadas as seguintes actividades ao longo da 1ª e 2ª semana: (a) integração na equipa do centro de saúde; (b) divulgação do projecto de estágio junto da equipa.

Integrar define-se, segundo o DICIONÁRIO DA LINGUA PORTUGUESA (2009) como “*tornar inteiro, completar*”. Neste sentido o processo de integração é uma etapa essencial a um percurso completo. Foi possível conhecer as instalações, a dinâmica orgânica e funcional assim como os diferentes intervenientes. Simultaneamente divulgámos o projecto de estágio junto da equipa de enfermagem e procurámos encontrar estratégias exequíveis e adaptadas ao contexto que explicitaremos em seguida.

A partir da 2ª semana e até à 8ª semana de estágio desenvolveram-se outras actividades nomeadamente: (c) colaboração nas actividades de vigilância de saúde infantil; (d) observação da prestação de cuidados do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica; (e) compreensão do papel do enfermeiro especialista na equipa de saúde.

Durante o estágio foram efectuadas consultas de saúde infantil de acordo com o preconizado no programa-tipo de actuação em saúde infantil e juvenil (DIRECÇÃO GERAL SAÚDE, 2005) mas também com a documentação própria do centro. No planeamento desta actividade programou-se a realização de 10 consultas mas este número foi largamente ultrapassado atendendo às características do centro de saúde. Permitiu a mobilização de conhecimento na área do desenvolvimento infantil adquiridas ao longo da experiência profissional em pediatria mas também na componente lectiva do mestrado que agora findamos. PAPALIA [et al] (2001) referem que as crianças ajudam a moldar o seu desenvolvimento e influenciam as respostas que recebem dos outros. Neste sentido foi importante a interacção não só com as crianças mas também com os pais pois sabemos que estes exercem uma influência determinante nos

comportamentos dos seus filhos. Por outro lado, as mesmas autoras referem ainda que o desenvolvimento na infância está relacionado com o desenvolvimento ao longo na vida. Sabe-se hoje o impacto da detecção precoce de alterações na qualidade de vida da criança o que vem reforçar a importância das actividades de vigilância de saúde infantil.

O acolhimento à criança/ família, a colheita de dados sistematizada, a observação física com avaliação de dados estatoponderais, a explicação das diferentes etapas de crescimento e desenvolvimento e o esclarecimento de questões colocadas pelos prestadores de cuidados durante a consulta de enfermagem foram algumas das intervenções desenvolvidas. Implicou um trabalho de mobilização do saber mas também do saber estar para um contexto diferente. Foram colocadas em marcha, operações mentais complexas, suportadas por esquemas de pensamento de forma a escolher e, realizar uma acção adaptada à situação que é por si só, a definição do exercício da competência (PERRENOU, 1999; ORDEM ENFERMEIROS, 2009). Neste sentido esta actividade permitiu desenvolver, no domínio da prestação de cuidados especializados, a competência *“presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”* (ORDEM ENFERMEIROS, 2009). Durante o decorrer das consultas, foram identificadas situações de doença comuns mobilizando para isso conhecimentos já adquiridos pois como refere LE BOTERF (2003) a competência é saber mobilizar os seus recursos, conhecimentos e capacidades perante uma situação concreta.

Colaboramos nas actividades de vacinação, área complexa e pouco desenvolvida no nosso percurso profissional, o que implicou um investimento nesta temática através de pesquisa bibliográfica, sistematização de informação e observação da actuação de enfermagem. A DIRECÇÃO GERAL SAÚDE (2006) refere que compete aos profissionais de saúde divulgar o programa nacional de vacinação, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas susceptíveis. PENDER [et al.] (2002) no modelo de promoção de saúde referem que os profissionais de saúde, onde os enfermeiros se incluem, constituem parte do ambiente interpessoal que exerce influência sobre as pessoas ao longo do ciclo vital. Neste sentido é importante motivar, esclarecer e incentivar a criança/ família no cumprimento do plano nacional de vacinação. Efectuamos também a transposição para a prática quotidiana através da integração destes conhecimentos pois, a consulta e verificação da actualização do plano nacional de vacinação passou a constituir parte integrante do desempenho profissional actual utilizando como recurso uma tabela construída no decorrer deste módulo.

A saúde escolar foi outra área pouco trabalhada por nós no percurso profissional pelo que a este nível foi possível compreender a estruturação de actividades e o planeamento. O Programa Nacional de Saúde Escolar (DIRECÇÃO GERAL SAÚDE, 2006) implica a efectivação de estratégias que se inscrevem na área da melhoria da saúde das crianças e dos jovens e da restante comunidade educativa, com propostas de actividades assentes em dois eixos: a vigilância e protecção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde. Neste Centro de Saúde a saúde escolar está pouco desenvolvida no que concerne aos cuidados de enfermagem. Tem um modo de funcionamento

reactivo, dando resposta aos pedidos efectuados, por exemplo no âmbito da formação. Neste contexto, assistimos a uma acção de formação acerca de alimentação saudável num jardim infantil e colaborámos na realização de uma acção de formação acerca de cuidados infantis (ver anexo II) que foi solicitada por docentes da escola directamente ao centro de saúde. O planeamento, implementação e avaliação da acção de forma sistematizada foram enriquecedores pois como referem VALENTE [et al.] (2009, p.1) para que “o *conhecimento gere competências, é necessário que os saberes sejam mobilizados através de esquemas de acção, decorrentes de esquemas de percepção, avaliação e decisão, desenvolvidos na prática*”. As actividades desenvolvidas neste âmbito contribuíram para a articulação com recursos da comunidade, desenvolvimento do programa de saúde escolar e facilitação na aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/família pelo que consideramos ter desenvolvido a competência “*assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde*” (ORDEM ENFERMEIROS, 2009).

O papel do enfermeiro especialista na equipa foi mais uma vez evidente pois assumia claramente relevância nos diferentes domínios. No que concerne ao domínio da gestão dos cuidados, o seu papel na equipa, enquanto elemento de referência, foi motivador de reflexão. VALENTE [et al.] (2009) referem que reflectir a prática é praticar a reflexividade, ou seja, dinamizar a vivência através de um processo criador. Enquanto estratégia de avaliação, das actividades implementadas, elaborámos um documento suportado na reflexão crítica acerca do papel do enfermeiro especialista na equipa de saúde (ver anexo III).

Na partilha de experiências com a equipa de enfermagem, foi visível a preocupação na adopção de estratégias mais adequadas nos diferentes domínios de actuação. Neste sentido, detectamos a existência, na sala de vacinação, de um kit de anafilaxia cuja verificação e manutenção não era efectuada de forma sistematizada. A instituição de normas e procedimento de verificação é uma realidade na nossa prática profissional inerente à implementação de um programa de qualidade. Assim e, mobilizando saberes já adquiridos e que aplicamos a esta nova realidade, elaboramos uma norma de procedimento utilizando um formato já existente no centro de saúde (ver anexo IV). Esta actividade permitiu o desenvolvimento, no domínio da gestão da qualidade, da competência “*concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade*” (ORDEM ENFERMEIROS, 2009). Atendendo aos aspectos já mencionados no diagnóstico de situação mas também à área central do projecto, estabelecemos como segundo **objectivo específico**:

- (2) Desenvolver intervenções na área da promoção de saúde, ao nível dos cuidados de saúde primários, junto da criança / família.

Entre a 2ª e a 5ª semana foi implementada a seguinte actividade: (a) identificação das estratégias utilizadas pelos enfermeiros na área da promoção de saúde;

Na sociedade actual o modelo de cuidados de saúde dominante é o do autocuidado incentivando o indivíduo e a família a desempenhar um papel activo no âmbito da saúde

(PENDER [et al], 2002). Por outro lado, o estilo parental e o ambiente familiar podem encorajar ou não comportamentos promotores de saúde (idem) o que reforça a importância de investir a este nível. Foi perceptível que as actividades na área de promoção de saúde ocorriam sobretudo durante a consulta de enfermagem de saúde infantil e pediatria. Esta é uma área difícil pois como refere PEDREIRA (2009) a assistência à saúde caracteriza-se como uma das mais complexas e dinâmicas actividades realizadas por seres humanos. Neste sentido e, mobilizando saberes já adquiridos na área de investigação pela frequência de um mestrado em ciências da educação, procedeu-se à caracterização das consultas de enfermagem utilizando uma metodologia científica de natureza descritiva. Com o objectivo de identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros durante a consulta de enfermagem de saúde infantil utilizamos para tal a técnica de observação participada. CARMO [et al.] (1998, p.97) referem que observar é *“seleccionar informação pertinente através dos órgãos sensoriais e com recurso à teoria e metodologia científica a fim de poder descrever, interpretar (...) sobre a realidade...”*. Sendo participada quando *“se assume explicitamente o seu papel junto da população observada”* (Idem, p.107). Foi construída uma grelha de observação com base na pesquisa bibliográfica efectuada. A observação decorreu no período entre 3 e 28 Maio de 2010 e foram observadas um total de 31 consultas de enfermagem (n=31). Os dados foram introduzidos numa tabela em formato Microsoft Office – Excel® e sujeitos a tratamento estatístico descritivo. Esta etapa foi essencial pois permitiu direccionar as actividades a desenvolver. Os resultados obtidos mostram que 87% (n=27) das observações ocorreram em crianças com idade inferior a 2 anos sendo os temas mais abordados a alimentação (97%; n=30), a segurança (94%; n=29) e o crescimento e desenvolvimento infantil (90%; n=28). Os temas menos abordados foram a adaptação social (19%; n=6), as doenças (19%; n=6) e o afecto (23%; n=7) havendo uma utilização predominante de metodologia expositiva (100%; n=31). Verifica-se ainda pouca utilização de suporte informacional (61%; n=19 não utiliza) e que a maioria dos prestadores coloca questões (77%; n=24) existindo reduzido registo da interacção prestador/criança (58%; n=18 não regista) com dispêndio médio de 23 minutos por consulta.

Como destaca BOTELHO (2010, p.1) *“a complexidade das situações clínicas faz apelo a profissionais de enfermagem capazes de usar de forma conscienciosa e prudente a melhor evidência na tomada de decisão”*. Estas actividades enquadram-se na unidade de competência *“suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialidade”* pelo que consideramos ter desenvolvido a competência *“baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”* (ORDEM ENFERMEIROS, 2009).

Na 7ª e 8ª semana de estágio, e dando continuidade ao trabalho já desenvolvido, foram implementadas as seguintes actividades: (b) construção de manual de promoção de saúde; (c) construção de um kit de promoção de saúde; (d) apresentação dos resultados à equipa.

Face a estes resultados foram propostas estratégias de melhoria da prestação de cuidados e que incluíram a construção de um kit de promoção de saúde com objectos de apoio aos ensinamentos de enfermagem enquanto fomentador da utilização de outras metodologias para além da expositiva. No entanto, consideramos pertinente atender à moldura teórica destas

actividades pois como refere SILVA (2007, p.14) *“o exercício profissional dos enfermeiros tem vindo a evoluir de uma lógica inicial essencialmente executiva, aplicando o conhecimento de disciplinas do domínio das ciências da saúde, para uma lógica progressivamente mais conceptual usando o conhecimento da disciplina que é criado e representado a partir da investigação e da teoria de enfermagem”*. Nesta linha de pensamento, enquadrámos as intervenções no modelo de promoção de saúde quer enquanto intervenções individuais quer por adaptação da totalidade do modelo a uma faixa etária específica: o recém-nascido utilizando para tal a revisão bibliográfica na área e um exemplo prático através de um estudo de caso. Este consiste numa investigação aprofundada, neste caso de um recém-nascido e família e revela-se útil para investigar uma teoria (FORTIN, 2003) sendo os dados colhidos durante a realização de a consulta de enfermagem. Enquanto estratégia de sistematização optámos por construir um manual de promoção de saúde que integrou todo o trabalho desenvolvido (ver anexo V). A descrição das intervenções de enfermagem tendo por base uma metodologia científica permitiu propor e implementar intervenções adaptadas. A este propósito GONÇALVES [et al] (2005, p. 177) refere que a *“construção do plano pessoal”* num contexto formativo sustenta-se numa *“lógica profissional edificada em torno da melhoria da qualidade dos cuidados que presta”* pelo que consideramos que as actividades desenvolvidas no contexto de estágio foram promotoras de cuidados de maior qualidade. Estas intervenções permitiram-nos aprimorar o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais pelo diagnóstico de situação, pela identificação de lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. Consideramos ainda, ter contribuído para conhecimento novo e prática clínica especializada rentabilizando oportunidades de aprendizagem.

A divulgação dos resultados obtidos e intervenções sugeridas junto da equipa ocorreu em contexto de formação em serviço. Elaboramos para o efeito convites que foram entregues pessoalmente a cada enfermeiro da equipa assim como poster alusivo à formação (ver anexo VI). Foi apresentado em suporte informático (ver anexo VII) e para avaliação da sessão recorreu-se a discussão e reflexão conjunta de onde foi possível destacar a importância dos resultados na melhoria das práticas.

Uma vez que foi elaborado um estudo promoveu-se a divulgação do mesmo, mediante a participação num encontro de enfermagem, quer por apresentação da grelha de observação usada em formato de poster (ver anexo VIII) quer por publicação do estudo, foi enviado para uma revista e encontra-se em avaliação pela mesma (ver anexo IX). A divulgação dos resultados inerentes a estes percursos de aprendizagem são uma mais-valia por como refere VILELAS (2011, p.1) *“na actual conjuntura da ciência, a publicação em revistas científicas revela credibilidade, certifica a qualidade da ciência, contribui substantivamente para a construção de carreiras académicas”*. Pelo mencionado consideramos que estas actividades permitiram o desenvolvimento da competência *“baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”* (ORDEM ENFERMEIROS, 2009).

Em síntese (módulo I), consideramos ter atingido os objectivos específicos a que nos propusemos, para este módulo, em articulação com o aprimorar de competências na área de especialidade. Das actividades desenvolvidas destacamos o estudo efectuado ao nível das consultas de enfermagem que permitiu caracterizar de uma forma pormenorizada as práticas de enfermagem e consequente instituição de intervenções adequadas. No plano pessoal, este trabalho foi uma mais valia na medida em que permitiu o aprimorar de competências na visada área de especialidade mas também a divulgação do mesmo quer em evento científico quer por proposta de publicação.

Seguidamente passamos a apresentar o módulo II que deu continuidade à unidade curricular.

2.2 - MÓDULO II – A INTEGRAÇÃO NA PROMOÇÃO DE SAÚDE NUM SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

O módulo II teve de igual modo, uma carga horária de 180 horas distribuídas ao longo de 8 semanas. Decorreu entre 27 de Setembro e 19 de Novembro de 2010 no serviço de internamento de pediatria do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E - Hospital de São Bernardo Instituição familiar por ser o local de trabalho da discente (no serviço de urgência pediátrica).

2.2.1 - Diagnóstico de situação

A escolha deste local de estágio prendeu-se com as suas características. Articula-se com o local onde exercemos funções (Urgência Pediátrica) mas também com o serviço que dá continuidade à unidade curricular (Unidade de Cuidados Especiais Neonatais). Consideramos que este facto nos dá oportunidade de compreender o circuito da criança na instituição, compreender a articulação entre serviços e é facilitador do processo de integração e implementação de actividades. Por outro lado, o facto do serviço se situar na instituição onde exercemos funções permite-nos manter o projecto para além dos limites temporais do mestrado que agora findamos o que representou, no nosso entender, um estímulo acrescido.

Do ponto de vista orgânico, o serviço de internamento de pediatria funciona no 5º piso do edifício novo do Hospital de São Bernardo tem como missão “*promoção da saúde de todas as crianças, prestando cuidados médicos especializados com respeito pelas suas particularidades ao mesmo tempo que procura estimular o desenvolvimento de todos os seus profissionais*”.

Dispõe de 19 camas e admite crianças entre 0 e 14 anos, a partir desta idade o internamento ocorre de acordo com a situação clínica. Está a decorrer a implementação de um projecto, promovido pelo enfermeiro chefe do serviço, que visa o alargamento da idade para os 19 anos. A equipa de saúde é constituída por 22 médicos pediatras, 18 enfermeiros, 11 assistentes operacionais, 1 secretária, 1 psicóloga e 2 educadoras de infância. Existe ainda, 1 assistente social da área de pediatria. A equipa de enfermagem é constituída por 1 enfermeiros chefe, 1 enfermeira especialista e 16 enfermeiros generalistas. O serviço integra três áreas distintas:

pediatria médica, pediatria cirúrgica e hospital de dia das quais a primeira é a mais representativa.

No que se refere às práticas de promoção de saúde, por questionamento directo à equipe de enfermagem e por observação informal verificamos que decorrem inerente ao papel do enfermeiro sendo contudo pouco valorizadas à semelhança do que verificamos na literatura da área (CARVALHO, 2007; LOUREIRO, 2009; ARAÚJO, 2006). A equipa procura maximizar as oportunidades para efectivar intervenções de promoção de saúde mas não existem dados objectivos e sistematizados que permitam caracterizar as intervenções de enfermagem. Verificamos, no entanto, preocupação com esta temática e procura por parte da equipa em melhorar a prestação de cuidados.

Face ao exposto consideramos que os objectivos inicialmente formulados se adequavam ao contexto havendo necessidade de reestruturar algumas das actividades como seguidamente explicamos.

2.2.2 - Objectivos específicos e actividades desenvolvidas

Para este módulo estipulamos como primeiro **objectivo específico** (ver anexo I):

- (1) Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/ família em situação de doença / cirurgia programada;

Para atingir este objectivo (no âmbito do primeiro objectivo geral) foram implementadas as seguintes **actividades** ao longo da primeira semana de estágio: (a) apresentação do projecto; (b) identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem; (c) integração na equipa de saúde.

A apresentação do projecto ocorreu no primeiro dia de contacto com o serviço tendo o mesmo sido aceite com pequenas alterações. No que se refere ao método de trabalho praticado, é preciso atender que a gestão de cuidados de enfermagem é uma actividade que implica recursos humanos, materiais e financeiros. A forma como os enfermeiros se constituem para gerir o seu trabalho é um dos aspectos essenciais a esta gestão (FREDERICO [et al.], 1999). No serviço de pediatria o método individual é o adoptado pela equipa de enfermagem enquanto metodologia de trabalho. De acordo com CASEY (1993) para a instituição de um modelo de parceria que promova o envolvimento dos pais no cuidar da criança hospitalizada é necessário que a equipa negocie os cuidados. Neste sentido a adopção de uma metodologia de trabalho que promove a individualidade e contacto próximo é promotor deste modelo.

No que concerne à integração na equipa esta foi também facilitada por se tratar da instituição onde exercemos funções. No entanto, encontrámo-nos num papel diferente já que o contacto com a equipa de enfermagem deste serviço ocorre habitualmente de forma rápida num contexto de transferência de crianças/famílias entre serviços. Permitiu um olhar diferente para a equipa e foi gerador de reflexão pois, como refere LAZURE (1994, p.10) “para além de

desenvolver o seu saber e o seu saber fazer, a enfermeira deve também desenvolver o seu saber ser, tanto consigo própria como com o seu cliente, sem o qual a noção de crescimento pessoal se tornará inoperante para ambos.” Neste sentido, procuramos ao longo do estágio reconhecer os nossos recursos e limites pessoais e profissionais, tendo consciência da influência da relação pessoal na relação profissional. Implicou um trabalho de reflexão e de auto-conhecimento no percurso formativo pois, como refere GONÇALVES [et al] (2005, p.176) *“a melhor resposta à formação de enfermeiros, já profissionais, é a utilização do contexto de prática, nos quais privilegia e desenvolve competências nucleares”* como *“ a capacidade de pensar de forma abstracta, de trabalhar em equipa”*. Pelo exposto, consideramos ter desenvolvido a competência *“desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade”* (ORDEM ENFERMEIROS, 2009).

A partir da 2ª semana e até à 8ª semana de estágio decorreram as seguintes actividades que se enquadram ainda no 1º objectivo específico: (d) prestação de cuidados à criança / família em situação de doença atendendo ao processo de enfermagem; (e) prestação de cuidados à criança / família em situação de cirurgia programada atendendo ao processo de enfermagem; Embora, ao longo do nosso percurso profissional, houvesse contacto com o utente pediátrico, o mesmo ocorreu sempre em contexto de urgência de uma forma pontual em situação de doença aguda ou agudização de doença crónica. JORGE (2004) refere que a hospitalização significa para os pais separação da criança e das suas rotinas sendo acompanhada de sentimentos como o medo, a impotência e a culpa. Ao promover um modelo de parceria de cuidados (CASEY, 1993) a família sente-se parte integrante da equipa facilitando a manutenção dos laços familiares. O papel do enfermeiro é fundamental enquanto membro que para além da prestação de cuidados funciona *“como elemento de ligação entre a criança, os pais e outros profissionais da equipa assistencial”* (JORGE, 2004, p.39).

Na prestação de cuidados directos, não foi possível manter o rácio enfermeiro/crianças (3 crianças/famílias por turno) proposto inicialmente por circunstâncias alheias à discente (elevado número de formandos em simultâneo e baixa taxa de ocupação). No contacto com o utente foram mobilizados recursos como os conhecimentos em diversas áreas clínicas, adquiridos ao longo da experiência profissional mas também no contexto formativo actual pois como refere PERRENOUD (1999, p.28) *“nenhum recurso, pertence, com exclusividade, a uma competência, na medida em que pode ser mobilizado por outras”*. Reportamo-nos por exemplo a uma situação de rápida deterioração do estado clínico de um lactente admitido no serviço com diagnóstico de recusa alimentar. Atendendo à metodologia de trabalho praticada, os cuidados no turno em questão eram da responsabilidade de uma enfermeira jovem e com pouca experiência em pediatria. Segundo BENNER (2005) a enfermeira no estágio de iniciada avançada integra tanto quanto possível atributos e aspectos tendo tendência a ignorar o que as diferencia de uma maneira significativa ou seja dão a mesma importância a todos os atributos e a todos os aspectos. À observação a criança estava pálida, prostrada e reactiva apenas a estímulos dolorosas com sinais vitais sugestivos de choque. Percebendo que a situação não estava ser valorizada enquanto risco de vida, assumimos a prestação de cuidados. Ocorreu de

uma forma natural, num ambiente positivo e favorável à prática, atendendo à nossa experiência na área de urgência / emergência com aceitação por parte da colega e restante equipa. As medidas adequadas foram tomadas e a situação clínica estabilizou. Trata-se de um exemplo do desenvolvimento de competências no domínio da gestão dos cuidados. Foram adoptados estilos de liderança adaptados, quer à maturidade dos colaboradores quer às contingências e organizados e implementados os cuidados mais adequados. Neste sentido, consideramos ter desenvolvido a competência *“adapta e lidera a gestão de recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados”* (ORDEM ENFERMEIROS, 2009).

No que diz respeito à criança em situação cirúrgica HOCKENBERRY [et al] (2006) referem que a criança precisa de preparação física e psicológica com utilização de técnicas na preparação que incluem filmes, livros, brincadeiras e visitas. As mesmas autoras salientam ainda que a intervenção psicológica englobando a preparação sistemática, o ensaio de futuros eventos e os cuidados de suporte durante momentos de stress é mais eficaz que uma preparação em sessão única. A experiência que detemos reporta-se ao contexto de urgência pelo que o contacto e prestação de cuidados a criança em situação de cirurgia programada permitiu conhecer outra vertente assistencial. O serviço dispõe de um programa de preparação pré operatória em articulação com a equipa de enfermagem do bloco operatório. A criança efectua visita aos locais, tem oportunidade de manipular material e conhecer de perto os intervenientes. Foi possível utilizar estratégias como o brincar terapêutico, intervenções não farmacológicas no alívio da dor, medidas de distração e fornecimento de cartas terapêuticas como reforço positivo (MOULES, 2002).

Entre outros aspectos que tivemos a oportunidade de observar a articulação com o serviço social no âmbito das situações em seguimento pela comissão de protecção de menores. O termo criança maltratada é amplo e segundo HOCKENBERRY [et al] (2006) inclui o abuso físico intencional ou negligente, o abuso emocional ou negligente e o abuso sexual. Neste contexto foi possível acompanhar a interacção da criança/família e profissionais, o evoluir das evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico e o encaminhamento. Houve uma maior compreensão do percurso seguido e dos procedimentos adoptados o que é possível transpor para a nossa prática quotidiana actual. Agora detemos o conhecimento prático do percurso destas situações em todas as suas dimensões: detecção na urgência, internamento no serviço de pediatria e seguimento no centro de saúde. Neste sentido consideramos ter desenvolvido a unidade de competência *“diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”* (ORDEM ENFERMEIROS, 2009).

Em continuidade, foi formulado um segundo **objectivo específico** que dá resposta ao segundo objectivo geral:

- (2) Amplificar conhecimentos no âmbito da promoção de saúde em contexto hospitalar;

Entre a 3ª e a 4ª semana foram desenvolvidas actividades, direccionadas para este objectivo e que, passamos a enunciar: (a) identificação da faixa etária / foco de atenção prevalente no serviço de internamento; (b) identificação as estratégias utilizadas pela equipa para a promoção de saúde em ambiente hospitalar;

No sentido de compreender a realidade objectiva do serviço no que concerne às crianças/famílias que assiste, foi efectuado contacto com o departamento de estatística da instituição. Através da análise dos dados facultados foi possível identificar a faixa etária mais prevalente (lactentes) assim como a situação clínica (foro respiratório). Os cuidados de enfermagem não se encontram contabilizados nesta instituição sendo previsível a sua codificação e posterior tratamento a partir do ano de 2010. Esta foi uma actividade importante na medida em que permitiu uma adequação das actividades seguintes a desenvolver.

No âmbito da promoção de saúde o serviço não dispõe de indicadores ou dados objectivos que caracterizem o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros nesta área contudo, PENDER [et al.] (2002) refere que para a instituição de intervenções promotoras de saúde é necessário avaliar os contextos. Em continuidade, com o propósito de conhecer a situação de forma objectiva utilizamos uma metodologia exploratória que, segundo CARMO [et al.] (1998, p. 47) pretende *“proceder ao reconhecimento de uma dada realidade pouco ou deficientemente estudada e levantar hipóteses de entendimento dessa realidade”*. Assim, com o objectivo de identificar as estratégias usadas pelos enfermeiros no âmbito da área central ao projecto de estágio usamos como estratégia a aplicação de um questionário à equipa de enfermagem. Os resultados foram submetidos a tratamento estatístico descritivo com recurso ao programa Microsoft Office Excel®. Como forma de divulgar o projecto junto da equipa foi construído um panfleto (ver anexo X) que foi distribuído por todos os elementos juntamente com o questionário. Dos 17 questionários entregues foram devolvidos 13 (taxa de retorno de 76,5%) e verificou-se, no que diz respeito à caracterização geral da equipa, que esta apresenta uma média de idade de 34 anos com predomínio do género feminino (84,6%; n=11). Verificamos que 93,2% (n=12) dos inquiridos detêm licenciatura em enfermagem e média de 9,2 anos em experiência profissional em pediatria. A equipa detém um conceito de promoção de saúde multidimensional e actual sendo unânimes em considerar que as intervenções de promoção de saúde são importantes (100%; n=13). Destaca-se ainda a não utilização de suportes informativos (54,5%; n=7, não fornece) apontando como causas a não existência de folhetos disponíveis no serviço / quantidade insuficiente (23%; n=3), o esquecimento (15,4%; n=2), não sentir a necessidade de usar (7,7%; n=1) e não se encontram acessíveis (7,7%; n=1).

Face aos resultados foram implementadas, entre a 5ª e 8ª semana de estágio as seguintes actividades: (c) construção de suportes informativos adequados a lactentes e/ou patologias do foro respiratório; (d) construção de sessões individuais de educação para a saúde; (e) colaboração na formação em serviço no âmbito das actividades a serem dinamizadas que versem a promoção de saúde à criança / família; (f) intervenção junto da criança / família no âmbito da promoção de saúde utilizando a educação para a saúde como estratégia através de sessões individuais;

QUEIROZ [et al] (2005) referem que a hospitalização de uma criança oferece oportunidade para desenvolver medidas de promoção da saúde, acção indispensável em todas as fases de crescimento e desenvolvimento infantil. A análise conjunta dos resultados e da caracterização estatística do serviço permitiu-nos seleccionar as áreas mais relevantes a intervir. Neste sentido foram elaborados vários suportes (“Utilização e manutenção da câmara expansora”, “Preparação de biberões”, “Extracção e conservação de leite materno”, “Prevenção de sintomas respiratórios”) que tiveram como foco as áreas anteriormente identificadas: lactentes / patologias do foro respiratórios. Foram ainda importados outros panfletos já existentes na instituição e que se adequavam ao contexto (“Criança com vômitos”, “Criança com diarreia”, “Criança com febre”). Os suportes informacionais são um tipo de suporte social fornecido de forma formal por profissionais “*que estão organizados para fornecer assistência às pessoas necessitadas*” (RIBEIRO, 1999, p.548).

O fornecimento de suporte informacional é uma actividade que por si só necessita de sustentação e validação pois como referem BOWDEN [et al.] (2005) o processo de ensino assemelha-se ao processo de enfermagem. Começa com a avaliação do problema segue-se a planificação, a implementação e a avaliação da sua eficácia. Neste sentido, foram ainda elaborados planos de sessão individual associados a cada um dos suportes construídos e que contemplam cada uma destas fases. BIENERT [et al] (2001) identificam o meio hospitalar como um lugar excepcionalmente importante para o desenvolvimento de actividades de educação para a saúde e, CASEY (1993) no modelo de parceria de cuidados, define quatro objectivos inerentes às actividades de enfermagem pediátrica onde se inclui o ensino de conhecimentos e competências para promover a independência da criança/família face à equipa de saúde. Neste sentido a existência de planos individuais de ensino permitem sistematizar uma intervenção de enfermagem básica e essencial no cuidar.

Como já foi referenciado anteriormente a instituição tem implementado um programa de qualidade que contempla a instituição de normas e procedimentos. Elaborámos então, normas de procedimento em consonância com as indicações emanadas no referido programa. Estas actividades foram apresentadas à equipa quer em sessão grupal no inicio do estágio quer individualmente no final. A sessão grupal encontrava-se já programada, no plano de formação em serviço, pelo que integramos esta oportunidade para expor à equipa, uma das normas de procedimento elaboradas (ver anexo XI). No que concerne às sessões individuais (ver anexo XII) esta foi uma estratégia adoptada uma vez que a marcação de sessão de grupo era pouco exequível, por contingências alheias à discente. Da sùmula do trabalho desenvolvido resultou um manual de promoção de saúde que sintetiza toda a informação e actividades desenvolvidas (caracterização do serviço de pediatria, construção e aplicação do questionário, tratamento estatístico, modelo de promoção de saúde, elaboração de suportes informacionais e de planos de sessão individual) e que ficou disponível no serviço em suporte papel e em suporte informático (ver anexo XIII). E, porque este foi um processo de desenvolvimento de competências que PERRENOUD (1999, p.7) define como “*a capacidade de agir eficazmente*

em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos mas sem limitar-se a eles” considerámos pertinente operacionalizar sessões. Decorreram no espaço da unidade da criança e foram dirigidas a prestadores de cuidados permitindo também verificar a sua adequabilidade (ver anexo XIV).

Estas intervenções foram importantes no nosso percurso na medida em que nos fizeram mobilizar competências já adquiridas em vários domínios mas também desenvolver outras nomeadamente *“desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, “baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” e “assiste a criança /jovem com a família, na maximização da sua saúde”* (ORDEM ENFERMEIROS, 2009).

Em síntese (módulo II), podemos referir que, de uma forma geral, todas as actividades foram cumpridas e consideramos ter atingido os objectivos específicos a que nos propusemos. Das actividades realizadas destacamos a integração na equipa que neste contexto assumiu contornos peculiares dado que se tratava de um serviço com que contactamos habitualmente. A interacção com a equipa foi promotora do desenvolvimento de competências relacionais cujos benefícios vão para além do mestrado que agora findamos.

Destacamos ainda a caracterização das práticas de enfermagem na área da promoção de saúde que permitiram direccionar as actividades e obter dados objectivos. Por fim, consideramos ainda ter deixado contributos para uma melhoria da qualidade de cuidados pois como refere RIBEIRO (2008) para a melhoria contínua da qualidade é necessário aumentar o conhecimento acerca dos processos de trabalho e associar esse conhecimento à prática, o que consideremos ter desenvolvido.

A unidade curricular teve continuação com o módulo III que passamos seguidamente a apresentar.

2.3 - MÓDULO III – A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE ENQUANTO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE EM NEONATOLOGIA

O III módulo, com 90 horas de carga horária, decorreu apenas em contexto de neonatologia com uma duração de 4 semanas no período entre 22 de Novembro e 17 de Dezembro de 2010 na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN) do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. - Hospital de São Bernardo.

2.3.1 - Diagnóstico de situação

A escolha deste local enquanto espaço de estágio foi de encontro aos motivos anteriormente apresentados. Localiza-se na mesma instituição onde decorreu o módulo II e onde exercemos funções o que nos possibilita o acompanhamento do circuito da criança e um conhecimento aprofundado dos vários locais de assistência na instituição. Por outro lado, o contexto familiar facilita também o processo de integração e aplicação do projecto de estágio.

Do ponto de vista orgânico, a UCEN situa-se no 1º piso do Hospital em instalações antigas e pouco espaçosas dispendo de uma lotação de 10 (6 berços e 4 incubadoras). A equipa de enfermagem é constituída por 15 enfermeiras das quais 5 são detentoras da especialização em saúde infantil e pediatria e 1 tem a categoria de enfermeira chefe. Os cuidados são prestados de acordo com o método individual. Dispõe ainda de 6 assistentes operacionais e uma secretária de piso. Na assistência ao RN/ prematuro surge a necessidade de contactar com outros profissionais em função da menor ou maior complexidade de situações que se deslocam à unidade (ou a criança até ao profissional). A equipa médica composta por 22 pediatras sendo que existem 2 mais directamente ligados à UCEN. Analisando os dados estatísticos da unidade pode-se verificar que cerca de metade dos internamentos na UCEN ocorrem em crianças com peso acima 2499 gr com diagnóstico de RN normal ou com problema major (47,92% em 2008 e 48,73% em 2009).

No que se refere às práticas de promoção de saúde, verifica-se que é um serviço particularmente rico nesta área. Na unidade foi notória a grande preocupação de toda a equipa na promoção de saúde da criança/família. Quer pela integração dos pais nos cuidados ao bebé, quer pela flexibilização dos cuidados, quer pela vigilância sistemática do recém-nascido/prematuro quer pela preparação precoce para a alta. Neste sentido, TAMEZ [et al.] (1999) salientam ainda que no momento da alta hospitalar devem ser fornecidos panfletos informativos com as rotinas básicas para que os pais possam ter informação. De facto nesta unidade verificou-se a existência ampla de suportes formativos assim como integração no dia-a-dia de intervenções promotoras de saúde, algumas já referenciadas. O serviço dispõe de um projecto de educação para a saúde em curso considerou-se pertinente e adequado articular e integrar os dois projectos. Como foi inicialmente referido neste relatório considerámos a educação para a saúde como uma estratégia de recurso no âmbito da promoção de saúde. RUSSEL (1996) refere que a educação para a saúde embora tenha um objectivo educacional pode ocorrer em contextos múltiplos (organizações comunitárias, organizações voluntárias de saúde, locais de trabalho, igrejas, prisões, serviços de saúde) e actividades variadas (aconselhamento a doentes, formação em serviço, educação formal, campanhas publicitárias, trabalho comunitário de intervenção programada). Este projecto de educação para a saúde partiu da equipa de enfermagem que, num contexto formativo, propôs a sistematização dos ensinamentos aos pais em sessões grupais a realizar periodicamente. Foi efectuado pela equipa um levantamento de necessidades formativas dos pais por questionário (n=38). Foi solicitado que num conjunto de áreas temáticas os pais seleccionassem as quatro que consideravam mais relevantes. Os resultados obtidos identificam “reconhecer a dificuldade respiratória” (24%, n=9) e “actuar em caso de engasgamento” (22%, n=8) como as mais referidas. Estas temáticas

foram operacionalizadas e, no momento em que iniciamos este estágio decorriam, com periodicidade quinzenal, sessões de educação para a saúde subordinadas a duas temáticas. Face ao exposto e por acordo com os responsáveis do serviço consideramos pertinente dar continuidade a este projecto.

Assim, considerou-se que os objectivos inicialmente formulados estavam adequados ao contexto mas houve necessidade de reestruturar as actividades a desenvolver.

2.3.2 - Objectivos e actividades desenvolvidas

Como primeiro **objectivo específico** (ver anexo I) para este local de assistência à criança estipulamos:

- (1) Prestar cuidados de enfermagem especializados ao prematuro / RN em situação de doença.

Para atingir o primeiro objectivo específico que dá resposta ao primeiro objectivo geral foram planeadas e operacionalizadas as seguintes **actividades** ao longo da primeira semana de estágio: (a) integração na equipa de enfermagem; (b) identificação da metodologia de trabalho da equipa de enfermagem; (c) compreensão da articulação existente entre a unidade e outros serviços de apoio ao prematuro / RN e sua família;

O contacto e integração na equipa de enfermagem da unidade de cuidados especiais neonatais foi facilitado dado que há semelhança do que ocorreu no módulo anterior se trata de um contexto familiar.

No que concerne à metodologia de trabalho, o método adoptado é, também, o método individual. FREDERICO refere que consiste na *“distribuição de um certo número de doentes (...) a cada enfermeiro, sendo este responsável pela prestação de cuidados globais aos doentes que lhe forma atribuídos durante o turno de trabalho”* tratando-se de *“um método cada vez mais enraizado na metodologia dos enfermeiros especialmente após o aparecimento das teorias de enfermagem e do processo de enfermagem”* (1999, p.161).

Em relação à articulação com outros serviços verifica-se que ocorre predominantemente ao nível intrahospitalar com outras unidades de apoio ao recém-nascido/prematuro como a consulta externa, o serviço de radiologia ou o serviço social. Nesta área o papel do enfermeiro especialista assume relevância enquanto elemento mais experiente e conhecedor dos circuitos de atendimento e assistência à criança. No que concerne às instituições extrahospitalares verificamos um contacto frequente com o centro de saúde para informação de altas para domicílio existindo, em algumas situações, necessidade de apoio específico como por exemplo controle de evolução ponderal, alimentação por sonda nasogástrica entre outros.

Entre a segunda e a quarta semana de estágio foram operacionalizadas as seguintes actividades que vão de encontro, ainda, ao primeiro objectivo específico: (d) identificação do papel do enfermeiro especialista na equipa multidisciplinar; (e) prestação de cuidados directos

ao prematuro / RN em situação de doença; (f) promoção do envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao prematuro / RN respeitando a sua autonomia; (g) realização de reflexão acerca de vivências decorridas durante o período de estágio;

Na unidade de cuidados especiais neonatais existem, como já foi referido, cinco enfermeiras especialistas. Foi visível, ao longo do período de estágio, que funcionam como elementos de referência para a equipa mas também entre si. Isto é, nos módulos anteriores o orientador de estágio era também o único detentor da especialidade em saúde infantil e pediatria e por isso elemento de referência para toda a equipa. Neste contexto havia um número maior de profissionais especializados e verificamos que eram igualmente referência embora em diferentes domínios. Entre si trocavam impressões e ideias acerca dos cuidados quer na vertente assistencial quer na vertente de gestão mantendo um espírito de abertura e cooperação. BENNER refere que *“a enfermeira tem com os outros membros do grupo terapêutico a responsabilidade de constituir e manter um ambiente terapêutico”* e adquire a competência para tal *“pela prática”* o que implica *“construir e manter relações para criar uma atmosfera de confiança e de comunicação partilhadas”* (2005, p. 89). O espaço pequeno com grande proximidade entre pais, recém nascidos /prematuros e profissionais tornam esta, uma tarefa difícil. O exercício profissional nesta unidade obriga à utilização de estratégias que assegurem o cumprimento de direitos básicos como por exemplo o direito à privacidade. Esta questão fez-nos pensar acerca dos valores mais fundamentais como o direito à privacidade e embora, à primeira vista, nos parecesse uma dificuldade a verdade é que constatamos que os profissionais usavam múltiplas estratégias para ultrapassar a situação. Aproveitavam o facto de ser audível para todos e forneciam indicações gerais ou pelo contrário em situações mais delicadas deslocavam os pais para fora da unidade de forma a poderem conversar mais calmamente e de forma privada. Usavam diferentes tons de voz e envolviam os pais no cuidar do prematuro promovendo assim a sua autonomia.

Por outro lado o espaço físico pequeno promovia também um contacto próximo entre pais e verificámos que os mesmos falavam entre si partilhando experiências e dificuldades sempre com a presença e mediação de enfermeiros. É reportado na literatura a importância da partilha entre pais (TAMEZ, 1999; VIANA [et al], 2005) e considerámos interessante que tal ocorresse ainda que de uma forma informal.

Neste sentido consideramos ter desenvolvido, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, as competências *“desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”* e *“promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”* (ORDEM ENFERMEIROS, 2009).

No que se refere à prestação de cuidados directa, não foi possível o rácio de três crianças inicialmente proposto atendendo a que durante o tempo de estágio a taxa de internamento se revelou baixa. O rácio máximo de crianças por turno foi 2. O contacto com recém-nascido / prematuro permitiu mobilizar conhecimentos já adquiridos sobretudo na área da reanimação/emergência pois como refere PERRENOUD (1999, p.29) *“as competências de uma pessoa constroem-se em função das situações que enfrenta com maior frequência”*. Mas

possibilitou-nos ainda procurar saberes específicos na área. Destacamos neste âmbito com especial ênfase o contacto com os pais. TAMEZ [et al.] (1999) referem que as unidades neonatais devem preocupar-se não só em atender as necessidades dos recém-nascidos mas também as necessidades psicossociais dos pais. Destacam que é essencial promover a participação da família nos cuidados para que possam cuidar da criança após a alta hospitalar sentindo-se seguros. RABELO [et al.] (2007) identificam a alegria, a ansiedade e a insegurança como sentimentos expresso pelas mães no momento da alta hospitalar do bebé internado numa unidade de neonatologia. Na nossa prestação de cuidados foi possível identificar estes sentimentos bem como, os esforços da equipa de enfermagem para adequar os cuidados às necessidades individuais do recém-nascido/prematuro e sua família. A avaliação, o planeamento, a implementação e a avaliação dos cuidados de enfermagem ocorreram num clima de negociação e parceria com a família segundo os pressupostos de modelo de parceria de cuidados (CASEY, 1993). O envolvimento da família, a flexibilização das rotinas, o contacto directo diário, os reforços positivos foram intervenções constantes ao longo destas semanas. Seguindo uma metodologia crítica e reflexiva elaboramos um documento escrito acerca da assistência de enfermagem neste contexto (ver anexo XV). No processo de desenvolvimento de competências consideramos que a elaboração de documentos desta natureza representam uma mais-valia pois como refere ALARCÃO [et al.] (2003, p.35) *“a abordagem reflexiva na formação dos profissionais (...) baseia-se no valor da reflexão na e sobre a acção com vista à construção situada do conhecimento profissional”*.

Estas intervenções permitiram-nos o desenvolvimento, no domínio da prestação de cuidados especializados, das competências *“cuida da criança / jovem e família nas situações de especial complexidade”* e *“presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”* (ORDEM ENFERMEIROS, 2009).

Em continuidade, surge o segundo **objectivo específico** enquadrado no segundo objectivo geral:

- (2) Amplificar conhecimentos no âmbito da promoção de saúde em contexto de neonatologia;

No que concerne ao segundo objectivo específico que pretende dar resposta ao segundo objectivo geral da unidade curricular foram implementadas na terceira e quarta semana de estágio as seguintes actividades: (h) colaboração na formação em serviço no âmbito da dinamização de actividades inerentes à promoção de saúde; (k) operacionalização de um projecto de educação para a saúde de acordo com as necessidades detectadas;

Atendendo ao projecto de educação para a saúde já exposto na fase de diagnóstico de situação, demos então continuidade ao mesmo quer por reestruturação de uma das sessões (“dificuldade respiratória”) quer por operacionalização das restantes temáticas identificadas como necessidades formativas dos pais: “reconhecer sinais de doença”(13%, n=5), “alimentação” (10%, n=4), “transporte em segurança” (5%, n=2) e “sono e repouso” (5%, n=2).

PENDER [et al] (2002) salientam que a família tem um papel importante na modelagem de comportamento promotor de saúde enquanto estrutura social primária. Pelo que a intervenção neste âmbito, potenciada na área de neonatologia pela dependência inerente à faixa etária, é importante para assegurar cuidados adequados. Todo o trabalho foi concentrado num documento único (ver anexo XVI) que ficou disponível no serviço em suporte informático e em suporte escrito. Na sua elaboração, efectuamos revisão bibliográfica sobre as referidas temáticas e construímos sessões formativas com inclusão de diapositivos, avaliação da sessão e panfleto alusivo aos temas com as ideias centrais. E, porque tínhamos também como objectivo ampliar conhecimento nesta área não só do ponto de vista teórico mas também prático procedemos à operacionalização de uma das sessões planificadas (ver anexo XVII). Ficou ainda agendada formação em serviço para divulgação do trabalho desenvolvido mas que por questões alheias à discente foi desmarcada. A divulgação foi efectuada de forma informal no contexto da prestação de cuidados e no decorrer dos turnos.

Estas intervenções permitiram-nos o desenvolvimento, no domínio da prestação de cuidados especializados, da competência *“assiste a criança / jovem com a família, na maximização da sua saúde”* (ORDEM ENFERMEIROS, 2009).

Em síntese (módulo III), podemos destacar deste módulo a integração entre o referencial teórico, o projecto de estágio e o contexto. Consideramos que atingimos os objectivos propostos assim como o desenvolvimento de competências na área de especialidade. Salientamos a operacionalização do projecto de educação para a saúde enquadrado no projecto de estágio e que permitiu trabalhar áreas identificadas deixando contributos no local.

Por fim, e analisando toda a unidade curricular, resta ainda referir que a construção deste relatório, numa lógica de formação de adultos, surge enquanto complemento à unidade curricular estágio pois como refere PERRENOUD (1999, p.78) *“ no campo das formações profissionalizantes e da educação de adultos, a observação em situação é completada levando-se em consideração (...) o relatório que, mobilizando as diversas aquisições de uma forma longa, permitem que se tenha uma ideia sintetizada das competências construídas”*. No culminar da unidade curricular estágio consideramos que o balanço é muito positivo. A passagem em vários locais de assistência à criança permitiu-nos consolidar conhecimentos, apreender diferentes abordagens no cuidar da criança mas também transpor saberes já adquiridos da nossa prática quotidiana para a nova realidade numa lógica de formação de adultos que, como refere GONÇALVES [et al] (2005, p.175) *“caracteriza-se pela possibilidade de autonomia, devendo o sujeito ser o agente principal da sua formação através da compreensão crítica do mundo do mundo e da vida, da consciência de si, do meio que o envolve, da cultura, na constante procura da capacidade de aprender a aprender”*.

Das competências desenvolvidas ao longo da unidade salientamos, nas competências gerais o domínio das aprendizagens profissionais. O desenvolvimento de actividades sistemáticas baseadas numa metodologia científica para a selecção das intervenções mais eficazes permitiu

uma prática mais consolidada. Destacamos neste âmbito a observação participada da consulta de enfermagem de saúde infantil e o questionário aplicado à equipa de enfermagem do serviço de pediatria. Permitiram-nos investigar desenvolvendo o conhecimento com aplicação na prática de cuidados.

No domínio da prestação de cuidados especializados consideramos ter desenvolvido todas as competências mas colocamos especial enfoque na competência “*assiste a criança / jovem com a família, na maximização da sua saúde*” (ORDEM ENFERMEIROS, 2009). A intervenção no âmbito da promoção de saúde norteada teoricamente pelo modelo de promoção de saúde (PENDER [et al], 2002) permitiram o desenvolver de competências no cuidar da criança/família. O contacto com realidades de assistência à criança nos diferentes contextos, deram-nos novas perspectivas do cuidar da criança/família. Numa profissão como a enfermagem o contexto prático assume particular relevância pois como refere APÓSTOLO (2005, p.152) “*o ensino clínico*” é “*um período crucial na formação dos enfermeiros*”. Destacamos as diferentes equipas de enfermagem com quem contactamos e interagimos ao longo da unidade curricular e que muito enriqueceram o nosso percurso tornando esta experiência formativa única e singular. Por fim, importa ainda referir que a unidade curricular estágio surge integrada num percurso de mestrado mas também de vida. Pelo que, a avaliação da unidade curricular que apresentamos transcende necessariamente as páginas deste relatório. A este respeito PERRENOUD (1999, p. 10) refere que:

“a construção de competências (...) é inseparável da formação de esquemas de mobilização de conhecimentos (...) que se constroem ao sabor de um treinamento, de experiências renovadas, ao mesmo tempo redundantes e estruturantes, treinamento esse tanto mais eficaz quando associado a uma postura reflexiva”.

3 - CONCLUSÃO

O documento em apreço representa o culminar de um percurso académico. Apresenta as linhas gerais teóricas e operacionais que sustentaram este trajecto.

Encontra-se organizado segundo dois eixos: a promoção de saúde enquanto área temática e o desenvolvimento de competências na área de especialidade de saúde infantil e pediatria de acordo com as competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros. Sustenta-se teoricamente nos construtos de BENNER (2005) e CASEY (1993) mas também em documentação em saúde infantil e pediatria que se articulam com um modelo específico da área – Modelo de Promoção de Saúde.

Fazendo apelo aos objectivos inicialmente estabelecidos (apresentar o contexto de estágio, actividades desenvolvidas e resultados do trabalho de aprendizagem; identificar as principais competências desenvolvidas nos diferentes domínios no âmbito da área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; reflectir acerca do impacto desta percurso ao nível pessoal e profissional) consideramos que os mesmos foram atingidos.

Foram apresentados os diferentes módulos e actividades desenvolvidas enquadrados, quer nos objectivos a atingir em cada módulo quer em contributos teóricos que considerámos relevantes. As reflexões em torno das diferentes actividades e do seu impacto ao nível pessoal demonstram a aprendizagem que desenvolvemos. A transposição da prática e para a prática foi também evidenciada ao longo do documento assim como a integração das competências previamente adquiridas.

Consideramos, como principais contributos ao nosso desenvolvimento pessoal e profissional, o contacto com os diferentes serviços e equipas que nos possibilitaram uma visão da assistência à criança mais global e consolidada. Destacamos ainda, a componente teórica desenvolvida quer previamente à unidade, quer ao longo do decorrer da mesma mas, salientamos sobretudo, a reflexão que motivou centrada quer na formanda enquanto pessoa e profissional, quer nos contextos enquanto entidades complexas. A reflexão na acção e sobre a acção, levaram-nos a rever a prática repensando-a á luz dos novos subsídios, colhidos ao longo deste percurso.

E, porque parte do pensamento reflexivo passa por encontrar alternativas criativas consideramos pertinente referir sugestões de melhoria. A existência e implementação deste tipo de projectos representam uma mais valia para os serviços, como já foi referido, pelo que se sugere a sua continuação através, por exemplo, da existência de uma listagem de áreas desenvolvidas nos diferentes locais de estágio, que permita a futuros mestrados dar continuidade a estes projectos amplificando-os.

Nestes percursos, tão pessoais e particulares surgem também algumas dificuldades e limitações. Para além dos aspectos inerentes a qualquer percurso formativo como por exemplo

o limite temporal, consideramos como limitação a impossibilidade de avaliar o impacto da implementação do projecto sendo, em tempo útil de estágio, difícil medir a eficácia das intervenções e monitorizar a manutenção, ou não, do projecto.

Por fim, resta-nos referir que a própria elaboração do relatório foi também motivo de reflexão. A construção do documento foi também um rever de actividades e desempenho e das suas implicações ao nível pessoal e profissional. No final deste percurso sentimos que o nosso olhar sobre a prática é necessariamente diferente. Não só pelos conhecimentos que adquirimos, pelas realidades com que contactámos mas sobretudo pela reflexão que este percurso implicou. Finalizamos com uma frase de José Saramago que, face a tudo o que foi exposto adquire novo significado para nós: *“Se podes olhar, vê! Se podes ver, repara!”*

4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÓSTOLO, Jorge – A metodologia de Portfólio no ensino de enfermagem. In SÁ-CHAVES, Idália – Os “Portfólios” Reflexivos (também) trazem gente dentro. Reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos educativos. 1.ª ed., Porto: Porto Editora, 2005 ISBN 972-0-34737-6.

ARAÚJO, Isabel - Saúde, Doença e Educação para a Saúde: uma perspectiva. Sinais Vitais. N.º 67 (2006), p. 13-16. ISSN 0872-8844.

BENNER, Patrícia – **De iniciado a Perito.** Coimbra: Quarteto, 2005. 262 p. ISBN 989-558-052-5.

BIENERT, M. [et al] - La eñsenada de la educacion para la salud vista por profesionales enfermeros de atención primaria de salud. Pedagogia Social. Revista Interuniversitaria. N.º 6-7 (2001), p.263-277.

BOTELHO, Rebelo - Evidência e Ética. Pensar Enfermagem. [Em linha]. Vol. 14, n.º2 (2010), p 1. [Consult. 10 Dez. 2010]. Disponível na Internet: <[http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_Editorial\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_Editorial(1).pdf)>. ISSN 0873-8904.

BOWDEN, Vicky; GREENBERG, Cindy Smith – **Procedimentos em Enfermagem Pediátrica.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005. 765 p. ISBN 85-277-0965-1.

BROWNING, Gloria et al – Innovations in theory development for nursing discipline Volume I. [Em linha], 2007 [Consult. 19 Jan. 2010]. Disponível na Internet: <<https://repository.unm.edu/dspace/bitstream/1928/3233/1/2007PHDTheoryExtensionMonograph.pdf>>.

BRYKCZYNSKI, Karen – De principiante a perito: a excelência e poder na prática clínica de enfermagem. In TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – Teóricas de Enfermagem e a sua Obra. 5ª Ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-74-6. p.185-207.

CABETE, Dulce – Avaliação da Construção de um portfólio de competências – Avaliação do processo e dos resultados. Percursos. [Em linha]. N.º4 (2007), p. 4–22. [Consult. 15 Jan. 2010]. Disponível na Internet: <http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n4_Jun2007.pdf>. ISSN 1646-5067.

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro – **Metodologia de Investigação.** Lisboa: Universidade Aberta, 1998. 353 p. ISBN 987-972-674-231-9.

CARVALHO, Amâncio – Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de enfermagem e de outros cursos do ensino superior. Bragança [s.n.], 2007. Tese de Doutoramento na Área de conhecimento de Saúde Infantil, apresentada à Universidade do Minho.

CASEY, Anne – Development and use of the partnership modelo f nursing care. In GLASPER, Edward; TUCKER, Ann. “Advances in Child Health Nursing”. Oxford: Scutari Press, 1993. ISBN 1-871364-91-4.

CRUZ, Albertina de Lurdes Dinis [et al.] – Para além do ninho: continuidade de cuidados. Ser Saúde. Póvoa do Lanhoso: Instituto Superior de Saúde do Alto Ave. ISSN 1646-5229. N.º 8 (2007), p.56-70

Decreto-Lei n.º 104/98 (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros) de 21 de Abril. Diário da República – I Série. N.º 93 (21-4-1998), p.1739- 1757.

Decreto-Lei n.º 161/96 (Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem) de 4 de Setembro. Diário da República – I Série. N.º 205 (4-9-1996), p. 2959- 2962.

DICIONÁRIO DA LINGUA PORTUGUESA. Porto: Porto Editora, 2009. ISBN 972-0-05101-9.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Programa Nacional de Saúde Escolar**. [Em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2006. [Consult. 20 Jan. 2010]. Disponível na Internet:< <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-F22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>>

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Programa Nacional de Vacinação**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2006. 84 p. ISBN 972-675-136-5.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação**. 2ª Ed. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2005. 48 p. ISBN 972-675-084-9.

EDELMAN, Carole Lium; MANDLE, Carol Lynn – **Health Promotion Throughout the Lifespan**. 5ª Ed. Missouri: Mosby, 2002. 801 p. ISBN 0-323-01484-4.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR CHILDREN IN HOSPITAL - **Carta da criança hospitalizada**. Lisboa : IAC, 1998.14 p. ISBN 972-8003-14-5.

FERREIRA, Manuela Maria da Conceição; COSTA, Maria da Graça Ferreira Aparício - Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. Millenium Revista do ISPV. [Em linha]. N.º 30 (2004), p. 51-58 [Consult. 20 Jan. 2010]. Disponível na Internet:< <http://www.ipv.pt/millenium/millenium30/5.pdf>>

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de Investigação**. Loures: Lusociência, 2003. 388 p. ISBN 972-8383-10-X.

FREDERICO, Manuela; LEITÃO, Maria dos Anjos – **Princípios de Administração para Enfermeiros**. 1ª Ed. Coimbra: Sinais Vitais, 1999. 193 p. ISBN 972-8485-09-3.

GLANTZ, Karen. Teoria num Relance – Um guia para a prática da promoção da saúde. In: SARDINHA, Luís et al. Promoção da Saúde – Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo. Cruz Quebrada: FMH Edições, 1999. P. 9-55.

GONÇALVES, Ilda; SERRANO, Teresa – Desenvolvimento de competências na formação dos enfermeiros. In SÁ-CHAVES, Idália – Os “Portfólios” Reflexivos (também) trazem gente dentro. Reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos educativos. 1.ª ed., Porto: Porto Editora, 2005 ISBN 972-0-34737-6.

GREEN, L.W. Health Education Models. In : WILEY, J.; Behavioral Health: a handbook of health enhancement and disease intervention. New York: Matazzo J. D., 1984. P.181-198.

HERTZMAN, Clyde. The Case for Child Development as a determinant of health. Canadian Journal of Public Health. [Em linha].89: Supplement 1 (1998), 14-19.[Consult. 15 Mai. 2010]. Disponível na Internet: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9654787>> ISSN 00084263.

HOCKENBERRY, Marilyn [et al] – **Enfermagem Pediátrica**. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2006. 1303 p. ISBN 978-85-352-1918-0.

QUEIROZ, M. V. O. ; BARROSO, M. G. T. - Famílias inseridas no contexto de cuidado da criança hospitalizada. In BARROSO, M. G. T. ; VIEIRA, N. F. C. ; VARELA, Z. M. V., Org. - Saúde da família II: espaço de incertezas e possibilidades. Fortaleza: Sociedade Brasileira de Enfermeiros Escritores, 2005.

JORGE, Ana Maria – **Família e Hospitalização da Criança. (Re) Pensar o cuidar em enfermagem**. Loures: Lusociência, 2004. 192 p. ISBN 972-8383-79-7.

JOSSO, Marie-Christine – **Experiências de vida e formação**. 1.ª ed., Lisboa: Educa, 2002. 214p. ISBN 972-8036-38-8.

LAZURE, Hélène . **Viver a relação de ajuda**. Lisboa: Lusodidacta, 1994. 214 p. ISBN 972-95399-5-2.

LE BOTERF, Guy - **Desenvolvendo a competência dos profissionais**.2ª ed.,Porto Alegre: Artmed Editora, 2003.

Lei nº 48/90 (Lei de Bases da Saúde) de 24 de Agosto. Diário da República - I Série. N.º195 (24-8-1990), p.3452- 3459.

LOUREIRO, Fernanda – Percepções dos enfermeiros sobre da educação para a saúde realizada em contexto de urgência pediátrica. Cruz Quebrada [s.n.], 2009. Tese de Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade de Educação para a Saúde, apresentada à Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana.

MEIGHAN, Mary. Consecução do papel maternal. In: TOMEY, Anne Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile - Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência, 2002.P.699-715.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Carta de Missão do Agrupamento de Centros de Saúde.[Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2009. [Consult. 3 Fev. 2010]. Disponível em: <<http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/1E66C837-83F7-4078-B65A-5812B947A428/0/CartaMissaoACESDirectoresExecutivos.pdf>>.

MITCHELL, Gail J. – Learning to practice the discipline of nursing. Nursing Science Quaterly, ISSN 1552-7409. 15:3. (Julho, 2002), p.209-213.

MOULES, Nancy – Nursing on paper: therapeutic letters in nursing practice. Nursing Inquiry. [Em linha] Vol.9, n.º 2, (2002), p.104-113. [Consult. 28 Maio 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118960511/abstract>>

NP 405-1. 1995, Informação e Documentação – Norma Portuguesa. Lisboa: Instituto Português da Qualidade, 46 p.

NP 405-2. 1998, Informação e Documentação: materiais não livro – Norma Portuguesa. Lisboa: Instituto Português da Qualidade, 27 p.

NP 405-3. 2000, Informação e Documentação: documentos não publicados – Norma Portuguesa. Lisboa: Instituto Português da Qualidade, 15 p.

NP 405-4. 2002, Informação e Documentação: documentos electrónicos – Norma Portuguesa. Lisboa: Instituto Português da Qualidade, 26 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Áreas prioritárias para a Investigação em Enfermagem & Relatório Bienal. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem, individualização e reconhecimento de especialidades clínicas em enfermagem, perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

PAPALIA, Diane [et al] – **O mundo da Criança**. 8ª Ed. Amadora: Editora McGraw-Hill, 2001. 707 p. ISBN 972-773-069-8.

PEDREIRA, Mavilde Luz Gonçalves - Práticas de enfermagem baseadas em evidências para promover a segurança do paciente. Acta Paulista de Enfermagem. [Em linha]. N.º22 (Especial - 70 Anos, 2009), p. 880-881. [Consult. 10 Dez. 2010]. Disponível na Internet: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/07.pdf>>. ISSN 0103-2100.

PENDER, Nola [et al.] – **Health Promotion in Nursing Practice**. 4ª Ed. New Jersey: Prentice Hall, 2002. 340 p. ISBN 0-13-031950-3.

PERRENOUD, Philippe – **Construir as competências desde a escola**. PortoAlegre: Artmed, 1999.90 p. ISBN 978-85-7307-574-8.

RABELO, Maria [et al] – Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. Acta Paulista de Enfermagem [Em linha] N,º 20 (2007), p.333-337. [Consult. 28 Maio 2010]. Disponível na Internet: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/pt_a15v20n3.pdf>

RIBEIRO, José Luís Pais. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). Análise Psicológica. [Em linha]. 3: XVII (1999), 547-558. [Consult. 15 Mai. 2010]. Disponível na Internet: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf>> ISSN 0870-8231.

RIBEIRO, Olivério de Paiva [et al] – Qualidade dos cuidados de Saúde. Millenium – Revista do ISPV. [Em linha]. N.º 35 (2008), p. 1-20 [Consult. 20 Jan. 2010]. Disponível na Internet: <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/7.pdf>>

RUSSEL, Nancy - **Manual de Educação para a Saúde**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1996.

SAKRAIDA, Teresa. Modelo de Promoção de Saúde. In: TOMEY, Anne Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile - Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência, 2002.P.699-715.

SANTOS, Elvira; FERNANDES, Ananda – Prática Reflexiva: guia para a reflexão estruturada. **Referência**. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. N.º 11 (2004) p. 59- 62.

SILVA, Abel Paiva – Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. Servir. Lisboa: Associação católica de Enfermeiros e Profissionais de Saúde. ISSN 0871-2370. N.º 55 (2007) p.11-20.

SILVA, Ernestina; SILVA, Daniel – Direitos e valores fundamentais no início da vida humana. Millenium – Revista do ISPV. [Em linha]. N.º 30 (2004), p. 11-18 [Consult. 20 Jan. 2010]. Disponível na Internet: <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/1.pdf>>

TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, Maria Jones – **Enfermagem na UTI Neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 190 p. ISBN 85-277-0534-6.

TOMEY, Ann Marriner – Virginia Herderson: definição de enfermagem. In TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – Teóricas de Enfermagem e a sua Obra. 5ª Ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-74-6. p. 111-125.

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra**. 5ª Ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-74-6.

TONES, Keith; TIFORD, Sylvia – **Health Education**. 2ª Ed. London: Chapman & Hall, 1994. 312 p. ISBN 0 412 55110 1.

UNICEF – Convenção dos Direitos da Criança. [Em linha] (1989) [Consult. 2 Fev. 2010]. Disponível na Internet: <http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf>.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – Guia de Elaboração e Apresentação de trabalhos escritos. Sintra: Universidade Católica Portuguesa, 2009. 63 p.

VALENTE, Geilsa Soaria Cavalcanti; VIANA, Ligia de Oliveira - Da formação de competências à prática docente reflexiva. Revista Iberoamericana de Educación. [Em linha] N.º 48/4 (2009), p. 1-7 [Consult. 20 Jan. 2010]. Disponível na Internet: <<http://www.rieoei.org/deloslectores/2423Valente.pdf>>. ISSN 1681-5653.

VIANA, Victor [et al] – Apoio às mães em crise num serviço de neonatologia. Psicologia, Saúde & Doenças. N.º 6, 2005. p. 119-130.

VICTOR, Janaína [et al] – Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Acta Paulista de Enfermagem. [Em linha] Vol.18, n.º3 (2005), p.235-240.[Consult. 20 Jan. 2010]. Disponível na Internet: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>>. ISSN 0103-2100.

VIEIRA, Margarida – **Ser Enfermeiro**. 2ª Ed. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2009. 158 p. ISBN 978-972-54-0195-8.

VILELAS, José – A internacionalização do conhecimento em enfermagem...Porque faço e não publico? Nursing. Lisboa: Serra Pinto Edições e Publicações Unipessoal Limitada. ISSN 0871-6196. N.º 266 (2011) p.1.

WALDOW, Vera – Reflexões sobre Educação em Enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado. *O Mundo da Saúde São Paulo*. [Em linha]. N.º 33(2), 2009, p.182-188. [Consultado a 19 Abril de 2010]. Disponível na internet: URL< http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/182a188.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Promotion Glossary. [Em linha] Geneva: WHO, 1998. [Consult. 20 Jan. 2010]. Disponível em WWW:URL:<http://www.who.int/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ministério da Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Lisboa: Divisão da Educação para a Saúde.

5 - ANEXOS

Na formação especializada em enfermagem, a prática em contexto clínico revela-se de extrema importância pois como referem SILVA et al (2004, p.112) *“a enfermagem, enquanto ciência e arte, apenas pode ser adquirida através da execução directa dos cuidados de enfermagem”*. Neste sentido o ensino clínico *“destina-se a complementar a formação teórico-prática, nas condições concretas do posto de trabalho de uma organização que se compromete a facultar a informação em condições para isso necessário”* (VASCONCELOS, 1992, p.28). Inerente a este processo surge a reflexão pessoal que permite ao estudante rever a sua prestação de cuidados analisando-a à luz dos referenciais teóricos perspectivando o desenvolvimento pessoal (MACEDO, 2001).

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem da Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria decorreu, entre 21 e 23 de Abril de 2010, um estágio de observação participada, integrada na unidade curricular Estágio – Módulo I, no Centro de Desenvolvimento da Criança (C.D.C.) do Hospital Garcia d’Orta. Na redacção deste documento utilizou-se uma metodologia reflexiva do pensamento crítico, acerca do papel do enfermeiro especialista na assistência à criança e família neste contexto pois, como refere WALDOW (2009, p. 185) *“a prática reflexiva é considerada elemento chave para a formação profissional, não só para principiantes, mas como um processo a ser desenvolvido de uma forma contínua”*.

Caracterização Sumária

O C.D.C. dispõe de espaço físico que funciona em edifício independente construído de base para o efeito no ano de 2007. Tem também, uma equipa própria assim como apoio de profissionais externos. A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros (1 especialista e 2 generalistas), pediatras (desenvolvimento, neuropediatria), terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, assistente social, psicóloga, médico de medicina física e reabilitação, assistentes operacionais e administrativas. Para além desta equipa existem ainda outros profissionais que se deslocam do edifício principal para as instalações do centro: neonatologistas, nefrologistas e neurocirurgiões. Do ponto de vista estrutural o C.D.C. dispõe de vários gabinetes para realização de consultas que são utilizados por todos os profissionais numa óptica de maior rentabilização de recursos sendo que todos se encontram equipados com secretária, cadeiras, marquesa, computador e material didáctico (brinquedos, canetas, livros). Existe ainda uma sala de tratamentos que dispõe de material para realização de procedimentos (avaliação estatoponderal, entubação nasogástrica, administração de terapêutica, colheita de produtos biológicos, esvaziamento vesical, algaliação entre outros). Há salas com material específico que são utilizadas por profissionais também específicos como o ginásio e a sala de tecnologias. Têm também um espaço físico que dispõe apenas de cadeira e mesa (para reduzir a estimulação) e encontra-se rodeada de vidros fumados que permitem a observação do comportamento / interacção da criança e família.

Funcionamento

A criança / família recorre ao C.D.C. por referência interna ou externa. É marcada uma consulta consoante o motivo de referência e, inicia-se então o processo de

acompanhamento do desenvolvimento da criança. Pode ser integrada na consulta de neonatologia, consulta de desenvolvimento, consulta de espinha bífida, consulta de paralisia cerebral ou consulta de hiperactividade. Em todas estas consultas existe um acompanhamento da equipe de enfermagem em função das situações clínicas e sociais à excepção da consulta de hiperactividade embora se perspetive também a este nível, a curto prazo. Por uma questão funcional, cada enfermeira está ligada a uma consulta específica sendo que a consulta de enfermagem precede sempre a consulta médica e em situações particulares pode mesmo ser a única consulta que a criança efectua no dia em que se desloca ao C.D.C. O agendamento das consultas é efectuado em função da situação específica de cada criança não existindo um esquema próprio à excepção da consulta de neonatologia em que há agendamento de acordo com as idades preconizadas pela Direcção Geral de Saúde para vigilância infantil e juvenil mas que podem ser antecipadas em função da avaliação da criança.

A equipe organiza-se ainda em subgrupos para operacionalização de projectos como o grupo de eventos (internos e externo) ou o grupo da biblioteca e da sala de pausa (organização da sala de biblioteca e sala de alimentação do pessoal). A referir ainda que a calendarização das actividades do centro ocorre anualmente com participação de toda a equipe e que contempla espaços próprios para reunião da equipe interdisciplinares e multidisciplinares assim como o “Journal Club” que se trata de um espaço dedicado à leitura e discussão partilhada de um artigo de interesse para toda a equipe. O C.D.C. tem parcerias com instituições de ensino no âmbito da investigação (não ligadas a enfermagem) colaborando assim para a divulgação do trabalho desenvolvido.

O enfermeiro na equipe multidisciplinar

Nesta equipe a enfermeiro surge como um profissional central verificando-se uma elevada solicitação quer por parte da restante equipe quer por parte das crianças e família. Para além da realização de procedimentos técnicos já referidos os enfermeiros efectuam consultas de enfermagem associadas a cada uma das especialidades também já referidas. Sempre que se trata de uma primeira consulta existe uma colheita exaustiva de dados: antecedentes familiares, vigilância da gravidez, parto, intercorrências de saúde, antecedentes dos pais, marcos do crescimento e desenvolvimento, programa nacional de vacinação, genograma familiar, recursos sociais, caracterização dos hábitos de vida da criança baseado nas actividades de vida (alimentação, eliminação, sono e repouso, recreação etc), relacionamento da família nuclear com a criança e história da doença actual / motivo de referenciação. Durante a consulta fornece-se brinquedos à criança ou papel e canetas e é efectuado um registo do seu desempenho. Na consulta de seguimento estas informações já estão recolhidas pelo que se questiona acerca das aquisições da criança / evolução em relação à última consulta. No final da consulta procede-se a avaliação estatoponderal e registo no respectivo boletim de saúde. A informação recolhida é então partilhada como o profissional que vai observar a criança de seguida assim como as impressões em relação ao decorrer da consulta: quem falou, como se dispuseram na sala, como é que a criança reagiu etc.

A consulta de enfermagem de neonatologia é efectuada em todas as crianças até aos 24 meses de idade corrigida e em crianças em idades mais velhas apenas em casos pontuais (por referência de outro profissional). Sendo que esta consulta não substitui a consulta de vigilância efectuada no CS / médico assistente.

Relativamente á utilização de escala de avaliação do desenvolvimento, nesta equipe é efectuada a aplicação do teste de desenvolvimento – teste de Sheridan (1-12 meses), teste de Griffiths e teste Growins Skills por outros profissionais (médico e psicólogo) enquanto a avaliação de enfermagem é efectuada de forma menos estruturada socorrendo-se das actividades de vida e das aquisições preconizadas para cada faixa etária pela Direcção Geral de Saúde.

A quantificação das actividades é efectuada através de um registo informático (no programa Microsoft Office – Exel) das intervenções de enfermagem que tem por base um estudo não publicado acerca das mesmas e da sua duração (efectuado nesta consulta pelos elementos).

O papel do Enfermeiro Especialista

Neste centro, como já foi referido, existe apenas 1 enfermeira especialista que é também a coordenadora do serviço. Assim, o seu trabalho divide-se em duas grandes vertentes: gestão e assistencial.

Do ponto de vista da gestão a enfermeira especialista é responsável pela manutenção do funcionamento do centro em termos materiais, reposição de stocks, aquisição de produtos / equipamento e articulação com outros sectores hospitalares ou não. Este papel implica organização, boa gestão do tempo e também a capacidade de articular com a restante equipa multidisciplinar mantendo um espírito de ajuda e bom relacionamento o que, como verificamos, nem sempre é fácil e consome muito tempo.

Do ponto de vista assistencial esta enfermeira coordena o núcleo de espinha bífida assumindo a gestão dos casos assim como a organização de actividades extra que incluem encontros bianuais, articulação com associações entre outros. Para além deste núcleo, a enfermeira especialista é responsável pela gestão de casos de maior complexidade que na opinião da equipe multidisciplinar requerem uma intervenção mais especializada (independentemente da patologia / situação clínica da criança).

Verificámos ainda que é um profissional de referência para os elementos da equipe e de suporte para a restante equipa de enfermagem quer pela sua preparação técnica e científica quer pela sua experiência profissional na área.

Promoção de saúde

Do ponto de vista da promoção da saúde, tema central a este projecto de estágio, verificamos que o ensino efectuada é predominantemente individual (com utilização de suporte informacional /panfletos em relação a EMLA® e estudo urodinâmico) e adaptado a cada caso particular. Efectuado durante a consulta de enfermagem no espaço físico do gabinete e centrado nos marcos de crescimento infantil (sobretudo na consulta de neonatologia) e nas necessidades individuais das crianças (procedimentos, preparação para exames). É o

enfermeiro que assume a iniciativa embora os pais / cuidadores coloquem questões. As temáticas abordadas para além das já referidas podem incluir também doenças infantis, prevenção de acidentes e tópicos gerais de saúde. Verificamos também utilização de uma metodologia expositiva e interrogativa não existindo registo informático dos mesmos ou uma uniformização dos ensinamentos efectuados.

Apreciação Crítica

O dicionário da Língua Portuguesa (2001) define reflectir como “*exprimir, ponderar ou revelar*”. Neste sentido esta reflexão traduz-se no que de mais relevante foi percebido ao longo deste três dias de estágio. Pensamos nos dias passados no C.D.C. e no papel de enfermagem neste centro mais concretamente no papel do enfermeiro especialista.

De uma forma geral verificou-se uma boa dinâmica de trabalho quer entre a equipe de enfermagem quer na equipe mais alargada com uma organização e planeamento de tempo bem delineados. Foi notória a competência relacional da enfermeira especialista enquanto promotora do bom ambiente. WALDOW (2009, p.183) refere que “as competências são capacidades que se apoiam em conhecimento” e neste sentido, o conhecimento é essencial para o desenvolvimento das competências.

Existem ainda projectos inovadores interdisciplinares que têm por base a partilha entre os diversos profissionais centrados nas necessidades quer dos utentes quer dos profissionais que compõem a equipe. Verificou-se uma boa articulação de recursos (utilização dos mesmos instrumentos de registo, agendamento de reuniões periódicas para discussão de casos) assim como um esforço de toda a equipe em tentar contabilizar os cuidados de enfermagem para dar visibilidade ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros. Presenciamos discussão de situações entre os elementos e aferição da linguagem, registos, questões colocadas até porque existem enfermeiros com diferentes tempos de experiência. Foi visível que a enfermeira especialista funciona com referência para a equipe e que proporciona bom ambiente. Verifica-se a existência de espaços para reflexão assim como planificação de intervenções dirigidas à própria equipe. Há facilidade de comunicação e acesso entre os profissionais pois o facto de não existir um espaço físico de cada um, mas um espaço físico que é de todos é promotor deste processo comunicacional.

De referir ainda que o espaço físico está adaptado, humanizado e pediátrico com promoção do brincar (existem brinquedos em todos os gabinetes). Assim como o facto de que a realização de consultas de neonatologia com contacto prévio no serviço de neonatologia (antes da alta programada). A enfermeira especialista fica responsável pelos casos mais complexos (é também o profissional de enfermagem mais experiente). A equipa mobiliza-se para efectivar a participação em jornadas e eventos. No entanto a existência de poucos elementos não permite o acompanhamento de todas as crianças em consulta de enfermagem mas apenas as de mais necessitadas / de maior risco. Verifica-se ainda que embora a colheita de dados seja baseada nas aquisições previstas para cada faixa etária não existe uma sistematização do registo

ficando ao critério de cada elemento o registo a efectuar.

Por outro lado constatamos ainda que não existe um carro de reanimação no serviço, de acordo com a equipe este está solicitado. Não há, também, parcerias no âmbito da investigação em enfermagem com instituições de ensino por exemplo o que neste caso nos parece que seria uma mais valia para a sistematização e divulgação das intervenções efectuadas neste centro.

Em conclusão resta referir que o C.D.C. é um espaço assistencial á criança onde a importância do papel do enfermeiro especialista é notório. A competência do enfermeiro especialista “cuida da criança / jovem e família nas situações de especial complexidade” conforme definição da ORDEM ENFERMEIROS (2009) assume neste contexto a sua expressão máxima quer pelas características das crianças assistidas neste centro quer pelo papel que o enfermeiro desempenha.

BIBLIOGRAFIA

Dicionário da Língua Portuguesa. Porto Editora: Porto, 2001. 574 p. ISBN 972-0-05101-9

MACEDO, Ana – Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar. Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia. [Em linha]. (2001).p.10-16. [Consultado a 19 Abril de 2010]. Disponível na Internet: URL<http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628bba557a5_1.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem - Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009. [Consultado a 19 Abril de 2010]. Disponível na Internet: URL< www.ordemdosenfermeiros.pt>.

SILVA, Daniel; SILVA, Ernestina – O ensino clínico na formação em enfermagem. Millenium – Revista do ISPV. [Em linha]. N.º 30 (Outubro, 2004), p.103-118. [Consultado a 19 Abril de 2010]. Disponível na Internet: <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/8.pdf>>. ISSN 0873-3015.

VASCONCELOS, Eduardo – Receba bem o estagiário. Formar. N.º7 (Ago/Set/Out,1992), p.28-31.

WALDOW, Vera – Reflexões sobre Educação em Enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado. O Mundo da Saúde São Paulo. [Em linha]. N.º 33(2), 2009, p.182-188. [Consultado a 19 Abril de 2010]. Disponível na internet: URL< http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/67/182a188.pdf>

RELATORIO DE FORMAÇÃO – CUIDADOS INFANTIS

1 – Planeamento

Data: 26 Maio de 2010 entre as 15h15 e as 16h45;

Duração: 1h30;

Local: Escola Secundária da Amora

Organização: Programa de Saúde Escolar do Centro de Saúde da Amora

Formadores: Enf.^a Fernanda Loureiro e Dra. Marta

Fundamentação e Pertinência: Esta sessão de formação surge por solicitação da Escola Secundária da Amora na sequência do decorrer de cursos profissionalizantes de 9º e 10º anos de escolaridade como uma necessidade sentida.

Título: Cuidados Infantis

Destinatários: 25 alunos com idades compreendidas entre 16 e 21 anos do 2º e 3º ciclo do ensino obrigatório (cursos profissionalizantes: curso técnico acompanhante de criança e curso profissional apoio à infância);

Temas:

- Cuidados gerais em pediatria: promoção de hábitos de higiene pessoal e prevenção de acidentes;
- Alimentação diversificada / alergias;

Objectivos Pedagógicos:

- Sensibilizar os formandos para importância dos cuidados básicos de higiene na promoção da saúde / prevenção de doenças;
- Compreender os cuidados inerentes à prevenção de acidentes em idade pediátrica;
- Apreender as características da introdução e diversificação alimentar na criança.

Metodologias: Nesta sessão, serão utilizadas as metodologias expositiva e demonstrativa.

Recursos: Formadores, computador, projector de vídeo, fralda descartável e boneco.

Metodologia de avaliação: distribuição de uma folha (ver documentação em anexo) com questões chave acerca da temática. A folha é entregue no início da sessão e revista no final da mesma.

2 - Plano De Formação

Conteúdos	Metodologia	Auxiliares Pedagógicos		Tempo	Formadora
		Audiovisuais	Outros		
<u>Introdução</u> - Apresentação dos profissionais e tema;	Expositiva		Formadores	5 min.	Enf. ^a Fernanda
<u>Cuidados gerais em pediatria</u> - Hábitos de higiene; - Prevenção de acidentes.	Expositiva Demonstrativa	Computador Projector de vídeo	Material: boneco e fralda descartável	30 min.	Enf. ^a Fernanda
<u>Alimentação</u> - Introdução alimentar; - Diversificação alimentar;	Expositiva	Computador Projector de vídeo		30 min.	Dra. Marta
<u>Avaliação</u> - Síntese da sessão - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da sessão.	Expositiva	Computador Projector de vídeo		5 min	Enf. ^a Fernanda Dra. Marta

3 – Avaliação

A avaliação foi efectuada mediante a discussão de uma ficha de avaliação entregue no início da formação e que os formandos foram preenchendo à medida que esta ia ocorrendo. No final da sessão foi efectuada a correcção e verificou-se que a totalidade dos formandos obteve resultados positivos na totalidade (100%) das questões validando assim a sessão.

Bibliografia:

HOCKENBERRY, Marilyn; WILSON, David; WILKELSTEIN, Marilyn – **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 1303 p. ISBN 85-352-1981-8.

SILVA, Aires Cleofas; GOMES – PEDRO, João – **Nutrição Pediátrica**. Lisboa: Clínica Universitária de Pediatria Hospital de Santa Maria, 2005. 240 p.

SARDINHA, Luís; MATOS, Margarida; LOUREIRO, Isabel – **Promoção da Saúde – Modelos de Intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo**. Cruz Quebrada: FMH Serviço de Edições, 1999. 240p. ISBN 972-735-060-7.

MENEZES, Helena; EDANIUS, Kaj; CORDEIRO, MÁRIO – Evitar os acidentes no 1º ano de vida: vale a pena crescer em segurança. [Em linha]. Lisboa: APSI. 2003. ISBN 972-95995-2-1. Disponível em: URL< www.apsi.org.pt>

Avaliação da Sessão: Cuidados Infantis

Verdadeiro ou Falso?

- A criança pode tomar banho a seguir às refeições;
- No banho da criança deve-se começar por lavar a região genital pois é a mais suja;
- A cabeça dos bebés não deve ser lavada pois pode magoar-se;
- As banheiras não devem ter tapetes pois o bebé pode escorregar;
- Uma criança não se afoga na banheira desde que se coloque pouca água.

Escolha a opção correcta.

Quando deve ser iniciada a diversificação alimentar?

- 2 M
- 4M
- 8M

Quantas refeições devem ser feitas depois de iniciar a diversificação?

- 5
- 8
- 3

Quando deve ser introduzido o sal?

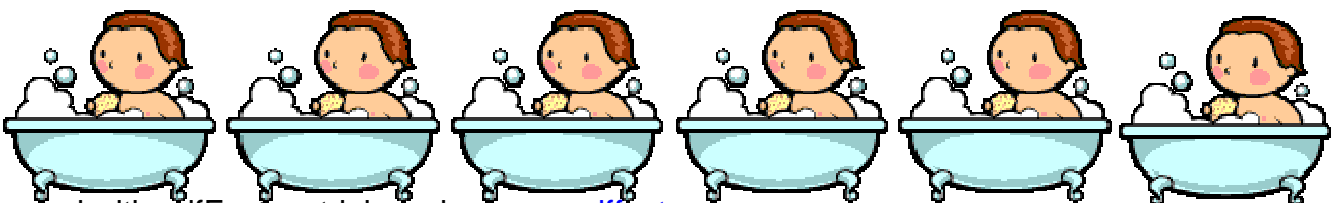
- 4M
- Depois de 1Ano
- Nunca

Quando deve ser introduzido o leite de pacote?

- Quando a criança deixa de mamar
- Aos 4 M
- Depois de 1 Ano

Qual destes grupos de alimentos constituem a base da pirâmide alimentar?

- Proteínas
- Hidratos de carbono
- Gorduras



Reflexão Crítica

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica decorreu, entre 26 de Abril e 18 Junho de 2010, um estágio de cuidados de saúde primários, integrado na unidade curricular Estágio – Módulo I, no Centro de Saúde da Amora. Na redacção deste documento utilizou-se uma metodologia reflexiva do pensamento crítico, acerca do papel do enfermeiro especialista na assistência à criança e família neste contexto pois, como refere WALDOW (2009, p.185) “ *a prática reflexiva é considerada elemento chave para a formação profissional, não só para principiantes, mas como um processo a ser desenvolvido de uma forma contínua*”.

Caracterização Sumária

A Amora é uma freguesia do concelho do Seixal, distrito de Setúbal, com 27,31 km² de área com uma população de 50 991 habitantes, dos quais 24937 do sexo masculino e 26024 do sexo feminino. Caracteriza-se por ser uma população bastante jovem com 32,3% entre os 0 e os 24 anos de idade e 67% entre os 20 e os 64 anos de idade. Tem também uma forte componente de imigração que, em 2001, constituía 9% da população residente (4480 pessoas), dos quais, 63% provenientes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (2840 pessoas) (INE, 2002). Actualmente, essa situação tem vindo a intensificar-se, somando-se ainda imigrantes provenientes de países de Leste e Brasil.

O centro de saúde da Amora encontra-se integrado no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) II da península de Setúbal e integra Seixal e Sesimbra. Cada ACES dispõe de direcção executiva, unidade de apoio á gestão e conselho clínico (constituído por médico, enfermeira, médico de saúde pública e assistente social). Funciona, desde Junho de 2001, em edifício próprio independente de 3 pisos. No piso 0 situam-se os serviços de apoio (aprovisionamento, armazém, cacifos, esterilização) e o Serviço de Atendimento Permanente que funciona das 8 ás 0h todos os dias. O piso 1 contempla as actividades clínicas, onde se situam os gabinetes médicos e de enfermagem de apoio á Unidade de Cuidados Saúde Personalizados e á Unidade de Saúde Familiar. No piso 2 localizam-se os serviços administrativos, sala de reuniões e bar do pessoal. A consulta de saúde infantil funciona todos os dias existindo o apoio de uma pediatra três vezes por semana (2^a, 4^a e 5^a). Previamente á consulta médica é realizada a consulta de enfermagem que contempla para além da avaliação estatoponderal a promoção de cuidados antecipatórios com base no programa tipo instituído pela DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2005) e em documentação própria do centro de saúde. Existe um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria que é responsável pela consulta de saúde infantil, pela vacinação, saúde escolar e intervém ainda na comissão de protecção de menores e no grupo de intervenção precoce. Foi ainda visível o papel que desempenha ao nível da gestão e organização de recursos humanos e materiais no centro.

Apreciação Crítica

No decurso deste módulo foi perceptível que o enfermeiro especialista é uma pessoa de referência para equipa quer na área assistencial quer na área da gestão.

No domínio assistencial foram várias as ocasiões em que foi solicitado por outros elementos para dar apoio em situações mais diferenciadas e casos mais complexos. Verificou-se ainda diferença significativa no decorrer das consultas quer no tipo de abordagem junto dos utentes quer na natureza dos registos efectuados. Foi visível uma maior sistematização da consulta e dos aspectos a abordar assim como a própria abordagem à criança e família. Pareceu-nos que havia um conhecimento teórico bem suportado por parte do enfermeiro mas também uma grande capacidade de articulação de conhecimentos visível no decorrer das consultas e na facilidade em transitar de uma temática para outra. Do ponto de vista na nossa aprendizagem individual este aspecto foi importante na medida em que, como refere MACEDO (2001, p.11) “o estágio assegura experiências significativas e exemplificativas da realidade, no sentido de se promoverem as competências”. A observação da prestação de cuidados por este profissional e das estratégias que desenvolveu para dar resposta às solicitações sem pré numa óptica de cuidados de excelência foram de facto uma mais-valia em termos formativos e pessoais.

No que concerne à gestão era também responsável pelos recursos clínicos o que lhe fornecia um manancial de conhecimentos neste domínio. O pedido de material de consumo, as normas de acondicionamento e a gestão de stocks eram algumas das suas actividades neste domínio. De referir que o material era pedido para o ACES e não apenas para o Centro de Saúde da Amora pelo que implica uma maior organização desta actividade. Consideramos que foi uma experiência muito interessante a este nível.

Por fim, resta ainda referir que a maior dificuldade por nós percepcionada foi a gestão de todas as actividades em simultâneo nomeadamente a sua articulação com a prestação de cuidados. Dado que se encontrava responsável em múltiplas áreas por vezes era difícil gerir todas as situações. Esta situação reforça o nosso apreço pelo colega que apesar de tudo tão bem nos recebeu, aceitou e encontrou sempre espaço para esclarecimentos, orientação mas sobretudo partilha.

BIBLIOGRAFIA:

Dicionário da Língua Portuguesa. Porto Editora: Porto, 2001. 574 p. ISBN 972-0-05101-9.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação (Orientações Técnicas; 12). [Em linha] 2ª edição. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2005. [Consult. 20 Maio 2010]. Disponível na Internet em [URLwww.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf)

MACEDO, Ana – Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar. Actas dos ateliers do Vº Congresso português de Sociologia. (2001). P. 10-16. [Consultado a 19 Abril de 2010]. Disponível na Internet: <http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628bb4a557a5_1.pdf>.

SILVA, Daniel; SILVA, Ernestina – O ensino clínico na formação em enfermagem. Millenium – Revista do ISPV. [Em linha]. N.º 30 (Outubro, 2004), p.103-118. [Consultado a 19 Abril de 2010]. Disponível na Internet: <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/8.pdf>>. ISSN 0873-3015.

VASCONCELOS, Eduardo – Receba bem o estagiário. Formar. N.º7 (Ago/Set/Out,1992), p.28-31.

WALDOW, Vera – Reflexões sobre Educação em Enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado. O Mundo da Saúde São Paulo. [Em linha]. N.º 33 (2), 2009, p.182-188. [Consultado a 19 Abril de 2010]. Disponível na Internet: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/182a188.pdf>. ISSN

INE - Anuário Estatístico da região de Lisboa e Vale do Tejo. [Em linha]. (2002). [Consultado a 5 de Maio de 2010] Disponível na Internet: <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=132936&PUBLICACOESmodo=2>



NORMA DE PROCEDIMENTO Nº 5: KITT DE ANAFILAXIA

Código	NP1	Elaborado:	Data
Versão 01		Verificado: Presidente do Conselho Clínico	Data
Revisão 00		Aprovado: Director Executivo	Data

ÂMBITO: Todas as Unidades de Saúde

OBJECTIVO: Estabelecer normas respeitantes à constituição, localização e manutenção dos Kitts Anafilaxia.

RESPONSABILIDADES:

Director Executivo: Aprovação e difusão.

Presidente do Conselho Clínico: Verificação.

Comissão de Farmácia e Terapêutica: Aprovação da Lista de Medicamentos.

Enfermeiras Chefes/Coordenadores das Unidades: Garantir a existência, manutenção e utilização do Kitt de Anafilaxia.

DI VULGAÇÃO:

Reunião de Serviço e Distribuição Individual.

CONTEÚDO:

Em todas as Unidades de Saúde deve existir um Kitt de Anafilaxia.

A composição no que respeita aos materiais, equipamentos e medicamentos, deverá ser uniforme (Norma de Procedimento Nº6: Conteúdo do Kitt de Abafilaxia).

Os Kitts de Anafilaxia devem encontrar-se em local facilmente acessível e visível, sem obstrução, próximo das áreas de vacinação aos utentes e do conhecimento de todos os profissionais.

A sua localização deve ser claramente sinalizada com o cartaz do algoritmo de anafilaxia.

A sua utilização é exclusiva para situações de anafilaxia, devendo encontrar-se selados e sujeitos a um programa de verificação e manutenção (Norma de Procedimento Nº7: Verificação e Manutenção do Kitt de Anafilaxia).

PROCEDIMENTOS ASSOCIADOS:

- Conteúdo do Kitt de Anafilaxia
- Verificação e Manutenção do Kitt de Anafilaxia

IMPRESSOS ASSOCIADOS:

- Verificação da Manutenção e Operacionalidade do Kitt de Anafilaxia
- Verificação de prazos de validade do Kitt de Anafilaxia
- Utilização do Kitt de Anafilaxia



NORMA DE PROCEDIMENTO Nº6: CONTEÚDO DO KITT DE ANAFILAXIA

Código	NP2	Elaborado:	Data
Versão 01		Verificado: Presidente do Conselho Clínico	Data
Revisão 00	03-08-2010	Aprovado: Director Executivo	Data

ÂMBITO: Todas as Unidades de Saúde

OBJECTIVO: Estabelecer normas respeitantes ao conteúdo do Kitt de Anafilaxia.

RESPONSABILIDADES:

Director Executivo: Aprovação e difusão.

Presidente do Conselho Clínico: Verificação.

Comissão de Farmácia e Terapêutica: Aprovação da Lista de Medicamentos.

Enfermeiras Chefes/Coordenadores das Unidades: Garantir a existência e manutenção do Kitt de Anafilaxia.

DIVULGAÇÃO:

Reunião de Serviço e Distribuição Individual.

DESCRIÇÃO DO KITT DE ANAFILAXIA:

Mala com 2 zonas distintas:

ZONA A

Cateter endovenoso n.º 24	5
Seringas 10 ml	2
Seringas 5 ml	1
Seringas 2 ml	6
Garrote	1
Notas:	5
Agulhas 0,6 x 25 mm 23G	5
Agulhas epicraneanas 0,65 x 20 mm 23G	5
Dextrose a 30 % 20 ml	2
Salbutamol solução inalatória	1
Soro fisiológico 10 ml	4
Hidrocortisona 100 mg EV	3
Adrenalina 1mg/ml EV/IM/SC	7
Prednisolona 25 mg EV	6

ZONA B

Torneira com prolongamento 10 cm	4
Tubo orofaríngeo n.º 0	1
Tubo orofaríngeo n.º 1	1
Tubo orofaríngeo n.º 2	1
Tubo orofaríngeo n.º 3	1
Sistemas de soros	3
Compressas esterilizadas 100 x 200 mm	6
Sondas de aspiração n.º 10	2
Sondas de aspiração n.º 12	2
Soro fisiológico 60 ml	1
Conjunto de nebulização	1
Soro fisiológico 0,9% 500 ml	2
Máscaras	2
Óculos nasais 2,1 m	1
Seringas 10 ml	3
Transferidores	2

PROCEDIMENTOS ASSOCIADOS:

- Kitt de anafilaxia
- Verificação e Manutenção do Kitt de Anafilaxia

IMPRESSOS ASSOCIADOS:

- Verificação de Manutenção do Kitt de Anafilaxia
- Verificação de Prazos de validade do Kitt de Anafilaxia
- Utilização do Kitt de Anafilaxia



Agrupamento de Centros de Saúde da Península de Setúbal II - Seixal e Sesimbra

NORMA DE PROCEDIMENTO Nº 7: VERIFICAÇÃO E MANUTENÇÃO

KITT DE ANAFILAXIA

Código	NP7	Elaborado:	Data
Versão 01		Verificado: Presidente do Conselho Clínico	Data
Revisão 00		Aprovado: Director Executivo	Data

ÂMBITO: Todas as Unidades de Saúde

OBJECTIVO:

- Garantir a operacionalidade do Kitt de Anafilaxia.
- Definir responsabilidades e actividades relacionadas com a manutenção do Kitt de Anafilaxia.

RESPONSABILIDADES:

Director Executivo: Aprovação e difusão.

Presidente do Conselho Clínico: Verificação.

Comissão de Farmácia e Terapêutica: Aprovação da Lista de Medicamentos.

Enfermeiras Chefes/Coordenadores das Unidades: Garantir a existência, manutenção e utilização do Kitt de Anafilaxia.

Enfermeira Chefe:

- Promover a divulgação e o cumprimento deste procedimento por parte dos profissionais sob a sua responsabilidade.
- Nomear os Enfermeiros Responsáveis pelo Kitt de Anafilaxia
- Definir responsabilidades e actividades relacionadas com a manutenção do Kitt de Anafilaxia.

DI VULGAÇÃO:

Reunião de Serviço e Distribuição Individual.

CONTEÚDO:

Em todas as Unidades de Saúde deve existir um Kitt de Anafilaxia na sala de vacinação.

A composição no que respeita aos materiais, equipamentos e medicamentos, deverá ser uniforme.

Os Kitts de Anafilaxia devem encontrar-se dentro da sala de vacinação em local acessível e visível, sem obstrução e do conhecimento de todos os profissionais.

A sua localização deve ser claramente sinalizada com o cartaz do algoritmo de anafilaxia.

A sua utilização é exclusiva para situações de anafilaxia, devendo encontrar-se fechado e sujeitos a um programa de verificação mensal e manutenção de acordo com as orientações definidas.

Verificação e manutenção do Kitt de Anafilaxia:

1- Em cada Unidade o Enfermeiro Chefe nomeia um Enfermeiro responsável pelo Kitt de Anafilaxia cuja responsabilidade implica:

1.1 - Mensalmente (na 1ª 2ª f de cada mês) verifica a presença do Kitt, limpeza e integridade;

1.1.1 - Verifica a presença e integridade da mala;

1.1.2 - Assegura-se da existência de impressos e dossier de informação;

1.1.3 - Assina a folha de verificação mensal;

1.2 - Trimestralmente (1ª 2ª f de cada mês) nomeia um enfermeiro para proceder à verificação dos prazos de validade dos medicamentos e material de consumo clinico;

1.2.1 - Abre o Kitt de Anafilaxia;

1.2.2 - Verifica a existência das quantidades previstas de medicação e material de consumo clinico;

1.2.3 - Verifica os prazos de validade da medicação e material de consumo clinico retirando todos os fármacos/materiais fora de prazo de validade e/ou prazo a expirar em data < 3 meses.;

1.2.4 - Repõe o material necessário;

1.2.5 - Assina indicando a data e hora de verificação;

1.3 - Responsabiliza-se pela actualização do Kitt face às ultimas indicações da DGS.

PROCEDIMENTOS ASSOCIADOS:

- Kitt de Anafilaxia;
- Conteúdo do Kitt de Anafilaxia

IMPRESSOS ASSOCIADOS:

- Verificação de Manutenção do Kitt de Anafilaxia;
- Verificação dos Prazos de validade do Kit de Anafilaxia;
- Utilização do Kitt de Anafilaxia.

ACES Seixal e Sesimbra

NP7.2-VERIFICAÇÃO DE PRAZOS DE VALIDADE DO KITT DE ANAFILAXIA

Data:

Zona	MATERIAL / MEDICAÇÃO	Nível Previsto	Nível Presente	Validade		Reposição	
				Sim	Não	Sim	Não
A	Cateter endovenoso n.º 24	5					
	Seringas 10 ml	2					
	Seringas 5 ml	1					
	Seringas 2 ml	6					
	Garrote	1					
	Agulhas 0,5 x 16 mm 25 G	5					
	Agulhas 0,6 x 25 mm 23G	5					
	Agulhas epicraneanas 0,65 x 20 mm	5					
	Dextrose a 30 % 20 ml	2					
	Salbutamol solução inalatória	1					
	Soro fisiológico 10 ml	4					
	Hidrocortisona 100 mg EV	3					
	Adrenalina 1mg/ml EV/IM/SC	7					
	Prednisolona 25 mg EV	6					
B	Torneira com prolongamento 10 cm	4					
	Tubo orofaríngeo n.º 0	1					
	Tubo orofaríngeo n.º 1	1					
	Tubo orofaríngeo n.º 2	1					
	Tubo orofaríngeo n.º 3	1					
	Sistemas de soros	3					
	Compressas esterilizadas 100 x 200	6					
	Sondas de aspiração n.º 10	2					
	Sondas de aspiração n.º 12	2					
	Soro fisiológico 60 ml	1					
	Conjunto de nebulização	1					
	Soro fisiológico 0,9% 500 ml	2					
	Máscaras	2					
	Óculos nasais 2,1 m	1					
	Seringas 10 ml	3					
	Transferidores	2					

Notas:

Assinatura Enfermeiro:

ACES Seixal e Sesimbra

NP7.3-UTILIZAÇÃO DO KITT DE ANAFILAXIA

Data:

Zona	MATERIAL / MEDICAÇÃO	Nível	Utilizado	Reposto
A	Cateter endovenoso n.º 24	5		
	Seringas 10 ml	2		
	Seringas 5 ml	1		
	Seringas 2 ml	6		
	Garrote	1		
	Agulhas 0,5 x 16 mm 25 G	5		
	Agulhas 0,6 x 25 mm 23G	5		
	Agulhas epicraneanas 0,65 x 20 mm 23G	5		
	Dextrose a 30 % 20 ml	2		
	Salbutamol solução inalatória	1		
	Soro fisiológico 10 ml	4		
	Hidrocortisona 100 mg EV	3		
	Adrenalina 1mg/ml EV/IM/SC	7		
	Prednisolona 25 mg EV	6		
B	Torneira com prolongamento 10 cm	4		
	Tubo orofaríngeo n.º 0	1		
	Tubo orofaríngeo n.º 1	1		
	Tubo orofaríngeo n.º 2	1		
	Tubo orofaríngeo n.º 3	1		
	Sistemas de soros	3		
	Compressas esterilizadas 100 x 200 mm	6		
	Sondas de aspiração n.º 10	2		
	Sondas de aspiração n.º 12	2		
	Soro fisiológico 60 ml	1		
	Conjunto de nebulização	1		
	Soro fisiológico 0,9% 500 ml	2		
	Máscaras	2		
	Óculos nasais 2,1 m	1		
	Seringas 10 ml	3		
	Transferidores	2		

Notas:

Assinatura Enfermeiro

CONVITE

Caro colega _____
no âmbito da Unidade Curricular Estágio integrada no Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, será apresentada uma sessão para a qual gostaria de contar com a sua presença.

Enf.^a Fernanda Loureiro

Data: 25 Junho 2010

Hora: 14h

Local: Sala de Reunião do Centro de Saúde da Amora

PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA / FAMÍLIA INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Conteúdos:

Modelo de Promoção da Saúde (Nola Pender)
Observação Participada da Consulta de Saúde Infantil
Estratégias de Enfermagem



PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA / FAMÍLIA

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Data: 25 Junho 2010

Hora: 14h

Local: Sala de Reunião do Centro de Saúde da Amora

Conteúdos:

Modelo de Promoção da Saúde (Nola Pender)

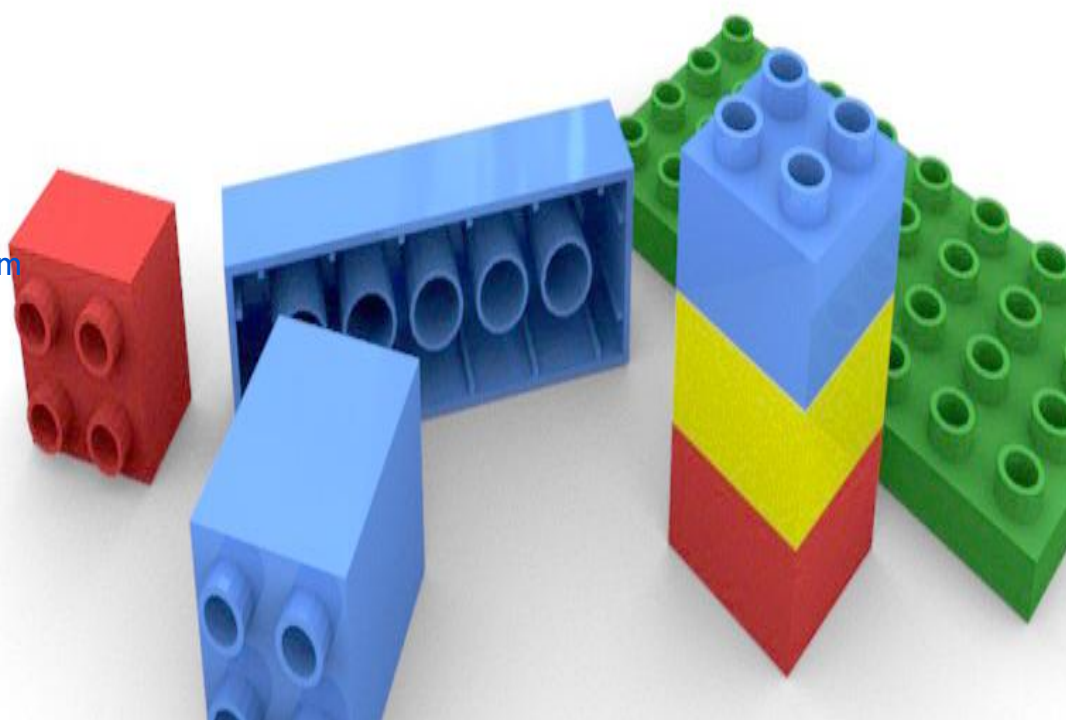
Observação Participada da Consulta de Saúde Infantil

Estratégias de Enfermagem

Desenvolvido no âmbito
da frequência do
Mestrado em Enfermagem
de Saúde Infantil e
Pediatria – Universidade
Católica Portuguesa sob
Orientação do Enf.ª José
Silva.

Discente:

Enf.ª Fernanda Loureiro

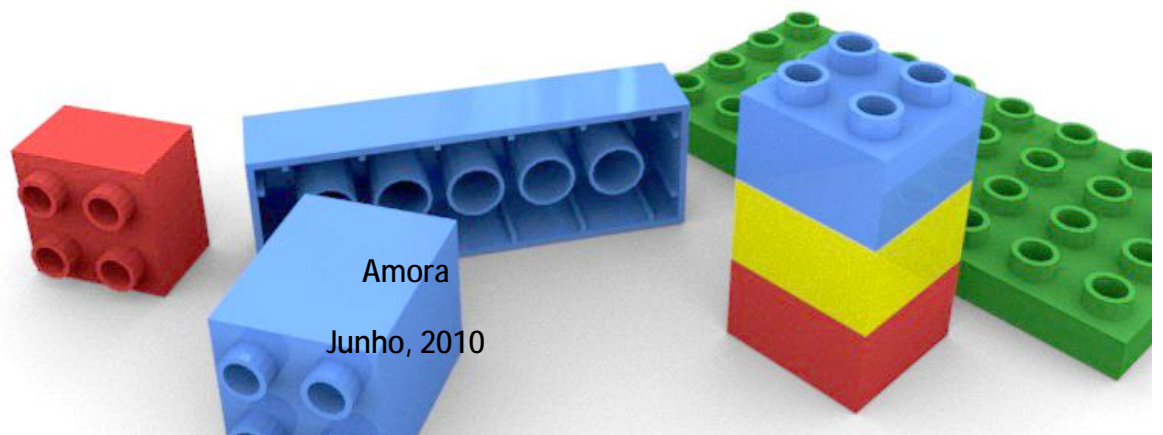




Manual de Promoção de Saúde

Operacionalização do Modelo Promoção Saúde (Nola Pender) no Recém-Nascido

Trabalho realizado por Enf.^a Fernanda Loureiro
no âmbito do Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria
na Universidade Católica Portuguesa
sob orientação do Enf.^o José Silva e
Prof.^a Zaida Charepe





Índice

	f.
Índice de Figuras.....	4
Índice de Gráficos	5
0 - Introdução	6
1 - Práticas de Promoção de Saúde	8
1.1 - Observação Participada da Consulta de Enfermagem	8
1.1.1 - Construção da grelha de observação	8
1.1.2 - Observação da consulta	10
1.1.3 - Resultados	10
2 - Modelo de Promoção de Saúde	14
2.1 - Componentes do Modelo de Promoção de Saúde.....	16
2.1.1 - Características	16
2.1.2 - Comportamento Específico	16
2.1.3 - Resultados do comportamento e experiências individuais	17
3 - Operacionalização do Modelo Promoção Saúde no Recém-nascido.....	19
3.1 - Componente - Caracteriticas	19
3.2 - Componente – Comportamento Especifico	21
3.3 - Componente – Resultado do comportamento e experiências individuais ...	23
4 - Conclusão.....	28



5 - BIBLIOGRAFIA	29
6 - ANEXOS.....	33
6.1 ANEXO 1 – CARTA TERAPÊUTICA.....	33
6.2 ANEXO 2 – KIT DE PROMOÇÃO DE SAÚDE	35



Índice de Figuras

	f.
Figura 1- Modelo de Promoção de Saúde (VICTOR et al, 2005).....	15
Figura 2 - Adaptação do Modelo de Promoção de Saúde ao Recém-nascido.	25



Índice de Gráficos

	f.
Gráfico 1 - Item 1: faixa etária	10
Gráfico 2 - Item 2: Tema	11
Gráfico 3 - Item 3: metodologia	11
Gráfico 4 - Item 4: utilização de suporte informacional.....	12
Gráfico 5 - Tipo de suporte informacional	12
Gráfico 6 - Item 5: solicitação do prestador.....	13
Gráfico 7 - Item 6: registo da interacção criança/prestador.....	13
Gráfico 8 - Item 7: dispêndio de tempo.	14



0 - Introdução

A importância da promoção de saúde enquanto área de atenção remonta às conferências internacionais de Otawa (1986), Adelaide (1988), Sunsdalle (1991), Bogotá (1992) e Jacarta (1997). Passa a ser incentivada enquanto estímulo à utilização de recursos e conhecimentos dos indivíduos no sentido da adopção de estilos de vida saudáveis onde a vigilância de saúde é um aspecto básico. No âmbito da pediatria assume particular importância pois trata-se de intervir de uma forma antecipatória e precoce no crescimento e desenvolvimento da criança pelo que a DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2005) sistematizou em programa a vigilância de saúde neste âmbito. Define idades chave para a realização de consulta assim como cuidados básicos a avaliar / abordar atendendo aos marcos de desenvolvimento. Cabe a cada local operacionalizar estas indicações adequando à população assim como às características orgânicas e funcionais.

Os enfermeiros assumem, neste contexto, um papel essencial inerente ao seu exercício profissional. A alínea b) do artigo 9º do Decreto-Lei n.º 247/09 de 22 de Setembro refere que é função do enfermeiro realizar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção de saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional. Por outro lado a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) refere que os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. O enfermeiro deve, portanto, actuar na promoção da saúde infantil com vista à maximização da mesma. Importa ainda integrar a evidência científica encontrada nas ciências da educação e nas ciências da saúde para adoptar as melhores estratégias. De facto, a promoção de saúde, é uma área onde intervêm vários grupos disciplinares e que implica uma panóplia de programas e iniciativas. Contudo, sabemos que os programas com maior probabilidade de sucesso são os que se baseiam numa clara compreensão dos comportamentos de saúde alvo e contexto



ambiental. Neste sentido, as teorias ajudam a compreender a natureza dos comportamentos, explicam a sua dinâmica, os procedimentos para modificar e efeitos das influências externas a que estão sujeitos (GLANZ, 1999). O Modelo de Promoção de Saúde proposto por Nola Pender em 1982 integra a promoção de saúde e as ciências de enfermagem. Define um modelo de actuação baseado em três componentes principais que se subdividem em variáveis passíveis de serem trabalhadas pelos enfermeiros com vista a uma prática fundamentada que fomente a adopção de comportamentos promotores de saúde (VICTOR et al, 2005).

Assim, este manual tem por objectivo debruçar-se sobre esta temática na óptica do profissional de enfermagem. Estruturalmente é composto por 3 partes: caracterização das práticas de promoção de saúde no Centro de Saúde da Amora baseado numa observação participada da consulta de enfermagem de saúde infantil, apresentação do modelo de promoção de saúde e, finalmente adaptação do mesmo à faixa etária recém-nascido enquanto exemplo de operacionalização. Surge enquanto actividade integrada na Unidade Curricular Estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Saúde Infantil e Pediatria que decorre na Universidade Católica.



1 - Práticas de Promoção de Saúde

Por observação informal, foi perceptível que, no Centro de Saúde da Amora, as intervenções de enfermagem na área da promoção de saúde em pediatria, decorrem sobretudo durante a consulta de saúde infantil. Assim, considerou-se pertinente o recurso a observação participada com o objectivo de identificar as estratégias adoptadas pelos enfermeiros.

1.1 - Observação Participada da Consulta de Enfermagem

Esta técnica pode ser definida como a utilização sistemática dos sentidos na procura de dados necessários para solucionar um problema de investigação (VILELAS, 2009). O mesmo autor refere ainda que a observação deve efectuar-se tendo em conta algumas fases: identificar a situação a observar, averiguar os objectos de observação, definir o modo de registar, observar cuidadosa e criticamente, registar os dados observados, analisar e interpretar os dados e retirar conclusões.

1.1.1 - Construção da grelha de observação

De forma a tornar a observação mais sistematizada e alvo de tratamento estatístico descritivo construiu-se uma grelha de observação tendo por base os instrumentos existentes e pesquisa bibliográfica na área.

Assim, definiram-se 6 itens de observação:

Item 1 – Faixa etária

Neste item é considerado a idade da criança que recorre à consulta de saúde infantil. Para a sua estruturação foram utilizadas as idades chaves preconizadas pela DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2005) no programa-tipo de actuação de saúde Infantil e juvenil: 1ª semana de vida, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 15 meses, 18 meses, 2 anos, 3 anos, 4 anos, 5-6 anos, 8 anos, 11-13 anos, 15 anos e 18 anos.



Item 2 – Tema

Para a estruturação deste item agruparam-se os cuidados antecipatórios previstos no mesmo programa-tipo de actuação referido anteriormente assim como documentação de registo de enfermagem própria do centro de saúde. Estabeleceram-se as seguintes temáticas: crescimento e desenvolvimento, alimentação, sono e repouso, eliminação, recreação, vacinação, vestuário, adaptação social, afecto, vacinação, doenças infantis, higiene e segurança.

Item 3 – Metodologia

Neste item, considerou-se a classificação de métodos pedagógicos proposto por FERRÃO e RODRIGUES (2000) com a seguinte denominação: método expositivo, método demonstrativo, método interrogativo e método activo.

Item 4 – Utilização de suporte informacional

O uso de suporte informacional é referenciado amplamente na literatura como uma estratégia útil (RIBEIRO, 1999). Neste sentido considerou-se a utilização ou não desta estratégia, sendo que sempre que foi utilizada se assinalou o tipo de suporte entregue em função dos existentes na consulta (alimentação, segurança, vacinação e comportamento infantil).

Item 5 – Solicitação do prestador

Foi também registado se o prestador de cuidados, que acompanha a criança á consulta colocou questões ou não.

Item 6 – Interacção criança/prestador

Registo da interacção existente entre o prestador de cuidados presente durante a consulta e a criança.

Item 6 – Tempo de duração

Por fim, considerou-se o tempo dispendido na consulta.



No planeamento deste instrumento fez-se a prevê-se um registo de pelo menos 30 observações (CARMO e FERREIRA, 1998).

1.1.2 - Observação da consulta

A observação decorreu no período entre 3 e 28 Maio de 2010 e foram observadas um total de 31 consultas de enfermagem (n=31). Não foram consideradas consultas em que houve interrupção da mesma por qualquer motivo. Os dados foram introduzidos numa tabela em formato Microsoft Office – Excel® e sujeitos a tratamento estatístico descritivo.

1.1.3 – Resultados

No item 1 – faixa etária verificou-se que 87% (n=27) das observações se refere a crianças com idade inferior a 2 anos como se pode verificar no gráfico 1.

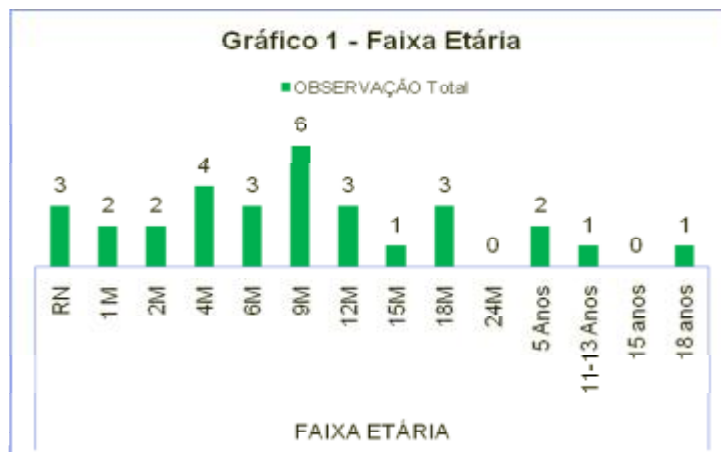


Gráfico 1 - Item 1: faixa etária

Em relação ao item 2 – tema verificou-se que os temas mais abordados foram a alimentação (97%; n=30), a segurança (94%; n=29) e o crescimento e desenvolvimento infantil (90%; n=28). Como temas menos abordados destaca-se a adaptação social (19%; n=6), as doenças (19%; n=6) e o afecto (23%; n=7) como se pode verificar no gráfico 2.

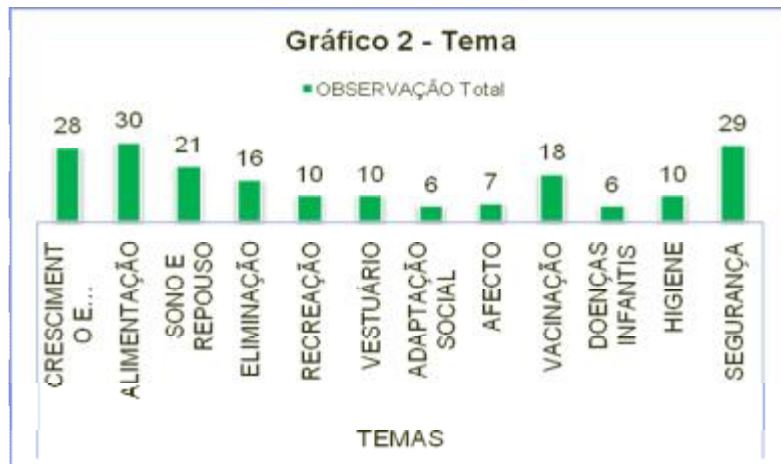


Gráfico 2 - Item 2: Tema.

Em relação ao item 3 – metodologia verificou-se a utilização predominante de metodologia expositiva (100%; n=31) como se pode observar no gráfico 3.

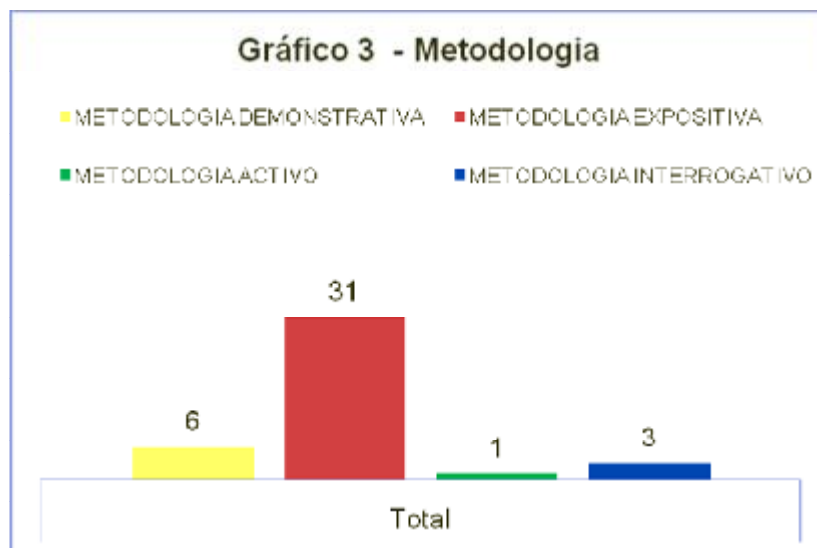


Gráfico 3 - Item 3: metodologia

Em relação ao item 4 – utilização de suporte informacional verificou-se que em 61% (n=19) das observações não houve utilização deste tipo de suporte como se pode verificar no gráfico 4.

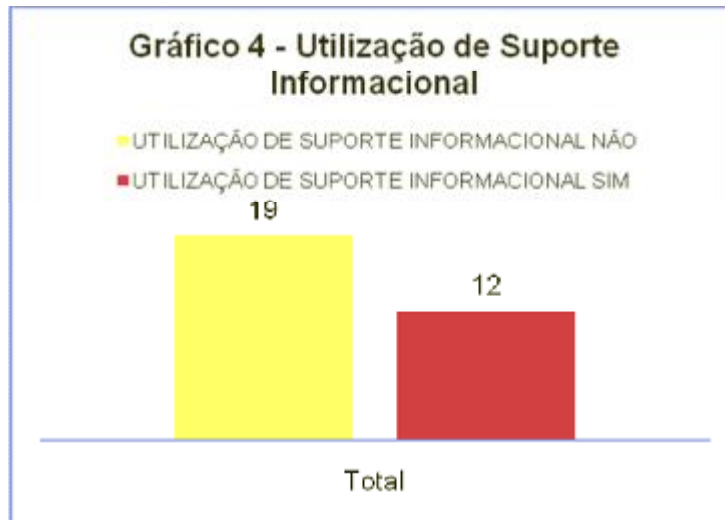


Gráfico 4 - Item 4: utilização de suporte informacional

Em relação ao item anterior, entre as observações em que foi usado o suporte informacional registou-se ainda o tipo de suporte. Verificou-se que os suportes mais usados se referem a segurança (36%; n=11) e alimentação (16%; n=5) como se pode observar no gráfico 5.

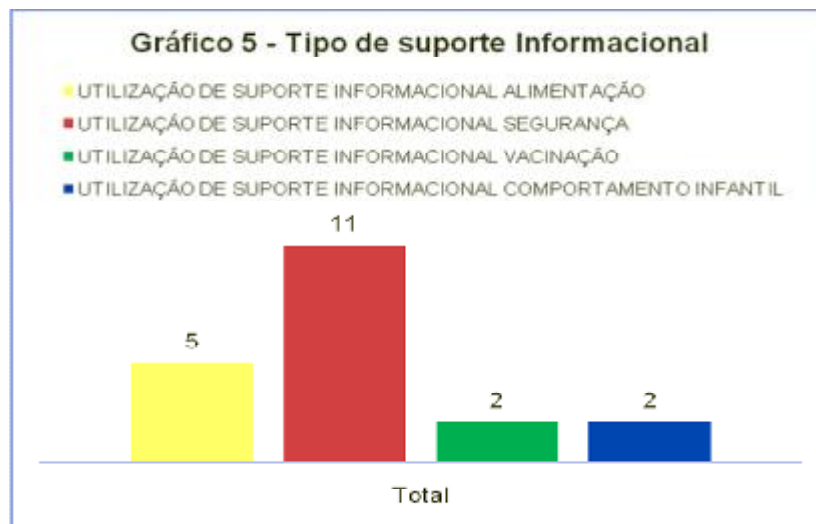


Gráfico 5 - Tipo de suporte informacional

Relativamente ao item 5 – solicitação do prestador verificou-se em 77% (n=24) das observações houve colocação de questões por parte dos prestadores como se pode verificar no gráfico 6.

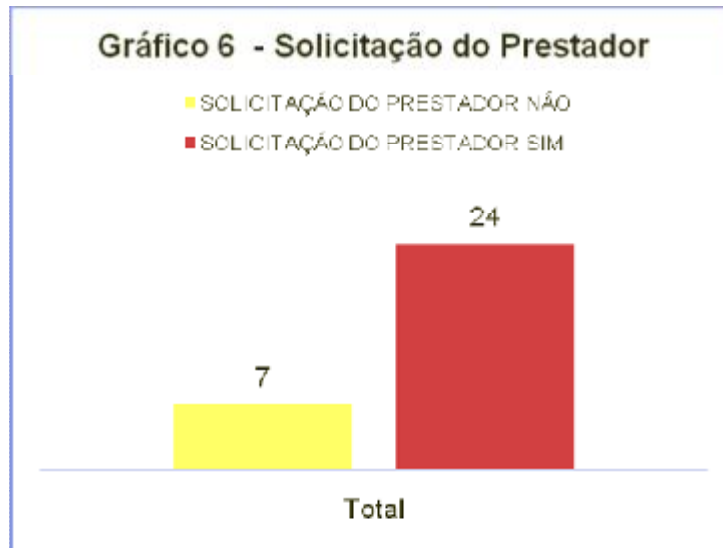


Gráfico 6 - Item 5: solicitação do prestador.

No que diz respeito ao item 6 – registo da interacção criança/ prestador verificou-se que em 58% (n=18) não houve qualquer tipo de registo como se pode visualizar no gráfico 7.

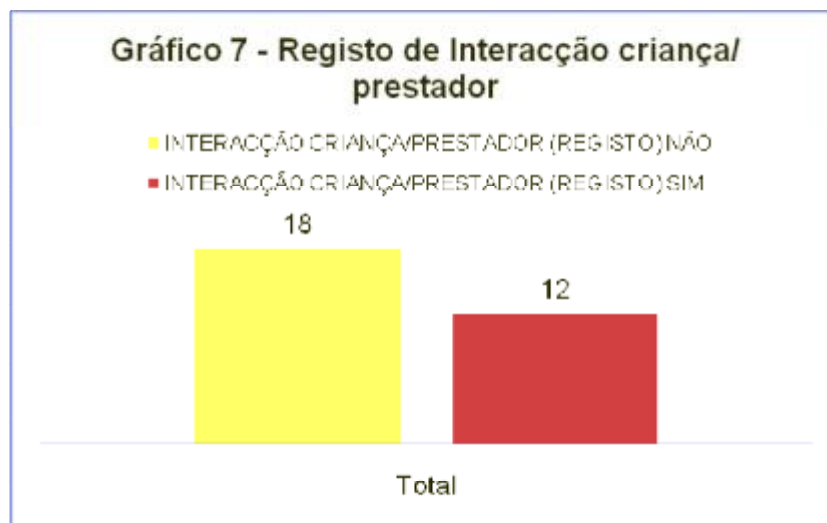


Gráfico 7 - Item 6: registo da interacção criança/prestador.

No que diz respeito ao último item – tempo dispendido verificou-se um dispêndio médio de 23 minutos com valores mínimos de 10 minutos e máximos de 32 minutos conforme se pode verificar pelo gráfico 8.

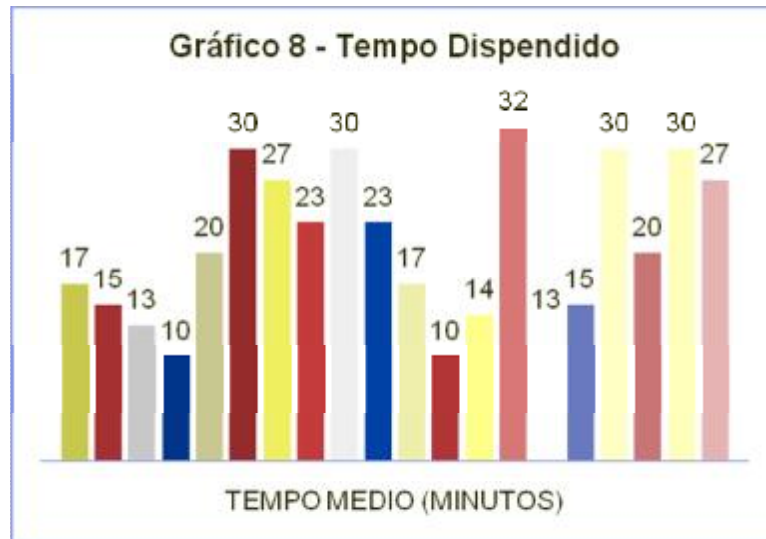


Gráfico 8 - Item 7: dispêndio de tempo.

Em conclusão verifica-se que 87% (n=27) das observações ocorreram em crianças com idade inferior a 2 anos sendo os temas mais abordados a alimentação (97%; n=30), a segurança (94%; n=29) e o crescimento e desenvolvimento infantil (90%; n=28). Os temas menos abordados são a adaptação social (19%; n=6), as doenças (19%; n=6) e o afecto (23%; n=7) havendo uma utilização predominante de metodologia expositiva (100%; n=31). Verifica-se ainda pouca utilização de suporte informacional (61%; n=19 não utiliza) e quando são utilizados reportam-se aos temas segurança (36%; n=11) e alimentação (16%; n=5). A maioria dos prestadores coloca questões (77%; n=24) e há um reduzido registo da interacção prestador/criança (58%; n=18 não regista) verificando-se um dispêndio médio de 23 minutos por consulta.

Face aos resultados apresentados e, como forma de dar sustentação teórica a sugestões de intervenção na área da promoção de saúde apresenta-se de seguida um modelo teórico de promoção de saúde.

2 - Modelo de Promoção de Saúde

O modelo proposto por Nola Pender em 1982 denomina-se Modelo da Promoção de Saúde e baseia-se no modelo das crenças na saúde sem incluir o medo ou a ameaça como fonte de motivação (SAKRAIDA, 2002). Surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os factores que influenciam



os comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva os indivíduos que apresentam comportamentos produtores de saúde (VICTOR et al, 2005). Este modelo foi revisto pela autora em 1996 passando a incluir a influência dos aspectos culturais na promoção de saúde (BROWNING et al, 2007). Esquemáticamente o modelo surge representado na figura 1. Trata-se de um modelo que pode ser adaptado a vários contextos de intervenção nomeadamente na área de saúde infantil e pediátrica (SAKRAIDA, 2002; VICTOR, 2005; BROWNING et al, 2007).

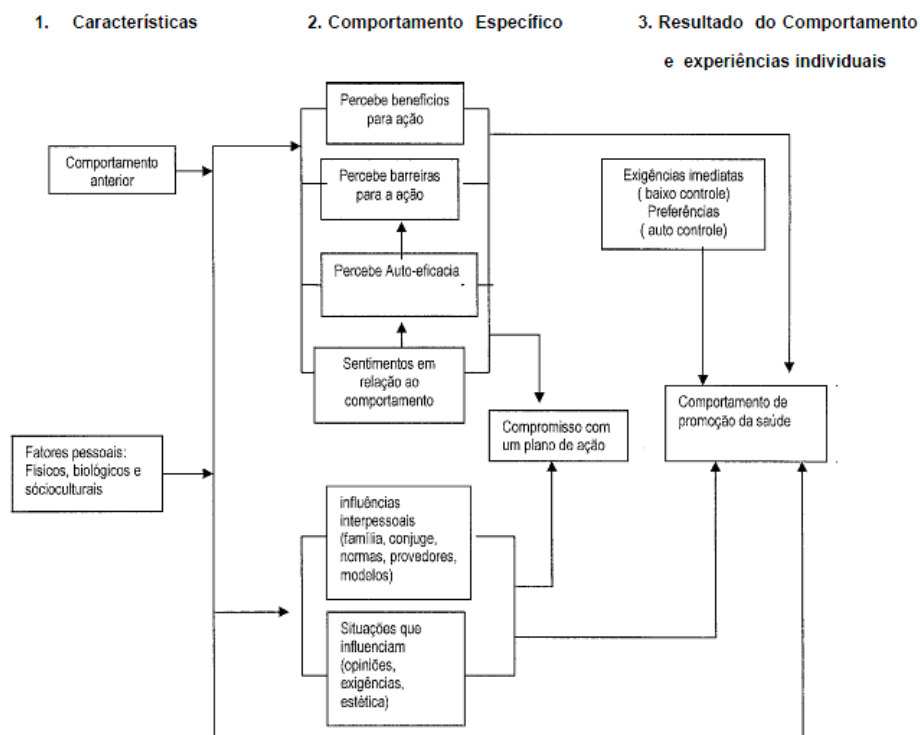


Figura 1- Modelo de Promoção de Saúde (VICTOR et al, 2005).

Como se pode verificar pela figura o modelo é composto por três componentes principais: características, comportamento específico e resultado do comportamento e experiências individuais (VICTOR et al, 2005). São compostos por várias variáveis que se apresentam em seguida.



2.1 - Componentes do Modelo de Promoção de Saúde

2.1.1 - Características

A primeira componente diz respeito às características e experiências individuais e contempla 2 variáveis: comportamento anterior e factores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais).

Relativamente ao comportamento anterior, este refere-se ao comportamento que deve ser mudado (VICTOR et al, 2005) e que pode ter efeitos directos ou indirectos sobre a probabilidade de ter comportamento de promoção de saúde (SAKRAIDA, 2002).

A variável factores refere-se a aspectos que são preditores de um dado comportamento e moldados pela natureza do comportamento alvo a ser considerado. Divide-se em factores biológicos (idade, índice de massa corporal, agilidade, equilíbrio), psicológicos (auto-estima, auto motivação, estado de saúde percebido, definição de saúde) e socioculturais (raça, etnia, educação, nível socioeconómico) (VICTOR et al, 2005).

2.1.2 - Comportamento Específico

A segunda componente do modelo contempla 6 variáveis: percebe benefícios para a acção, percebe barreiras para a acção, percebe auto eficácia, sentimentos em relação ao comportamento, influências interpessoais e sentimentos que influenciam (SAKRAIDA, 2002).

A primeira variável - percebe benefícios para acção refere-se às representações mentais positivas, que reforçam as consequências da adopção de um comportamento (VICTOR et al, 2005).

A segunda variável refere-se às barreiras para a acção que podem ser antecipadas, imaginadas ou reais. Podem ser consideradas como percepções negativas sobre um



comportamento e entendidas como dificuldades e custos pessoais (VICTOR et al, 2005).

A variável percebe auto eficácia diz respeito ao juízo das capacidades pessoais de organizar e executar acções (VICTOR et al, 2005). A auto eficácia percebida influencia as barreiras percebidas à acção de modo a que uma maior eficácia resulta em percepções reduzidas das barreiras ao desempenho comportamental (SAKRAIDA, 2002).

A variável sentimentos em relação ao comportamento reporta-se à reacção emocional directa ou uma resposta nivelada ao pensamento que pode ser positivo, negativo, agradável ou desagradável (VICTOR et al, 2005).

A variável influências interpessoais refere-se ao comportamento que pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, profissionais de saúde, ou por normas e modelos sociais. (VICTOR, et al, 2005). As fontes primárias de influências são as famílias, os pares e os prestadores de cuidados de saúde (SAKRAIDA, 2002).

A última variável desta componente diz respeito aos sentimentos que influenciam e reporta-se a influências situacionais como o ambiente que pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde (VICTOR et al, 2005).

2.1.3 - Resultados do comportamento e experiências individuais

A terceira componente compreende três variáveis: exigências imediatas (que inclui forças impositivas e forças potencializadoras), comportamento de promoção de saúde e compromisso com um plano de acção (SAKRAIDA, 2002).

Assim, a primeira variável - exigências imediatas - considera que as pessoas têm baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto as preferências pessoais exercem um elevado controle sob as acções de mudança de comportamento, por exemplo a escolha de um gelado ou uma maçã para o lanche



(SAKRAIDA, 2002). Consideram-se então dois tipos de forças: impositivas e potencializadoras (VICTOR et al,2005).

A segunda variável diz respeito ao comportamento de promoção de saúde e pode ser entendida como o resultado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde (VICTOR et al, 2005).

Por fim a terceira variável - compromisso com o plano de acção – reporta-se às acções que possibilitam ao indivíduo manter-se no comportamento de promoção de saúde esperado, isto é, as intervenções de enfermagem (VICTOR et al, 2005).



3 - Operacionalização do Modelo Promoção Saúde no Recém-nascido

Nesta fase do manual apresenta-se uma adaptação do modelo a uma faixa etária específica: o recém-nascido utilizando para tal a revisão bibliográfica na área e um exemplo prático através de um estudo de caso. Este consiste numa investigação aprofundada, neste caso de um recém-nascido e família e revela-se útil para investigar uma teoria (FORTIN, 2003). Os dados foram colhidos durante a realização de uma consulta de enfermagem a um recém-nascido. Foi garantida a confidencialidade e anonimato dos dados fornecidos.

Caracterização sumária

Antecedentes obstétricos: Tratou-se de uma gravidez planeada e vigiada (9 consultas durante a gravidez) de 37 semanas e 3 dias que decorreu sem intecorrências.

História do Parto: Nascido às 5h10 de 22 de Maio de 2010 no Hospital Garcia d'Orta de parto eutócico por rotura espontânea da bolsa de águas. O recém-nascido apresentava 3390 gr de peso, 44 cm de comprimento e 36 cm de perímetro cefálico. Índice de APGAR 8 ao primeiro minuto e 10 ao segundo sem necessidade de reanimação.

O João (nome fictício) deslocou-se, na companhia dos pais, ao Centro de Saúde para realização do Teste de Guthrie ao 4º dia de vida. Faz aleitamento materno exclusivo em horário livre.

Como já foi referido o modelo compreende 3 componentes que se subdividem em variáveis (SAKRAIDA, 2002).

3.1 - Componente - Características

Este componente contempla 2 variáveis: comportamento anterior e factores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais).



Relativamente ao comportamento anterior, este refere-se ao comportamento que deve ser mudado (VICTOR et al, 2005). Neste caso, pode não existir um comportamento anterior mas uma expectativa de comportamento. Face ao nascimento de uma criança de termo ou não pretende-se que os pais (subsistema parental) adotem um comportamento promotor de saúde que favoreça um desenvolvimento pleno das suas potencialidades (cuidados ao recém nascido). Neste sentido a criança é entendida como um ser frágil, dependente e sem autonomia mas capaz de interação que deve ser estimulada (SCHAFFER, 1999).

No caso do João trata-se de um primeiro filho do casal que revela não ter experiências prévias. Referem ainda não existir crianças na família e são ambos filhos únicos.

A variável factores divide-se em factores biológicos (idade, índice de massa corporal, agilidade), psicológicos (auto-estima, auto motivação) e socioculturais (educação, nível socioeconómico) (VICTOR et al, 2005). Neste caso, e face ao grupo alvo considerou-se como factores biológicos a idade dos pais, como factores psicológicos o facto de a gravidez ser desejada ou não e o grau de satisfação face ao nascimento da criança. Por fim, como factores socioeconómicos considerou-se o nível educacional e sociocultural dos pais. Os factores supracitados foram encontrados na literatura consultada sendo referido como factores influenciadores do papel parental (SILVA, 2006; SOARES, 2008).

A mãe do João tem 27 anos (factor biológico), apresenta-se sorridente e refere estar muito feliz com a gravidez e o seu bebé (factores psicológicos). Trata-se de uma senhora com 12º ano de escolaridade e que trabalha como empregada num supermercado (factores socioculturais).

O pai do João tem 31 anos (factor biológico) e refere estar muito contente com o nascimento do João (factores psicológicos). Tem o 12º ano de escolaridade e é mecânico (factores socioculturais).



3.2 - Componente – Comportamento Específico

A segunda componente do modelo contempla 6 variáveis: percebe benefícios para a acção, percebe barreiras para a acção, percebe auto eficácia, sentimentos em relação ao comportamento, influências interpessoais e sentimentos que influenciam (SAKRAIDA, 2002).

A primeira variável - percebe benefícios para acção refere-se às representações mentais positivas, que reforçam as consequências da adopção de um comportamento (VICTOR et al, 2005). Neste caso considera-se, como função primordial da família, que esta contribui para o crescimento e desenvolvimento adequado da criança (COSTA, 2004).

Os pais do João referem querer contribuir para o seu crescimento e desenvolvimento.

A segunda variável refere-se às barreiras para a acção que podem ser consideradas como percepções negativas sobre um comportamento e entendidas como dificuldades e custos pessoais (VICTOR et al, 2005). A inexperiência e o desconhecimento são factores referidos na literatura como dificuldades face aos cuidados ao recém-nascido (SCHAFFER, 1999; SILVA, 2006; SOARES, 2008).

Os pais do João referem desconhecer muitos dos cuidados inerentes ao recém-nascido e inexperiência em lidar com as situações diárias. Referem dúvidas ao nível do crescimento e desenvolvimento e relacionadas com as necessidades do João: alimentação, higiene, sono e repouso e eliminação.

A variável percebe auto eficácia diz respeito ao juízo das capacidades pessoais de organizar e executar acções (VICTOR et al, 2005). Assim, considerou-se que os pais procuram assumir o papel parental nas suas diferentes dimensões. Uma vez que se trata de uma adaptação de um modelo de promoção de saúde considera-se especificamente a dimensão cuidados de saúde ao recém nascido proposta por COSTA (2008). Esta contempla vários componentes: preparação para cuidar, presença de



conhecimentos para cuidar, contribuição dos conhecimentos para cuidar, dificuldades/dúvidas dos pais na prestação de cuidados, alimentação, eliminação, higiene e conforto, vestuário, sono e repouso, afecto e estimulação, adaptação ao papel parental, segurança e prevenção de acidentes, sexualidade, vigilância de saúde e apoios / recursos na comunidade.

Os pais do João referem que o principal obstáculo ao cuidado é o desconhecimento mas referem sentir confiança nas suas capacidades.

A variável sentimentos em relação ao comportamento reporta-se à reacção emocional directa ou uma resposta nivelada ao pensamento que pode ser positivo, negativo, agradável ou desagradável (VICTOR et al, 2005). Neste caso considerou-se o reforço positivo dado pelos familiares, amigos e também pelos profissionais face ao crescimento e desenvolvimento da criança. Os pais são parceiros imprescindíveis na promoção de saúde e são particularmente sensíveis ao reforço positivo dado pelos profissionais (SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA, 2004; BARRADAS, 2008).

No caso em estudo houve reforço positivo por parte dos familiares (avós) mas no que diz respeito a profissionais os pais não obtiveram qualquer tipo de reforço. Referem querer saber “se estão a fazer tudo bem”.

A variável influências interpessoais refere-se ao comportamento que pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, profissionais de saúde, ou por normas e modelos sociais. (VICTOR, et al, 2005). Nesta faixa etária considerou a influência dos pais, família, modelos, apoio social, igreja e cultura que são descritos na literatura consultada (SILVA, 2006; BARRADAS, 2008; SOARES, 2008).

Os pais do João referem que tomam como exemplo as suas próprias famílias assim como as suas vivências enquanto crianças. Referem também não dispor de contactos com profissionais de saúde excepto nas suas deslocações para consultas de rotinas.



A última variável deste componente diz respeito aos sentimentos que influenciam e reporta-se a influências situacionais como o ambiente que pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde (VICTOR et al, 2005). Considerou-se como influenciador as opiniões, aspecto da criança, hospitalizações e acesso facilitado (ou não) a serviços de saúde e também o facto de que os pais querem sentir-se úteis e activos face ao crescimento e desenvolvimento do seu filho, aspectos que são também encontrados na literatura (SILVA, 2006;BARRADAS, 2008; SOARES, 2008).

Neste caso concreto trata-se de uma criança saudável, sem história de hospitalizações e com acesso facilitado aos locais assistenciais.

3.3 - Componente – Resultado do comportamento e experiências individuais

A terceira componente compreende três variáveis: exigências imediatas (que inclui forças impositivas e forças potencializadoras), compromisso de promoção de saúde e compromisso com um plano de acção (SAKRAIDA, 2002).

Assim, a primeira variável - exigências imediatas - considera que as pessoas têm baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto as preferências pessoais exercem um elevado controle sob as acções de mudança de comportamento. Consideram-se então dois tipos de forças: impositivas e potencializadoras (VICTOR et al,2005). Neste caso como forças impositivas considerou-se a readaptação da vida familiar e pessoal inerente á chegada de um novo membro pois como refere PALÁCIOS (2005:10) "*a adição de um membro da família através do nascimento é um momento de transição e de destaque no ciclo de vida humano e familiar que altera os comportamentos, as relações e funções de pais e mães*". As forças potencializadoras foram entendidas como o desejo de cumprir o papel parental



adequadamente. Pois se a família tem como função a procriação, existe um desejo natural de proporcionar os melhores cuidados aos seus descendentes (COSTA, 2004).

O nascimento do João trouxe mudanças no seio familiar que são relatadas pelos pais: alteração dos hábitos diários, padrões de sono alterados (força impositiva). Face a uma gravidez planeada os pais desencadearam uma série de intervenções para a chegada do João como por exemplo aquisição de material adequado e procura de informação de saúde (dorças potencializadoras).

A segunda variável diz respeito ao compromisso de promoção de saúde e pode ser entendida como o resultado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde (VICTOR et al, 2005). Neste caso considerou-se como objectivo final a capacitação (“to empower”) dos pais nos cuidados ao recém-nascido. Pois assim tornam-se independentes e activos nos cuidados ao seu filho (AMARAL, 2009).

Os pais referem estar dispostos a incorporar as indicações fornecidas pelos profissionais de saúde nas suas opções em relação ao João.

Por fim a terceira variável - compromisso com o plano de acção – reporta-se às acções que possibilitam ao indivíduo manter-se no comportamento de promoção de saúde esperado, isto é, as intervenções de enfermagem (VICTOR et al, 2005). Assim, considerou-se nesta variável o cumprimento /seguimento por parte dos pais de um plano de cuidados promotor de saúde.

Face ao exposto foram implementadas intervenções de enfermagem que incluíram:

- Esclarecimentos de dúvidas colocadas pelos pais;*
- Ensino: padrão de sono e repouso do recém-nascido, necessidade alimentar e intervalo de mamadas, cuidados de higiene e características das dejectões;*
- Fornecimento de suporte informacional;*



- *Reforço positivo face aos cuidados prestados pelos pais enfatizando as suas capacidades.*

- *Realização do teste de Guthrie e orientação para cumprimento da vigilância de saúde infantil preconizada assim como vacinação.*

Contextualizada a adaptação de cada uma das variáveis que compõe o modelo apresenta-se o modelo de forma esquemática na figura 2.

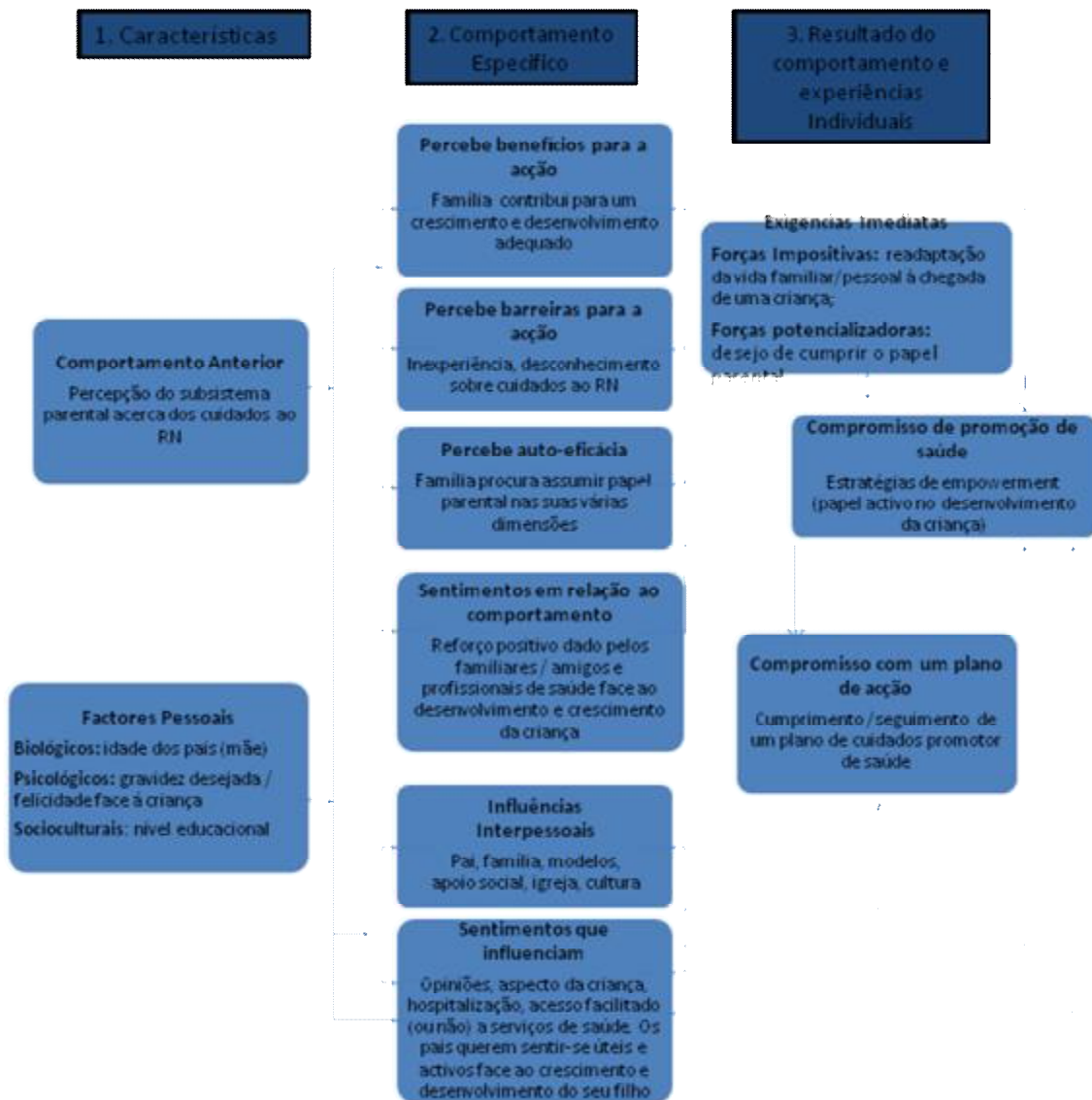


Figura 2 - Adaptação do Modelo de Promoção de Saúde ao Recém-nascido.



Os modelos teóricos, no âmbito da promoção de saúde explicam o comportamento e sugerem vias para atingir mudanças (GLANZ, 1999). Outras intervenções poderiam ter sido efectuadas face ao caso apresentado. Pela observação participada realizada e após a adaptação do modelo pode-se sugerir outras estratégias passíveis de implementação. Como foi anteriormente descrito na variável “sentimentos em relação ao comportamento”, esta diz respeito aos sentimentos positivos ou negativos que ocorrem antes, durante ou a seguir ao comportamento baseados nas propriedades de estímulo do comportamento em si (SAKRAIDA, 2002). Os profissionais de saúde e, concretamente os enfermeiros têm um papel importante neste sentido pois são procurados pelos utentes como referências em matéria de saúde (CARVALHO, 2007). O reforço positivo dado pelas profissionais sob a forma por exemplo de cartas terapêuticas é uma das intervenções possíveis encontradas na literatura (MOULES, 2002). Durante as consultas de saúde infantil é visível a preocupação dos pais acerca por exemplo dos valores estatoponderais e a sua adequação ao desenvolvimento infantil. Pode ser usada, como estratégia o fornecimento de uma carta a valorizar o papel dos pais como promotores de saúde aos seus filhos (Anexo 1).

Outra estratégia possível enquadra-se na variável “influências interpessoais”. Esta refere-se aos conhecimentos relativos aos comportamentos, crenças ou atitudes e incluem normas, apoio social e modelagem em que os prestadores de cuidados de saúde têm um papel relevante (SAKRAIDA, 2002). É junto dos profissionais de saúde que os pais procuram informação relativa aos cuidados a prestar aos seus filhos. Pelo que, deve ser preocupação dos enfermeiros disponibilizar a informação da forma mais correcta e utilizando a metodologia mais adequada. De acordo com FERRÃO e RODRIGUES (2000) a aprendizagem, em qualquer ser humano é um processo que intervém desde o início e ao longo da vida sendo indissociável da capacidade que o Homem tem de responder a estímulos intrínsecos ou extrínsecos a que se encontra exposto e de se adaptar às múltiplas situações que ocorrem ao longo da vida. O nascimento de uma criança implica uma alteração no ciclo de vida familiar que traz a necessidade de novas aprendizagens aos membros da família. MACHADO (1995) refere que adulto aprende o que quer, o que lhe faz falta e com a prática mas que aprende melhor resolvendo problemas, em ambiente descontraído e quando é orientado e não



avaliado. Neste sentido, durante uma consulta de saúde infantil os enfermeiros pretendem capacitar os pais para a promoção da saúde dos filhos incentivando hábitos salutogénicos precocemente. Numa observação formal da consulta foi perceptível que a metodologia usada com mais frequência é de tipo expositivo sem recurso a suportes práticos ou conjugação de outras metodologias. Assim, propõe-se a utilização de material alusivo aos cuidados antecipatórios organizado num kit de promoção de saúde (Anexo 2). O DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA (2001, p.380) define Kit como “um conjunto de peças para montar”. Neste caso trata-se de um conjunto de objectos usados em pediatria que pretende facilitar o ensino aos pais sobre os cuidados a ter com os seus filhos e é um exemplo de estratégia a usar.



4 - Conclusão

O manual apresentado não pretende esgotar o tema mas servir de ponto de partida para um trabalho mais fundamentado e cimentado na teoria e na evidência científica. Apresentou-se a caracterização das práticas de promoção de saúde durante a consulta de enfermagem de onde se destaca o enfoque nas temáticas alimentação e segurança assim como a utilização predominante de uma metodologia expositiva. Apresentou-se também, de forma sumária, um modelo de enfermagem – Modelo de Promoção de Saúde que contribui para o conhecimento das variáveis a ter em conta na adoção de comportamentos de saúde. Como forma de operacionalizar o modelo fez-se uma adaptação do mesmo a uma faixa etária específica – recém-nascido relacionando com dados de um caso concreto apresentando sugestões de estratégias a adoptar.

A teoria e prática devem andar lado a lado. Integrando os conceitos teóricos na prática quotidiana é possível ter uma prática mais fundamentada mas também mais eficaz.



5 - BIBLIOGRAFIA

AMARAL, Nádea Margarida Ferreira – Parceria de cuidados entre enfermeiras e pais de recém nascidos prematuros internados. Porto [s.n.], 2009. Tese de Mestrado em Ciências da Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.

BARRADAS, Alexandra Maria Carrapito Ramos – Parentalidade na Relação com o recém nascido prematuro: vivências, necessidades e estratégias de intervenção. Lisboa [s.n.], 2008. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde apresentada à Universidade Aberta de Lisboa.

BECK, Diana et al – Cuidados ao Recém-nascido: manual de consulta. [Em linha] Washington: Save the Children Federation, 2004, 276 p. [Consult. 20 Maio 2010]. Disponível na Internet em URL<
<http://www.savethechildren.org/publications/technical-resources/saving-newborn-lives/snl-publications/Care-of-the-Newborn-Reference-Manual-Port.pdf>>.

BROWNING, Gloria et al – Innovations in theory development for nursing discipline Volume I. 2007. Acessível em:
<https://repository.unm.edu/dspace/bitstream/1928/3233/1/2007PHDTheoryExtensionMonograph.pdf>

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro – Metodologia da Investigação: Guia para a auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta, 1998. ISBN 978-972-674-231-9.

CARVALHO, Amâncio – Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de enfermagem e de outros cursos do ensino superior. Bragança [s.n.], 2007. Tese de Doutoramento na Área de conhecimento de Saúde Infantil, apresentada à Universidade do Minho.



COSTA, Maria Isabel Bica Carvalho – A família com necessidades educativas especiais. Millenium – Revista do ISPV [Em linha]. 30 (2004), p. 74- 100. [Consult. 20 Maio 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/7.pdf>>. ISSN 0873-3015.

Decreto-Lei n.º 247/09 de 22 de Setembro.

DICIONÁRIO DA LINGUA PORTUGUESA. Porto: Porto Editora, 2001, 573p. ISBN 972-0-0-05101-9.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação (Orientações Técnicas; 12). [Em linha] 2ª edição. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2005. [Consult. 20 Maio 2010]. Disponível na Internet em URL www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf

FERRÃO, Luís; RODRIGUES, Manuela – Formação Pedagógica de Formadores. Lousã: Lidel, 2000.271 p. ISBN 972-757-119-0.

FERREIRA, António – Determinantes da tomada de decisão do tempo de amamentação. Coimbra[s.n.], 2004. Tese de Mestrado em Ciências da Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.

FORTIN, Marie-Fabienne – O processo de Investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência, 3ª edição, 2003. ISBN 972-8383-10-X.

GLANTZ, Karen. Teoria num Relance – Um guia para a prática da promoção da saúde. In: SARDINHA, Luís et al. Promoção da Saúde – Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo. Cruz Quebrada: FMH Edições, 1999. P. 9-55.

MACHADO, Artur – A Função do Formador. Lisboa: Gradiva Publicações, 1995, 70 p. ISBN 9789726623892.



MOULES, Nancy – Nursing on paper: therapeutic letters in nursing practice. Nursing Inquiry. [Em linha] 9: 2, (2002), p.104-113. [Consult. 28 Maio 2010]. Disponível na Internet: <URL: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/118960511/abstract>>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001, 16 p.

PALÁCIOS, J. (2005). Prefácio In CRUZ, O. Parentalidade. Coimbra: Quarteto. p. 9 - 12.

RIBEIRO, José Luís Pais – Escala de Satisfação com o suporte social. Análise Psicológica. [Em linha]. 3, XVII (1999), p.547-558. [Consult. 20 Maio 2010]. Disponível na Internet em [URL:http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf](http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf)>

SAKRAIDA, Teresa. Modelo de Promoção de Saúde. In: TOMEY, Anne Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile - Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência, 2002.P.699-715.

SCHAFFER, H. Rudolph – Desenvolvimento Social da Criança. Lisboa: Instituto Piaget, 1999. ISBN 972-771-227-4.

SILVA, Ana Cristina Figueiredo Correia – Cuidar do recém nascido: o enfermeiro como promotor das competências parentais. Lisboa [s.n.], 2006. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde, apresentada à Universidade Aberta de Lisboa.

SOARES, Hélia Maria – O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenções de enfermagem. Porto [s.n.], 2008. Tese de Mestrado em Ciências da Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA – Consensos Nacionais em Neonatologia. [Em linha]. Secção de Neonatologia. Coimbra 2004. [Consult. 20 Fev. 2010]. Disponível em WWW:< <http://www.lusoneatologia.net/page/publications/consensus/pt>>.

VICTOR, Janaína et al – Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Acta Paulista de Enfermagem. 18: 3 (2005), p.235-240.



VILELAS, José – Investigação – O processo de construção do conhecimento. 1ª Ed.
Lisboa: Edições Sílabo, 2009. 399 p. ISBN 978-972-618-557-4.



6 - ANEXOS

6.1 ANEXO 1 – CARTA TERAPÊUTICA



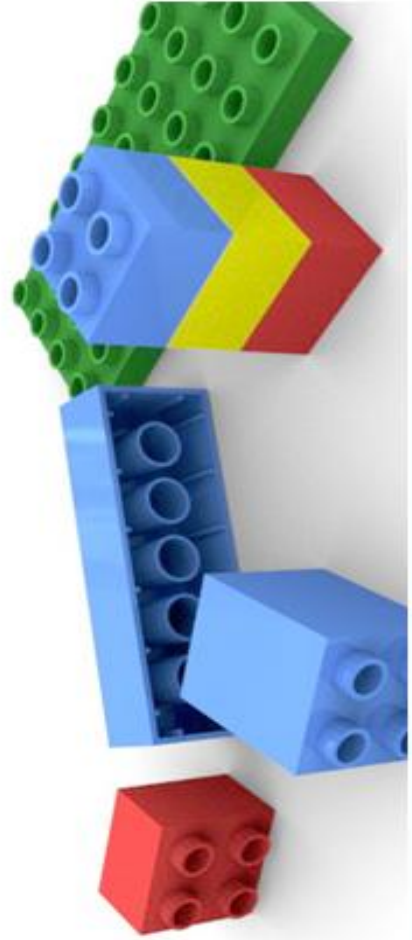
PARA: PAPÁS

CUIDAR DE UM FILHO NEM SEMPRE É FÁCIL MAS O EMPENHO DOS PAIS É VISIVEL NO DESENVOLVIMENTO E CRESCIMENTO INFANTIL.

PARABÉNS PELO EXCELENTE TRABALHO QUE TÊM DESEMPENHADO JUNTO DO VOSSO (A) FILHO (A).

CONTINUEM!

A EQUIPA DE ENFERMAGEM





6.2 ANEXO 2 – KIT DE PROMOÇÃO DE SAÚDE



Kit de Promoção de Saúde

Constituição

Os materiais que constituem o kit de promoção baseiam-se nos cuidados antecipatórios preconizados pela DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2005) no programa tipo de actuação e são os seguintes:

- 1- Bicos de silicone
- 2- Colher medida
- 3- Biberão
- 4- Termómetro de banho
- 5- Brinquedo
- 6- Protector de tomada
- 7- Dedeira
- 8- Escova de dentes
- 9- Aspirador nasal
- 10- Microrenema

Apresenta-se a fundamentação de cada um dos objectos que constituem o kit.

1. Bicos de silicone

A existência de problemas mamários é uma das situações identificadas na literatura que pode levar a mãe a desistir de amamentar (FERREIRA, 2004). Para além da aplicação de leite materno no mamilo, da massagem com jacto de água morna para evitar o encaroçamento e de manobras para estimular a formação de mamilo mais saliente também pode ser usado bicos de silicone. Antes de cada mamada, colocar panos limpos quentes e molhados em um dos seios por 5 a 10 minutos ou tomar um banho de chuveiro quente (BECK, 2004).

2. Colher medida e biberão



A preparação do biberão é uma das situações que mais dúvidas coloca aos pais sobretudo quando se tratam de pais pela primeira vez.

Assim é conveniente: lavar as mãos, colocar a quantidade de água (30 ml para cada medida de pó) devendo utilizar-se água engarrafada ou em alternativa água fervida. Colocar as medidas rasas de pó correspondente e agitar de forma a dissolver todo o pó tornando a solução homogênea. Verificar a temperatura do leite utilizando uma zona mais sensível (por exemplo a face interna no braço) e dar o leite ao bebé assegurando que a tetina fica totalmente coberta de leite para evitar a deglutição de ar. Após a alimentação desmontar o biberão e lavar todas as partes com sabão neutro e auxílio de um escovilhão e enxaguar bem. Esterilizar o biberão ferver em água durante 10 minutos (considera-se que o biberão se mantém esterilizado por um período de 24 horas).

3. Termómetro do banho

O banho é um momento privilegiado de interacção entre a mãe e a criança e deve ser dado diariamente. É muito importante não só para a higiene do recém-nascido, mas também para fortalecer a relação entre a criança e os pais. A hora a que deve ser dado depende essencialmente da forma como o bebé reage ao banho: se o estimula, deve ser dado de manhã, se o acalma então deve ser dado à noite, após a última mamada. Antes de iniciar, deve reunir e preparar todo o material necessário, para facilitar os seus movimentos e transmitir segurança e conforto à criança: banheira, sabonete neutro, toalha (normal ou com capuz), roupa limpa (adequada à estação do ano), fralda, compressas, soro fisiológico, álcool a 70°, óleo de amêndoas doces/creme hidratante. O banho deve ser dado num ambiente tranquilo, de temperatura amena e sem correntes de ar. Preparar a água para o banho numa banheira própria a uma temperatura agradável (36°C - 37°C) verificada com a parte interna do pulso ou auxílio do termómetro próprio.

Os recém-nascidos tendem a perder calor facilmente, por isso devem estar o mais tempo possível vestidos. Antes de despir o bebé deve-se lavar a face com compressas e soro fisiológico, lavar os olhos (de fora para dentro) e o resto da cara, secando-a de



seguida. Depois lavar a cabeça e secá-la. O banho de imersão e secagem do bebé devem ser suaves mas rápidos, para evitar que o bebé arrefeça. Começa-se por lavar a parte da frente, de cima para baixo, e depois as costas também no mesmo sentido. Retira-se o bebé apoiando-o com as duas mãos. Seca-se bem dando particular atenção às pregas.

4. Brinquedo

Brincar é uma actividade terapêutica e que deve ser estimulada precocemente pelos pais. Devem ser respeitadas as normas de segurança bem como as condições de higiene dos objectos.

5. Protector de tomada

O protector de tomada deve ser instituído precocemente para evitar acidentes. Este objecto pode servir também de tópico de conversa sobre outros acidentes em função da faixa etária da criança. Por exemplo: transporte em cadeira no automóvel, grades protectoras nos berços, uso de adornos (pulseiras, fios, etc.),

6. Dedeira e Escova de dentes

A promoção da higiene oral deve ser estimulada precocemente com o nascimento da primeira dentição. Podem usar inicialmente a dedeira e posteriormente escova de dentes apropriada assim como pasta de dentes.

7. Aspirador nasal

O aspirador pode ser usado pelos pais para desobstruir o nariz dos bebés de algumas secreções que se possam acumular. Devem ser ensinados a colocar soro fisiológico em cada narina (algumas gotas) preferencialmente antes de mamar e utilizar o aspirador em seguida.

8. Microenema

O microenema pode ser utilizado para realização de estimulação rectal e alívio da cólicas. Pode também associar-se o ensino sobre massagem abdominal assim como o



ensino relativamente ao tipo de fezes: mecónio (primeiras fezes do bebé, e ocorre nas primeiras 24 a 48 horas de vida; são muito escuras tipo “borra de café”, viscosas, difíceis de limpar e não têm cheiro desagradável), fezes de transição (surgem por volta do 3º dia após o início da alimentação, têm uma coloração amarelo-acastanhado e são menos viscosas e mais líquidas - “diarreia fisiológica”) e fezes definitivas (surgem por volta do 5º ou 6º dias, caso o bebé estiver a fazer aleitamento materno, têm uma cor amarelo-ouro, se estiver a fazer leite artificial têm um cheiro mais ofensivo e são amarelo-acastanhadas).

As cólicas, muito frequentes nos bebés, são provocadas pelos gases, devendo-se ao facto de, juntamente com o leite, o bebé ingerir ar. Tendem a ser mais frequentes quando o bebé é alimentado por biberão. São muito desconfortáveis para o bebé, que chora e fica agitado. Para prevenir e/ou aliviar as cólicas deve-se: manter o aleitamento, colocar o bebé a eructar no intervalo e/ou após cada mamada, acalmar o bebé, massajar a barriga do bebé, na zona à volta do umbigo, com movimentos circulares, no sentido dos ponteiros do relógio e realizar movimentos com as pernas do bebé, através de movimentos suaves tipo “bicicleta”.

**RELATÓRIO DE FORMAÇÃO – APRESENTAÇÃO DE ACTIVIDADES
DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO NO CENTRO DE SAÚDE DA AMORA**

1 - Planeamento

Data: 25 Junho de 2010 às 14h;

Duração: 1h00;

Local: Sala de Reuniões do Centro de Saúde da Amora;

Organização: Enf.^a Fernanda Loureiro no âmbito do Mestrado de natureza profissional em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria;

Formadores: Enf.^a Fernanda Loureiro;

Fundamentação e Pertinência: Esta sessão de formação surge no âmbito da unidade curricular estágio enquanto divulgação das actividades realizadas em estágio. Pretende divulgar as mesmas e contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da saúde infantil;

Título: Promoção de Saúde da Criança/Família;

Destinatários: equipa de enfermagem do Centro de Saúde da Amora e ACES.

Temas:

- Modelo de Promoção de Saúde (Nola Pender);
- Observação Participada da Consulta de Saúde Infantil;
- Estratégias de Enfermagem.

Objectivos Pedagógicos:

- Divulgar o modelo de promoção de saúde e sua operacionalização prática;
- Apresentar os resultados da Observação participada da Consulta de Enfermagem;
- Propor estratégias de melhoria dos cuidados de enfermagem face aos resultados;
- Sensibilizar a equipe de enfermagem para a importância da temática.

Metodologias: Nesta sessão serão utilizadas as metodologias expositiva (ver diapositivos em anexo) e activa.

Recursos: Formadora, computador, projector de vídeo, kit de promoção de saúde.

Metodologia de avaliação: Avaliação da sessão efectuada através de discussão grupal / partilha acerca dos conteúdos.

2 - Plano De Formação

Conteúdos	Metodologia	Auxiliares Pedagógicos		Tempo	Formadora
		Audiovisuais	Outros		
<u>Introdução</u> - Apresentação da formadora e da sessão;	Expositiva		Formadora	5 min.	Enf. ^a Fernanda Loureiro
<u>Modelo de Promoção de Saúde (Nola Pender)</u> - Enquadramento; - Componentes e variáveis do modelo;	Expositiva	Computador Projector de vídeo	Formadora	10 min.	
<u>Observação Participada da Consulta de Enfermagem</u> - Justificação da metodologia - Construção da grelha de observação; - Resultados obtidos;	Expositiva	Computador Projector de vídeo	Formadora	30 min.	
<u>Estratégias de Enfermagem</u> - Manual de promoção de saúde; - Kit de promoção de saúde; - Cartas terapêuticas	Expositiva	Computador Projector de vídeo	Formadora Manual de Promoção de Saúde Kit promoção de saúde	10 min.	
<u>Avaliação</u> - Síntese da sessão - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da sessão.	Activa	Computador Projector de vídeo	Formadora Formandos	5 min	

3 – Avaliação

A avaliação foi efectuada mediante a discussão partilhada acerca dos conteúdos. Na formação estiveram presentes 8 enfermeiros do centro de saúde da Amora e 2 do centro de saúde de Sesimbra. Todos os formandos consideraram a formação importante e útil à prática de cuidados. Do debate em torno da sessão apresentamos algumas das opiniões expressas:

- Desconhecimento de um modelo de enfermagem especificamente aplicável à área da promoção de saúde;
- Importância dos resultados obtidos na observação participada da consulta de enfermagem;
- Adequação das sugestões de melhoria ao contexto;
- Importância da existência de alunos no âmbito do mestrado e das actividades que desenvolvem;

Bibliografia: (ver Manual de Promoção de Saúde – anexo VI)

Observação participada da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil

Participated observation of Nursing Child Health Consultation

Observación participante de la Consulta de Enfermería para la Salud Infantil

Autores

Fernanda Manuela Loureiro¹

José António Neto Ferreira da Silva²

Margarida Maria de Sousa Lourenço Quitério³

Zaida Borges Charepe⁴

¹ Enfermeira Graduada no Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E. Hospital de São Bernardo, Urgência Pediátrica, Licenciatura em Enfermagem; Mestre em Ciências da Educação – Especialidade Educação para a Saúde; Mestranda em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria na Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde. Contactos - Morada: Rua Dr. Henrique Chancerelle Machete n.º 5, 5º A, 2910-779 Setúbal, Portugal, E-mail: fernandenf@gmail.com ; Telefone: 962800606

² Enfermeiro Especialista no Centro de Saúde da Amora, Licenciatura em Enfermagem; Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria. Contactos: Largo Rosinha, Amora, 2845-422 Amora, Portugal; silva.jaf@gmail.com;

³ Professora Adjunta no Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Licenciatura em Enfermagem, Mestre em Ciências de Enfermagem, Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa. Contactos: Edifício da Biblioteca João Paulo II - 5º piso, Palma de Cima, 1649-023 Lisboa; E-mail: margaridalourenco@ics.lisboa.ucp.pt;

⁴ Professora Assistente no Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa Licenciatura em Enfermagem, Mestre em Enfermagem, Mestre em Comunicação em Saúde, Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa. Contactos: Edifício da Biblioteca João Paulo II - 5º piso, Palma de Cima, 1649-023 Lisboa; E-mail: zaidacharepe@ics.lisboa.ucp.pt;

Título: Observação Participada Da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil

Resumo: Diagnóstico de situação utilizando metodologia científica de natureza exploratória e descritiva (observação participada com tratamento estatístico descritivo) com objectivo de identificar as práticas de enfermagem na área da promoção de saúde durante uma consulta de enfermagem de saúde infantil. Das 31 consultas observadas (n=31) a maioria das observações ocorreu em crianças com idade inferior a 2 anos sendo os temas mais abordados a alimentação com utilização predominante de metodologia expositiva. Verificou-se ainda pouca utilização de suporte informacional e quando são utilizados reportam-se aos temas segurança e alimentação. A maioria dos prestadores de cuidados colocou questões e houve um reduzido registo da interacção prestador/criança existindo um dispêndio médio de 23 minutos por consulta. Face aos resultados e reflexão sobre os mesmos destaca-se como intervenção a elaboração de um manual de promoção de saúde com integração de aspectos teóricos e evidência científica de boas práticas nesta área.

Descritores: promoção da saúde, observação, pediatria, enfermagem pediátrica.

Title: Participated observation of Nursing Child Health Consultation

Abstract: Situation diagnosis using exploratory and descriptive scientific methodology (participant observation with descriptive statistical treatment) in order to identify nursing practices in the area of health promotion during a nursing child health consultation. The 31 consultations observed (n = 31) showed that the majority of observations occurred in children younger than 2 years being the most discussed topic feed with predominant use of expository methodology. There was also little use of informational support and when used relate to the themes of security and nutrition. Most providers raised questions and there was limited registration of the interaction between provider and child with an expenditure averaging of 23 minutes per consultation. Given the results and reflecting about them stands out as intervention the construction of a health promotion manual with the integration of theory and evidence of good practice in this area.

Key words: health promotion, observation, pediatrics, pediatric nursing.

Título: Observación participante de la Consulta de Enfermería para la Salud Infantil

Resumo: Diagnóstico de situación con una metodología científica de carácter exploratorio y descriptivo (observación participante con tratamiento estadístico descriptivo) con el fin de identificar las prácticas de enfermería en el ámbito de la promoción de la salud durante la consulta de enfermería para la salud infantil. De las 31 consultas observadas (n = 31) se mostró que la mayoría de las observaciones se produjeron en niños menores de 2 años siendo que el tema más discutido es alimentación con el uso predominante de la metodología expositiva. Se verificó poca utilización de apoyo informativo y cuando se utilizan se refieren a temas de seguridad y nutrición. La mayoría de los proveedores ha hecho preguntas y se verifico reducido registro de la interacción proveedores/niños con un expendio promedio de 23 minutos por consulta. Teniendo en cuenta los resultados y reflectando en ellos se destaca como intervención la elaboración de un manual para la promoción de la salud con la integración de la teoría y la evidencia de las buenas prácticas en este ámbito.

Descriptor: Promoción de la Salud, observación, pediatría, enfermería pediátrica.

INTRODUÇÃO

A promoção de saúde é uma área que tem vindo a ganhar gradualmente interesse entre os profissionais de saúde. Não só pela sua ampla importância e referência nos documentos orientadores ao nível nacional e internacional como também por ser uma temática vasta. Ao nível da enfermagem existe uma maior preocupação em compreender a sua relevância e, sobretudo, o papel do enfermeiro neste âmbito. Os cuidados de enfermagem ocorrem em múltiplos cenários no entanto é ao nível dos cuidados de saúde primários que a promoção de saúde assume maior relevo.

OBJECTIVO

Assim, num contexto formativo de mestrado em enfermagem na área de especialização em saúde infantil e pediatria, inserida na unidade curricular estágio e, com o objectivo de identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na área da promoção de saúde, foi realizada a observação participada da consulta de enfermagem de saúde infantil num Centro de Saúde.

PROMOÇÃO DE SAÚDE EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

A importância da promoção de saúde enquanto área de atenção remonta às conferências internacionais de Otawa (1986), Adelaide (1988), Sunsdalle (1991), Bogotá (1992) e Jacarta (1997). Passa a ser incentivada enquanto estímulo à utilização de recursos e conhecimentos dos indivíduos no sentido da adopção de estilos de vida saudáveis. Percebe-se, portanto, que exista ampla referência a esta temática também em documentos nacionais, em Portugal, como a Lei de Bases da Saúde⁽¹⁾ que na alínea a) do n.º 1, no capítulo I base II refere que *“a promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das actividades do Estado”*. Por outro lado, a Ordem dos Enfermeiros, no documento dos Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem⁽²⁾ define enquanto categoria nos enunciados descritivos a promoção da saúde, referindo que *“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”*. Em continuidade, o Modelo de Desenvolvimento Profissional⁽³⁾ perspectiva a área de especialização – Saúde da criança e do jovem como *“dirigida aos projectos de saúde da criança e do jovem a vivenciar processos de saúde / doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida”*.

A promoção de saúde visa elevar o estado de saúde de indivíduos e das comunidades capacitando-as (“*to empower*”) de forma a terem mais controlo sobre os aspectos da vida que afectam a sua saúde. Estes dois elementos (melhorar a saúde e ter maior controlo sobre ela) são fundamentais para os objectivos e processos da promoção de saúde⁽⁴⁾. A Organização Mundial de Saúde⁽⁵⁾ define promoção de saúde de uma forma ampla, como “*o processo que permite às pessoas aumentarem o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la*”. Os conceitos de educação para a saúde, promoção de saúde e prevenção surgem frequentemente associados e por vezes referidos como sinónimos⁽⁶⁾. Em 1994, Tones e Tilford citados por Carvalho e Carvalho⁽⁷⁾, distinguem a promoção de saúde de educação para a saúde referindo que a primeira é mais geral e não tem em si uma preocupação educativa. Por outro lado, Green⁽⁸⁾ refere que alguns aspectos relacionados com o comportamento em saúde requerem intervenções que não são consistentes com uma filosofia e metodologia educacional.

No âmbito da saúde infantil a família assume um papel preponderante. Esta pode ser entendida como um “sistema dinâmico que inclui subsistemas – indivíduos (mãe, pai, criança) e díades (mãe-pai, mãe – criança e pai-criança) dentro do sistema familiar global”⁽⁹⁾. Sendo que, o grupo alvo dos cuidados, a criança e jovem se situa na faixa etária desde o nascimento até aos 19 anos, conforme definição da organização mundial de saúde. A intervenção de enfermagem ao nível dos cuidados de saúde primários tem maior expressão durante as consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil embora se verifique a outros níveis como por exemplo na vacinação ou no âmbito da saúde escolar.

MÉTODOS

A observação é uma técnica de investigação que pode ser definida como a utilização sistemática dos sentidos na procura de dados necessários para solucionar um problema de investigação⁽¹⁰⁾. Deve efectuar-se tendo em conta algumas fases: identificar a situação a observar, averiguar os objectos de observação, definir o modo de registar, observar cuidadosa e criticamente, registar os dados observados, analisar e interpretar os dados e retirar conclusões. Neste caso tratou-se de observação participada por ser a opção mais vantajosa pois, como referem Carmo e Ferreira⁽¹¹⁾, “*em grande parte das situações o investigador deverá assumir explicitamente o seu papel de estudioso junto da população observada, combinando-o com outros papéis sociais cujo posicionamento lhe permita um bom posto de observação*”.

A observação reportou-se ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros independentemente das características estruturais embora estas sejam também importantes⁽¹²⁾. Dos 12 elementos que constituem a equipe de enfermagem do Centro de Saúde onde a observação participada decorreu foram observadas, por conveniência, consultas efectuadas por 7 elementos com idades compreendidas entre 26 e 52 anos de idade e categorias profissionais de enfermeiros (3), enfermeiros graduados (3) e enfermeiro especialista (1).

Foi clarificado juntos dos enfermeiros a natureza, âmbito e objectivo da observação solicitando a sua autorização para a recolha dos dados. Foram ainda garantidos os aspectos éticos inerentes, nomeadamente, o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos. A observação decorreu no período entre 3 e 28 Maio de 2010 e foram observadas um total de 31 consultas de enfermagem (n=31). Não foram consideradas consultas em que houve interrupção da mesma por qualquer motivo. Após a recolha de dados estes foram registados imediatamente em suporte informático numa tabela em formato Microsoft Office – Excel® e sujeitos a tratamento estatístico descritivo.

De forma a tornar a observação mais sistematizada e alvo de tratamento estatístico descritivo construiu-se uma grelha de observação tendo por base os instrumentos existentes e pesquisa bibliográfica na área. Dado que foram encontradas poucas referências científicas nesta temática específica a observação efectuada é de natureza exploratório-descritivo pois como referem Carmo e Ferreira⁽¹¹⁾ nestas situações pretende-se *“proceder ao reconhecimento de uma dada realidade pouco ou deficientemente estudada e levantar hipóteses de entendimento dessa realidade”*. Foi, então, aplicada como metodologia a observação participada com definição de 7 itens de observação que se passam a discriminar.

Item 1 – Faixa etária: neste item foi registada a idade da criança que recorre à consulta de saúde infantil. Para a sua estruturação foram utilizadas as idades chaves preconizadas pela Direcção Geral de Saúde⁽¹³⁾ no programa-tipo de actuação de saúde Infantil e juvenil: 1ª semana de vida, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 15 meses, 18 meses, 2 anos, 3 anos, 4 anos, 5-6 anos, 8 anos, 11-13 anos, 15 anos e 18 anos.

Item 2 – Tema: para a estruturação deste item agruparam-se os cuidados antecipatórios previstos no mesmo programa-tipo de actuação referido anteriormente⁽¹³⁾ assim como documentação de registo de enfermagem em utilização no contexto do centro de saúde.

Estabeleceram-se as seguintes temáticas: crescimento e desenvolvimento, alimentação, sono e repouso, eliminação, recreação, vacinação, vestuário, adaptação social, afecto, vacinação, doenças infantis, higiene e segurança.

Item 3 – Metodologia: neste item, considerou-se a classificação de métodos pedagógicos proposto por Ferrão e Rodrigues⁽¹⁴⁾ com a seguinte denominação: método expositivo, método demonstrativo, método interrogativo e método activo.

Item 4 – Utilização de suporte informacional: o uso de suporte informacional é referenciado amplamente na literatura como uma estratégia útil⁽¹⁵⁾. Neste sentido considerou-se a utilização ou não desta estratégia, sendo que sempre que foi utilizada se assinalou o tipo de suporte entregue em função dos existentes na consulta (alimentação, segurança, vacinação e comportamento infantil).

Item 5 – Solicitação do prestador: foi também registado se o prestador de cuidados, que acompanha a criança à consulta colocou questões ou não.

Item 6 – Interação criança/prestador: registo da interação existente entre o prestador de cuidados presente durante a consulta e a criança.

Item 7 – Tempo de duração: por fim considerou-se o tempo dispendido na consulta.

Os itens foram estruturados em forma de grelha para facilitar o registo dos dados como se pode observar na tabela 1.

Tabela 1 - Grelha de Observação Participada da Consulta de Saúde Infantil – Centro de Saúde da Amora - 2010.

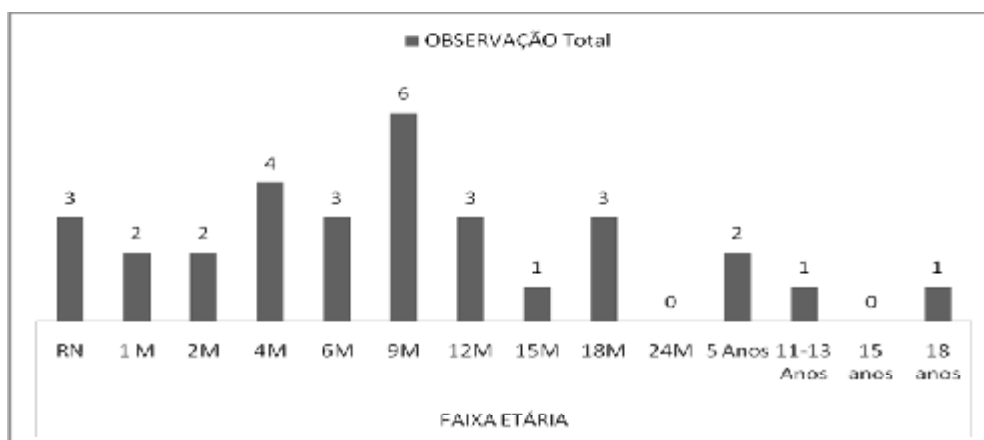
GRELHA DE OBSERVAÇÃO PARTICIPADA						
ITENS	1	2	3	4	5	6
FAIXA ETÁRIA	<i>RN</i>					
	<i>1 M</i>					
	<i>2M</i>					
	<i>4M</i>					
	<i>6M</i>					
	<i>9M</i>					
	<i>12M</i>					
	<i>15M</i>					
	<i>18M</i>					
	<i>24M</i>					
	<i>5 Anos</i>					
	<i>11-13 Anos</i>					
	<i>15 Anos</i>					
	<i>18 Anos</i>					

TEMAS	<i>CRESCIMENTO DESENVOLVIMENTO</i>	<i>E</i>							
	<i>ALIMENTAÇÃO</i>								
	<i>SONO E REPOUSO</i>								
	<i>ELIMINAÇÃO</i>								
	<i>RECREAÇÃO</i>								
	<i>VESTUÁRIO</i>								
	<i>ADAPTAÇÃO SOCIAL</i>								
	<i>AFFECTO</i>								
	<i>VACINAÇÃO</i>								
	<i>DOENÇAS INFANTIS</i>								
	<i>HIGIENE</i>								
	<i>SEGURANÇA</i>								
	METODOLOGIA	<i>DEMONSTRATIVA</i>							
<i>EXPOSITIVA</i>									
<i>ACTIVO</i>									
<i>INTERROGATIVO</i>									
UTILIZAÇÃO DE SUPORTE INFORMACIONAL	<i>NÃO</i>								
	<i>SIM</i>								
	<i>ALIMENTAÇÃO</i>								
	<i>SEGURANÇA</i>								
	<i>VACINAÇÃO</i>								
SOLICITAÇÃO DO PRESTADOR	<i>COMPORTAMENTO INFANTIL</i>								
	<i>NÃO</i>								
	<i>SIM</i>								
INTERACÇÃO CRIANÇA/PRESTADOR	<i>NÃO</i>								
	<i>SIM</i>								
TEMPO MEDIO (MINUTOS)									

RESULTADOS

No item1 - faixa etária verificou-se que 87% (n=27) das observações se referem a crianças com idade inferior a 2 anos como se pode verificar no gráfico 1.

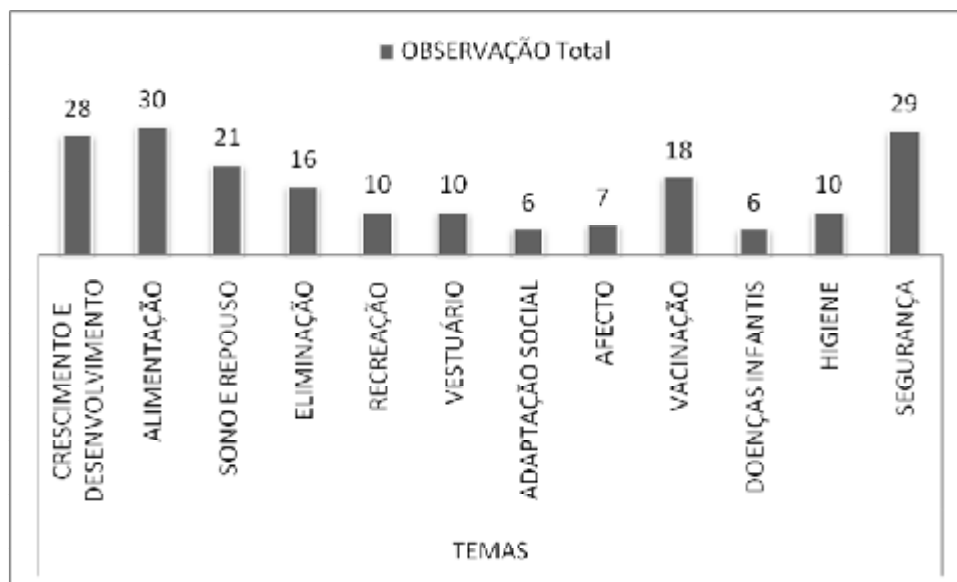
Gráfico 1- Distribuição das consultas observadas de acordo com a faixa etária (n=31) - Centro de Saúde da Amora - 2010.



Em relação ao item 2 verificou-se que os temas mais abordados foram a alimentação (97%; n=30), a segurança (94%; n=29) e o crescimento e desenvolvimento infantil

(90%; n=28). Como temas menos abordados destaca-se a adaptação social (19%; n=6), as doenças (19%; n=6) e o afecto (23%; n=7) como se pode verificar no gráfico 2.

Gráfico 2 - Distribuição dos temas abordados (n=31) - Centro de Saúde da Amora - 2010.



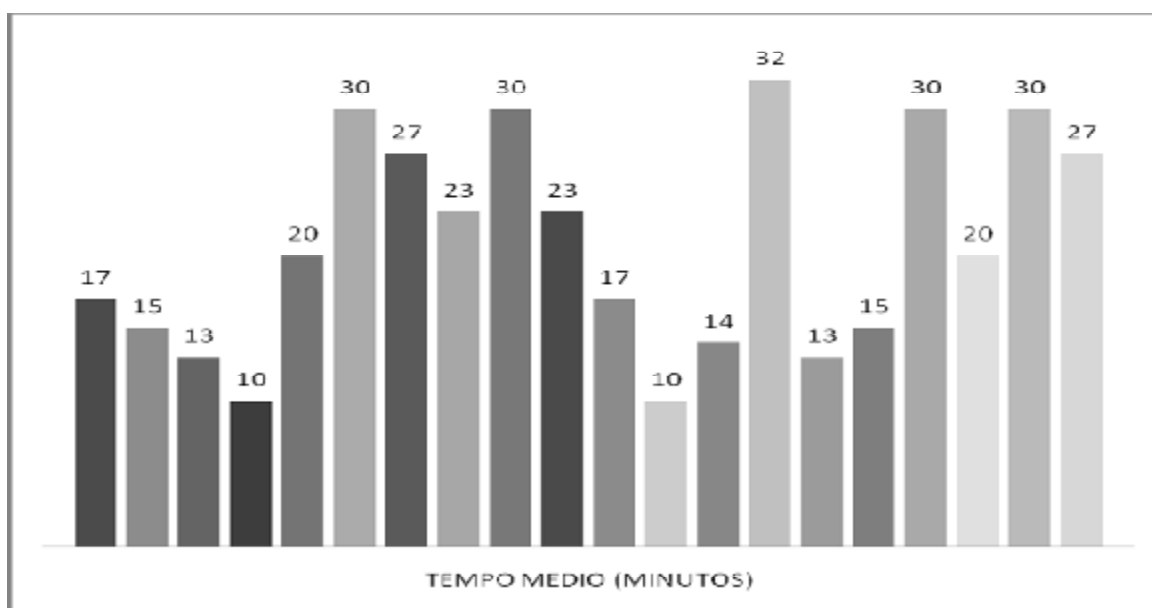
Em relação ao item 3 verificou-se a utilização predominante de metodologia expositiva (100%; n=31) sendo as restantes metodologias demonstrativa (19,4%; n=6), activa (3,2%; n=1) e interrogativa (9,7%; n=3) pouco usadas. No item 4 verificou-se que em 61% (n=19) não houve utilização deste tipo de suporte e em 38,7% (n=12) foi utilizado. Entre as observações em que foi usado o suporte informacional registou-se ainda o tipo e verificou-se que os mais usados se referem a segurança (36%; n=11) e alimentação (16%; n=5).

Relativamente ao item 5 verificou-se que em 77% (n=24) das observações houve colocação de questões por parte dos prestadores enquanto em 22,6% (n=7) das observações não foi colocada qualquer questão.

No que diz respeito ao registo da interacção criança/ prestador (item 6) verificou-se que em 61% (n=19) não houve qualquer tipo de registo e em 39% (n=12) houve registo.

No que diz respeito ao último aspecto considerado: tempo dispendido (item 7) verificou-se um dispêndio médio de 23 minutos com valores mínimos de 10 minutos e máximos de 32 minutos conforme se pode verificar pelo gráfico n.º3.

Gráfico 3 - Distribuição das observações face ao dispêndio de tempo - Centro de Saúde da Amora - 2010.



Em conclusão, 87% (n=27) das observações ocorreram em crianças com idade inferior a 2 anos sendo os temas mais abordados a alimentação (97%; n=30), a segurança (94%; n=29) e o crescimento e desenvolvimento infantil (90%; n=28). Os temas menos abordados são a adaptação social (19%; n=6), as doenças (19%; n=6) e o afecto (23%; n=7) havendo uma utilização predominante de metodologia expositiva (100%; n=31). Verifica-se ainda pouca utilização de suporte informacional (61%; n=19 não utiliza) e quando utilizados reportam-se aos temas segurança (36%; n=11) e alimentação (16%; n=5). A maioria dos prestadores coloca questões (77%; n=24) e há um reduzido registo da interacção prestador/criança (58%; n=18 não regista) com um dispêndio médio de 23 minutos por consulta.

DISCUSSÃO

Na maioria das consultas observadas as crianças apresentavam idade inferior a dois anos o que era expectável uma vez que corresponde também ao período da infância em que se realizam consultas com intervalos menores de tempo⁽¹³⁾. Quanto aos temas abordados, verifica-se que são mais frequentemente abordadas as questões que se referem à alimentação, segurança e crescimento e desenvolvimento infantil. Em relação à alimentação era também um resultado previsto dado que é nos primeiros anos de vida que se faz a introdução alimentar e portanto é um tema muito abordado nas consultas. No que diz respeito ao tema segurança, verifica-se que os acidentes representam uma

das principais causas de mortalidade infantil pelo que se compreende que seja também um tema abordado com frequência. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística⁽¹⁶⁾ as causas externas de mortalidade eram as principais responsáveis pela mortalidade nas idades mais jovens (44,7% dos óbitos no grupo etário de 1 a 19 anos) das quais se destaca a importância dos acidentes, representando, em 2005, mais de 50% dos óbitos por estas causas. As questões do desenvolvimento infantil surgem associadas aos dois anteriores pois para a contextualização das intervenções é necessário abordar as aquisições que a criança faz no seu processo de crescimento e desenvolvimento. Em relação aos temas menos abordados (adaptação social, doenças e afecto) não foram encontrados estudos semelhantes na literatura consultada que possam explicar estes resultados. Contudo pode-se supor que, em relação à adaptação social e ao afecto estas são áreas inerentes aos cuidar de uma criança enquanto funções básicas da família o que pode levar os enfermeiros a abordarem estes aspectos com menor frequência. Em relação ao tema doenças infantis, dado que se trata de uma consulta onde as crianças recorrem habitualmente sem situação de doença estes resultados de igual modo, evidenciam o esperado.

A metodologia predominante é a expositiva facto que é encontrado em estudos nacionais na área da enfermagem embora em contexto hospitalar⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Verifica-se que os pais colocam questões durante a consulta o que reflecte a preocupação face ao desenvolvimento da criança, aspecto que é inerente ao papel parental⁽¹⁹⁾. Não se verifica a existência de registo da interacção entre o prestador e a criança o que é congruente com a pouca importância atribuída às questões do afecto e interacção social. O tempo médio de duração da consulta verificado (23 minutos) está de acordo com a tempo preconizado pela Direcção Geral de Saúde⁽¹³⁾.

CONCLUSÕES

Face aos resultados obtidos e, atendendo a que se contextualizou num percurso formativo, estes foram apresentados à equipe de enfermagem e da reflexão conjunta foram propostas intervenções, nomeadamente:

- Sensibilização da equipa de enfermagem para a importância dos aspectos relacionais e sua avaliação;

- Construção de um kit de promoção de saúde com integração de objectos usados nos cuidados infantis como forma de fomentar a utilização de outras metodologias para além da expositiva;
- Introdução de cartas terapêuticas como forma de dar reforços positivos aos pais face aos cuidados prestados à criança;
- Elaboração de um manual de promoção de saúde com integração de aspectos teóricos e evidência científica de boas práticas nesta área;
- Realização de estudo semelhante após a implementação das intervenções para avaliar a sua eficácia.

Referências Bibliográficas

1. Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde), alterada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.
2. Portugal. Ordem dos Enfermeiros. Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa; 2001.
3. Portugal. Ordem dos Enfermeiros. Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem, individualização e reconhecimento de especialidades clínicas em enfermagem, perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista. Lisboa; 2009.
4. Carvalho A. Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior. [tese doutoramento]. Braga: Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho; 2007.
5. Organização Mundial de Saude. Health Promotion Glossary. [Internet]. Geneva: WHO, 1998. [citado 2008 nov. 12]. Disponível em: <http://www.who.int>
6. Glantz K. Teoria num Relance – Um guia para a prática da promoção da saúde. In: Sardinha L, Matos MG, Loureiro I, editores. Promoção da Saúde – Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo. Cruz Quebrada: FMH Edições; 1999. p. 9-55.
7. Carvalho A, Carvalho G. Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação. Loures: Lusociência; 2006.
8. Green, LW. Health Education Models. In : Wiley J. Behavioral Health: a handbook of health enhancement and disease intervention. New York: Matazzo JD; 1984. p.181-198.

9. Meighan M. Consecução do papel maternal. In: Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência; 2002. p.699-715.
10. Vilelas J. Investigação – O processo de construção do conhecimento. 1ª ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2009.
11. Carmo H, Ferreira M. Metodologia da Investigação: Guia para a auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta; 1998.
12. Saparolli, ECS, Adami, NP. Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica. Rev Esc Enferm USP [periódico na internet]. 2010 [citado 2010 out. 20]; 44 (1): [cerca de 7 p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a13v44n1.pdf>
13. Direcção Geral de Saúde. Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação (Orientações Técnicas; 12). [Internet] 2ª ed. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2005. [citado 2010 abr. 20]. Disponível em: www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf
14. Ferrão L, Rodrigues M. Formação Pedagógica de Formadores. Lousã: Lidel; 2000.
15. Ribeiro, JL. Escala de Satisfação com o suporte social. Anal Psic. [periódico na Internet].1999 [citado 2010 mai. 20]; 3, XVII: [cerca de 10 p]. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf>
16. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas 2007. [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2008. [citado 2010 mai. de 20]. Disponível em [URL:http://www.ine.pt](http://www.ine.pt)
17. Palácio RPS. Contributo do enfermeiro como educador de saúde: a perspectiva do cliente em contexto hospitalar. [tese mestrado]. Lisboa: Universidade Aberta; 2002.
18. Loureiro F. Percepções dos enfermeiros sobre da educação para a saúde realizada em contexto de urgência pediátrica. [tese mestrado]. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa; 2009.
19. Algarvio S, Leal I. Preocupações parentais: validação de um instrumento de medida. Psic, Saúde & Doen [periódico na Internet]. 2004. [citado 2010 mai. 20]; 5 (2):[cerca de 14 p]. Disponível em <http://www.sp-ps.com/>

OBJECTIVOS

OBJECTIVOS GERAIS

- 1 – Desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica com vista à prestação de cuidados especializados á criança / família nos distintos contextos de intervenção;
- 2 – Integrar a promoção de saúde nos cuidados de enfermagem à criança e família nos vários locais de assistência com vista à maximização da saúde.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/ família em situação de doença / cirurgia programada;
- Amplificar conhecimentos no âmbito da promoção de saúde em contexto hospitalar;



“Nós não somos o que sabemos. Somos o que estamos dispostos a aprender”

Autor desconhecido

Agradeço antecipadamente a colaboração
e a partilha!
Obrigado!

Setubal
Outubro e Novembro de 2010

CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL
EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Saúde Infantil e
Pediatria

Unidade Curricular: Estágio

Módulo II: Serviço de Internamento de
Pediatria

Projecto – Promoção de Saúde da Criança /
Família

Aluna: Enf.ª Fernanda Loureiro

Orientação: Enf.ª Antónia Guerreiro
Prof. Filipa Andrade



CONTEXTO

O Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria que me encontro a frequentar integra a unidade curricular ESTÁGIO.

Esta decorre em três módulos sendo que o II módulo corresponde ao estágio que me encontro a efectuar.

Para definir o percurso de desenvolvimento de competências nesta área foi elaborado um projecto de estágio que lhe venho apresentar.

ACTIVIDADES

- Prestação de cuidados á criança / família em situação de doença / cirurgia programada atendendo ao processo de enfermagem;
- Identificação as estratégias utilizadas pela equipe para a promoção de saúde em ambiente hospitalar;
- Identificar os principais suporte informacionais (folhetos) utilizados pela equipe de enfermagem;
- (Re)Estruturar suportes informativos com inclusão de princípios promotores de saúde;
- Construção de programa de educação para a saúde tipo com base numa faixa etária mais relevante / foco de atenção;
- Intervenção junto da criança / família no âmbito da promoção de saúde utilizando a educação para a saúde como estratégias através de sessões individuais ou de grupo;
- Colaboração na formação em serviço no âmbito das actividades a serem dinamizadas que versam a promoção de saúde à criança / família (agendada para 5 de Novembro de 2010).

**RELATORIO DE FORMAÇÃO:
NORMA DE PROCEDIMENTO – UTILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DA CAMARA
EXPANSORA**

1 - Planeamento

Data: 5 Novembro de 2010 às 14h;

Duração: 30 minutos;

Local: Sala de Reuniões do Serviço de Pediatria;

Organização: Plano Anual de Formação em Serviço do Serviço de Pediatria;

Formadores: Enf.^a Fernanda Loureiro e Enf.^a Carla Mateus;

Fundamentação e Pertinência: Esta sessão de formação surge enquadrada no plano de formação em serviço de pediatria enquanto necessidade formativa da equipa de enfermagem.

Título: Administração Terapêutica por Câmara Expansora;

Destinatários: equipa de enfermagem do Serviço de Internamento de Pediatria do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Temas:

- Norma de procedimento: administração de terapêutica por câmara expansora.

Objectivos Pedagógicos:

- Divulgar o enquadramento histórico de medicação inalatória;
- Apresentar e sistematizar os diferentes dispositivos de inalação;
- Apresentar a norma de procedimento relativamente à administração terapêutica por câmara expansora;

Metodologias: Nesta sessão serão utilizadas as metodologias expositiva (ver diapositivos em anexo) e demonstrativa.

Recursos: Formadora, computador, projector de vídeo, câmara expansora, dispositivos inalatórios;

Metodologia de avaliação: Avaliação da sessão efectuada através de preenchimento de grelha de avaliação em uso na instituição.

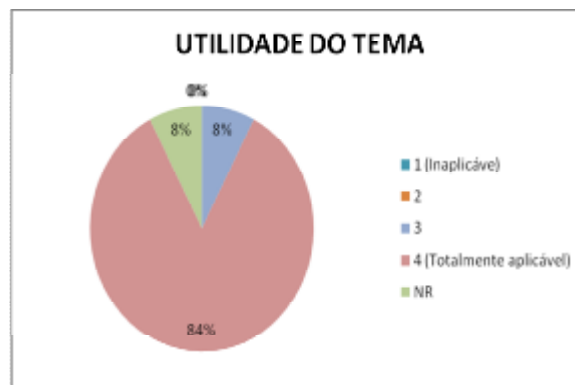
2 - Plano De Formação

Conteúdos	Metodologia	Auxiliares Pedagógicos		Tempo	Formadora
		Audiovisuais	Outros		
<u>Introdução</u> - Apresentação das formadoras e da sessão;	Expositiva		Formadora	5 min.	Enf. ^a Carla Mateus
<u>Dispositivos Inalatórios</u> - Perspectiva histórica; - Princípios de Inaloterapia; - Tipos de dispositivos Inalatórios; - Sistemas de nebulização.	Expositiva	Computador Projector de vídeo	Formadora Dispositivos Inalatórios Câmaras expansoras	10 min.	Enf. ^a Carla Mateus
<u>Norma de Procedimento</u> - Considerações gerais; - Actuação do enfermeiro na administração; - Ensino aos pais e fornecimento de suporte informacional.	Expositiva e demonstrativa	Computador Projector de vídeo	Formadora Dispositivos Inalatorios Câmara expansora Suporte Informacional	10 min.	Enf. ^a Fernanda Loureiro
<u>Avaliação</u> - Síntese da sessão - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da sessão.	Activa	Computador Projector de vídeo	Formadora Formandos	5 min	Enf. ^a Fernanda Loureiro

3 – Avaliação

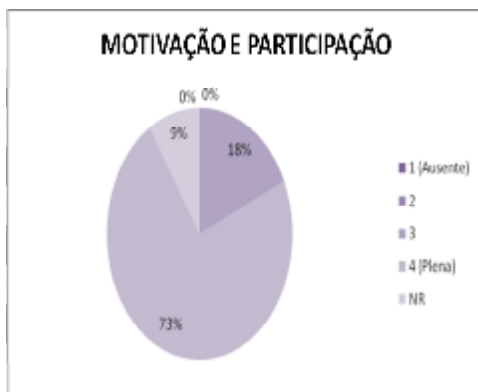
A avaliação foi efectuada através da aplicação de questionário (ver anexo). Na formação estiveram presentes 13 enfermeiros pertencentes à equipa de enfermagem do serviço de pediatria.

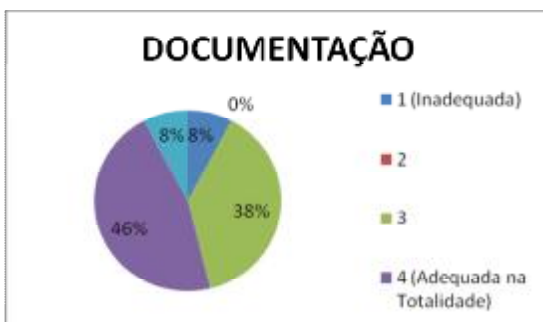
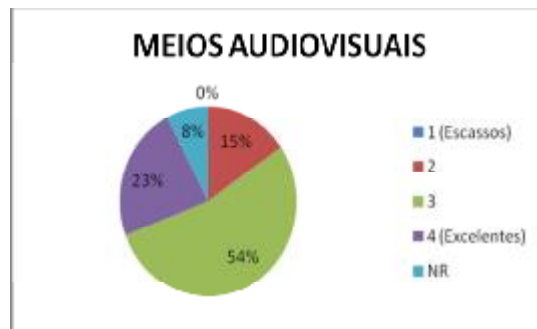
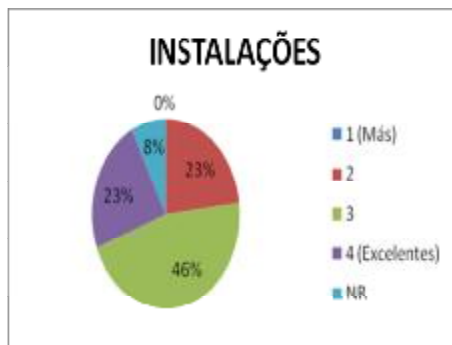
DOMÍNIO – PROGRAMA DE ACÇÃO



Pela análise dos gráficos acima expostos podemos verificar que no âmbito dos objectivos da acção, 77% dos formandos consideram os objectivos da acção “muito claros”; no âmbito do conteúdo da acção 84% dos formandos consideraram que o conteúdo se encontrava “completamente adequado” e no que diz respeito à utilidade do tema 84% considerou o tema “totalmente aplicável”;

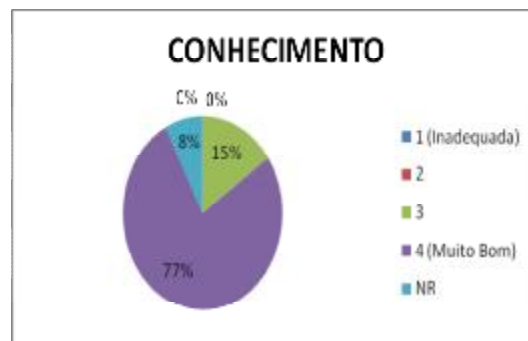
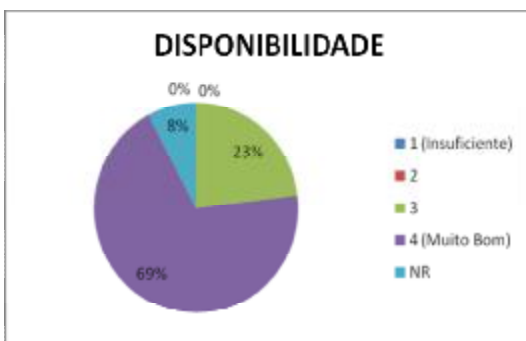
DOMINIO FUNCIONAMENTO DA ACÇÃO





Pela análise dos gráficos acima exposto que se reportam ao domínio do funcionamento da acção podemos verificar que 73% dos formandos consideram que a motivação e participação foi “plena”, 67% classificam o relacionamento entre os participantes em “3”, 46% classificam as instalações em “3”, 54% consideram os meios audiovisuais ao nível “3”, 46% referem que a documentação era “adequada na totalidade” e, por fim quanto à utilização de suportes as opiniões dividem-se entre os níveis “3” e “4” com 39% e 38% respectivamente.

DOMINIO DA QUALIDADE DE ACÇÃO





No que diz respeito ao domínio da qualidade da acção pode-se verificar que os resultados mais representativos se situam na opção “4 – Muito Bom” com 69% no item disponibilidade e 77% nos restantes itens.

Face aos resultados apresentados consideramos que a sessão foi bem sucedida.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal E.F.E. Hospital de São Bernardo Hospital Pediátrico Santiago de Cuba</p>	<p><i>Procedimento de Enfermagem: Administração de Terapêutica por Câmara Expansora</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	XXX.00.YYYY.00

1. Objectivo

Protocolar a actuação do enfermeiro na administração de terapêutica através de câmara expansora no Serviço de Internamento de Pediatria.

2. Campo de aplicação

Este procedimento aplica-se a todos os elementos da equipe de enfermagem do Serviço de Internamento de Pediatria do CHS - HSB.

3. Siglas, abreviaturas e definições

Siglas:

CE- Câmara expansora;

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal;

DPI - Dry Powder Inhalers (Inaladores de pós seco);

HSB – Hospital de São Bernardo;

pMDIS – Pressurized Metered-Dose Inhalers (Inaladores pressurizados doseáveis).

Definições:

Inaladores pressurizados doseáveis – (pMDIS) – neste tipo de inaladores o fármaco está suspenso ou dissolvido num propelente, habitualmente clorofluorocarbonetos (CFCs), além de surfactantes e lubrificantes armazenados sobre pressão num recipiente de metal (canister). Através deste dispositivo obtém-se a libertação de uma dose controlada de medicação sob a forma de aerossol.

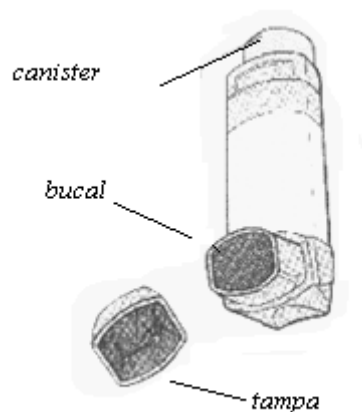


Figura 1 – Inalador pressurizado doseável (pMDI)

Fonte: www.lung.ca/diseases-maladies/help-aide_e.php

<p>Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E. Hospital de São Jerónimo Hospital Cirúrgico Santiago de Cuba</p>	<p><i>Procedimento de Enfermagem: Administração de Terapêutica por Câmara Expansora</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	XXX.00.YYYY.00

Câmara expansora – dispositivo para administração de fármacos por pMDIS. As câmaras expansoras podem ser de pequeno (145ml) ou grande volume (750ml), com máscara facial ou peça bucal, de plástico ou de metal. Estão equipadas com uma válvula inspiratória e expiratória que evitam o fenómeno de *rebreathing* (refluxo de fármaco através da expiração).

As CEs de plástico facilitam uma maior deposição de fármaco nas suas paredes devido à presença de forças electrostáticas, diminuindo assim a quantidade de medicação disponível para inalação.

O uso de CEs promove a desaceleração do aerossol aumentando a fracção de evaporação do propelente e a deposição das grandes partículas, com conseqüente diminuição do tamanho das partículas que constituem o aerossol o que se repercute na eficácia terapêutica.

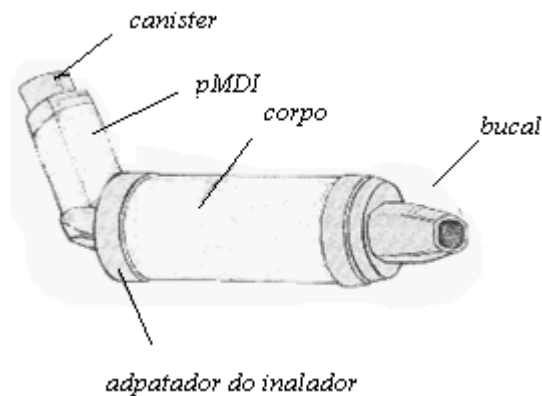


Figura 2 – Câmara expansora com bucal (sem máscara)

Fonte : www.lung.ca/diseases-maladies/help-aide_e.php

4. Referências

BOWDEN, Vicky; GREENBERG, Cindy Smith – **Procedimentos de Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. ISBN 85-277-0965-1.pag. 155-157.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Manual de Boas Práticas na Asma**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2001.

MESQUITA, Sandra *et al* – **Dispositivos para Terapêutica Inalatória na Criança**. Revista Nascer e Crescer. Vol.XIII, nº2. Porto: 2004. pag. 121- 126.

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL - **Procedimento de Enfermagem: Administração de terapêutica por câmara expansora (URPE)**. CHS, E.P.E. – HSB, 2009.

5. Responsabilidades

5.1 - Divulgação

Director do serviço

<p>Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E. Hospital de São João Hospital Especializado Santiago de Cuba</p>	<p><i>Procedimento de Enfermagem: Administração de Terapêutica por Câmara Expansora</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	XXX.00.YYYY.00

5.2 - Implementação

Enfermeiro Chefe

5.3 - Execução

Equipa de Enfermagem

6. Procedimento

Considerações gerais:

- No tratamento de uma crise de dificuldade respiratória deve dar-se preferência aos medicamentos para inalação uma vez que têm elevada eficácia terapêutica dado que o fármaco atinge concentrações elevadas quando depositado directamente nas vias aéreas, têm uma acção terapêutica eficaz e poucos efeitos sistémicos indesejáveis (Direcção Geral de Saúde, 2001). Para a administração de fármacos encontram-se disponíveis vários dispositivos de inalação, incluindo: inaladores pressurizados (pMDIs), inaladores activados pela respiração, sistemas para inalação de pó (PDI) e nebulizadores. As câmaras expansoras facilitam o uso dos aerossóis pressurizados, reduzem a absorção sistémica e os efeitos secundários locais dos corticosteróides inalados; recomenda-se a utilização de pMDIs em crianças dos 0 - 3 anos com máscara e > 4 anos com bucal (Mesquita e tal, 2004);
- Atendendo às características dos serviços hospitalares e aos procedimentos de controle de infecção preconiza-se que cada criança disponha de câmara, máscara e bucal próprio de uso único que deve ser mantido em condições adequadas de higiene e funcionamento junto da unidade da criança;
- Antes da utilização do medicamento deve-se verificar o prazo de validade assim como a operacionalidade do mesmo. Para se verificar a quantidade de medicação disponível no pMDIs mergulha-se numa tina de água, conforme indicado na figura 3.

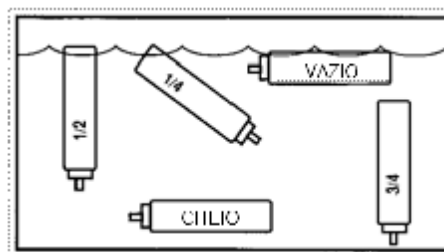


Fig. 3 – Verificação de medicação disponível no pMDIs.

<p>Centro Hospitalar de Setúbal E.F.E. Hospital de São João Hospital Cirúrgico Santiago de Cuba</p>	<p><i>Procedimento de Enfermagem: Administração de Terapêutica por Câmara Expansora</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	XXX.00.YYYY.00

- Sempre que se usa um inalador pressurizado pela primeira vez devem ser efectuadas 2 descargas iniciais (puffs) para assegurar um correcto funcionamento. A validade da medicação é a inscrita no medicamento uma vez que o fármaco pressurizado se encontra selado e tem por isso, estabilidade até á data de validade;

6.1 - Material a utilizar:

- Inalador pressurizado;
- Câmara Expansora;
- Máscara;
- Bucal.

6.2 – Cuidados de Enfermagem na Administração

Actuação do Enfermeiro	Justificação
<p>1. Lavar as mãos;</p> <p>2. Confirmar a prescrição terapêutica;</p> <p>3. Reunir o material, assegurando a adequação do mesmo: dispositivo inalador, câmara expansora e máscara ou bucal;</p> <p>3.1. <u>Se a criança não dispõe de material</u> para administração do medicamento deve ser fornecido máscara / bucal e câmara expansora que se destina a uso exclusivo e fica na junto á unidade da criança;</p> <p>3.2. <u>Se a criança já tem material de administração</u> deve-se verificar a integridade do mesmo sendo preconizado a higienização do equipamento com uma periodicidade semanal (Anexo 1);</p> <p>4. Explicar o procedimento aos pais e criança utilizando linguagem simples, acessível e adequada á faixa etária;</p> <p>5. Agitar o dispositivo inalador;</p> <p>6. Preparar a câmara expansora adaptando a máscara ou bucal a uma extremidade e o adaptador do inalador à outra. Adaptar o inalador na posição vertical à câmara</p>	<p>1 - Prevenir a infecção.</p> <p>2 - Evitar a ocorrência de erro terapêutico.</p> <p>3 - Assegurar a correcta e atempada realização do procedimento.</p> <p>3.1 - Prevenir infecção cruzada.</p> <p>3.2 – Prevenir infecção e garantir correcta higiene do equipamento.</p> <p>4 - Promover o envolvimento da família e criança nos cuidados diminuindo a ansiedade.</p> <p>5 - Garantir a homogeneização do medicamento.</p> <p>6 - Assegurar uma boa execução da técnica.</p>

<p>Centro Hospitalar de Setúbal E.P.E. Hospital de São Jernão Hospital Ortopédico Santiago de Odivós</p>	<p><i>Procedimento de Enfermagem: Administração de Terapêutica por Câmara Expansora</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	XXX.00.YYYY.00

Actuação do Enfermeiro	Justificação
<p>expansora;</p> <p>7. Adaptar correctamente a máscara à face da criança ou inserir o bucal na boca da criança;</p> <p>8. Pressionar o inalador para realizar a descarga, tendo em conta o número de pressurizações prescritas:</p> <p>8.1. - Entre cada descarga de medicamento devem ser observado entre 5 a 10 ciclos respiratórios, mantendo a máscara/bocal bem adaptados. Instruir a criança para respirar normalmente;</p> <p>8.2. – Sempre que se muda o fármaco a administrar deve-se aguardar pelo menos 1 minuto até nova descarga;</p> <p>8.3. – Na ausência de máscara facial deve-se pinçar o nariz;</p> <p>9. Desadaptar a máscara/bucal e arrumar todo o material;</p> <p>10. Instruir os pais e criança para lavar / bochechar a cavidade oral e fossas nasais, após a administração da medicação.</p> <p>11. Caso a câmara seja entregue aos pais / criança explicar a correcta utilização e manutenção da mesma utilizando panfleto informativo como auxílio (Anexo 1):</p> <p>11.1. - Técnica correcta de administração,</p> <p>11.2. - Lavagem da câmara uma vez por semana com água tépida e detergente comum (detergente da loiça), deixando-a secar ao ar ambiente, sem limpar ou esfregar.</p> <p>12. Efectuar registos: data, hora, medicamento, reacção da criança, sinais de dificuldade respiratória, valor de saturação periférica de oxigénio, e intercorrências verificadas.</p>	<p>7 - Evitar desperdício de medicação;</p> <p>8 - Cumprir prescrição clínica.</p> <p>8.1 - Garantir a absorção do medicamento.</p> <p>8.2 - Garantir a adequada absorção de cada fármaco.</p> <p>8.3 - Garantir a inspiração do fármaco.</p> <p>9 - Optimizar o espaço e garantir o acondicionamento adequado do material.</p> <p>10 - Evitar depósito de medicação na orofaringe O uso de terapêutica inalatória está, muitas vezes, associada a rouquidão persistente, irritação e candidíase da orofaringe.</p> <p>11 - Assegurar uma correcta utilização e manutenção do dispositivo.</p> <p>11.1 - Prevenir a infecção.</p> <p>11.2 - Diminuir a presença de forças electrostáticas e diminuir a deposição do fármaco nas paredes da câmara.</p> <p>12 – Garantir a continuidade de cuidados avaliando a eficácia da terapêutica.</p>

<p>Centro Hospitalar de Setúbal E.F.E. Hospital de São João Marco Hospital Cirúrgico Santiago de Odivelas</p>	<p><i>Procedimento de Enfermagem: Administração de Terapêutica por Câmara Expansora</i></p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	XXX.00.YYYY.00

7. Anexos

Anexo 1 – Panfleto “ Utilização e Manutenção da Câmara Expansora”.

<p>Elaboração Enf.ª Antónia Guerreiro Enf.ª Fernanda Loureiro</p>	<p>Revisão Director de Serviço Enf. ° Chefe</p>	<p>Ratificação Director do Serviço de Pediatria</p>
--	--	--

Centro Hospitalar de Setúbal, I.P.
 Serviço de Internamento de Pediatria
 Administração de Terapêutica por Câmara Expansora

Serviço de Internamento de Pediatria

Administração de Terapêutica por Câmara Expansora




Enf.ª Carla Mateus
 Enf.ª Fernanda Loureiro

Setúbal, 5 Novembro 2010

Serviço de Internamento de Pediatria
 Administração de Terapêutica por Câmara Expansora

Conteúdos:


Procedimento de Enfermagem: Administração de Terapêutica por Câmara Expansora



Serviço de Internamento de Pediatria
 Administração de Terapêutica por Câmara Expansora

Perspectiva Histórica:


- ØGrécia Antiga – doentes com tuberculose eram enviados para florestas onde acreditavam beneficiar da inalação dos gases libertados pelo pinheiro;
- ØEgipto – colocavam plantas em cima de tijolos quentes de forma a ser possível inalador o fumo;
- ØHipócrates (400 a.C.) - descreveu a inalação de vapores como terapêutica, e a forma de os produzir correctamente;
- ØArateus e Galeno no século II - usaram esta forma de tratamento;
- ØMeados do século XIX - utilizava-se a inalação de arsénico no tratamento da Asma Brônquica;



Serviço de Internamento de Pediatria
 Administração de Terapêutica por Câmara Expansora

Perspectiva Histórica:

- Ø1860 – Sales – Girons, apresenta o primeiro dispositivo portátil (pulverizador de líquidos);
- Ø1930 - inicia-se a utilização de aerossol com adrenalina no tratamento da Asma;
- Ø1956 - apresentado o primeiro inalador pressurizado;
- Ø1965 – desenvolvido dispositivo de pó por cápsulas;
- ØDécada de 70 – aparece o dispositivo rotahaler;
- ØDécada de 80 – são colocados no mercado dispositivos como o diskhaler, turbuhaler, e as câmaras expansoras;
- ØDécada de 90 – desenvolvimento das câmaras expansoras em metal.



Serviço de Internamento de Pediatria
 Administração de Terapêutica por Câmara Expansora

Terapêutica Inalatória


Administração de uma suspensão de pequenas partículas, sólidas ou líquidas, num gás, que geralmente é ar, que pode ter finalidade diagnóstica e terapêutica

PRINCIPIOS DA INALOTERAPIA

- Ø Permite uma administração directa do fármaco na área a tratar;
- Ø O uso de doses menores, o que diminui os eventuais efeitos secundários;
- Ø Uma acção mais rápida;

↓

Maior eficácia terapêutica




Serviço de Internamento de Pediatria
 Administração de Terapêutica por Câmara Expansora

PRINCIPIOS DA INALOTERAPIA

Factores que influenciam a deposição de terapêutica nas vias aéreas:

- Tamanho das partículas;
- Padrão respiratório;
- Características anatómicas das vias aéreas.




Serviço de Internamento de Pediatria
Administração de Terapêutica por Câmara Expansora

Considerações Gerais

No tratamento de uma crise de dificuldade respiratória deve dar-se *preferência aos medicamentos para inalação uma vez que têm elevada eficácia terapêutica* dado que o fármaco atinge concentrações elevadas quando depositado directamente nas vias aéreas, têm uma acção terapêutica eficaz e poucos efeitos sistémicos indesejáveis (Direcção Geral de Saúde, 2001).

As *câmaras expansoras* facilitam o uso dos aerossóis pressurizados, reduzem a absorção sistémica e os efeitos secundários locais dos corticosteróides inalados; recomenda-se a utilização de pMDIs em crianças dos 0 - 3 anos com máscara e > 4 anos com bucal (Mesquita et al, 2004).



Serviço de Internamento de Pediatria
Administração de Terapêutica por Câmara Expansora

Considerações Gerais

Atendendo às características dos serviços hospitalares e aos procedimentos de controle de infecção preconiza-se que cada criança disponha de câmara, máscara e bucal próprio de uso único que deve ser mantido em condições adequadas de higiene e funcionamento junto da unidade da criança;

Antes da utilização do medicamento deve-se verificar o prazo de validade assim como a operacionalidade do mesmo. Para se verificar a quantidade de medicação disponível no pMDIs mergulha-se numa tina de água, conforme indicado na figura 4.





Fig. 4 - Verificação de medicação disponível no pMDIs.

Serviço de Internamento de Pediatria
Administração de Terapêutica por Câmara Expansora

Considerações Gerais

Sempre que se usa um inalador pressurizado pela primeira vez devem ser efectuadas 2 descargas iniciais (puffs) para assegurar um correcto funcionamento. A validade da medicação é a inscrita no medicamento uma vez que o fármaco pressurizado se encontra selado e tem por isso, estabilidade até à data de validade;

Método demonstrativo em situações de inexperiência é fundamental, aprende-se fazendo...



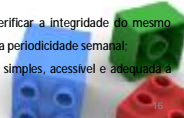
Serviço de Internamento de Pediatria
Administração de Terapêutica por Câmara Expansora

Procedimento

Material a utilizar: Inalador pressurizado, Câmara Expansora, Máscara, Bucal.

Actuação do Enfermeiro

- Lavar as mãos;
- Confirmar a prescrição terapêutica;
- Reunir o material, assegurando a adequação do mesmo: dispositivo inalador, câmara expansora e máscara ou bucal;
 - Se a criança não dispõe de material para administração do medicamento deve ser fornecido máscara / bucal e câmara expansora que se destina a uso exclusivo e fica na junto à unidade da criança;
 - Se a criança já tem material de administração deve-se verificar a integridade do mesmo sendo preconizado a higienização do equipamento com uma periodicidade semanal;
- Explicar o procedimento aos pais e criança utilizando linguagem simples, acessível e adequada à faixa etária;
- Agitar o dispositivo inalador;




Serviço de Internamento de Pediatria
Administração de Terapêutica por Câmara Expansora

Procedimento

Actuação do Enfermeiro (Cont.)

- Preparar a câmara expansora adaptando a máscara ou bucal a uma extremidade e o adaptador do inalador à outra. Adaptar o inalador na posição vertical à câmara expansora;
- Adaptar correctamente a máscara à face da criança ou inserir o bucal na boca da criança;
- Pressionar o inalador para realizar a descarga, tendo em conta o número de pressurizações prescritas:
 - Entre cada descarga de medicamento devem ser observado entre 5 a 10 ciclos respiratórios, mantendo a máscara/bocal bem adaptados. Instruir a criança para respirar normalmente;
 - Sempre que se muda o fármaco a administrar deve-se aguardar pelo menos 1 minuto até nova descarga;
 - Na ausência de máscara facial deve-se pinçar o nariz;




Serviço de Internamento de Pediatria
Administração de Terapêutica por Câmara Expansora

Procedimento

Actuação do Enfermeiro (Cont.)

- Desadaptar a máscara/bucal e arrumar todo o material;
- Instruir os pais e criança para lavar / bochechar a cavidade oral e fossas nasais, após administração da medicação.
- Caso a câmara seja entregue aos pais / criança explicar a correcta utilização e manutenção da mesma utilizando panfleto informativo como auxílio (Anexo 1):
 - Técnica correcta de administração,
 - Lavagem da câmara uma vez por semana com água tépida e detergente comum (detergente da loiça), deixando-a secar ao ar ambiente, sem limpar ou esfregar.
- Efectuar registos: data, hora, medicamento, reacção da criança, sinais de dificuldade respiratória, valor de saturação periférica de oxigénio, e intercorrências verificadas.



Serviço de Internamento de Pediatria
Administração de Terapêutica por Câmara Expansora

Serviço de Internamento de Pediatria
Administração de Terapêutica por Câmara Expansora

Serviço de Internamento de Pediatria
Administração de Terapêutica por Câmara Expansora

OBRIGADO PELA VOSSA ATENÇÃO!

Bibliografia
BOWDEN, Vicky; GREENBERG, Cindy Smith - Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. ISBN 85-277-0965-1. pag. 155-157.
DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Manual de Boas Práticas na Asma. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2001.
MESQUITA, Sandra et al - Dispositivos para Terapêutica Inalatória na Criança. Revista Nascer e Crescer. Vol.XIII, nº2. Porto: 2004. pag. 121-126.
CENTRO HOSPITALAR DE SETUBAL - Procedimento de Enfermagem: Administração de terapêutica por câmara expansora (URPF). CHS, E.P.E. - HSB, 2009.

**RELATORIO DE FORMAÇÃO:
PROMOÇÃO DE SAÚDE NO SERVIÇO DE PEDIATRIA**

1 - Planeamento

Data: Sessões individuais ou em pequeno grupo a realizar entre 15 e 19 de Novembro de 2010;

Duração: 15 minutos;

Local: Sala de Enfermagem do Serviço de Pediatria;

Organização: Enf.^a Fernanda Loureiro no âmbito do mestrado de natureza profissional em Enfermagem na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria;

Formadora: Enf.^a Fernanda Loureiro;

Fundamentação e Pertinência: Esta sessão de formação surge enquadrada no decorrer da unidade curricular como forma de divulgar à equipa de enfermagem as intervenções desenvolvidas no âmbito do estágio.

Título: Promoção de Saúde da Criança/Família;

Destinatários: Equipa de enfermagem do Serviço de Internamento de Pediatria do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Temas:

- Promoção de Saúde enquanto área de atenção dos cuidados de enfermagem;

Objectivos Pedagógicos:

- Compreender a pertinência do tema e enquadramento;
- Divulgar o Modelo de Promoção de Saúde;
- Apresentar os resultados dos questionários aplicados à equipa;
- Apresentar estratégias de melhoria dos cuidados de enfermagem face aos resultados obtidos;

Metodologias: Nesta sessão serão utilizadas a metodologia expositiva (ver diapositivos em anexo).

Recursos: Formadora, computador, projector de vídeo, câmara expansora, dispositivos inalatórios;

Metodologia de avaliação: Avaliação da sessão efectuada através de preenchimento de grelha de avaliação em uso na instituição.

2 - Plano De Formação

Conteúdos	Metodologia	Auxiliares Pedagógicos		Tempo	Formadora
		Audiovisuais	Outros		
<u>Introdução</u> - Apresentação do tema e enquadramento do mesmo;	Expositiva	Computador	Formadora	2 min.	Enf. ^a Fernanda Loureiro
<u>Promoção de Saúde da Criança/ Família</u> - Enquadramento do projecto; - Caracterização do contexto; - Modelo de Promoção de Saúde; - Estratégias de Promoção de Saúde;			Formadora Manual de Promoção de Saúde	10 min.	
<u>Avaliação</u> - Síntese da sessão - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da sessão.	Activa	Computador	Formadora Formandos	3 min	

3 – Avaliação

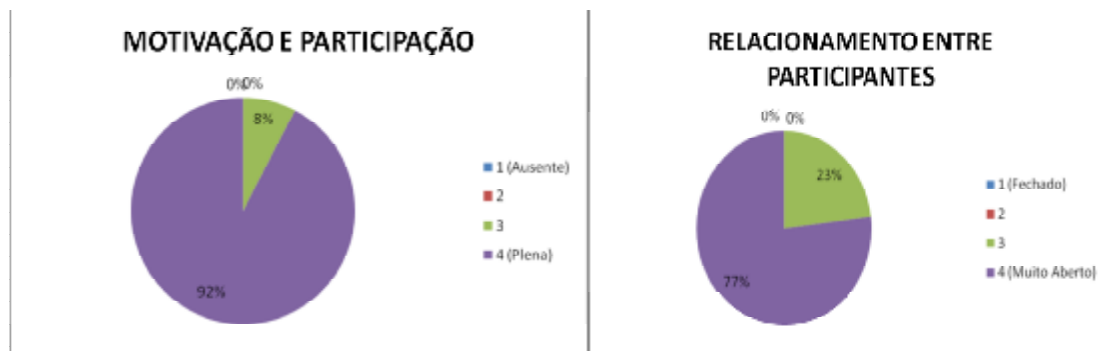
A avaliação foi efectuada através da aplicação de questionário. A formação foi efectuada individualmente ou em pequenos grupos de 2 a 3 formandos. Foram efectuadas formação a 13 enfermeiros pertencentes à equipa de enfermagem do serviço de pediatria.

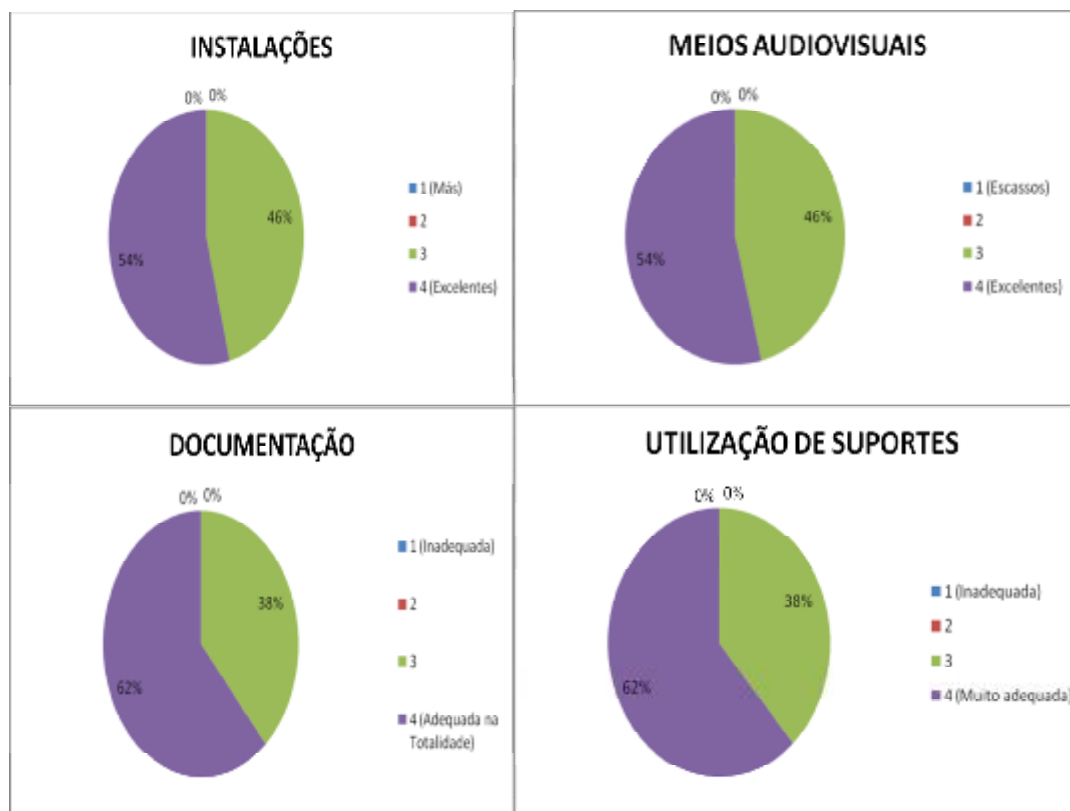
DOMÍNIO – PROGRAMA DE ACÇÃO



Pela análise dos gráficos acima expostos podemos verificar que no âmbito deste domínio se verifica que em todos os itens 100% dos formandos classificam dos objectivos da acção, o conteúdo da acção e a utilidade do tema no valo máximo “4” (muito claros/completamente adequados e totalmente aplicável);

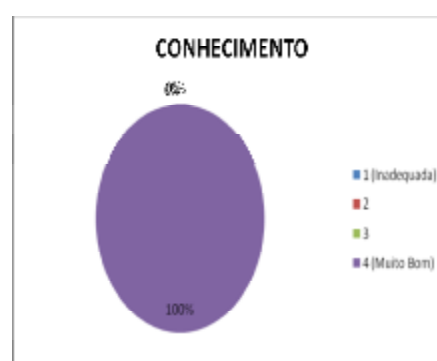
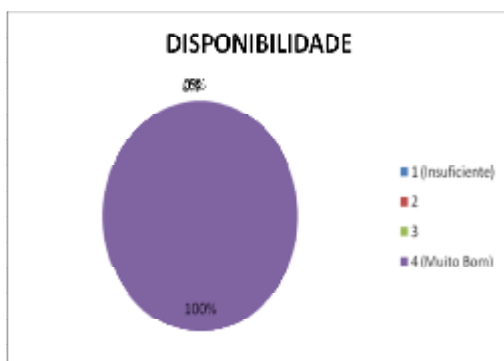
DOMINIO FUNCIONAMENTO DA ACÇÃO





Pela análise dos gráficos acima exposto que se reportam ao domínio do funcionamento da acção podemos verificar que 92% dos formandos consideram que a motivação e participação foi “plena”, 77% classificam o relacionamento entre os participantes em “4”, 54% classificam as instalações em “4”, 54% consideram os meios audiovisuais ao nível “4”, 62% referem que a documentação era “adequada na totalidade”e, por fim quanto à utilização de suportes 62% consideramram “muito adequadas”.

DOMINIO DA QUALIDADE DE ACÇÃO





No que diz respeito ao domínio da qualidade da acção pode-se verificar que os todos os formandos classificaram na opção “4 – Muito Bom” em todos os itens.

Face aos resultados apresentados consideramos que a sessão foi bem sucedida.

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
 Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria
 PROMOÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA / FAMÍLIA
 Projecto de Estágio
 MÓDULO II
 Serviço de Internamento de Pediatria




Aluna: Fernanda Loureiro
 Sob orientação de:
 Enf.ª Antónia Guerreiro e
 Prof. Filipa Andrade

NOVEMBRO, 2010

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
 ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
 Projecto de Estágio: PROMOÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA / FAMÍLIA
 MÓDULO II - Serviço de Internamento de Pediatria

Conteúdos:

- Enquadramento do projecto
- Caracterização do contexto
- Modelo de Promoção de Saúde
- Estratégias de Promoção de Saúde



CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
 ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
 Projecto de Estágio: PROMOÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA / FAMÍLIA
 MÓDULO II - Serviço de Internamento de Pediatria


ENQUADRAMENTO DO PROJECTO

"é função do enfermeiro realizar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção de saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional"

(Decreto-Lei n.º 247/09 de 22 de Setembro)

"Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue"

(ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001)




CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
 ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
 Projecto de Estágio: PROMOÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA / FAMÍLIA
 MÓDULO II - Serviço de Internamento de Pediatria

CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO: O SERVIÇO (Pediatria Médica)

Ano 2008 - 687 crianças admitidas (40,32% com idade ≤ 1 ano, 30,42% com idades entre 2 e 5 anos, 19,65% entre 6 e 10 anos e 9,61% acima de 11 anos) com taxa de ocupação média atingiu os 48,7%.

Ano 2009 - 688 crianças internadas (50,15% têm idade ≤ 1 ano, 25,73% com idades entre 2 e 5 anos, 16,42% com idade entre 6 e 10 anos e 7,7% acima de 11 anos) com taxa de ocupação é de 50,1%.



LACTENTES




CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
 ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
 Projecto de Estágio: PROMOÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA / FAMÍLIA
 MÓDULO II - Serviço de Internamento de Pediatria

CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO: O SERVIÇO (Pediatria Médica)

Ano 2008 - 40,85% situações do foro respiratório e 18,98% situações do foro gastro intestinal.

Ano 2009 - 50,73% da situações do foro respiratório e 11,13% do foro gastro intestinal.

Patologias Respiratórias




CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
 ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
 Projecto de Estágio: PROMOÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA / FAMÍLIA
 MÓDULO II - Serviço de Internamento de Pediatria

CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO: Práticas de Enfermagem

Análise através de questionário (17 questionários entregues, 13 taxa de retorno de 76,5%)

Caracterização Geral

- Média de idade de 34 anos (24-45 anos);
- Predomínio do género feminino (84,6%; n=11).
- 93,2% (n=12) licenciados;
- Experiência profissional - média de 10,5 anos
- Experiência profissional em pediatria - média é de 9,2 anos




CURSO DE Mestrado em Enfermagem
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
Projecto de Estágio: PROMOÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA / FAMÍLIA
MÓDULO II - Serviço de Internamento de Pediatria

CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO: Práticas de Enfermagem

Conceito de Promoção de Saúde

A promoção de saúde pode ser operacionalizada pelo processo de desenvolvimento de competências e ensino atendendo ao potencial de saúde tendo por objectivo, uma trajectória de vida equilibrada e saudável com prevenção de saúde e maximização da saúde na óptica da melhoria da qualidade de cuidados com ganhos em saúde.



CURSO DE Mestrado em Enfermagem
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
Projecto de Estágio: PROMOÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA / FAMÍLIA
MÓDULO II - Serviço de Internamento de Pediatria

CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO: Práticas de Enfermagem

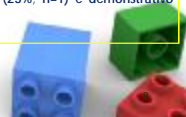
Estratégias de Promoção de Saúde

Importância atribuída - Importante (100%; n=13).

Suportes informacionais (panfletos) não são fornecidos (54,5%; n=7) porque: não há (23%; n=3), esquecem-se (15,4%; n=2), não sentem necessidade (7,7%; n=1) e não estão acessíveis (7,7%; n=1).

Quando utilizados reportam-se aos temas: alimentação (23%; n=3), acolhimento ao serviço (23%; n=3), doenças (15,4%; n=2), segurança (15,4%; n=2).

Metodologia: Método activo (76,9%; n=10), expositivo (23%; n=1) e demonstrativo (7,7%; n=1).



CURSO DE Mestrado em Enfermagem
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
Projecto de Estágio: PROMOÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA / FAMÍLIA
MÓDULO II - Serviço de Internamento de Pediatria


CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO: Práticas de Enfermagem

Estratégias de Promoção de Saúde

Temas (ensino individual): doenças e os tópicos gerais de saúde (100%; n=13), puericultura e prevenção de acidentes (76,9%; n=10), os primeiros socorros (15,4%; n=2), o desenvolvimento infantil (15,4%; n=2) e a reanimação (7,7%; n=1).

Momento: "ao longo de todo o internamento" (100%; n=13).

A maioria não conhece nenhum modelo de enfermagem na área da promoção de saúde (69,2%; n=9).




CURSO DE Mestrado em Enfermagem
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
Projecto de Estágio: PROMOÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA / FAMÍLIA
MÓDULO II - Serviço de Internamento de Pediatria

MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

Desenvolvido em 1982 define saúde como um estado dinâmico positivo e não a mera ausência de doença.

Surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os factores que influenciam os comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva os indivíduos que apresentam comportamentos produtores de saúde.

(SARAIDA, 2002)



CURSO DE Mestrado em Enfermagem
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
Projecto de Estágio: PROMOÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA / FAMÍLIA
MÓDULO II - Serviço de Internamento de Pediatria


MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

Descreve a natureza multi dimensional do indivíduo na sua interacção com o meio ambiente na procura de saúde.

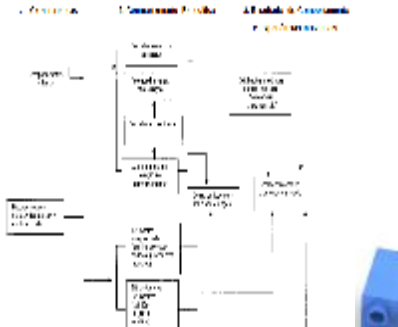
Foca-se em três áreas distintas:

- Características individuais;
- Comportamento Específico;
- Resultado do comportamento e experiências individuais.

(VICTOR et al 2005)




CURSO DE Mestrado em Enfermagem
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
Projecto de Estágio: PROMOÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA / FAMÍLIA
MÓDULO II - Serviço de Internamento de Pediatria



Modelo de Promoção da Saúde
(Nola Pender)

(VICTOR et al 2005)




CURSO DE Mestrado em Enfermagem
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
Projecto de Estágio: PROMOÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA / FAMÍLIA
MÓDULO II - Serviço de Internamento de Pediatria

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

- Elaboração de normas de procedimento;
- Elaboração de folhetos informativos;
- Elaboração de planos de ensino individual;

- Divulgação do Modelo de Promoção de Saúde enquanto suporte teórico às intervenções na área da promoção de saúde.



CURSO DE Mestrado em Enfermagem
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
Projecto de Estágio: PROMOÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA / FAMÍLIA
MÓDULO II - Serviço de Internamento de Pediatria

BIBLIOGRAFIA

BARDIN, Laurence – *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1995. ISBN 972 44 0898 1.

BROWNING, Gloria et al – *Innovations in theory development for nursing discipline* Volume I, 2007. Acessível em: <https://repository.uem.edu/dspace/bitstream/1928/3233/1/2007PHDTheoryExtensionsMonograph.pdf>

CARMO, Hermínio; FERREIRA, Manuela Malheiro – *Metodologia da Investigação: Guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta, 1998. ISBN 978-972-674-231-9.

CARVALHO, Amâncio – *Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de enfermagem e de outros cursos do ensino superior*. Bragança [s.n.], 2007. Tese de Doutoramento na Área de conhecimento de Saúde Infantil, apresentada à Universidade do Minho.

CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça – *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-22-4.

COFFMAN, S.; MARTIN, V.; PRILL, N.; LANGLEY, B. – *Perceptions, safety behaviours, and learning needs of parents of children brought to an emergency department*. *Journal of Emergency Nursing*, 24,2 (1998), p.13-199.

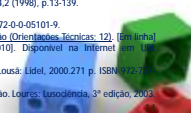
Decreto-Lei.n.º 247/09 de 22 de Setembro.

DICIONÁRIO DA LINGUA PORTUGUESA. Porto: Porto Editora, 2001, 573p. ISBN 972-0-0-05101-9.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação (Orientações Técnicas)*, 12.ª (1991) 2ª edição. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2005. [Consult. 20 Maio 2010]. Disponível na Internet em: www.dgs.pt/jupload/membros/ficheiros/008188.pdf

FERRÃO, Luis; RODRIGUES, Manuela – *Formação Pedagógica de Formadores*. Loulé, 2000.271 p. ISBN 972-8383-115-0.

FORTIN, Marie-Fabienne – *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência, 3ª edição, 2002. ISBN 972-8383-10-X.



CURSO DE Mestrado em Enfermagem
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
Projecto de Estágio: PROMOÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA / FAMÍLIA
MÓDULO II - Serviço de Internamento de Pediatria

BIBLIOGRAFIA

GLANTZ, Karen. *Teoria em Relação – Um guia para a prática da promoção da saúde*. In: SARDINHA, Luis et al. *Promoção da Saúde – Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. Cruz Quebrada: FAH, Edições, 1999. P. 9-25.

LOUREIRO, Fernanda – *Percepções dos enfermeiros sobre a educação para a saúde realizada em contexto de urgência pediátrica*. Cruz Quebrada [s.n.], 2009. Tese de Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade de Educação para a Saúde, apresentada à Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001, 16 p.

PELDER, Nola et al – *Health Promotion in Nursing Practice*. New Jersey: Prentice Hall, 340 p. ISBN 0 13 021950 3.

QUEIROZ, M. M. O.; BARROSO, M. G. T. – *Famílias inseridas no contexto de cuidado da criança hospitalizada*. In: BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V., Org. - *Saúde da família II: espaço de incertezas e possibilidades*. Fortaleza: Sociedade Brasileira de Enfermeiros Escritores, 2006.

RIBEIRO, José Luis Pais – *Escala de Satisfação com o suporte social*. *Análise Psicológica*, [Em linha], 3, XVII (1999), p.547-558. [Consult. 20 Maio 2010]. Disponível na Internet em: [URL: http://www.scielo.ojs.mdes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf](http://www.scielo.ojs.mdes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf)


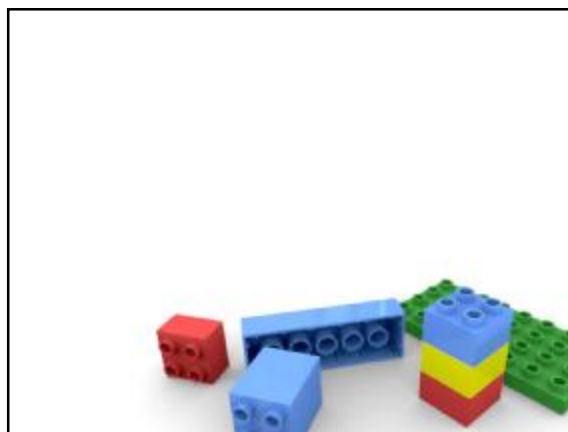
SAKRAIDA, Teresa. *Modelo de Promoção de Saúde*. In: TOMÉY, Anne; MARRINER, Margha Raile - *Introdução à Enfermagem e a Sua Ótica (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência, 2002. P.69-715.

SANTOS, V.L. (2000). "Marco conceptual de educación para la salud". In: OSUNA, A.F. *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson.

SCHAEFFER, H. Rudolph – *Desenvolvimento Social da Criança*. Lisboa: Instituto Piaget, 1999. ISBN 972-771-227-4.

VICTOR, Janaina et al – *Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender*. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18: 3 (2005), p.235-240.

WILLIAMS, José – *Investigação – O processo de construção do conhecimento*. 1ª Ed. Lisboa, Edições Sílabo, 2009. 399 p. ISBN 978-972-618-557-4.

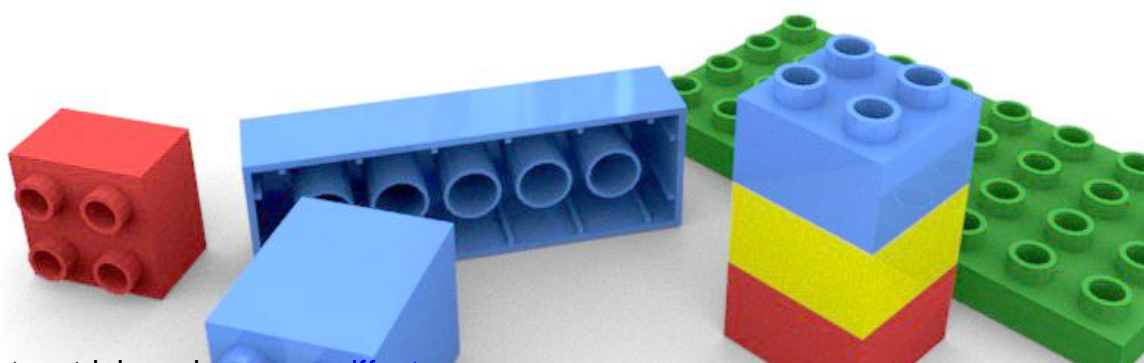



Manual de Promoção de Saúde

Trabalho realizado por Enf.^a Fernanda Loureiro
no âmbito do Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria
na Universidade Católica
sob orientação de Enf.^a Antónia Guerreiro e
Prof.^a Filipa Andrade

Setúbal

Novembro, 2010





LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

GDH – Grupo de Diagnósticos Homogêneos;

PS – Promoção de Saúde;

Q. – Questionário;

SPP – Sistema de Pagamento Prospectivo;

U.E. - Unidades de Enumeração.



Índice

	f.
Índice de Figuras.....	4
0 - Introdução	5
1 - Caracterização do Contexto	7
1.1 - O Serviço de Internamento de Pediatria	7
1.2 - Práticas de Promoção de Saúde dos Enfermeiros no Serviço de Internamento de Pediatria.....	8
1.2.1 - Construção do Questionário.....	9
1.2.2 - Aplicação do questionário	11
1.2.3 - Resultados	11
2 - Modelo de Promoção de Saúde	14
2.1 - Componentes do Modelo de Promoção de Saúde.....	15
2.1.1 - Características	15
2.1.2 - Comportamento Específico	15
2.1.3 - Resultados do comportamento e experiências individuais	16
3 - Estratégias de Promoção de Saúde no Serviço de Internamento de Pediatria	18
4 - Conclusão.....	21
5 - BIBLIOGRAFIA	22
6 - Anexos	25



Índice de Figuras

	f.
Figura 1- Modelo de Promoção de Saúde (VICTOR et al, 2005).....	14



0 - Introdução

A importância da promoção de saúde enquanto área de atenção remonta às conferências internacionais de Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundalle (1991), Bogotá (1992) e Jacarta (1997). Passa a ser incentivada enquanto estímulo à utilização de recursos e conhecimentos dos indivíduos no sentido da adopção de estilos de vida saudáveis onde a vigilância de saúde é um aspecto básico. No âmbito da pediatria assume particular importância pois trata-se de intervir de uma forma antecipatória e precoce no crescimento e desenvolvimento da criança pelo que a DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2005) sistematizou em programa a vigilância de saúde neste âmbito. E, embora seja ao nível dos cuidados de saúde primários que este se operacionaliza, todos os locais de assistência à criança devem ter conhecimento do seu conteúdo e, todas as oportunidades de contactos com a criança e família devem ser maximizadas com vista à promoção de saúde (QUEIRÓZ; JORGE, 2006).

Os enfermeiros assumem, neste contexto, um papel essencial inerente ao seu exercício profissional. A alínea b) do artigo 9º do Decreto-Lei n.º 247/09 de 22 de Setembro refere que é função do enfermeiro realizar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção de saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional. Por outro lado a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) refere que os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. O enfermeiro deve, portanto, actuar na promoção da saúde infantil com vista à maximização da mesma. Importa ainda integrar a evidência científica encontrada nas ciências da educação e nas ciências da saúde para adoptar as melhores estratégias. De facto, a promoção de saúde, é uma área onde intervêm vários grupos disciplinares e que implica uma panóplia de programas e iniciativas. Contudo, sabemos que os programas com maior probabilidade de sucesso são os que



se baseiam numa clara compreensão dos comportamentos de saúde alvo e contexto ambiental. Neste sentido, as teorias ajudam a compreender a natureza dos comportamentos, explicam a sua dinâmica, os procedimentos para modificar e efeitos das influências externas a que estão sujeitos (GLANZ, 1999). O Modelo de Promoção de Saúde proposto por Nola Pender em 1982 integra a promoção de saúde e as ciências de enfermagem. Define um modelo de actuação baseado em três componentes principais que se subdividem em variáveis passíveis de serem trabalhadas pelos enfermeiros com vista a uma prática fundamentada que fomente a adopção de comportamentos promotores de saúde (VICTOR et al, 2005).

Assim, este manual tem por objectivo descrever o contexto actual das práticas de enfermagem na área da promoção de saúde e servir de suporte aos enfermeiros do serviço de pediatria nas intervenções de promoção de saúde junto da criança / família.

Estruturalmente é composto por três partes distintas. Inicialmente apresenta-se a caracterização do contexto onde se analisam os dados estatísticos do serviço assim como as práticas da equipe de enfermagem na área da promoção de saúde. A segunda parte apresenta um modelo de promoção de saúde específico de enfermagem que dá suporte teórico às intervenções neste âmbito. Por fim, são apresentados um conjunto de estratégias passíveis de utilização pelos enfermeiros como forma de melhoria das práticas.

Importa ainda referir que este trabalho surge enquanto actividade integrada na Unidade Curricular Estágio no âmbito da Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Saúde Infantil e Pediatria que decorre na Universidade Católica.



1 - Caracterização do Contexto

1.1 - O Serviço de Internamento de Pediatria

O serviço de internamento de pediatria funciona no 5º piso do edifício novo do Hospital de São Bernardo, dispõe de 19 camas e admite crianças entre 0 e 14 anos. A equipa de saúde é constituída por 22 médicos pediatras, 18 enfermeiros, 11 assistentes operacionais, 1 secretária, 1 psicóloga e 2 educadoras de infância. Existe ainda, 1 assistente social da área de pediatria. A equipa de enfermagem é constituída por 1 enfermeiros chefe, 1 enfermeira especialista e 16 enfermeiros generalistas. O serviço integra três áreas distintas: pediatria médica, pediatria cirúrgica e hospital de dia. Neste manual o interesse foca-se nas intervenções dos enfermeiros ao nível da prestação de cuidados no internamento pelo que a análise se reporta apenas á valência mais representativa: a pediatria médica.

No ano de 2008 foram admitidas no serviço, ao nível da pediatria médica, 687 crianças das quais, 40,32% com idade \leq 1 ano, 30,42% com idades entre 2 e 5 anos, 19,65% entre 6 e 10 anos e 9,61% acima de 11 anos. Para este ano a taxa de ocupação média atingiu os 48,7%. No ano de 2009 os resultados são muito semelhantes e, das 688 crianças internadas 50,15% têm idade \leq 1 ano, 25,73% com idades entre 2 e 5 anos 16,42% com idade entre 6 e 10 anos e 7,7% acima de 11 anos. Neste ano a taxa de ocupação é de 50,1%.

Do ponto de vista das situações clínicas mais frequentes estas classificam-se de acordo com o grupo de diagnósticos homogéneos (GDH), um sistema de classificação de doentes agudos internados, que permite definir, operacionalmente, os produtos de um hospital. Foram criados na Universidade de Yale nos anos 80 com a finalidade de constituir um Sistema de Pagamento Prospectivo (SPP), tendo vindo a ser rotineiramente utilizados pelo sistema de saúde americano desde 1986. Este sistema de classificação utiliza as variáveis: diagnóstico principal, outros diagnósticos, procedimentos, sexo, idade, o destino após a alta e o peso do recém-nascido para



agrupar um episódio de internamento numa de 24 grandes categorias diagnósticas e, dentro destas, num dos perto de 700 GDH. Estes grupos são coerentes do ponto de vista clínico e semelhantes em termos de consumo de recursos.

Assim, no ano de 2008 e, ao nível da pediatria médica o diagnóstico mais frequente foi GDH 775 (Bronquite e asma, idade < 18 anos, sem complicação e/ou comorbilidade) com 16,07% seguido do GGH 773 (pneumonia e pleurisia simples, idade < 18 anos, sem complicação e/ou comorbilidade) com 13,30%. De uma forma geral e, agrupando os diagnósticos por sistemas verifica-se que 40,85% situações se reportam a patologias do foro respiratório e 18,98% situações do foro gastro intestinal. No ano de 2009 verificou-se que os dois diagnósticos mais frequentes foram os mesmos: GDH 775 com 19,86% e GDH 773 com 16,38%. Seguindo a mesma linha de pensamento podemos verificar que 50,73% da situações clínicas são do foro respiratório e 11,13% do foro gastro intestinal.

De uma forma geral podemos então verificar que as situações mais frequentes no serviço de internamento se reportam a patologias do foro respiratório em crianças com idade \leq 1 ano.

Identificada a faixa etária e situações clínicas mais frequentes apresenta-se em seguida a caracterização das práticas dos enfermeiros no que concerne às intervenções na área da promoção de saúde.

1.2 - Práticas de Promoção de Saúde dos Enfermeiros no Serviço de Internamento de Pediatria

Na área da promoção de saúde as práticas dos enfermeiros no serviço de pediatria são muito diversas e ocorrem em vários momentos. Atendendo às limitações temporais inerentes a um percurso académico optou-se por aplicar um questionário á equipe de enfermagem com o objectivo de identificar as estratégias adoptadas pelos enfermeiros.



1.2.1 – Construção do Questionário

Foi seleccionada como metodologia o questionário porque, segundo FORTIN (2003, p. 249) trata-se de um “método de colheita que necessita das repostas escritas por parte dos sujeitos” sendo um “instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis”. Neste caso, dado o limite temporal, considerou-se a opção mais exequível e adequada. A mesma autora refere ainda que antes de iniciar a construção deste instrumento se deve consultar na literatura a existência de questionários semelhantes. Neste caso foram adaptadas questões de instrumentos já aplicados anteriormente e com objectivos semelhantes devidamente autorizado pelos autores (CARVALHO E CARVALHO, 2006; LOUREIRO, 2009).

Assim, o documento é composto por três grupos distintos que se passam a apresentar e discriminar.

I – Caracterização geral

Neste conjunto consideraram-se dados de caracterização geral inerente à aplicação de qualquer método de investigação. Neste caso os dados são: a idade, o género, as habilitações académicas e a experiência profissional total e especificamente na área de pediatria.

II – Conceito de promoção de saúde

O conceito individual de PS vai influenciar as suas práticas na área (CARVALHO E CARVALHO, 2006) pelo que se considerou pertinente questionar os enfermeiros acerca da sua definição numa questão aberta. As respostas foram sujeitas a análise de conteúdo. Esta define-se, segundo BARDIN (1995, p. 31) como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações”. O mesmo autor refere ainda que ainda que se processa em torno de três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.



III – Estratégias de Promoção de Saúde

Neste grupo consideraram-se vários itens. O primeiro reporta-se à importância atribuída às intervenções de PS através de uma questão fechada dicotómica. Em relação a este item a pesquisa demonstra que apesar de os enfermeiros atribuírem muita importância a estas actividades na prática quotidiana, a primeira prioridade é sempre dada a actividades do foro curativo (SANTOS, 2000; CARVALHO E CARVALHO, 2006) só efectuando actividades de PS “quando não há mais nada para fazer” (CARVALHO E CARVALHO, 2006).

A questão seguinte versa o fornecimento de suporte informacional que é referenciado na literatura como importante e útil (RIBEIRO, 1999). Neste sentido colocou-se uma questão semifechada de resposta dicotómica. Quando a resposta é positiva passa-se a uma questão onde se identificam os suportes fornecidos. Se a resposta é negativa questiona-se a razão de não haver fornecimento de suporte informativo em questão aberta.

A pergunta seguinte reporta-se à metodologia empregue e utilizou-se a nomenclatura de métodos pedagógicos proposto por FERRÃO e RODRIGUES (2000). Estes, usam a seguinte classificação: *método expositivo* (processo pedagógico não participativo utilizado na transmissão de informação de natureza teórica), *método demonstrativo* (privilegia a aprendizagem prática e permite dotar rapidamente os formandos de um saber – fazer com grande eficácia que se traduz numa automatização posterior de procedimentos), *método interrogativo* (caracteriza-se por levar os formandos a descobrir progressivamente os diversos elementos de um assunto recorrendo a perguntas, implica a garantia prévia de que os formandos possuem algum conhecimento acerca do assunto a abordar) e *método activo* (integra os três níveis do saber: saber-saber, saber-fazer e saber-ser/estar e compreende em si todos os métodos anteriores). Os vários métodos têm vantagens e desvantagens e devem ser considerados em função do objectivo que se pretende.

Consideraram-se ainda, os temas abordados nas actividades de PS utilizando para tal o estudo de COFFMAN (1998) sobre necessidades de formação dos pais que recorrem a



serviços de emergências pediátricas numa questão de escolha múltipla. Apesar de ser num contexto diferente as temáticas são muito amplas e adaptadas ao local onde se pretende aplicar o instrumento.

Questiona-se ainda em relação ao momento mais propício de desenvolvimento de actividades na área da PS usando para tal os momentos chave da estadia de uma criança ao longo do internamento.

Por fim, é colocada uma questão de resposta dicotómica relativamente ao conhecimento de um modelo de enfermagem na área da PS uma vez que se pretende apresentar um modelo em concreto que contextualiza o projecto de estágio e lhe dá suporte teórico (Modelo de Promoção de Saúde, Nola Pender).

1.2.2 – Aplicação do questionário

A equipe de enfermagem é constituída por 18 elementos onde se inclui o enfermeiro chefe. Atendendo a que se pretende analisar as práticas dos enfermeiros foram aplicados questionários aos 17 elementos da equipe durante o mês de Outubro de 2010. Os dados foram sujeitos a tratamento estatístico descritivo com recurso ao programa Microsoft Office – Excel® e, na questão aberta a análise de conteúdo.

1.2.3 - Resultados

Dos 17 questionários entregues foram devolvidos 13 o que corresponde a uma taxa de retorno de 76,5%.

I – Caracterização geral

No que diz respeito aos dados relativos á caracterização geral da equipa, esta apresenta uma média de idade de 34 anos com valor mínimo de 24 e máximo de 45 anos com predomínio do género feminino. Dos 13 questionários verificou-se que 15,4% são do género masculino (n=2) sendo os restantes do género feminino (84,6%; n=11). No que diz respeito às habilitações literárias verifica-se que 93,2% (n=12) dos inquiridos tem licenciatura em enfermagem. Em relação á experiência profissional verifica-se uma média de 10,5 anos com valor máximo e mínimo de 20 e 1,4 anos,



respectivamente. No que concerne á experiência profissional em pediatria pode-se verificar resultados semelhantes com média é de 9,2 anos e valor máximo e mínimo de 20 anos e 4 meses, respectivamente.

II – Conceito de promoção de saúde

No que se refere ao conceito de promoção de saúde foram analisadas as respostas atendendo á técnica de análise de conteúdo. Verificou-se que a definição de promoção de saúde continha em si duas categorias distintas. Por um lado, os enfermeiros referiram como se operacionaliza, isto é a prática com 14 U.E. (unidades de enumeração) no total e por outro lado o objectivo da mesma com 15 U.E. Em relação á categoria prática foram identificadas 4 subcategorias: desenvolvimento de competências nos pais e crianças (4 U.E.), processo (3U.E), potencial de gestão de saúde (2U.E.) e ensino (5U.E.). Destas a mais representativa é a subcategoria ensino onde a promoção de saúde é definida como o “ensino aos pais/família acerca das práticas saudáveis” (Q4) ou “ensino/informação sobre boas práticas” (Q6). Em relação á categoria objectivo identificaram-se 6 subcategorias: trajectória de vida saudável (2U.E.), melhoria de qualidade de cuidados (1U.E.), máxima saúde (3U.E.), equilíbrio (1U.E.), prevenção da doença (3U.E.) e ganho em saúde (2U.E.). É interessante notar que as subcategorias mais significativas são a máxima saúde e a prevenção da doença.

Pode-se então, referir que para o grupo de enfermeiros em análise, a promoção de saúde pode ser operacionalizada pelo processo de desenvolvimento de competências e ensino atendendo ao potencial de saúde tendo por objectivo, uma trajectória de vida equilibrada e saudável com prevenção da doença e maximização da saúde na óptica da melhoria da qualidade de cuidados com ganhos em saúde.

III – Estratégias de Promoção de Saúde

Relativamente á importância atribuída às intervenções no âmbito da PS os enfermeiros são unânimes em considerar estas como importantes (100%; n=13).

Os suportes informacionais (panfletos) não são fornecidos pela maioria dos enfermeiros (54,5%; n=7). Estes apontam como causas a não existência de folhetos



disponíveis no serviço / quantidade insuficiente (23%; n=3), o esquecimento (15,4%; n=2), não sentir a necessidade de usar (7,7%; n=1) e não se encontram acessíveis (7,7%; n=1).

Quando são utilizados suportes informacionais estes reportam-se aos temas: alimentação (23%; n=3), acolhimento ao serviço (23%; n=3), doenças (15,4%; n=2), segurança (15,4%; n=2), vigilância de saúde (7,7%; n=1) e doença crónica (7,7%; n=1).

Em termos de metodologia, foi referida com maior frequência o método activo (76,9%; n=10). Os métodos: expositivo (23%; n=1) e demonstrativo (7,7%; n=1) foram também identificados.

Quanto aos temas abordados no ensino individual, todos os enfermeiros inquiridos identificaram as doenças e os tópicos gerais de saúde (100%; n=13). Foram ainda referidos a puericultura e a prevenção de acidentes ambos com uma frequência de 10 (76,9%), os primeiros socorros (15,4%; n=2), o desenvolvimento infantil (15,4%; n=2) e a reanimação (7,7%; n=1). Um dos enfermeiros identificou ainda outro tema – a alta (7,7%).

No que concerne ao momento mais oportuno para a realização de actividades nesta área foi identificado por todos os profissionais como “ao longo de todo o internamento (100%; n=13).

A maioria não conhece nenhum modelo de enfermagem na área da promoção de saúde (69,2%; n=9) e, entre os que referem conhecer 30,8% (n=4) todos identificam o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.

QUEIROZ E BARROSO (2005) referem que a hospitalização de uma criança oferece oportunidade para desenvolver medidas de promoção da saúde, acção indispensável em todas as fases de crescimento e desenvolvimento infantil. Contudo as intervenções devem ser suportadas teoricamente. Assim, face aos resultados apresentados e, como forma de dar sustentação teórica a sugestões de intervenção na área da promoção de saúde apresenta-se de seguida um modelo teórico de enfermagem de promoção de saúde.



2 - Modelo de Promoção de Saúde

Os enfermeiros devido quer ao contacto contínuo com os utentes quer á preparação académica são profissionais que têm um papel preponderante na implementação de medidas promotoras de saúde (PENDER et al, 2002). O modelo proposto por Nola Pender em 1982 denomina-se Modelo da Promoção de Saúde e baseia-se no modelo das crenças na saúde sem incluir o medo ou a ameaça como fonte de motivação (SAKRAIDA, 2002). Surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os factores que influenciam os comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva os indivíduos que apresentam comportamentos produtores de saúde (VICTOR et al, 2005). Este modelo foi revisto pela autora em 1996 passando a incluir a influência dos aspectos culturais na promoção de saúde (BROWNING et al, 2007). Esquemáticamente o modelo surge representado na figura 1. Trata-se de um modelo que pode ser adaptado a vários contextos de intervenção nomeadamente na área de saúde infantil e pediátrica (SAKRAIDA, 2002; VICTOR, 2005; BROWNING et al 2007).

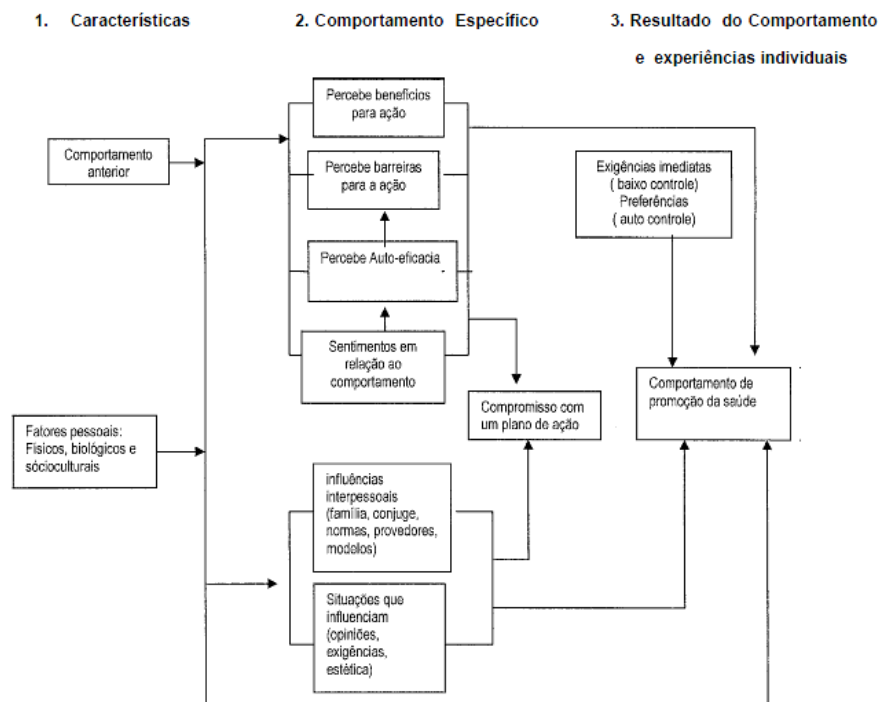


Figura 1- Modelo de Promoção de Saúde (VICTOR et al, 2005).



Como se pode verificar pela figura o modelo é composto por três componentes principais: características, comportamento específico e resultado do comportamento e experiências individuais (VICTOR et al, 2005). São compostos por várias variáveis que se apresentam em seguida.

2.1 - Componentes do Modelo de Promoção de Saúde

2.1.1 - Características

A primeira componente diz respeito às características e experiências individuais e contempla 2 variáveis: comportamento anterior e factores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais).

Relativamente ao comportamento anterior, este refere-se ao comportamento que deve ser mudado (VICTOR et al, 2005) e que pode ter efeitos directos ou indirectos sobre a probabilidade de ter comportamento de promoção de saúde (SAKRAIDA, 2002).

A variável factores refere-se a aspectos que são preditores de um dado comportamento e moldados pela natureza do comportamento alvo a ser considerado. Divide-se em factores biológicos (idade, índice de massa corporal, agilidade, equilíbrio), psicológicos (auto-estima, auto motivação, estado de saúde percebido, definição de saúde) e socioculturais (raça, etnia, educação, nível socioeconómico) (VICTOR et al, 2005).

2.1.2 - Comportamento Específico

A segunda componente do modelo contempla 6 variáveis: percebe benefícios para a acção, percebe barreiras para a acção, percebe auto eficácia, sentimentos em relação ao comportamento, influências interpessoais e sentimentos que influenciam (SAKRAIDA, 2002).



A primeira variável - percebe benefícios para acção refere-se às representações mentais positivas, que reforçam as consequências da adopção de um comportamento (VICTOR et al, 2005).

A segunda variável refere-se às barreiras para a acção que podem ser antecipadas, imaginadas ou reais. Podem ser consideradas como percepções negativas sobre um comportamento e entendidas como dificuldades e custos pessoais (VICTOR et al, 2005).

A variável percebe auto eficácia diz respeito ao juízo das capacidades pessoais de organizar e executar acções (VICTOR et al, 2005). A auto eficácia percebida influencia as barreiras percebidas à acção de modo a que uma maior eficácia resulta em percepções reduzidas das barreiras ao desempenho comportamental (SAKRAIDA, 2002).

A variável sentimentos em relação ao comportamento reporta-se à reacção emocional directa ou uma resposta nivelada ao pensamento que pode ser positivo, negativo, agradável ou desagradável (VICTOR et al, 2005).

A variável influências interpessoais refere-se ao comportamento que pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, profissionais de saúde, ou por normas e modelos sociais. (VICTOR, et al, 2005). As fontes primárias de influências são as famílias, os pares e os prestadores de cuidados de saúde (SAKRAIDA, 2002).

A última variável desta componente diz respeito aos sentimentos que influenciam e reporta-se a influências situacionais como o ambiente que pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde (VICTOR et al, 2005).

2.1.3 - Resultados do comportamento e experiências individuais

A terceira componente compreende três variáveis: exigências imediatas (que inclui forças impositivas e forças potencializadoras), comportamento de promoção de saúde e compromisso com um plano de acção (SAKRAIDA, 2002).



Assim, a primeira variável - exigências imediatas - considera que as pessoas têm baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto as preferências pessoais exercem um elevado controle sob as acções de mudança de comportamento, por exemplo a escolha de um gelado ou uma maçã para o lanche (SAKRAIDA, 2002). Consideram-se então dois tipos de forças: impositivas e potencializadoras (VICTOR et al,2005).

A segunda variável diz respeito ao comportamento de promoção de saúde e pode ser entendida como o resultado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde (VICTOR et al, 2005).

Por fim, a terceira variável - compromisso com o plano de acção – reporta-se às acções que possibilitam ao indivíduo manter-se no comportamento de promoção de saúde esperado, isto é, as intervenções de enfermagem (VICTOR et al, 2005).

Apresentada a contextualização teórica apresenta-se seguidamente uma proposta de intervenções na área da promoção de saúde como forma de otimizar a actuação dos enfermeiros.



3 - Estratégias de Promoção de Saúde no Serviço de Internamento de Pediatria

A Ordem dos Enfermeiros reporta-se à promoção de saúde ao mencionar nos Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que *“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”*. Refere ainda que *“são elementos importantes face à promoção da saúde, entre outros: a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade; a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; a promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente”* (2001, p.12). Neste sentido, cabe aos enfermeiros adoptarem estratégias, em todos os contextos, de forma alcançar a “excelência no exercício”. Atendendo à caracterização quer do ponto de vista estatístico quer das práticas dos enfermeiros foi possível identificar estratégias de optimização da promoção de saúde no serviço de pediatria.

Da análise dos questionários, e de uma forma geral podemos perceber que o conceito de promoção de saúde dos enfermeiros do serviço de pediatria é actual. A referência a aspectos como “vida saudável”, “equilíbrio”, “maximização da saúde”, “qualidade dos cuidados” aponta para um conceito aberto e multidimensional de saúde. Este aspecto é de certa forma concordante com a importância atribuída pelos enfermeiros às intervenções na área da promoção de saúde: todos os inquiridos referem que estas são importantes. Quanto ao fornecimento de suportes informativo foi interessante verificar que são pouco utilizados quer por existirem poucos quer por estarem pouco acessíveis. Neste sentido foi elaborado num procedimento acerca do fornecimento de suporte informacional que integra diversos panfletos (Anexo 1). Atendendo a que se verifica que a faixa etária e situação clínica mais frequente no serviço são lactentes com patologias do foro respiratório foram elaborados os seguintes suportes (Anexo 2):

- Panfleto “Utilização e Manutenção da Câmara Expansora”;



- Panfleto “Preparação de Biberões”;
- Panfleto “Extracção e Conservação de leite materno”;
- Panfleto “Prevenção de Sintomas Respiratórios”;

Foram ainda importados outros panfletos já existentes na unidade hospitalar, na área da pediatria, nomeadamente (Anexo 2):

- Panfleto “Criança com vômitos”;
- Panfleto “Criança com diarreia”;
- Panfleto “Criança com febre”;

Como forma de dar resposta a outra das razões apontadas para a não utilização dos mesmos (o facto de não estarem acessíveis), foi solicitado às educadoras do serviço a colaboração na realização de um suporte para fixar na parede. Os folhetos foram colocados neste suporte e estão visíveis/ acessíveis para utilização pela equipe. Por outro lado, esta é uma actividade que por si só necessita de suporte e validação pois como referem BOWDEN e GREENBERG (2005) o processo de ensino assemelha-se ao processo de enfermagem. Começa com a avaliação do problema segue-se a planificação, a implementação e a avaliação da sua eficácia. Neste sentido foram ainda elaborados planos de sessão individual com integração de avaliação (Anexo 3). Dos questionários destaca-se ainda os temas focados e, os panfletos referidos vão ao encontro das temáticas mais frequentes.

O ensino individual e o suporte informacional são recursos importantes na assistência de enfermagem à criança / família (RIBEIRO, 1999; LOUREIRO, 2009) e influenciam o comportamento de saúde. O modelo de Promoção de Saúde refere, na variável influências interpessoais (parte integrante do componente “comportamento específico”) que os profissionais de saúde surgem como fontes primárias de influência na adopção de comportamentos promotores de saúde (PENDER et al, 2002). Os enfermeiros devem então, actuar junto da criança / família promovendo ensinamentos,



assentes no suporte informativo de forma que se traduza numa influência positiva na adesão de comportamentos saudáveis.

Por fim, quanto ao conhecimento de um modelo de promoção de saúde foi interessante verificar que alguns elementos já conheciam o modelo de promoção de saúde de Nola Pender. Com estratégia para divulgar o mesmo foi efectuada uma exposição do mesmo que se inclui neste manual assim como, uma apresentação que contempla os aspectos anteriormente já referidos assim como o modelo para apresentação à equipe.

Em suma foram operacionalizadas as seguintes estratégias:

- Elaboração de normas de procedimento;
- Elaboração de folhetos informativos;
- Elaboração de planos de ensino individual;
- Divulgação do Modelo de Promoção de Saúde enquanto suporte teórico às intervenções na área da promoção de saúde.



4 - Conclusão

O manual apresentado pretende servir de ponto de partida para um trabalho mais fundamentado e cimentado na teoria e na evidência científica. Apresentou-se a caracterização das práticas de promoção de saúde no serviço de pediatria assim como um modelo teórico de enfermagem que suporta as intervenções nesta área. Foram ainda operacionalizadas algumas intervenções suportadas quer na caracterização do contexto quer na revisão bibliográfica pois teoria e prática devem andar lado a lado. Integrando os conceitos teóricos na prática quotidiana é possível ter uma prática mais fundamentada mas também mais eficaz.

Espera-se que o manual sirva de suporte à equipe de enfermagem e uma mais valia na procura da “excelência do exercício profissional” como se pretende.



5 - BIBLIOGRAFIA

BARDIN, Laurence – Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1995. ISBN 972 44 0898 1.

BROWNING, Gloria et al – Innovations in theory development for nursing discipline
Volume I. 2007. Acessível em:
<https://repository.unm.edu/dspace/bitstream/1928/3233/1/2007PHDTheoryExtensionMonograph.pdf>

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro – Metodologia da Investigação: Guia para a auto-aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta, 1998. ISBN 978-972-674-231-9.

CARVALHO, Amâncio – Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de enfermagem e de outros cursos do ensino superior. Bragança [s.n.], 2007. Tese de Doutoramento na Área de conhecimento de Saúde Infantil, apresentada à Universidade do Minho.

CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça – Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-22-4.

COFFMAN, S.; MARTIN, V.; PRILL, N.; LANGLEY, B. - Perceptions, safety behaviours, and learning needs of parents of children brought to an emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 24,2 (1998), p.13-139.

Decreto-Lei n.º 247/09 de 22 de Setembro.

DICIONÁRIO DA LINGUA PORTUGUESA. Porto: Porto Editora, 2001, 573p. ISBN 972-0-0-05101-9.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação (Orientações Técnicas; 12). [Em linha] 2ª edição. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2005. [Consult. 20 Maio 2010]. Disponível na Internet em URL www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf



FERRÃO, Luís; RODRIGUES, Manuela – Formação Pedagógica de Formadores. Lousã: Lidel, 2000.271 p. ISBN 972-757-119-0.

FORTIN, Marie-Fabienne – O processo de Investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência, 3ª edição, 2003. ISBN 972-8383-10-X.

GLANTZ, Karen. Teoria num Relance – Um guia para a prática da promoção da saúde. In: SARDINHA, Luís et al. Promoção da Saúde – Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo. Cruz Quebrada: FMH Edições, 1999. P. 9-55.

LOUREIRO, Fernanda – Percepções dos enfermeiros sobre da educação para a saúde realizada em contexto de urgência pediátrica. Cruz Quebrada [s.n.], 2009. Tese de Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade de Educação para a Saúde, apresentada à Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001, 16 p.

PEDER, Nola et al – Health Promotion in Nursing Practice. New Jersey: Prentice Hall, 340 p. ISBN 0 13 031950 3.

QUEIROZ, M. V. O. ; BARROSO, M. G. T. - Famílias inseridas no contexto de cuidado da criança hospitalizada. In BARROSO, M. G. T. ; VIEIRA, N. F. C. ; VARELA, Z. M. V., Org. - Saúde da família II: espaço de incertezas e possibilidades. Fortaleza: Sociedade Brasileira de Enfermeiros Escritores, 2005.

RIBEIRO, José Luís Pais – Escala de Satisfação com o suporte social. Análise Psicológica. [Em linha]. 3, XVII (1999), p.547-558. [Consult. 20 Maio 2010]. Disponível na Internet em [URL:http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf](http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf)>

SAKRAIDA, Teresa. Modelo de Promoção de Saúde. In: TOMEY, Anne Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile - Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência, 2002.P.699-715.



SANTOS, V.L. (2000). “Marco conceptual de educación para la salud”, In: OSUNA, A.F. Salud pública y educación para la salud. Barcelona: Masson.

SCHAFFER, H. Rudolph – Desenvolvimento Social da Criança. Lisboa: Instituto Piaget, 1999. ISBN 972-771-227-4.

VICTOR, Janaína et al – Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Acta Paulista de Enfermagem. 18: 3 (2005), p.235-240.

VILELAS, José – Investigação – O processo de construção do conhecimento. 1ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2009. 399 p. ISBN 978-972-618-557-4.



6 - Anexos

Anexo 1 – Procedimento de Enfermagem: Fornecimento de suporte formativo;

Anexo 2 – Panfletos;

Anexo 3 – Planos Sessão Individual.



Anexo 1

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardino Hospital Oncológico Sant'Inês de Odivelas	<i>Procedimento de Enfermagem: Fornecimento de Suporte Informativo</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	XXX.00.YYYY.00

1. Objectivo

Protocolar a actuação do enfermeiro no fornecimento de suportes informativos no Serviço de Internamento de Pediatria.

2. Campo de aplicação

Este procedimento aplica-se a todos os elementos da equipe de enfermagem do Serviço de Internamento de Pediatria do CHS - HSB.

3. Siglas, abreviaturas e definições

Siglas:

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

Definições:

Suporte Informativo: trata-se de um tipo de suporte social. As redes de suporte social formal abrangem tanto as organizações sociais formais (hospitais, programas governamentais, serviços de saúde) como os profissionais (médicos, assistentes sociais, enfermeiros, etc.) que estão organizados para fornecer assistência ou ajuda às pessoas, neste caso de tipo informacional. Habitualmente compreende informações relativas a uma temática de interesse para o cliente, neste caso a criança/família (RIBEIRO, 1999).

4. Referências

BOWDEN, Vicky; GREENBERG, Cindy – *Procedimentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005. 765 p. ISBN 85 277 0985 1

CHAREPE, Zaida – *O encontro com a ajuda mútua: percepções dos pais de crianças com doença crónica*. Lisboa [s.n.], 2006. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde, apresentada à Universidade Aberta.

FERRÃO, Luís; RODRIGUES, Manuela – *Formação Pedagógica de Formadores*. Lousã: Lidel, 2000. 271 p. ISBN 972-757-119-0.



Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Oncológico Santiago do Calado	<i>Procedimento de Enfermagem: Fornecimento de Suporte Informativo</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	XXX.XX.YYYY.XX

RIBEIRO, José Luís Pais. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*. [Em linha]. 3: XVII (1999), 547-558. [Consult. 15 Mai. 2010]. Disponível na Internet <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf>> ISSN 0870-8231.

5. Responsabilidades

5.1 - Divulgação

Director do serviço

5.2 - Implementação

Enfermeiro Chefe

5.3 - Execução

Equipa de Enfermagem

6. Procedimento

Considerações gerais:

- Durante o internamento da criança, o prestador de cuidados coloca com frequência questões relativas aos seus sintomas, evolução e prognóstico. A informação deve de ser transmitida de um modo compreensível de forma que seja interpretada adequadamente. O discurso deve ser organizado de uma forma estruturada (por exemplo por passos ou etapas), contendo indicações precisas e simples. Para tal os métodos de apoio ao suporte formativo incluem para além do discurso, suporte escrito (por exemplo: panfletos) e treino de estratégias (por exemplo: perguntar aos pais quais os sinais de alarme e o que fariam nessa situação) (CHAREPE, 2006).

- A selecção da metodologia a utilizar deve ter em conta não só o tipo de informação que se pretende transmitir mas também a disponibilidade e características da criança/ família. De uma forma geral podem considerar-se quatro métodos pedagógicos: expositivo (processo pedagógico não participativo utilizado na transmissão de informação de natureza teórica), método demonstrativo (privilegia a aprendizagem prática e permite dotar rapidamente os formandos de um saber – fazer com grande eficácia que se traduz numa automatização posterior de procedimentos), método interrogativo (caracteriza-se por levar os formandos a descobrir progressivamente os diversos elementos de um assunto recorrendo a perguntas, implica a garantia prévia de que os formandos possuem algum conhecimento acerca do assunto a abordar) e método

Pág. 2 de 4

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Oncológico de Setúbal de Outeiro	<i>Procedimento de Enfermagem: Fornecimento de Suporte Informativo</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	XXXX.00.YYYY.00

activo (integra os três níveis do saber: saber-saber, saber-fazer e saber-ser/estar e compreende em si todos os métodos anteriores) (FERRÃO;RODRIGUES, 2000).

- As três condições básicas da aprendizagem para ensinar procedimentos são: continuidade (as etapas do procedimento devem ser explicada de forma sequencial e contínua), prática (permite o treino da sequência) e feedback (dá à criança / família informação sobre o seu progresso e é altamente motivador) (BOWDEN;GREENBERG, 2005).

- Antes de fornecer o suporte, devem ser determinadas as necessidades formativas atendendo a que as mesmas são influenciadas por: experiências anteriores, cultura, nível educacional e desenvolvimento da criança entre outros (BOWDEN;GREENBERG, 2005).

6.1 – Cuidados de Enfermagem

Actuação do Enfermeiro	Justificação
1. Seleccionar o momento adequado para o ensino individual à criança / família respeitando o direito à privacidade e à informação;	1 - Assegurar a disponibilidade da criança/família atendendo aos direitos da criança hospitalizada.
2. Reunir o material necessário incluindo o suporte informativo;	2 - Assegurar a correcta realização do procedimento.
3. Efectuar a intervenção atendendo ao plano de sessão individual (anexo 9);	3 - Seguir uma metodologia adequada no ensino.
4. Entregar o suporte informativo ou utiliza-lo como auxílio ao ensino explicando o seu conteúdo;	4 - Assegurar que a criança / família conhece o conteúdo do panfleto.
5. Esclarecer questões colocadas pela criança / família;	5 - Assegurar a compreensão do ensino efectuado.
6. Avaliar a sessão individual, se aplicável;	6 - Garantir a eficácia do ensino.
7. Efectuar registo na plataforma informática SAPE.	7- Assegurar a continuidade de cuidados.

7. Anexos

Anexo 1 – Panfleto "Utilização e Manutenção da Câmara Expansora";

Anexo 2 – Panfleto "Criança com vómitos";

Anexo 3 – Panfleto "Criança com diarreia";

Anexo 4 – Panfleto "Criança com febre";



Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Ortopédico Santiago de Odivelas	<i>Procedimento de Enfermagem: Fornecimento de Suporte Informativo</i>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	XXX.00.YYYY.00

Anexo 5 – Panfleto “Guia de Acolhimento”;

Anexo 6 – Panfleto “Preparação de Biberões”;

Anexo 7 – Panfleto “Extracção e Conservação de leite materno”;

Anexo 8 – Panfleto “Prevenção de Sintomas Respiratórios”;

Anexo 9 – Planos de Sessão Individual

Elaboração Enf.ª Antónia Guerreiro Enf.ª Fernanda Loureiro	Revisão Director de Serviço Enf.ª Chefe	Ratificação Director do Serviço de Pediatria
---	--	--



Anexo 2

**URGÊNCIA PEDIÁTRICA
CENTRO HOSPITALAR DE SETUBAL, E.P.E.
HOSPITAL DE SÃO BERNARDO
2009**

Conselhos Práticos

Utilização e Manutenção da Câmara Expansora



Não esquecer...

Sempre que recorre à urgência por problemas respiratórios deve trazer a câmara completa.

Manutenção e limpeza da câmara expansora

A máscara / bucal e câmara devem ser limpos com água e detergente comum 1 vez por semana e sempre que se encontrem visivelmente sujos.

Como?

- Separe todos os constituintes: máscara / bucal, câmara e tampa.
- Prepare uma solução de 1 litro de água para 4 gotas de detergente comum e passe a câmara nesta solução sem esfregar o interior da câmara.
- Coloque-a na vertical e deixe-a secar.
- Lave a máscara / bucal e tampa na mesma solução retirando toda a sujidade e deixe secar totalmente.

- Prepare a câmara para uma nova utilização.
- Arrume o medicamento e câmara fora do alcance da criança e em local seco isento de pó.

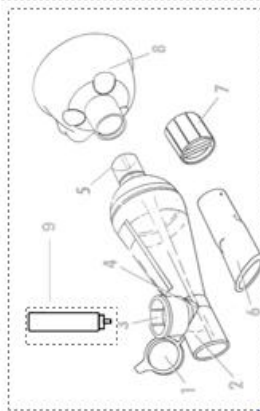


O que é uma Câmara Expansora?

Trata-se de um dispositivo em plástico para administração de medicação inalada- "puffs".

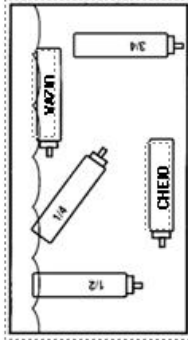
Preparar a câmara...

- Verifique a integridade e limpeza da câmara;
- Adapte a máscara (8) ou bucal (6) a uma extremidade da câmara (5) e a tampa (7) à outra (2).



Em seguida...

- Verifique a validade do inalador;
- Verifique a existência de doses no inalador mergulhando-o numa tina de água;



- Agite sempre o inalador antes de cada utilização;
- Na 1ª utilização do inalador (9) deve desperdiçar 2 puffs iniciais para o ar antes de o adaptar á câmara;
- Introduza o inalador (9) na ranhura própria (3);
- Na 1ª utilização da câmara deve fazer 1 puff inicial na câmara para impregnar as paredes;

Como fazer...

- Embora seja um procedimento simples e indolor explique de forma lúdica à criança o que vai efectuar.
- Adapte a câmara ou o bucal à criança assegurando que não há fugas;
- Administre as descargas prescritas;
- Instrua a criança para respirar normalmente 5 a 10 ciclos (cada ciclo inclui inspiração + 1 expiração);
- Se tiver de efectuar um segundo inalador aguarde 1 minuto e repita o processo.




Caixa de texto



SERVIÇO DE PEDIATRIA
CENTRO HOSPITALAR DE SETUBAL, E.P.E.
HOSPITAL DE SÃO BERNARDO
2007

Conselhos práticos

A CRIANÇA COM VÓMITOS



Blank area for text or notes, containing a dashed-line box and a small rectangular box.

Large dark green shaded area at the bottom of the page, possibly a footer or separator.



A CRIANÇA COM VÔMITOS

O vômito define-se como a expulsão do conteúdo gastrointestinal pela boca, acompanhada pela contração dos músculos abdominais. É um sintoma muito comum na idade pediátrica, e embora possa ser manifestação de patologia grave, a causa mais frequente é a gastroenterite aguda. Os vômitos podem causar a perda importante de água e sais minerais (desidratação), tanto mais importante quanto menor for a idade da criança.



Atenção: Não use medicação antiemética (para os vômitos) a não ser por indicação do seu médico.

CUIDAR DO SEU FILHO COM VÔMITOS

• **está nauseado, mas não vomita**, ofereça-lhe pequenos goles de líquidos a cada 2/5 minutos. É menos provável que cause o vômito do que beber grandes quantidades de cada vez.

• **está a vomitar frequentemente**, ou não ingere líquidos, deverá ingerir um líquido açucarado (ex. chá ou sumo), ou uma Solução de Rehidratação Oral (Oral Suero®, Dioralyte® ou Miltina Electrolit®), que são bebidas especiais que contêm água, açúcar e uma mistura de sais minerais como sódio e potássio. Estas têm vários sabores e podem ser adquiridas na farmácia, e administradas frescas, ou em forma de gelado. Deve ser administrada: 1 colher de chá de 2 em 2 minutos. Mesmo que a criança vomite outra vez, muito líquido irá ser absorvido e adicionalmente, a correção do desequilíbrio hidroelectrolítico diminui a frequência dos vômitos. Se a criança tolerar, pode ir aumentando a quantidade de líquido e efectuar a sua administração de 5 em 5 minutos.

• **Quando o seu filho já não estiver nauseado ou a vomitar, pode voltar aos líquidos e alimentos habituais.**



RECORRA AO SEU MÉDICO ASSIS- TENTE:

SE OS VÔMITOS FOREM:

- acompanhados de febre alta e cefaleias
- Em jacto, em lactentes <3 meses idade
- Cor amarelo-esverdeada
- Com sangue ou com aspecto de "borras de café"
- Acompanhados de dor abdominal, barriga inchada e/ou rija entre os episódios de vômitos.

SE A CRIANÇA APRESENTE ALGUM DOS SEGUINTE SINAIS DE DESIDRATAÇÃO:

- Não urina em 8-12 horas
- Sem lágrimas quando chora
- Anormalmente sonolento ou agitado/irritado
- Fadiga ou torturas
- O interior da boca está muito seco
- Os olhos parecem encovados
- A criança tem muita sede
- A fontanela anterior da criança está deprimida



SERVIÇO DE PEDIATRIA
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.
HOSPITAL DE SÃO BERNARDO
2007

Conselhos práticos

A CRIANÇA COM DIARREIA



Recorra ao seu médico assistente se:

- ◆ A diarreia dura há mais de 24 horas e não consegue administrar líquidos à criança
- ◆ Consegue administrar líquidos à criança mas a diarreia dura há mais de 7 dias.
- ◆ A criança apresenta algum dos seguintes sinais:
 - Não urina em 8-12 horas.
 - Sem lágrimas quando chora.
 - Anormalmente sonolento ou agitado/irritado.
 - O interior da boca está muito seco.
 - Os olhos parecem encovados.
 - A criança tem muita sede
 - Presença de sangue nas fezes
 - A fontanela anterior da criança está deprimida



A CRIANÇA COM DIARREIA

A **diarreia** define-se como o aumento da frequência e/ou diminuição da consistência das fezes. Esta pode causar a perda importante de água e sais minerais (**desidratação**), tanto mais importante quanto menor for a idade da criança, e a sua associação a um quadro de vômitos.

Sinais e Sintomas de Gastroenterite Aguda



- Os sinais e sintomas mais comuns são:
 - ◆ Diarreia (fezes frequentes, moles, aquosas) durando 3-4 dias, podendo durar 1 semana
 - ◆ Náuseas e vômitos com duração de 1-2 dias
 - ◆ Dor abdominal ("dor de barriga")
 - ◆ Febre (por vezes)

CUIDAR DO SEU FILHO COM DIARREIA

Normalmente, a diarreia persiste por um curto período de tempo e vários estudos demonstraram que as crianças com diarreia devem manter uma alimentação adequada à idade. Devem ser, no entanto, encorajadas a beber mais líquidos, proporcionalmente às perdas nas fezes.



ALIMENTAÇÃO

- ◆ Se o seu bebé faz **aleitamento materno**, continue a amamentar normalmente.
- ◆ Se o seu bebé faz **leite artificial**, continue a preparar o leite como habitualmente. (1 medida por cada 30 ml de água).

Nas crianças mais velhas as dietas muito restritivas utilizadas no passado (só com cenoura, arroz, banana, torradas e fruta cozida) sabe-se hoje que não providenciam a nutrição adequada e podem prolongar a duração da doença. Estes alimentos fazem, no entanto, parte dos alimentos bem tolerados, tal como os carboidratos complexos (arroz, cereais, batatas, pão), carne e peixe magros, iogurtes, fruta e vegetais. Evitar alimentos que podem piorar a diarreia, como sumos, refrigerantes, gelatina, ou bebidas desportivas.

LIQUIDOS

A água, a coca-cola ou outro refrigerante, o ice-tea, o chá, o sumo de fruta, as bebidas desportivas e a canja não possuem a quantidade adequada de açúcar e sais minerais e podem piorar a diarreia, não sendo por isso apropriados para a correcção da desidratação.

Deve ser administrada uma bebida especial - **Solução de Rehidratação Oral**, (OralSuerol®, Dioralyte® ou Miltina Electrolit®) que contém a proporção correcta de água, açúcar e sais minerais, para ajudar os intestinos a absorver o que o corpo realmente necessita. A Solução de Rehidratação Oral tem vários sabores e pode ser adquirida na farmácia, e administrada fresca, ou em forma de gelado. As crianças com diarreia moderada e sem sinais de desidratação podem NÃO gostar do sabor saído da Solução de Rehidratação Oral porque os seus corpos não perderam ainda os sais minerais suficientes.




Atenção: Não use medicação anti-diarreica a não ser por indicação do seu médico.



UNIDADE DE URGENCIA PEDIATRICA
CENTRO HOSPITALAR DE SETUBAL, E.P.E.
HOSPITAL DE SAO BERNARDO
HOSPITAL SANTIAGO DO OUTAO
2007

Conselhos práticos

FEBRE

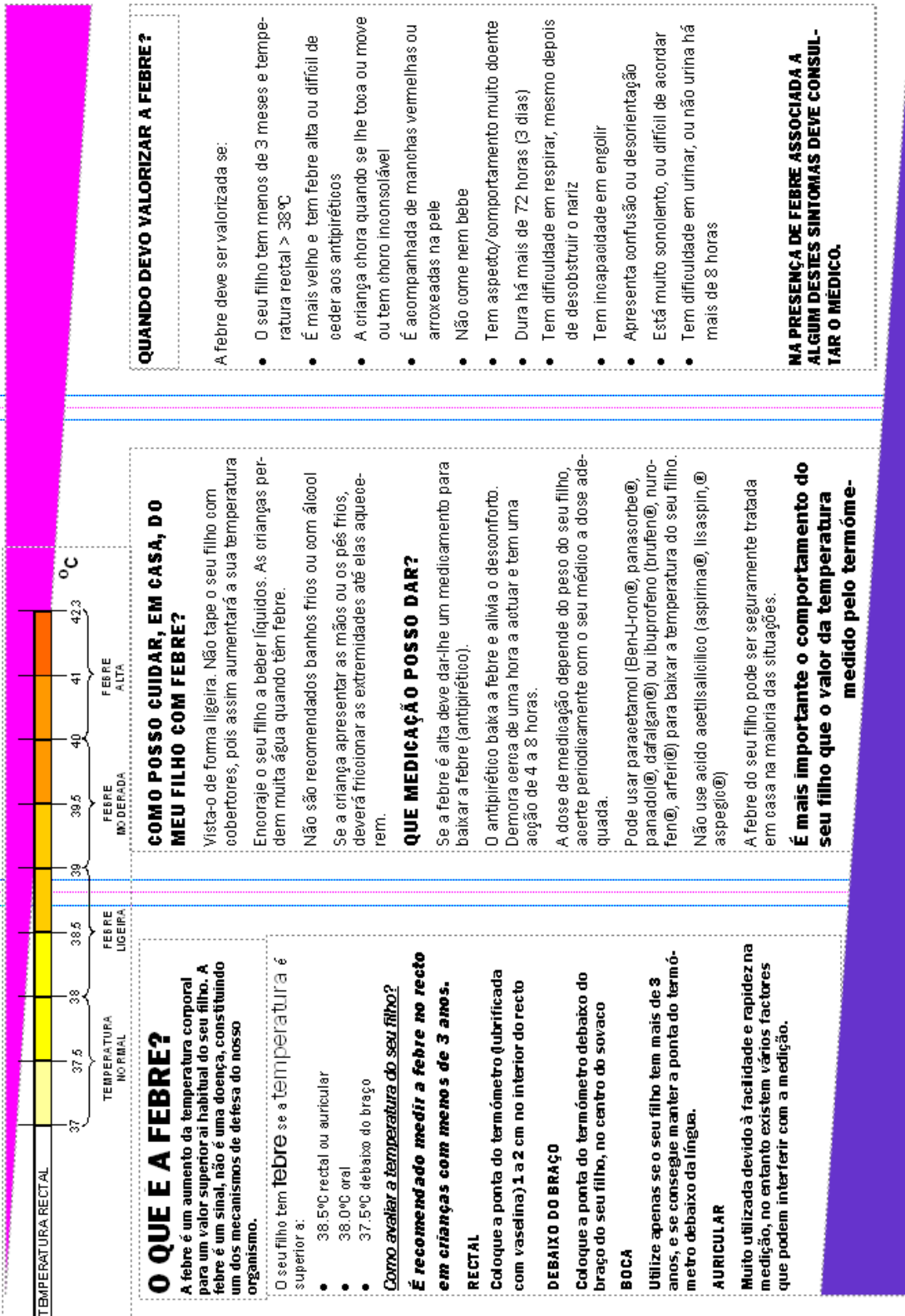


ATENÇÃO! ESTE FOLHETO PODE NÃO SER ADEQUADO SE O SEU FILHO TEM UMA DOENÇA CRÓNICA. CONTACTE O SEU MÉDICO SE O SEU FILHO TEM MENOS DE 3 MESES.

EM CASO DE DÚVIDA, CONTACTE O SEU MÉDICO ASSISTENTE OU A LINHA TELEFÓNICA DA SAÚDE 24 (808242424)

TENHA EM ATENÇÃO?

- Deve sempre baixar a febre em casa antes de recorrer ao médico
- A forma como o seu filho está (comportamento) é mais importante que o valor medido pelo termómetro!
- Nunca se esqueça que a febre, por si só, não é motivo de vinda ao Serviço de Urgência
- O SEU FILHO AGRADECE-LHE



QUANDO DEVO VALORIZAR A FEBRE?

- A febre deve ser valorizada se:
- O seu filho tem menos de 3 meses e temperatura rectal > 38°C
 - É mais velho e tem febre alta ou difícil de ceder aos antipiréticos
 - A criança chora quando se lhe toca ou move ou tem choro inconsolável
 - É acompanhada de manchas vermelhas ou arroxeadas na pele
 - Não come nem bebe
 - Tem aspecto/comportamento muito doente
 - Dura há mais de 72 horas (3 dias)
 - Tem dificuldade em respirar, mesmo depois de desobstruir o nariz
 - Tem incapacidade em engolir
 - Apresenta confusão ou desorientação
 - Está muito sonolento, ou difícil de acordar
 - Tem dificuldade em urinar, ou não urina há mais de 8 horas

NA PRESENÇA DE FEBRE ASSOCIADA A ALGUM DESES SINTOMAS DEVE CONSULTAR O MÉDICO.

COMO POSSO CUIDAR, EM CASA, DO MEU FILHO COM FEBRE?

Vista-o de forma ligeira. Não tape o seu filho com cobertores, pois assim aumentará a sua temperatura. Encoraje o seu filho a beber líquidos. As crianças perdem muita água quando têm febre. Não são recomendados banhos frios ou com álcool. Se a criança apresentar as mãos ou os pés frios, deverá friccionar as extremidades até elas aquecerem.

QUE MEDICAÇÃO POSSO DAR?

Se a febre é alta deve dar-lhe um medicamento para baixar a febre (antipirético). O antipirético baixa a febre e alivia o desconforto. Demora cerca de uma hora a actuar e tem uma acção de 4 a 8 horas. A dose de medicação depende do peso do seu filho, acerte periodicamente com o seu médico a dose adequada. Pode usar paracetamol (Ben-U-ron®, panasorbe®, panadol®, dafalgan®) ou ibuprofeno (brufen®, nurofen®, arferi®) para baixar a temperatura do seu filho. Não use ácido acetilsalicílico (aspirina®, lisaspin®, aspegic®). A febre do seu filho pode ser seguramente tratada em casa na maioria das situações.

É mais importante o comportamento do seu filho que o valor da temperatura medido pelo termómetro.

O QUE É A FEBRE?

A febre é um aumento da temperatura corporal para um valor superior ao habitual do seu filho. A febre é um sinal, não é uma doença, constituindo um dos mecanismos de defesa do nosso organismo.

- O seu filho tem febre se a temperatura é superior a:
- 38.5°C rectal ou auricular
 - 38.0°C oral
 - 37.5°C debaixo do braço

Como avaliar a temperatura do seu filho?
É recomendado medir a febre no recto em crianças com menos de 3 anos.

RECTAL
 Coloque a ponta do termómetro (lubrificada com vaselina) 1 a 2 cm no interior do recto

DEBAIXO DO BRAÇO
 Coloque a ponta do termómetro debaixo do braço do seu filho, no centro do sotoaco

BOCA
 Utilize apenas se o seu filho tem mais de 3 anos, e se consegue manter a ponta do termómetro debaixo da língua.

AURICULAR
 Muito utilizada devido à facilidade e rapidez na medição, no entanto existem vários factores que podem interferir com a medição.



SERVÍCIO DE PEDIATRIA
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.
HOSPITAL DE SÃO BERNARDO
2010

Conselhos Práticos

Preparação de Biberões



Cuidados com os Biberões e Tetinas

- (1) Lave os biberões, tetinas, tampas, rosca e rosca em água quente com detergente com escovilhão e depois enxágue tudo muito bem.
- (2) Esterilize os biberões, tetinas, tampas e rosca utilizando um esterilizador ou uma caçarola com tampa.

Encha o recipiente com água potável e ponha a aquecer. Coloque os biberões, tetinas, tampas e rosca dentro da água quente e deixe ferver durante 15 minutos os de vidro e 10 minutos os de plástico, retire todos os utensílios com pinças limpas e ponha-os numa superfície limpa a secar. Coloque os biberões voltados para baixo.

Lembre-se que a hora das refeições é um dos momentos ideais para transmitir sentimentos de carinho e de protecção ao seu bebé, importante para o seu desenvolvimento psicológico saudável.

Como dar o Biberão

- (1) Sentese numa cadeira confortável com as costas bem apoiadas.
- (2) Pegue no bebé ao colo e aconchegue-o de modo a ele sentir os sons e odores do seu corpo. Toque com a teta na nos lábios do bebé que ele abrirá a boca – introduza a teta para ele começar a mamar.
- (3) O leite deve sair da teta com facilidade mas não em grande fluxo.
- (4) Durante a refeição, mantenha o biberão inclinado, de modo a que a teta fique preenchida com leite. Evite que o bebé engula demasiado ar que lhe enche o estômago e faz com que ele não queira mais leite, para além de contribuir para o aparecimento de cólicas.



Fórmulas de Leite Artificial

Existem vários tipos de leite. De uma forma geral dividem-se:

Fórmulas de Leite para Lactentes:

São leites que pelas modificações introduzidas são semelhantes ao leite materno e estão indicados para o bebé desde o nascimento aos 4/6 meses de vida.

Fórmulas de Leite de Transição:

São leites aconselhados a partir da altura em que o bebé faz a introdução de novos alimentos (aos 4/6 meses) e são mais semelhantes ao leite de vaca.

Preparação do Biberão

Os bebés são particularmente susceptíveis a infecções originadas por bactérias transmitidas nas refeições. Pode proteger o seu bebé de muitas dessas bactérias, **lavando as mãos com água limpa e sabonete antes de preparar os biberões.**



Preparação do Leite

(1) Ferva água durante 10 minutos e coloque dentro de um recipiente fechado, se possível num termo para manter a temperatura e renove-a todas as 24 horas. Pode usar água engarrafada e neste caso deve abrir uma nova garrafa a cada 24 horas.

(2) Deite no biberão a quantidade de água indicada colocando o biberão ao nível dos olhos e só depois junte o número de medidas rasas de leite em pó indicadas.

(3) A medida comum para todos os leites é de **1 medida de pó rasa para 30 ml de água fervida**. Nunca prepare o leite mais concentrado ou diluído adicionando pó extra ou diluindo-o com maior quantidade de água.

(4) Agite bem o biberão e experimente se o leite está a boa temperatura deixando cair umas gotas na parte interna do seu pulso. Se precisar aquecer coloque em banho-maria, se precisar arrefecer coloque em água fria.

(5) Nunca aqueça o biberão no microondas pois este não aquece o leite de forma uniforme e pode provocar queimaduras ao bebé.

(6) Nunca aproveite leite que sobrou de biberões anteriores.





SERVIÇO DE PEDIATRIA
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.
HOSPITAL DE SÃO BERNARDO
2010

Conselhos Práticos

Extracção e Conservação de Leite Materno



O LEITE MATERNO...

- ... está adaptado às necessidades de crescimento da criança.
- ... previne infecções gastrointestinais, respiratórias e urinárias.
- ... tem um efeito protector sobre as alergias.
- ... encontra-se à temperatura ideal e em óptimas condições de higiene.
- ... está disponível a qualquer momento.
- ... constitui o método mais barato e seguro de alimentar o bebé.

ATENÇÃO

É necessário vigiar o peso do bebé com pesagens regulares.

IMPORTANTE...

- ROTULE SEMPRE OS RECIPIENTES COM A DATA E DÊ PRIMEIRO OS MAIS ANTIGOS AO SEU BEBÉ.
- DEPOIS DE DESCONGELADO AGITE BEM O LEITE
- NÃO FERVA O LEITE, NEM O DESCONGELE NO MICRO ONDAS! PODE PROVOCAR QUEIMADURA NO BEBÉ POIS AQUECE DE FORMA NÃO UNIFORME.



Leite Materno - Como fazer?

- (1) Pode recolhê-lo em recipientes de plástico ou vidro: copos, biberões ou sacos próprios.
- (2) Os recipientes devem estar limpos, secos e possuir tampa.
- (3) Guarde o leite em quantidades apropriadas para o bebé.
- (4) Quando necessitar de o descongelar, faça-o lentamente no frigorífico ou então em banho maria ou debaixo de água tépida
- (5) Descongele uma dose de cada vez (rapidamente descongela outra dose se necessário)

(6) Para administrar o leite, em vez do biberão, deve utilizar um copo pois estimula a sucção e possibilita que o bebé continue adaptado à mama da mãe.



Onde e quanto tempo conservar?

- (1) Pode conservar o seu leite de diversas formas: à temperatura ambiente, no frigorífico, num congelador doméstico (combinado, em que a porta do congelador é separada do frigorífico) ou numa arca congeladora.
- (2) Cada um destes locais é específico no que concerne ao tempo de conservação do leite materno.

	LEITE EXTRAÍ- DO RECENTE- MENTE	LEITE DES- CONGELADO NO FRIGORIF- ICO	LEITE DES- CONGELADO EM ÁGUA QUENTE
TEMPERATURA AMBIENTE (<25%)	6 a 8 HORAS	4 HORAS	PARA COM- PLETAR REFEIÇÃO
FRIGORIFICO	3-5 DIAS	24 HORAS	4 HORAS
CONGELADOR DOMÉSTICO (COMBINADO)	3-6 MESES	NÃO RECON- GELAR	NÃO RECON- GELAR
ARCA CONGELA- DORA	+ 6 MESES	NÃO RECON- GELAR	NÃO RECON- GELAR



SERVIÇO DE PEDIATRIA
CENTRO HOSPITALAR DE SETUBAL, E.P.E.
HOSPITAL DE SÃO BERNARDO
2010

Conselhos Práticos

Prevenção de Sintomas Respiratórios



SE A CRIANÇA APRESENTA:

- PROSTRAÇÃO
- GEMIDO
- FALTA DE AR
- ADEJO NASAL ("ABRIR AS ASAS DO NARIZ");
- RESPIRAÇÃO MUITO ACELERADA;
- "COVINHAS NA BARRIGA"

DEVE SER OBSERVADA IMEDIATAMENTE.

E IMPORTANTE...

- DEITAR A CRIANÇA COM A CABECEIRA ELEVADA;
- OFERECER LÍQUIDOS;
- DAR REFEIÇÕES MAIS PEQUENAS E MAIS FREQUENTES;
- APLICAR SORO FISIOLÓGICO NO NARIZ AO LONGO DO DIA LIMPANDO EM SEGUIDA;
- FAZER ATMOSFERA HÚMIDA QUANDO NECESSÁRIO.



AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

São as doenças mais frequentes na infância, de uma forma geral de natureza viral, auto limitadas a necessitar apenas de alívio sintomático ou de natureza alérgica.

COMO PREVENIR?

Existem medidas gerais que devem ser seguidas e são importantes na prevenção:

- (1) Reduzir a humidade ambiental em casa e limpar, com frequência, as zonas húmidas.
- (2) Lavar os cobertores e lençóis da cama com água quente todas as semanas e secar ao sol ou num secador de roupa.
- (3) Aspirar e, se possível, envolver as almofadas e colchões com capas protectoras anti-ácaros.
- (4) O pavimento deve ser liso e facilmente lavável. Retirar as carpetes ou alcatifas, principalmente do quarto de dormir.
- (5) Evitar sofás ou cadeiras forradas com tecido assim como móveis trabalhados para evitar a acumulação de pó. Se possível usar aspirador com filtros de alta eficiência (HEPA).

- (6) Afastar a criança do fumo do tabaco e familiares não devem fumar.
- (7) Afastar animais da casa ou, pelo menos, do quarto de dormir.
- (8) Limpar a casa diariamente retirando todos os objectos que dificultem a limpeza (como por exemplo peluches, plantas etc) passando um pano húmido nas superfícies.
- (9) A criança deve manter-se em casa em épocas de maior concentração de pólen e fungos com as portas e janelas fechadas.
- (10) Evitar aglomerações e contacto com pessoas com sintomas respiratórios.
- (11) Evitar a frequência de infantário / creche em caso de sintomatologia respiratória.



Anexo 3

**Plano de Sessão Individual:
Administração de Medicação por Câmara Expansora**

TEMA

Administração de medicação por câmara expansora

FORMADORES

Enfermeiro (a) do Serviço de Internamento de Pediatria

TEMPO PREVISTO

15 minutos

LOCAL

Unidade da Criança

DESTINATÁRIOS

Prestador de cuidados do lactente internado

OBJECTIVOS

No final da sessão pretende-se que o prestador de cuidados seja capaz de:

- Montar correctamente a câmara expansora;
- Executar os principais passos de administração do medicamento;
- Descrever as normas e periodicidade e higienização da câmara.

MATERIAL E MÉTODO

Utilização do método demonstrativo com recurso a câmara expansora e pressurizador assim como a um panfleto que será entregue ao prestador de cuidados no final da sessão.

AVALIAÇÃO

Dado que se trata de uma técnica a avaliação será efectuada por observação directa da administração do medicamento á criança na próxima toma de medicamento.



AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Data: _____ Turno: _____ Enf.ª _____

Prestador de cuidados: _____

Itens	Observação	
	Sim	Não
- A câmara está correctamente montada;		
- Agitou o inalador antes de adaptar à câmara;		
- Adapta a máscara à face da criança;		
- Administra 1 puff e aguarda 5 a 10 ciclos respiratórios antes de nova insuflação;		
- Aguarda 1 a 2 minutos antes de administração de nova medicação;		
- Sabe descrever as normas de higiene e manutenção da câmara (periodicidade, constituição da solução de limpeza, secagem do equipamento).		
Total		

Nota: Sempre que se verifique resposta negativa a mais do que 2 itens a sessão deve ser repetida.



**Plano de Sessão Individual:
Cuidados à Criança com Vômitos**

TEMA

Cuidados à criança com vômitos

FORMADORES

Enfermeiro (a) do Serviço de Internamento de Pediatria

TEMPO PREVISTO

15 minutos

LOCAL

Unidade da Criança

DESTINATÁRIOS

Prestador de cuidados do lactente internado

OBJECTIVOS

No final da sessão pretende-se que o prestador de cuidados seja capaz de:
- Explicar a actuação em situação de vômito;

MATERIAL E MÉTODO

Utilização do método expositivo com recurso a um panfleto que será entregue ao prestador de cuidados no final da sessão.

AVALIAÇÃO

Mediante preenchimento de avaliação escrita (em anexo).



AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Data: _____ Turno: _____ Enf.ª _____

Assinale Verdadeiro (V) ou Falso (F) as seguintes afirmações:

Afirmações	Resposta	
	V	F
1. Numa situação de vômito devo deitar a criança de costas;		
2. É importante contabilizar o número e quantidade de vômito;		
3. Devo oferecer água assim que a criança acaba de vomitar;		
4. Os líquidos açucarados são a melhor opção após os vômitos;		
5. Deve ter em atenção se a criança urina nas quantidades habituais;		
6. Quando vomitam muito, as crianças podem desidratar;		
7. Os vômitos podem provocar perda de líquidos;		
8. Deve se dar uma grande quantidade de líquidos para repor a água perdida;		
9. Se associado aos vômitos a criança apresentar febre e dor de cabeça deve recorrer ao médico assistente;		
10. O vômito pode ser definido como uma expulsão de conteúdo pela boca.		



**Plano de Sessão Individual:
Cuidados à Criança com Diarreia**

TEMA

Cuidados à criança com diarreia

FORMADORES

Enfermeiro (a) do Serviço de Internamento de Pediatria

TEMPO PREVISTO

15 minutos

LOCAL

Unidade da Criança

DESTINATÁRIOS

Prestador de cuidados do lactente internado

OBJECTIVOS

No final da sessão pretende-se que o prestador de cuidados seja capaz de:
- Explicar os principais cuidados a ter em situação de diarreia;

MATERIAL E MÉTODO

Utilização do método expositivo com recurso a um panfleto que será entregue ao prestador de cuidados no final da sessão.

AVALIAÇÃO

Mediante preenchimento de avaliação escrita (em anexo).



AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Data: _____ Turno: _____ Enf.ª _____

Assinale Verdadeiro (V) ou Falso (F) as seguintes afirmações:

Afirmações	Resposta	
	V	F
1. Numa situação de diarreia a criança perde líquidos;		
2. É importante contabilizar o número de vezes que a criança faz diarreia;		
3. Devo restringir os líquidos para evitar mais episódios de diarreia;		
4. A quantidade de urina não é importante vigiar;		
5. A diarreia é transitória mas pode prolongar-se por 2 a 3 semanas;		
6. As características da diarreia (cor, presença de sangue ou muco) não são importantes;		
7. Deve-se controlar o peso para perceber se houve alterações;		
8. É importante fazer a higiene das mãos com frequência sobretudo quando se muda a fralda.		



**Plano de Sessão Individual:
Cuidados à Criança com Febre**

TEMA

Cuidados à criança com febre

FORMADORES

Enfermeiro (a) do Serviço de Internamento de Pediatria

TEMPO PREVISTO

15 minutos

LOCAL

Unidade da Criança

DESTINATÁRIOS

Prestador de cuidados do lactente internado

OBJECTIVOS

No final da sessão pretende-se que o prestador de cuidados seja capaz de:
- Definir febre;
- Explicar os cuidados a ter em situação de febre;

MATERIAL E MÉTODO

Utilização do método expositivo com recurso a um panfleto que será entregue ao prestador de cuidados no final da sessão.

AVALIAÇÃO

Mediante preenchimento de grelha de observação do comportamento do prestador de cuidados (em anexo).



AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Data: _____ Turno: _____ Enf.ª _____

Grelha a preencher do dia seguinte à realização do ensino. Atender às atitudes do prestador de cuidados do lactente.

Itens	Observação	
	Sim	Não
1. O prestador de cuidados identifica o valor de referência para a febre;		
2. Está calmo em situação de ocorrência de febre;		
3. Compreende a alternância de antipiréticos;		
4. Cumpre as medidas de arrefecimento corporal sugeridas;		
5. Informa um membro da equipe de saúde sempre que verifica alterações na temperatura;		
6. Utiliza técnica correcta na avaliação da temperatura à criança;		
7. Sabe as doses adequadas ao peso da criança;		
8. Sabe referir ou identificar sintomas indicativos de subida térmica;		

Nota: Podem existir itens que não se aplicam, sempre que se verifica resposta negativa a qualquer um destes itens deve ser efectuado reforço do ensino.



**Plano de Sessão Individual:
Preparação de Biberões**

TEMA

Preparação de Biberões

FORMADORES

Enfermeiro (a) do Serviço de Internamento de Pediatria

TEMPO PREVISTO

15 minutos

LOCAL

Unidade da Criança ou Copa

DESTINATÁRIOS

Prestador de cuidados do lactente internado

OBJECTIVOS

No final da sessão pretende-se que o prestador de cuidados seja capaz de:
- Executar correctamente a preparação de biberões;

MATERIAL E MÉTODO

Utilização do método activo com recurso a demonstração prática e um panfleto que será entregue ao prestador de cuidados no final da sessão.

AVALIAÇÃO

Mediante preenchimento de grelha de observação do comportamento do prestador de cuidados (em anexo).



AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Data: _____ Turno: _____ Enf.ª _____

Grelha a preencher na próxima preparação de biberão pelo prestador de cuidados (por observação).

Itens	Observação	
	Sim	Não
1. Lava as mãos;		
2. Assegura-se da validade da água para preparação do biberão;		
3. Coloca o biberão ao nível dos olhos e insere a quantidade de água necessária;		
4. Introduce as medidas rasas de leite adequadas à quantidade de água;		
5. Agita o biberão;		
6. Verifica a temperatura do leite;		
7. Utiliza técnica correcta na administração do biberão;		

Nota: Caso ocorra resposta “não” a qualquer uma das afirmações deve-se repetir o ensino.



Plano de Sessão Individual:
Extracção e Conservação de Leite Materno

TEMA

Preparação de Biberões

FORMADORES

Enfermeiro (a) do Serviço de Internamento de Pediatria

TEMPO PREVISTO

15 minutos

LOCAL

Unidade da Criança

DESTINATÁRIOS

Prestador de cuidados do lactente internado

OBJECTIVOS

No final da sessão pretende-se que o prestador de cuidados seja capaz de:
- Executar correctamente a extracção de leite materno;

MATERIAL E MÉTODO

Utilização do método activo com recurso a demonstração prática e um panfleto que será entregue ao prestador de cuidados no final da sessão.

AVALIAÇÃO

Mediante preenchimento de grelha de observação do comportamento do prestador de cuidados (em anexo).



AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Data: _____ Turno: _____ Enf.ª _____

Grelha a preencher na próxima extracção de leite materno (por observação).

Itens	Observação	
	Sim	Não
1. Lava as mãos;		
2. Posiciona-se confortavelmente;		
3. Adapta o extractor à mama posicionando o mamilo no centro;		
4. Regula a intensidade / velocidade do aparelho ou pressiona o aparelho até que ocorra saída de leite;		
5. Rotula o leite com data e hora da extracção;		
6. Assegura a correcta conservação do leite.		

Nota: Caso ocorra resposta “não” a qualquer uma das afirmações deve-se repetir / validar o ensino.

RELATORIO DE FORMAÇÃO:

SESSÃO DE ENSINO INDIVIDUAL: Administração de medicação por Câmara Expansora

1 - Planeamento

Data: 13 Dezembro de 2010 (turno da manhã);

Duração: 15 minutos;

Local: Unidade da Criança no Serviço de Pediatria;

Organização: Enf.^a Fernanda Loureiro no âmbito do mestrado de natureza profissional em Enfermagem na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria;

Formadora: Enf.^a Fernanda Loureiro;

Fundamentação e Pertinência: Esta sessão de formação surge enquanto necessidade formativa detectada na prestação de cuidados. Decorre ainda no âmbito do projecto implementado e permite operacionalizar uma das sessões individuais planeadas;

Título: Administração de medicação por Câmara Expansora;

Destinatários: Prestador de cuidados (mãe de um lactente)

Temas:

- Normas de administração de terapêutica inalatória e utilização / manutenção da câmara;

Objectivos Pedagógicos:

- Preparar correctamente a câmara expansora;
- Executar os principais passos de administração de medicação;
- Apresentar os resultados dos questionários à equipa;
- Descrever normas, periodicidade e higienização da câmara;

Metodologias: Nesta sessão será utilizada metodologia demonstrativa;

Recursos: Formadora, suporte informacional, câmara expansora, dispositivos inalatórios;

Metodologia de avaliação: Avaliação da sessão efectuada através de preenchimento de grelha de observação em anexo.

2 - Plano De Formação

Conteúdos	Metodologia	Auxiliares Pedagógicos		Tempo	Formadora
		Audiovisuais	Outros		
<u>Introdução</u> - Apresentação do tema e enquadramento do mesmo;	Expositiva		Formadora	2 min.	Enf. ^a Fernanda Loureiro
<u>Utilização da Câmara Expansora</u> - Montagem do equipamento; - Administração de terapêutica; - Higienização da câmara; - Suporte informacional;	Demonstrativa		Formadora Câmara Expansora Inaladores Suporte Informacional	10 min.	
<u>Avaliação</u> - Síntese da sessão - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da sessão (a realizar posteriormente com recurso a grelha).	Activa		Formadora Formandos	3 min	

3 – Avaliação

A avaliação foi efectuada através da aplicação de grelha de avaliação 2 dias depois.

GRELHA DE OBSERVAÇÃO

ITENS	OBSERVAÇÃO	
	SIM	NÃO
A câmara está correctamente montada;	p	
Agitou o inalador antes de adaptar á câmara;	p	
Adapta a máscara á face da criança;	p	
Administra 1 puff e aguarda 5 a 10 ciclos respiratórios antes de nova insuflação;	p	
Aguarda 1 a 2 minutos antes da administração de nova medicação;	p	
Sabe descrever as normas de higiene e manutenção da câmara (periodicidade, constituição da solução, secagem do equipamento).		p
Total	5	1

No final da observação apenas um dos itens não foi verificado. Foi efectuada reforço do ensino e considera-se a sessão eficaz.

Documento Reflexivo – Assistência de Enfermagem na UCEN

O estágio na UCEN decorreu ao longo de 4 semanas onde foi possível observar e colaborar na prestação de cuidados de enfermagem. O decorrer do estágio fez-nos reflectir acerca dos cuidados de enfermagem prestados e da sua importância para o RN/prematuro e família. APÓSTOLO (2005, p.155) refere que *“a reflexão sobre a acção e na acção pode considerar-se a análise que o individuo faz à posteriori, sobre as características e o processo da sua própria acção”* pelo que este documento revê não só o nosso entendimento sobre a prática assistencial mais relevante mas também sobre a nossa própria intervenção. No processo de desenvolvimento de competências consideramos que a elaboração de documentos desta natureza representam uma mais-valia pois como refere ALARCÃO [et al] (2003, p.35) *“a abordagem reflexiva na formação dos profissionais (...) baseia-se no valor da reflexão na e sobre a acção com vista à construção situada do conhecimento profissional”*.

Neste sentido, e reflectindo sobre as nossas vivências, esquematizamos este documento em torno de dois domínios da prática de enfermagem: domínio da gestão e domínio assistencial.

No que diz respeito ao domínio da gestão verificamos que este serviço tem um funcionamento muito similar a outros com os quais já contactámos. No entanto, atendendo à especificidade do RN mas sobretudo do prematuro, verificámos que a aquisição de material de consumo clínico e a gestão de stocks é uma actividade exigente, sobretudo quando é necessário o envolvimento de outros profissionais hospitalares que não são tão conhecedores da realidade do serviço. Reportamo-nos por exemplo a uma situação que presenciámos. Na instituição existe um determinado tipo de adesivo que não se adequa às necessidades da área pelo que é necessário providenciar a compra de um mais adaptado. No entanto esta situação é difícil de explicar porque a adequabilidade do referido adesivo tem a ver com a prática quotidiana. Parece uma situação simples mas que no contexto verificámos ser difícil. Difícil para os profissionais que não têm o material mais adequado, difícil para o enfermeiro especialista e enfermeiro chefe que enquanto responsáveis pelos pedidos de material de consumo clínico são confrontados com esta lacuna e difícil para os responsáveis pelos armazéns que não conseguem ter a percepção da necessidade real. O

contacto com estas realidades do dia-a-dia no domínio da gestão fez-nos perceber a exigência deste domínio mas sobretudo a diversidade de situações que implica.

No domínio assistencial destacamos o aspecto que para nós foi mais relevante no decorrer do estágio e que se prende com a influência das condições físicas do serviço na prestação de cuidados. Esta é uma unidade antiga e com dimensões pequenas que concentra no mesmo espaço profissionais, pais e RN/prematuros. Verificou-se que a distância entre cada berço era inferior a 1 metro e que era praticamente impossível estabelecer qualquer tipo de comunicação sem que fosse audível para todos os pais/profissionais.

Esta questão fez-nos pensar acerca dos valores mais fundamentais como o direito à privacidade e embora, à primeira vista, nos parecesse uma dificuldade a verdade é que constatamos que os profissionais usavam múltiplas estratégias para ultrapassar a situação. Aproveitavam o facto de ser audível para todos e forneciam indicações gerais ou pelo contrário em situações mais delicadas deslocavam os pais para fora da unidade de forma a poderem conversar mais calmamente e de forma privada. Usavam diferentes tons de voz e envolviam os pais no cuidar do prematuro promovendo assim a sua autonomia. Por outro lado o espaço físico pequeno promovia também um contacto próximo entre pais e verificámos que os mesmos falavam entre si partilhando experiências e dificuldades sempre com a presença e mediação de enfermeiros. È reportado na literatura a importância da partilha entre pais (TAMEZ, 1999; VIANA [et al], 2005) e considerámos interessante que tal ocorresse ainda que de uma forma informal.

Em síntese, consideramos que as situações referidas nos levaram a reflectir acerca da prestação de cuidados numa óptica de adaptabilidade. Encontrámos, em situações que há primeira vista poderíamos apelidar de “difíceis” ou complicadas, potencial para melhorar os cuidados. Identificamos sobretudo estratégias inovadoras e percebemos como se pode ultrapassar os constrangimentos diários na procura da excelência do cuidar.

BIBLIOGRAFIA:

ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José – **Supervisão da Prática Pedagógica**. 2ª Ed. Coimbra: Edições Almedina, 2003. 166 p. ISBN978-972-40-18-52-2.

APÓSTOLO, Jorge – A metodologia de Portfólio no ensino de enfermagem. In SÁ-CHAVES, Idália – Os “Portfólios” Reflexivos (também) trazem gente dentro. Reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos educativos. 1.ª ed., Porto: Porto Editora, 2005 ISBN 972-0-34737-6.

TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, Maria Jones – **Enfermagem na UTI Neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 190 p. ISBN 85-277-0534-6.

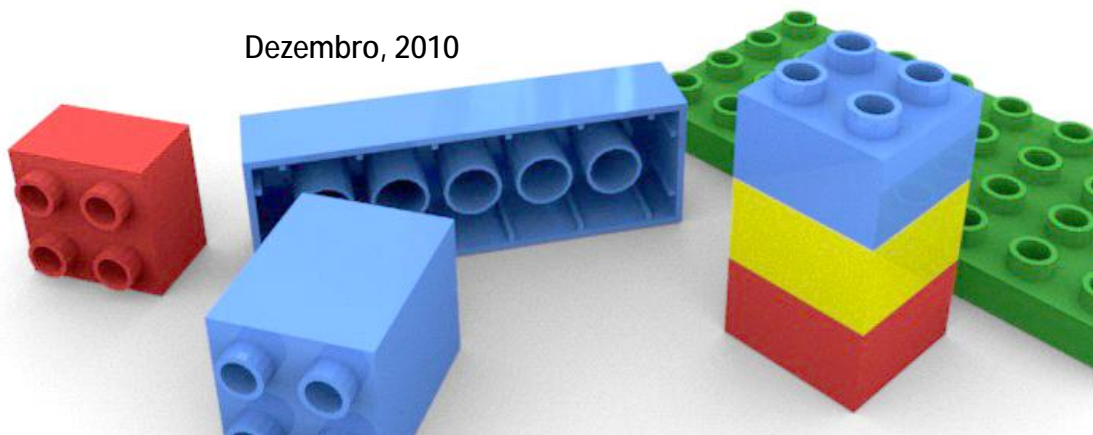
VIANA, Victor [et al] – Apoio às mães em crise num serviço de neonatologia. Psicologia, Saúde & Doenças. N.º 6, 2005. p. 119-130.

Educação para Saúde na UCEN: Estratégia de Promoção de Saúde

Trabalho realizado por Enf.^a Fernanda Loureiro
no âmbito do Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria
na Universidade Católica
sob orientação da Enf.^a Alexandra Barradas e
Prof.^a Filipa Andrade

Setúbal

Dezembro, 2010



Siglas e Abreviaturas

B.O. – Bloco Operatório;

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial;

EpS – Educação para a Saúde;

GDH – Grupo de Diagnósticos Homogêneos;

RN – Recém- nascido;

SNC – Sistema Nervoso Central;

SPP – Sistema de Pagamento Prospectivo;

UCEN – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais.

Índice

	f.
Siglas e Abreviaturas.....	2
Índice de Figuras.....	5
Índice de Tabelas.....	6
0 - Introdução.....	7
1 - Caracterização do Contexto.....	10
1.1 – A Unidade de Cuidados Especiais Neonatais.....	10
1.2 – Projecto de Educação para a Saúde.....	12
2 - Modelo de Promoção de Saúde.....	16
2.1 - Componentes do Modelo de Promoção de Saúde.....	17
2.1.1 - Características.....	17
2.1.2 - Comportamento Específico.....	17
2.1.3 - Resultados do comportamento e experiências individuais.....	18
3 - Sessões de Educação para a Saúde enquanto estratégia de Promoção de Saúde.....	20
3.1 - Planeamento da Sessão EpS – Sinais de Doença no RN.....	20
3.2 - Planeamento da Sessão de EpS – Preparação de Biberões.....	28
3.3 - Planeamento da Sessão de EpS – Transporte em Segurança.....	33
3.4 - Planeamento da Sessão de EpS – Sono e Repouso.....	37
3.5 - Reformulação da Sessão de EpS – Dificuldade Respiratória.....	41
4 - Conclusão.....	43

5 - Bibliografia.....	44
Anexos	47
Anexo 1 – Apresentação da Sessão - “Sinais de Doença”;	47
Anexo 2 – Panfleto: “Sinais de Doença”;	47
Anexo 3 – Apresentação da Sessão – “Preparação de Biberões”;	47
Anexo 4 – Panfleto: “ Preparação de Biberões”;	47
Anexo 5 – Apresentação da Sessão – “Transporte em Segurança”;	47
Anexo 6 – Panfleto: “Transporte em Segurança”;	47
Anexo 7 – Apresentação da Sessão – “Sono e Repouso”;	47
Anexo 8 – Panfleto: “Sono e Repouso” .	47
Anexo 9 – Apresentação reestruturada da Sessão – “Dificuldade Respiratória”	47

Índice de Figuras

	f.
Figura 1- Modelo de Promoção de Saúde (VICTOR et al, 2005).....	16

Índice de Tabelas

	f.
Tabela 1: Avaliação da Sessão de EpS - Engasgamento no RN.....	13
Tabela 2: Avaliação da Sessão EpS - Dificuldade Respiratória no RN.....	13
Tabela 3: Avaliação das sessões de EpS.	14
Tabela 4: Avaliação da Sessão EpS "Sinais e Sintomas de doença no RN".....	25
Tabela 5: Planificação Sessão EpS "Sinais e Sintomas de doença no RN".....	27
Tabela 6: Grelha de Avaliação da Sessão EpS - Preparação de biberões.....	31
Tabela 7: Planificação da sessão de EpS "Preparação de Biberões".....	32
Tabela 8: Resumo dos sistemas de retenção.	33
Tabela 9: Grelha de avaliação por observação da Sessão – Transporte em Segurança. 35	
Tabela 10: Planificação da sessão EpS "Transporte em segurança".	36
Tabela 11: Avaliação da Sessão EpS "Sono e Repouso".	39
Tabela 12: Planificação da sessão de EpS "Sono do Bebê".	40

0 - Introdução

A importância da promoção de saúde enquanto área de atenção remonta às conferências internacionais de Otawa (1986), Adelaide (1988), Sundsalle (1991), Bogotá (1992) e Jacarta (1997). Passa a ser incentivada enquanto estímulo à utilização de recursos e conhecimentos dos indivíduos no sentido da adopção de estilos de vida saudáveis onde a vigilância de saúde é um aspecto básico. Implica uma diversidade vasta de estratégias onde se inclui a EpS. A sua definição não é simples e muito menos consensual pois, tem sofrido alterações ao longo dos tempos tal como a definição de saúde. De facto, a EpS integra o conceito de saúde mas também o de educação. Por outro lado, vai buscar contributos às ciências da saúde que determinam os comportamentos mais adequados em saúde, às ciências do comportamento que explicam como se processam as mudanças e às ciências da educação que ajudam na determinação das melhores estratégias e intervenções (RODRIGUES, *et al*, 2005). Era inicialmente definida como a soma de experiências e impressões que influenciam favoravelmente os hábitos, atitudes e conhecimentos de saúde. GREEN (1984) refere-se à EpS como combinação de experiências planeadas que induzem uma mudança voluntária de comportamentos e SEPPILLI em 1989 (citado por CARVALHO E CARVALHO, 2006) introduz a ideia de processo de comunicação interpessoal. Mais recente e aceite como consensual, de acordo com os mesmo autores, é a definição proposta por TONES E TILFORD (1994) que identificam a EpS como “toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença” (p.11). RODRIGUES *et al* (2005) refere que pelo facto da EpS ter implícito a intencionalidade e a mudança voluntária se destaca de outro tipo de actividades como a propaganda, a publicidade ou a coacção.

No âmbito da pediatria a promoção de saúde e concretamente a EpS enquanto estratégia, assume particular importância pois trata-se de intervir de uma forma antecipatória e precoce no crescimento e desenvolvimento da criança que representa um adulto potencial saudável (HERTZMAN, 1998). Os enfermeiros assumem, neste contexto, um papel essencial inerente ao seu exercício profissional. A alínea b) do

artigo 9º do Decreto-Lei n.º 247/09 de 22 de Setembro refere que é função do enfermeiro realizar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção de saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional. Por outro lado a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) refere que os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. O enfermeiro deve, portanto, actuar na promoção da saúde infantil com vista à maximização da mesma. Importa ainda integrar a evidência científica encontrada nas ciências da educação e nas ciências da saúde para adoptar as melhores estratégias. De facto, a promoção de saúde, é uma área onde intervêm vários grupos disciplinares e que implica uma panóplia de programas e iniciativas. Contudo, sabemos que os programas com maior probabilidade de sucesso são os que se baseiam numa clara compreensão dos comportamentos de saúde alvo e contexto ambiental. Neste sentido, as teorias ajudam a compreender a natureza dos comportamentos, explicam a sua dinâmica, os procedimentos para modificar e efeitos das influências externas a que estão sujeitos (GLANZ, 1999). O Modelo de Promoção de Saúde proposto por Nola Pender em 1982 integra a promoção de saúde e as ciências de enfermagem. Define um modelo de actuação baseado em três componentes principais que se subdividem em variáveis passíveis de serem trabalhadas pelos enfermeiros com vista a uma prática fundamentada que fomente a adopção de comportamentos promotores de saúde (VICTOR et al, 2005).

Neste sentido e, integrando um projecto existente na UCEN intitulado “Educação para a Saúde” a um projecto formativo da área temática da Promoção de Saúde num contexto de frequência de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, surge este trabalho. Pretende fazer a junção de ambos os projectos em complementaridade.

Estruturalmente inclui três partes distintas. Inicialmente apresenta-se a caracterização do contexto e do projecto de EpS existente. A segunda parte apresenta um modelo de promoção de saúde específico de enfermagem que dá suporte teórico às intervenções neste âmbito. Por fim é apresentado a planificação de sessões de EpS com base no

diagnóstico de necessidades formativos dos pais dos RN/ prematuros internados. Importa ainda referir que este trabalho surge enquanto actividade integrada na Unidade Curricular Estágio no âmbito da Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Saúde Infantil e Pediatria que decorre na Universidade Católica.

1 - Caracterização do Contexto

1.1 – *A Unidade de Cuidados Especiais Neonatais*

O Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. integra dois Hospitais distintos: Hospital Ortopédico Sant'ago do Outão e Hospital de São Bernardo. A assistência de saúde á crianças decorre sobretudo na segunda instituição referida. Esta dispõe de: unidade de urgência pediátrica, serviço de internamento de pediatria e unidade de cuidados especiais neonatais. A UCEN situa-se no 1º piso do Hospital e tem uma lotação de 10 (6 berços e 4 incubadoras). A equipe de enfermagem é constituída por 15 enfermeiras das quais 5 são detentoras da especialização em saúde infantil e pediatra e 1 tem a categoria de enfermeira chefe. Os cuidados são prestados de acordo com o método individual. Dispõe ainda de 6 assistentes operacionais e uma secretária de piso. Na assistência ao RN/ prematuro surge a necessidade de contactar com outros profissionais em função da menor ou maior complexidade de situações que se deslocam á unidade (ou a criança até ao profissional). A equipe médica composta por 22 pediatras sendo que existem 2 mais directamente ligados á UCEN.

Do ponto de vista estatístico, no ano de 2008 foram admitidas no serviço 263 crianças verificando-se uma demora média de 7,6 dias e uma taxa de ocupação de 54,2%. No ano de 2009 os resultados são muito semelhantes e, das 228 crianças internadas verificou-se existir uma demora média de 7,5 dias com taxa de ocupação de 46,8%.

Em relação às situações clínicas mais frequentes estas classificam-se de acordo com o grupo de diagnósticos homogéneos (GDH), um sistema de classificação de doentes agudos internados, que permite definir, operacionalmente, os produtos de um hospital. Foram criados na Universidade de Yale nos anos 80 com a finalidade de constituir um Sistema de Pagamento Prospectivo (SPP), tendo vindo a ser rotineiramente utilizados pelo sistema de saúde americano desde 1986. Este sistema de classificação utiliza as variáveis: diagnóstico principal, outros diagnósticos, procedimentos, sexo, idade, o destino após a alta e o peso do recém-nascido para

agrupar um episódio de internamento numa de 24 grandes categorias diagnósticas e, dentro destas, num dos perto de 700 GDH. Estes grupos são coerentes do ponto de vista clínico e semelhantes em termos de consumo de recursos.

Assim, no ano de 2008 o diagnóstico mais frequente foi GDH 629 (RN, peso ao nascer > 2499 g, sem procedimento significativo em B.O. com diagnóstico de RN normal) com 31,25% seguido do GDH 627 (RN, peso ao nascer > 2499 g, sem procedimento significativo em B.O. com problema maior) com 16,67%. Seguem-se os GDH 620 (RN, peso ao nascer entre 2000 e 2499g, sem procedimento significativo) com 9,58%, GDH 635 (Continuação de cuidados com RN para aumento de peso) e GDH 628 (RN, peso ao nascer > 2499g, sem procedimento significativo em B.O.) ambos com uma percentagem de 8,75 e GDH 639 (RN transferido, com menos de cinco dias, de idade, nascido no hospital) com 7,08% que no seu conjunto representam 82,09% das crianças internadas. Os 17,91% distribuem-se por vários GDH que incluem na sua maioria crianças prematuras ou de baixo peso.

Em relação ao ano de 2009 os resultados são semelhantes. O diagnóstico mais frequente foi também GDH 629 (RN, peso ao nascer > 2499 g, sem procedimento significativo em B.O. com diagnóstico de RN normal) com 28,43% seguido do GDH 627 (RN, peso ao nascer > 2499 g, sem procedimento significativo em B.O. com problema maior) com 20,30%. Seguem-se os GDH 620 (RN, peso ao nascer entre 2000 e 2499g, sem procedimento significativo) com 12,18%. Os GDH 635 (Continuação de cuidados com RN para aumento de peso) e GDH 628 (RN, peso ao nascer > 2499g, sem procedimento significativo em B.O.) apresentam ambos 7,11%. O GDH 639 (RN transferido, com menos de cinco dias, de idade, nascido no hospital) tem um valor de 6,09% e, no seu conjunto representam 81,22% das crianças internadas. Os 18,78%, á semelhança do ano anterior, distribuem-se por vários GDH que incluem na sua maioria crianças prematuras ou de baixo peso.

Em suma, pode-se verificar que cerca de metade dos internamentos na UCEN ocorrem em crianças com peso acima 2499 gr com diagnóstico de RN normal ou com problema maior (47,92% em 2008 e 48,73% em 2009).

1.2 – *Projecto de Educação para a Saúde*

Como já foi referido a UCEN dispõe de um projecto de EpS. Este surgiu no âmbito da formação em serviço e foi elaborado por duas enfermeiras da equipe. Foi efectuado um diagnóstico de necessidades formativas dos pais através da aplicação de inquéritos, durante dois meses, com o objectivo de perceber as necessidades formativas dos mesmos. Foi solicitado aos pais que entre um conjunto de aspectos relacionados com cuidados ao RN seleccionassem 4 sobre os quais gostariam de ter formação. Obtiveram-se 38 (n=38) respostas e da análise estatística simples descritiva dos dados verificou-se os seguintes resultados: 24% referem “reconhecer a dificuldade respiratória” (n=9), 22% “actuar em caso de engasgamento” (n=8), 15% “actuar em caso de paragem respiratória” (n=6), 13% “reconhecer sinais de doença”(n=5), 10% “alimentação” (n=4), 5% transporte em segurança (n=2), 5% sono e repouso(n=2), 3% temperatura(n=1) e 3% higiene conforto (n=1).

Face a estes resultados foram planeadas 2 sessões de EpS sobre as temáticas mais referidas (dificuldade respiratória e engasgamento). No planeamento teve-se em conta o número de formandos (n.º máximo previsto 6), o objectivo (dotar os pais de competências - conhecimento e destreza manual - que lhes permitam cuidar dos seus filhos, no domicílio, com confiança e sem ansiedade ou stress), objectivos específicos (relativos a cada sessão), método pedagógico (método expositivo e demonstrativo), recursos (vídeo projector, computador como apoio á técnica expositiva; bonecos para técnica demonstrativa e experimentação), local (sala na neonatologia com cadeiras dispostas em circulo), método de divulgação (poster afixado á entrada do serviço e divulgação individual a cada prestador de cuidados), formador (designado pela enfermeira chefe do serviço), periodicidade (todas as 4ª f às 14h havendo alternância de temas) e avaliação da sessão (quer ao nível da aquisição de competências quer ao nível da sessão em si). Foram ainda preparados folhetos informativo para entrega aos pais no final de cada sessão.

As sessões decorrem desde Abril até ao momento de elaboração deste trabalho. Em Setembro foi efectuada avaliação parcelar do trabalho que revelou: 22 sessões planeadas, 17 efectuadas (por dificuldades inerentes à gestão do serviço e/ou

relacionada com os pais), 69 pais assistiram às sessões com uma média de 4 pais por sessão (representa 68% do total de pais neste período), 11 sessões sobre engasgamento: assistiram 38 pais e foram feitas 27 observações cujos resultados se sintetizam na tabela 1.

Itens	Escala		
	Facilmente	Difícilmente	Não consegue
Consegue dizer os sinais de engasgamento;	26	1	0
Sabe aplicar as palmadas interescapulares;	25	2	0
Sabe fazer as compressões torácicas	22	5	0

Tabela 1: Avaliação da Sessão de EpS - Engasgamento no RN.

Foram efectuadas 6 sobre dificuldade respiratória em que participaram 31 pais e foram realizadas 26 observações cujos resultados se encontram na tabela 2.

Itens	Escala		
	Facilmente	Difícilmente	Não consegue
Consegue dizer sinais de dificuldade respiratória;	20	6	0
Consegue dizer sinais de paragem respiratória;	20	6	0
Consegue actuar	22	4	0

Tabela 2: Avaliação da Sessão EpS - Dificuldade Respiratória no RN.

No que diz respeito à avaliação das sessões, foi solicitado aos formandos o preenchimento de um impresso de avaliação da mesma. Verificou-se que a totalidade dos formandos (n=69) realizou avaliação das sessões encontrando-se os resultados sistematizados na tabela 3.

ITENS		Satisfaz Muito	Satisfaz	Satisfaz pouco	Não satisfaz
Conteúdo da Formação	Interesse do tema	92%	8%	0	0
	Clareza do tema	88%	12%	0	0
	Valor acrescentado	87%	13%	0	0
Método Pedagógico	Adequação do formato	65%	35%	0	0
	Documentação disponibilizada	58%	42%	0	0
	Adequação da duração	57%	42%	1%	0
	Instalações e organização	25%	64%	10%	1%

Tabela 3: Avaliação das sessões de EpS.

A Avaliação incluía ainda um espaço para sugestões / comentários tendo sido referido pelos pais: importância do tema, informação positiva “para que possam resolver situações de urgência em casa, sem que fiquem demasiado stressados, podendo mesmo, em situações mais graves, salvar a vida das crianças”, objectividade e clareza do tema, a metodologia “a teoria junto com a prática”. Como aspectos negativos foi referido as instalações que se revelam “pequenas, inadequadas para o fim, ultrapassadas e que impedem que os outros pais, que não assistem às sessões, as possam utilizar nomeadamente para a extracção de leite”, uma referência á apresentação como “muito rápida”.

Face aos resultados apresentados facilmente se compreende a utilidade e pertinência das sessões quer pelos resultados obtidos por observação (tabelas 1 e 2) quer pelas opiniões dos formandos expressas na tabela 3.

Assim e, porque se considerou este projecto muito interessante e inovador, propôs-se a continuidade do mesmo com integração quer de sustentação teórica baseado nas ciências de enfermagem quer por operacionalização de outras temáticas referidas no diagnóstico de necessidades: “reconhecer sinais de doença”, “alimentação”, “transporte em segurança” e “sono e repouso”. Relativamente às temáticas:

“temperatura” e “higiene conforto”, a primeira vai ser tratada por outro elemento e a segunda considerou-se não ser pertinente a abordagem da mesma em sessão de grupo uma vez que são efectuadas sessões individuais diariamente junto dos prestadores de cuidados no momento do banho do RN. Por sugestão da equipe efectuou-se ainda, a reformulação de uma das apresentações existentes (“Dificuldade Respiratória”) com fundamentação teórica que se inclui neste documento.

Assim, tal como já foi referido apresenta-se em seguida um modelo de enfermagem que contextualiza as intervenções de promoção de saúde permitindo aliar a prática à teoria.

2 - Modelo de Promoção de Saúde

Os enfermeiros, devido quer ao contacto contínuo com os utentes quer, á preparação académica são profissionais que têm um papel preponderante na implementação de medidas promotoras de saúde (PENDER et al, 2002). O modelo proposto por Nola Pender em 1982 denomina-se Modelo da Promoção de Saúde e baseia-se no modelo das crenças na saúde sem incluir o medo ou a ameaça como fonte de motivação (SAKRAIDA, 2002). Surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os factores que influenciam os comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva os indivíduos que apresentam comportamentos produtores de saúde (VICTOR et al, 2005). Este modelo foi revisto pela autora em 1996 passando a incluir a influência dos aspectos culturais na promoção de saúde (BROWNING et al, 2007). Esquemáticamente o modelo surge representado na figura 1. Trata-se de um modelo que pode ser adaptado a vários contextos de intervenção nomeadamente na área de saúde infantil e pediátrica (SAKRAIDA, 2002; VICTOR, 2005; BROWNING et al 2007).

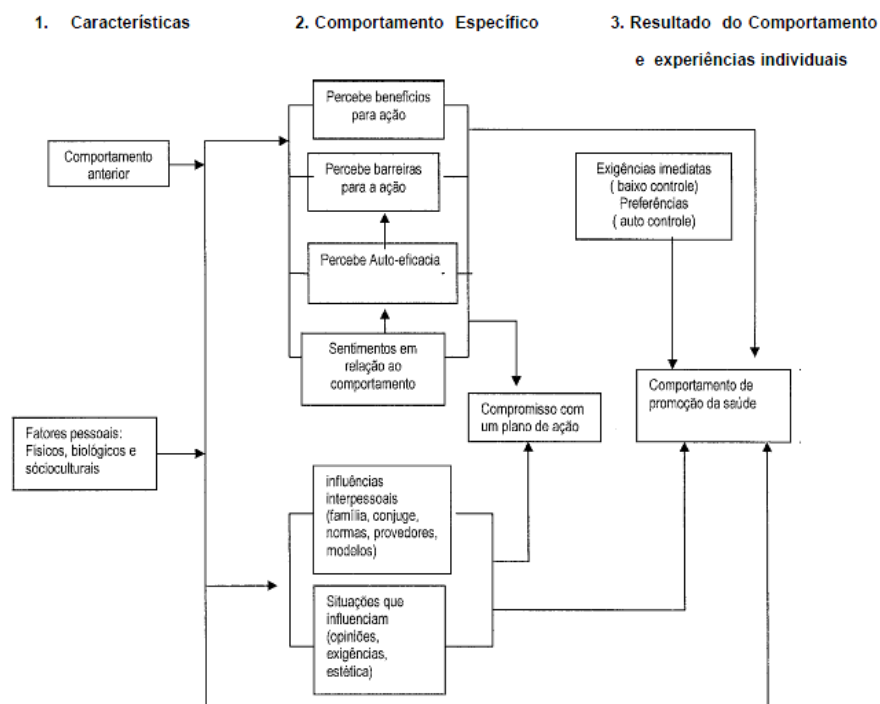


Figura 1- Modelo de Promoção de Saúde (VICTOR et al, 2005).

Como se pode verificar pela figura o modelo é composto por três componentes principais: características, comportamento específico e resultado do comportamento e experiências individuais (VICTOR et al, 2005). São compostos por várias variáveis que se apresentam em seguida.

2.1 - Componentes do Modelo de Promoção de Saúde

2.1.1 - Características

A primeira componente diz respeito às características e experiências individuais e contempla 2 variáveis: comportamento anterior e factores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais).

Relativamente ao comportamento anterior, este refere-se ao comportamento que deve ser mudado (VICTOR et al, 2005) e que pode ter efeitos directos ou indirectos sobre a probabilidade de ter comportamento de promoção de saúde (SAKRAIDA, 2002).

A variável factores refere-se a aspectos que são preditores de um dado comportamento e moldados pela natureza do comportamento alvo a ser considerado. Divide-se em factores biológicos (idade, índice de massa corporal, agilidade, equilíbrio), psicológicos (auto-estima, auto motivação, estado de saúde percebido, definição de saúde) e socioculturais (raça, etnia, educação, nível socioeconómico) (VICTOR et al, 2005).

2.1.2 - Comportamento Específico

A segunda componente do modelo contempla 6 variáveis: percebe benefícios para a acção, percebe barreiras para a acção, percebe auto eficácia, sentimentos em relação ao comportamento, influências interpessoais e sentimentos que influenciam (SAKRAIDA, 2002).

A primeira variável - percebe benefícios para acção refere-se às representações mentais positivas, que reforçam as consequências da adopção de um comportamento (VICTOR et al, 2005).

A segunda variável refere-se às barreiras para a acção que podem ser antecipadas, imaginadas ou reais. Podem ser consideradas como percepções negativas sobre um comportamento e entendidas como dificuldades e custos pessoais (VICTOR et al, 2005).

A variável percebe auto eficácia diz respeito ao juízo das capacidades pessoais de organizar e executar acções (VICTOR et al, 2005). A auto eficácia percebida influencia as barreiras percebidas à acção de modo a que uma maior eficácia resulta em percepções reduzidas das barreiras ao desempenho comportamental (SAKRAIDA, 2002).

A variável sentimentos em relação ao comportamento reporta-se à reacção emocional directa ou uma resposta nivelada ao pensamento que pode ser positivo, negativo, agradável ou desagradável (VICTOR et al, 2005).

A variável influências interpessoais refere-se ao comportamento que pode ou não ser influenciado por outras pessoas, família, cônjuge, profissionais de saúde, ou por normas e modelos sociais. (VICTOR, et al, 2005). As fontes primárias de influências são as famílias, os pares e os prestadores de cuidados de saúde (SAKRAIDA, 2002).

A última variável desta componente diz respeito aos sentimentos que influenciam e reporta-se a influências situacionais como o ambiente que pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde (VICTOR et al, 2005).

2.1.3 - Resultados do comportamento e experiências individuais

A terceira componente compreende três variáveis: exigências imediatas (que inclui forças impositivas e forças potencializadoras), comportamento de promoção de saúde e compromisso com um plano de acção (SAKRAIDA, 2002).

Assim, a primeira variável - exigências imediatas - considera que as pessoas têm baixo controle sobre os comportamentos que requerem mudanças imediatas, enquanto as

preferências pessoais exercem um elevado controle sob as acções de mudança de comportamento, por exemplo a escolha de um gelado ou uma maçã para o lanche (SAKRAIDA, 2002). Consideram-se então dois tipos de forças: impositivas e potencializadoras (VICTOR et al,2005).

A segunda variável diz respeito ao comportamento de promoção de saúde e pode ser entendida como o resultado da implementação do Modelo de Promoção da Saúde (VICTOR et al, 2005).

Por fim, a terceira variável - compromisso com o plano de acção – reporta-se às acções que possibilitam ao indivíduo manter-se no comportamento de promoção de saúde esperado, isto é, as intervenções de enfermagem (VICTOR et al, 2005).

Apresentada a contextualização teórica segue-se a operacionalização das necessidades formativas identificadas e já referidas. Enquadradas no modelo anteriormente explicitado, as intervenções de EpS, como se apresentam, surgem ao nível da variável “influências interpessoais”. Como foi já referido os profissionais de saúde, onde os enfermeiros se incluem, surgem como fontes primárias de influência. Neste sentido a implementação de sessões de EpS é uma estratégia importante para fomentar a aquisição de comportamentos promotores de saúde no cuidar do RN/prematuro.

3 - Sessões de Educação para a Saúde enquanto estratégia de Promoção de Saúde.

A Ordem dos Enfermeiros reporta-se à promoção de saúde ao mencionar nos Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que *“na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde”*. Refere ainda que *“são elementos importantes face à promoção da saúde, entre outros: a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade; a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; a promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente”* (2001, p.12). Neste sentido, cabe aos enfermeiros adoptarem estratégias, em todos os contextos, de forma alcançar a “excelência no exercício”. A operacionalização do projecto de EpS no contexto que se caracterizou surge como uma estratégia adequada e bem conseguida. A instituição de outras temáticas dá continuidade e multiplicidade ao projecto alargando a sua área de intervenção.

Assim, apresenta-se em seguida o planeamento e fundamentação teórica de sessões de EpS relativas aos temas já mencionados (“reconhecer sinais de doença”, “alimentação”, “transporte em segurança” e “sono e repouso”) assim como a reformulação da sessão já existente que se reporta á “Dificuldade Respiratória”. Atendendo a que se trata de sessões para pais de RN/prematuros as temáticas estão organizadas e contextualizadas para a criança até aos 4 meses de idade.

3.1 - Planeamento da Sessão EpS – Sinais de Doença no RN

Fundamentação Teórica

Os RN são os bebés até 28 dias de vida e, neste período o bebé passa por modificações muito rápidas e importantes associadas à sua adaptação à vida extra-uterina. A infecção continua a ser um dos maiores riscos para o RN dado que se trata de um ser

fisicamente pequeno e frágil. Apesar de ter capacidades e funções aptas estas necessitam ainda de amadurecer o que explica a sua vulnerabilidade na fase inicial de vida (MOREIRA, 2001). Por outro lado, para os pais descobrir o bebé é certamente o maior desafio da sua vida e perceber os sinais e sintomas a valorizar é algo que deve ser guiado pelos profissionais de saúde (GOMES-PEDRO, 2001). A impressão geral que o bebé nos transmite é suficiente para distinguir situações graves de outras que não são preocupantes, mas tal nem sempre acontece.

Dos vários sinais e sintomas possíveis é importante chamar a atenção dos pais para os seguintes:

Ä Gemido persistente;

O gemido pode ser identificado como um queixume expiratório e é um sinal de grande importância em particular no RN e durante o primeiro ano de vida. O gemido traduz quase sempre doença grave (NETO E PALMINHA, 2003).

Ä Choro persistente e inconsolável;

O choro é um elemento muito importante na observação da criança. Se é gritado e tem uma tonalidade aguda e intensidade baixa, por vezes monocórdico traduz sofrimento neurológico. Pode ainda ser indicativo de dor pelo que a sua causa deve ser investigada (NETO E PALMINHA, 2003).

Ä Apneia

Define-se como uma pausa respiratória com duração igual ou superior a 15 segundos no RN de termo e igual ou superior a 20 segundos no RN pré termo assumindo gravidade clínica se associada a cianose, bradicardia e hipotensão. No prematuro tem início pelo 2º e 7º dia de vida e é secundária á imaturidade do SNC – apneia da prematuridade – enquanto num RN de termo nunca é fisiológica e representa um sinal major de doença neonatal (NUNES E BISPO, 2003).

Ä Dificuldade respiratória: pieira, adejo nasal, tiragem, cianose;

Os sinais clássicos de dificuldade respiratória devem ser explicados aos pais com linguagem simples e acessível sendo importante entre estes destacar a cianose. Esta define-se como a cor azulada da pele e mucosas traduzindo uma taxa de hemoglobina reduzida superior a 5 gramas por 100 ml no sangue capilar sendo habitualmente mais visível nos locais onde os capilares são mais numerosos (língua, lábios, lobos das orelhas e leitos ungueais). Se a cianose é visível nestes locais diz-se central e é habitualmente acompanhada de saturações transcutâneas inferiores a 85% sendo fundamentalmente devido a doenças do coração e do pulmão. Neste caso, se a causa é cardíaca há agravamento com choro e não melhora com oxigénio. Se a causa é pulmonar o choro pode melhorar havendo também regressão com o oxigénio (NETO E PALMINHA, 2003). Se a cianose está presente apenas na pele poupando lábios, língua e leitos ungueais diz-se periférica e acompanha-se de saturações normais (BISPO E PALMINHA, 2003).

Ä Febre ou hipotermia;

A febre é a manifestação mais frequente de doença aguda na criança e nos RN e lactentes com menos de três meses a presença de hipotermia pode ser indicativa de doença grave (NETO E PALMINHA, 2003). É ainda importante referir os diferentes métodos de avaliação de temperatura e os valores de referência para febre e/ou hipotermia. Na instituição existe uma norma de orientação clínica assim como procedimentos relativos a este tema pelo que os ensinamentos realizados aos pais a este nível devem ir de encontro ao exposto nos referidos documentos.

Ä Alteração da coloração do bebé (palidez, pele marmoreada, cianose, exantema);

A coloração da pele do bebé é um sinal importante em situação de doença. A criança deve ser observada totalmente despida. A pele marmoreada pode ser indicativa de febre mas também de choque assim como a palidez. Não esquecer também os achados exantemáticos normais no RN que não devem ser valorizados (NETO E PALMINHA, 2003). Por outro lado a temperatura ambiente tem também influência no

aspecto da pele do bebé. Em situações de frio a criança pode apresentar pele marmoreada que não tem significado patológico (AMARAL, 2008).

Ä Dificuldade em mamar, sucção débil ou vômito;

O vômito define-se como a expulsão, voluntária ou involuntária, do conteúdo gastrointestinal, pela boca, acompanhado pela contracção dos músculos abdominais. É um sintoma muito comum na idade pediátrica e, embora a causa mais frequente seja a gastroenterite aguda, há que ter presente outras causas, pois o vômito pode ser a manifestação de patologia grave e independentemente da causa, podem desencadear quadros de desidratação e perturbações importantes do equilíbrio hidroelectrolítico aos quais o RN é mais susceptível (DIRECÇÃO GERAL SAÚDE, 2004).

Ä Hipotonia acentuada e/ou sonolência persistente, que interfere com a alimentação;

A hipotonia pode ser definida como a perda de tónus muscular ou diminuição da resistência oferecida ao movimento passivo, executado pelo observador, estando habitualmente associada a perda de força muscular. Trata-se de um sinal comum a vários quadros clínicos e frequente no período neonatal podendo resultar de uma disfunção a qualquer nível do sistema motor pelo que a sua detecção precoce é muito importante (BISPO E PALMINHA, 2003).

Ä Cheiro fétido ou rubor peri-umbilical;

Os cuidados ao coto umbilical representam uma das principais dificuldades dos pais na manipulação do RN. Deve ser explicado não só os cuidados gerais e higiene ao coto umbilical mas também os sinais precoces de infecção que incluem rubor, calor, exsudado e cheiro fétido. Não esquecendo que uma infecção banal num RN rapidamente progride para uma infecção major potencialmente fatal (HOCKENBERRY, 2006).

Ä Diarreia ou ausência de dejeções durante um período superior a 3 dias;

A diarreia aguda num contexto de gastroenterite aguda representa ainda uma das principais causas de morbidade e hospitalização na idade pediátrica. Pode ser definida como o aumento da frequência das dejeções e diminuição da consistência das fezes e habitualmente resulta de um aumento da excreção intestinal de água e solutos. Pode conduzir a desidratação e desnutrição nas crianças dado que a reciclagem da água é mais rápida (DIRECÇÃO GERAL SAÚDE, 2004).

Ä Dor à mobilização;

A avaliação da dor no RN é difícil porque o indicador mais fiável de dor, o auto relato, não é possível. Deve-se então estar atento a respostas fisiologias (que inclui a palidez, diaforese ou sudorese palmar) e comportamentais (são exemplo práticos o choro, gemido, tremor do queixo, alteração no ciclo de vigília e/ou padrão alimentar). Importa explicar aos pais que mais importante que um sintoma isolado (que pode não ter significado clínico) é a conjugação de vários sinais (HOCKENBERRY, 2006).

Ä Convulsão.

As convulsões podem ser definidas como uma alteração transitória da função cerebral que se manifesta por alteração da consciência associado a uma actividade motora e autonómica normal. No RN são mais difíceis de perceber a sua ocorrência porque a sua forma difere da do adulto e porque podem ser confundidas com tremores. (MACEDO *et al*, 2003). De uma forma simples pode-se explicar aos pais utilizando linguagem como: olhar parado ou desvio ocular, não alterável pela estimulação, apneia, tremor das extremidades que não pára quando se segura o bebé, pestanejo repetitivo e movimentos de mastigação persistentes e repetitivos.

Importa ainda referir que por vezes os pais têm dificuldade em definir os sintomas apresentados pelo que se deve valorizar a sensação de que o bebé está diferente em relação ao que já se conhece sobre o seu estado de conforto e que causa preocupação aos pais.

Planificação

O planeamento da sessão inclui ainda, para além da revisão bibliográfica e da apresentação em formato digital (Anexo 1) a construção de um plano de sessão com inclusão de avaliação que a seguir se apresenta.

Plano de Sessão: Sinais de Doença no RN /Prematuro

TEMA: Sinais de Doença no RN

FORMADORES: Enfermeiro (a) da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

TEMPO PREVISTO: 30 minutos

LOCAL: Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

DESTINATÁRIOS: Prestador de cuidados do RN/Prematuro internado

OBJECTIVOS: No final da sessão pretende-se que o prestador de cuidados seja capaz de identificar sinais e sintomas a valorizar no RN/Prematuro;

MATERIAL E MÉTODO: Utilização dos métodos expositivo e activo com recurso a um panfleto que será entregue aos formandos no final da sessão (Anexo 2).

AValiação: A realizar no final da sessão com apresentação (Anexo 1) e discussão de casos práticos e preenchimento de grelha.

Caso	N.º de pais que responderam acertadamente
1	
2	
3	
4	
5	
6	
Total	

Tabela 4: Avaliação da Sessão EpS "Sinais e Sintomas de doença no RN".

Após o preenchimento da grelha aplicar a fórmula:

% de respostas correctas = N° total de respostas correctas x 100 / N° de formandos x 6

Pretende-se obter percentagens superiores a 60% em cada sessão.

O suporte informacional é um recurso importante na assistência de enfermagem à criança / família (RIBEIRO, 1999; LOUREIRO, 2009) e influencia o comportamento de saúde pelo que a sessão inclui um panfleto para ser entregue no final da sessão (Anexo 2).

FASES	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO ESTIMADO
INTRODUÇÃO - Apresentação do formador e da sessão; - Contextualização do tema.	Expositivo	Formadora Computador Datashow	2 minutos
DESENVOLVIMENTO - Definição de Recém Nascido (RN); - Características dos RN e adaptação á vida extra uterina; - Sinais e sintomas a valorizar no RN e Prematuro; - Onde recorrer: Assistência de Saúde.	Expositivo	Formadora Computador Datashow	13 minutos
CONCLUSÃO - Reflexão final acerca das características a valorizar; - Avaliação da sessão com recurso a casos práticos; - Entrega de Panfleto explicativo.	Activo	Formadora Computador Datashow	15 minutos

Tabela 5: Planificação Sessão EpS "Sinais e Sintomas de doença no RN"

3.2 - Planeamento da Sessão de EpS – Preparação de Biberões

Fundamentação teórica

Embora a necessidade identificada pelos pais assuma a denominação “alimentação” verifica-se que este é um tema vasto e já explorado em muitos dos seus aspectos na unidade. Assim, e por sugestão da equipe optou-se por incidir numa área específica: “preparação de biberões”.

Os cuidados gerais e básicos de higiene são ainda a melhor forma de evitar situações infecciosas. A ideia de que os bebés são particularmente susceptíveis a infecções deve ser transmitida com frequência reforçando que uma das formas mais simples de proteger o bebé é através da lavagem das mãos com água limpa e sabonete antes de manipular o RN e sobretudo antes da preparação de biberões.

As crianças até aos 4-6 meses de idade podem ingerir leite adaptado para lactentes habitualmente designado por “I” na lata de leite. Estes são leites que, pelas modificações introduzidas, são os mais semelhantes ao leite materno. Após os 4-6 meses passam a ingerir leites de transição que são leites que estão indicados a partir da altura em que o bebé faz a introdução de novos alimentos.

Na preparação do leite deve-se explicar os seguintes passos:

- (1) Ferver água durante 10 minutos e colocar dentro de um recipiente fechado, se possível num termo para manter a temperatura e renovando-a todas as 24 horas ou em alternativa usar água engarrafada mantendo-se neste caso o mesmo prazo de abertura (não se deve usar sempre a mesma marca mas ir alternado devido à composição iónica da água).
- (2) Deitar no biberão a quantidade de água indicada e só depois adicionar o número de medidas rasas de leite em pó indicadas. A medida comum para todos os leites é de 1 medida de pó rasa para 30 ml de água fervida. Nunca preparar o leite mais concentrado ou diluído adicionando pó extra ou diluindo-o com maior quantidade de água;

- (3) Agitar bem o biberão e experimentar se o leite está a boa temperatura deixando cair umas gotas no pulso.

No que diz respeito á técnica correcta de administração do biberão é ainda importante destacar as seguintes etapas:

- (1) Sentar numa cadeira confortável com as costas bem apoiadas;
- (2) Pegar no bebé ao colo e aconchega-lo de modo a que este sinta os sons e odores corporais. Tocar com a tetina nos lábios do bebé para este abra a boca e introduzir a tetina. O leite deve sair da tetina com facilidade mas não em grande fluxo;
- (3) Durante a refeição, manter o biberão inclinado, de modo a que a tetina fique preenchida com leite o que evita que o bebé engula demasiado ar (pode dificultar o processo de alimentação a contribuir para ocorrência de cólicas),

No que concerne aos cuidados a ter com biberões e tetinas é também importante efectuar o ensino de determinados aspectos, nomeadamente:

- (1) Lavar os biberões, tetinas, tampas, roscas em água quente com detergente com escovilhão e depois enxaguar bem;
- (2) Esterilizar os biberões, tetinas, tampas e roscas utilizando um esterilizador ou uma caçarola com tampa;
- (3) Encher o recipiente com água potável, colocar os biberões, tetinas, tampas e roscas dentro da água quente e deixar ferver durante 15 minutos os de vidro e 10 minutos os de plástico, 5 minutos as tetinas;
- (4) Depois da fervura, retirar todos os utensílios com pinças limpas e colocar numa superfície limpa a secar (os biberões devem ficar virados para baixo).
- (5) Após a secagem dos biberões deve-se adaptar todas as peças e guardar numa caixa ou local fechado próprio sendo manipulados apenas para a

preparação. Considera-se que os biberões permanecem esterilizados por um período de 24h.

Importa recordar aos pais que proporcionar nutrição é apenas um dos aspectos da alimentação. A hora das refeições é um dos momentos ideais para transmitir sentimentos de carinho e de protecção ao bebé, importante para o desenvolvimento psicológico saudável (HOCKENBERRY, 2006).

Planificação

Plano de Sessão Individual: Preparação de Biberões

TEMA: Preparação de Biberões

FORMADORES: Enfermeiro (a) da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

TEMPO PREVISTO: 30 minutos

LOCAL: Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

DESTINATÁRIOS: Prestador de cuidados do RN/Prematuro internado

OBJECTIVOS: No final da sessão pretende-se que o prestador de cuidados seja capaz de executar correctamente a preparação de biberões;

MATERIAL E MÉTODO: Utilização do método activo com recurso a demonstração prática e um panfleto que será entregue ao prestador de cuidados no final da sessão (Anexo 3 e 4).

AVALIAÇÃO: Mediante preenchimento de grelha de observação durante preparação de biberão pelo prestador de cuidados (tabela 6).

Itens	Observação	
	Sim	Não
1. Lava as mãos;		
2. Assegura-se da validade da água para preparação do biberão;		
3. Coloca o biberão ao nível dos olhos e insere a quantidade de água necessária;		
4. Introduz as medidas rasas de leite adequadas á quantidade de água;		
5. Agita o biberão;		
6. Verifica a temperatura do leite;		

Tabela 6: Grelha de Avaliação da Sessão EpS - Preparação de biberões.

FASES	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO ESTIMADO
INTRODUÇÃO - Apresentação do formador e da sessão; - Contextualização do tema.	Expositivo	Formadora Computador Datashow	2 minutos
DESENVOLVIMENTO - Necessidades nutricionais do RN; - Fórmulas de leite artificial; - Preparação do biberão; - Cuidados com biberões e tetinas;	Expositivo	Formadora Computador Datashow Biberão Água Leite	13 minutos
CONCLUSÃO - Síntese da sessão; - Avaliação da sessão com recurso experimentação com observação; - Entrega de Panfleto explicativo.	Activo	Formadora Computador Datashow	15 minutos

Tabela 7: Planificação da sessão de EpS “Preparação de Biberões”

3.3 - Planeamento da Sessão de EpS – Transporte em Segurança

Fundamentação Teórica

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, os acidentes rodoviários representam a principal causa de morte e incapacidade temporária ou definitiva em crianças e jovens ao nível nacional. Por outro lado, o Código da Estrada prevê o transporte da criança com idade inferior a 12 anos e pelo menos 150 cm de altura utilizando sistemas de retenção. Os sistemas têm uma classificação própria que se encontra resumida na tabela abaixo.

GRUPO	PESO	Idade	Posição da Cadeira	Lugar no automóvel
0	Até 10 kg	Até 1 ano	VT	BT ou BF*
0+	=<13 kg	Até 18-24 meses	VT	BT ou BF*
I	9-18 kg		VT ou VF	
II	15-25		VF	BT
III	22-36		VF	BT
0+/I	Até 18 kg		VT ou VF	BF ou BT
VT- Voltada para trás		BF – Banco da frente (* se não tiver <i>airbag</i>)		
VF- Voltada para a frente		BT – Banco de trás		

Tabela 8: Resumo dos sistemas de retenção.

A escolha do sistema adequado deve ter em conta os seguintes factores

- (1) Possuir a etiqueta “E” (indica a categoria a que pertence a cadeira, o grupo de peso, o país de origem e se está de acordo com as normas internacionais);
- (2) A cadeira deve ser experimentada no automóvel para haver a certeza que o comprimento dos cintos é adequado;
- (3) A cadeira deve ser leve e de fácil instalação e transporte.

No caso dos RN e prematuros o transporte deve ser efectuado em sistemas do grupo 0 ou 0+. Estas podem ser usadas em bebés até aos 10 kg (0) ou 13 kg (0+) e devem ser

colocadas no banco traseiro com o bebê voltado para trás ou no banco da frente desde que o airbag se encontre inativo. A maioria dos sistemas de retenção homologados e existentes no mercado é desenhada a pensar nos recém-nascidos de termo e não está adaptada para o transporte de RN prematuros ou abaixo de 2,5 kg. Neste caso, para o recém-nascido ir bem “contido”, a distância entre o ponto de inserção dos cintos que passam nos ombros e o assento da cadeira não deve exceder 25 cm. A distância entre a inserção do cinto que passa entre as pernas e as costas da cadeira não deve ser superior a 13.7cm. Caso a cadeira não disponha destas medidas então os RN devem ser transportados em posição semi-sentado, utilizando fraldas ou toalhas de rosto enroladas á volta do RN (DIRECÇÃO GERAL SAÚDE, 2005).

Em alternativa podem ainda ser utilizada alfofa que é colocada no banco detrás. Esta deve ser rígida e dispor de arnês para prender o RN. O bebê é colocado na alfofa em decúbito dorsal com a cabeça para o interior do veículo. De uma forma geral é um sistema de difícil transporte e pesado ocupando no mínimo 2/3 do total do banco. Está indicada em algumas situações específicas (hipotonia severa, problemas respiratórios quando está em posição semi-sentada, cirurgia recente à coluna, aparelhos que impeçam a colocação do cinto da cadeira, colar cervical) mas oferece poucas vantagens relativas aos sistemas 0 ou 0+ (SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEONATOLOGIA).

Planificação

Plano de Sessão: Transporte em Segurança

TEMA: Transporte em Segurança

FORMADORES: Enfermeiro (a) da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

TEMPO PREVISTO: 30 minutos

LOCAL: Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

DESTINATÁRIOS: Prestador de cuidados do RN/Prematuro internado

OBJECTIVOS: No final da sessão pretende-se que o prestador de cuidados seja capaz de montar correctamente um sistema de retenção;

MATERIAL E MÉTODO: Utilização do método expositivo e demonstrativo com recurso a um panfleto que será entregue aos formandos no final da sessão (neste caso optou-se por utilizar um panfleto já elaborado – Anexo 5 e 6).

AVALIAÇÃO: A realizar no final da sessão com grelha de observação.

Itens	Observação	
	Sim	Não
1. Confirma se o sistema dispõe de etiqueta "E".		
2. Verifica a adequação do sistema á criança;		
3. Adapta o bebé correctamente ao sistema;		
4. Coloca a cadeira correctamente.		

Tabela 9: Grelha de avaliação por observação da Sessão – Transporte em Segurança.

FASES	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO ESTIMADO
INTRODUÇÃO - Apresentação do formador e da sessão; - Contextualização do tema.	Expositivo	Formadora Computador Datashow	2 minutos
DESENVOLVIMENTO - Transporte de crianças; - Como escolher a cadeira; - O transporte do prematuro;	Expositivo	Formadora Computador Datashow Sistema de retenção	13 minutos
CONCLUSÃO - Síntese final; - Avaliação da sessão com recurso experimentação com observação; - Entrega de Panfleto explicativo.	Activo	Formadora Computador Datashow	15 minutos

Tabela 10: Planificação da sessão EpS "Transporte em segurança".

3.4 - Planeamento da Sessão de EpS – Sono e Repouso

Fundamentação teórica

A qualidade do sono do bebé constitui um aspecto muito valorizado pelos pais, sobretudo nos primeiros meses de vida. Os enfermeiros deverão estar atentos às preocupações dos pais e valorizar o seu papel parental (GOMES, 2009).

O sono é um estado fisiológico normal, periódico, caracterizado pela inactividade com diversos graus de profundidade. Tem uma função protectora de todos os organismos, e permite a reparação e a recuperação dos tecidos após actividade. É um estado neurológico complexo presente em todas as espécies animais superiores e é diferente de descanso. Representa um período de relativa irresponsabilidade aos estímulos externos, e é provável que isso ocorra devido a uma elevação do limiar para despertar que ocorre quando dormimos. A arquitetura do sono e o padrão EEG do recém nascido e da criança, sugerem que se trata de um processo evolutivo Segundo HOCKENBERRY (2006) os lactentes possuem seis estados de sono distintos (sono profundo, sono leve, sonolento, alerta quieto, totalmente alerta e choro) e respondem a factores ambientais internos e externos através do controle da entrada sensorial e regulação da transição entre cada estado. A habilidade de regular esta transição é essencial para o desenvolvimento neurocomportamental e quanto mais imaturo é a criança menor capacidade tem para lidar com estes factores. A mesma autora refere-se ainda à duração do sono nas 24 h e, em média, os prematuros e RN podem dormir 16 h a 20h por dia. Com 1 mês de vida inicia-se a adaptação dia/noite podendo dormir entre 16 h e 18 h / dia e aos 4 meses 9 a 12 horas associado a 2 sestas.

A importância do sono no desenvolvimento do bebé é explicada pela quantidade de fenómenos que acontecem enquanto o bebé dorme tranquilamente: *“o crescimento do cérebro, a preparação para a aprendizagem do dia seguinte, da memorização e da atenção”* (BRAZELTON;SPARROW, 2006, p. 13). Algumas indicações práticas podem ajudar os pais a contribuir para a promoção de padrões de sono mais adequados como por exemplo: associar o sono a uma rotina como o banho ou o vestir do pijama, acalmar a criança até ficar sonolenta (embalar, cantar ou ler histórias) e depois deita-la

no berço antes de adormecer por completo. Em seguida sentar junto à criança (ou no campo de visão) e fazer festas / falar até que esta adormeça (GOMES, 2009).

Outra indicação importante é o reforço de que as crianças devem dormir sempre em cama própria pelo perigo de asfixia e/ou traumatismos assim como a idade adequada para passar para quarto próprio (entre os 4 e 6 meses). Importa ainda referir a flexibilidade destas regras pois cada criança e sobretudo cada família tem um contexto próprio á luz do qual é preciso enquadrar as indicações.

Muito importante também é a posição recomendada para deitar o RN. É consensual que a posição mais indicada é em decúbito dorsal. Pode em alternativa ser utilizado o lateral sendo o decúbito ventral indicado apenas por períodos curtos e sempre sobre vigilância (SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA, 2004).

Planificação

Plano de Sessão: Sono e Repouso

TEMA: Sono e Repouso

FORMADORES: Enfermeiro (a) da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

TEMPO PREVISTO: 30 minutos

LOCAL: Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

DESTINATÁRIOS: Prestador de cuidados do RN/Prematuro internado

OBJECTIVOS: No final da sessão pretende-se que o prestador de cuidados seja capaz de identificar os principais cuidados a ter face ao sono e repouso do bebé.

MATERIAL E MÉTODO: Utilização do método expositivo com recurso a um panfleto que será entregue aos formandos no final da sessão (Anexo 7 e 8).

AValiação: A realizar no final da sessão com apresentação, discussão de exemplos práticos e preenchimento da tabela.

Caso	N.º de pais que responderam acertadamente
1	
2	
3	
4	
Total	

Tabela 11: Avaliação da Sessão EpS "Sono e Repouso".

Após o preenchimento da grelha aplicar a fórmula:

% de respostas correctas = N° total de respostas correctas x 100 / N° de formandos x 4

Pretende-se também, obter percentagens superiores a 60% em cada sessão.

FASES	MÉTODO	RECURSOS	TEMPO ESTIMADO
INTRODUÇÃO - Apresentação do formador e da sessão; - Contextualização do tema.	Expositivo	Formadora Computador Datashow	2 minutos
DESENVOLVIMENTO - Definição de sono; - Importância do sono; - Indicações práticas;	Expositivo	Formadora Computador Datashow	13 minutos
CONCLUSÃO - Síntese final; - Avaliação da sessão com recurso a casos práticos; - Entrega de Panfleto explicativo.	Activo	Formadora Computador Datashow	15 minutos

Tabela 12: Planificação da sessão de EpS "Sono do Bebê".

3.5 - Reformulação da Sessão de EpS – Dificuldade Respiratória

Fundamentação Teórica

A dificuldade respiratória ou SDR (síndrome de dificuldade respiratória) inclui um conjunto de sintomas variados: polipneia, tiragem, pieira, adejo nasal, tosse, dificuldade alimentar entre outros. As crianças e sobretudo os RN e prematuros são mais susceptíveis à sua ocorrência pois apresentam estruturas imaturas e de menor calibre. A presença de cianose é considerada um sinal de gravidade embora possa estar ausente em crianças gravemente doentes (AMARAL, 2009). Uma situação de SDR pode originar uma paragem respiratória e a instituição precoce de medidas é essencial. Para os pais pode não ser perceptível a apneia da criança pelo que devem atender a sinais como a ausência de resposta a estímulos, a coloração da pele (cianose) e a prostração.

A instituição de suporte básico de vida é essencial e determinante na sobrevivência das crianças. Este inclui:

- (1) Segurança: numa situação de paragem respiratória ou cardíaca deve existir condições de segurança quer para a pessoa que presta auxílio quer para a criança;
- (2) Avaliação do estado de consciência: estimular a criança através do toque e do som mobilizando a criança enquanto se chama em voz alta o nome;
- (3) 1º pedido de ajuda
- (4) Avaliação da respiração: verificar a existência de respiração espontânea na criança encostando a face junto á face da criança enquanto se olha para o tórax e verificar se são visíveis movimentos respiratórios (VER), e há fluxo de ar do nariz ou boca (OUVIR) e se sente o ar exalado na face (SENTIR) sendo preconizado a pesquisa durante 10 segundos;
- (5) Se a criança respira então deve-se procurar assistência de saúde verificando regularmente a respiração da criança. Se a criança não respira devem ser instituídas 5 insuflações. Mantendo a criança em posição neutra coloca-se a boca

no nariz e boca da criança e insufla-se ar durante 1 a 1,5 segundos. Permite-se a saída de ar e volta-se a repetir as insuflações até 5 vezes.

- (6) Se a criança recupera deve-se procurar serviços de saúde vigiando regularmente a respiração. Se a criança não recupera deve-se activar os serviços de emergência ou transportar a criança até local de assistência mais próximo mantendo a instituição de insuflações num rácio de 20 a cada minuto.

O ensino aos pais acerca dos sinais e sintomas precoces é fundamental na prevenção de complicações e no atendimento precoce da criança (LÓPEZ-HERCE; CARRILLO, 2006).

A sessão acerca da “Dificuldade Respiratória” inclui planificação e apresentação em suporte informático. Neste contexto procedeu-se apenas a fundamentação do tema e reestruturação da apresentação (Anexo 9).

4 - Conclusão

O documento apresentado pretende servir complemento às práticas de educação para a saúde na UCEN. Promoveu-se a integração de um projecto da prática com um projecto formativo académico aliando assim teoria e prática.

Apresentou-se a caracterização sumária da unidade e do projecto de EpS assim como um modelo teórico de enfermagem que suporta as intervenções nesta área. Foram ainda operacionalizadas três sessões de EpS distintas com base no diagnóstico de necessidades formativas e efectuada reestruturação de uma sessão já existente.

Espera-se que o documento construído sirva de suporte à equipe de enfermagem e uma mais valia na procura da “excelência do exercício profissional” como se pretende.

5 - Bibliografia

AMARAL, João. Tratado da Clínica Pediátrica. Volume III. Lisboa: Abbott, 2008. ISBN 978-989-20-1277-3.

BISPO, Maria; PALMINHA, J. O Recém Nascido com cianose. In: PALMINHA, J.; CARRILHO, Eugénia Monteiro. Orientação Diagnóstica em Pediatria. Volume 2. Lisboa: Lidel, 2003. ISBN 972-757-249-9. P. 960-962.

BRAZELTON, T. Berry; GREENSPAN, Stanley I. (2006) – A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem. 5ª ed. Lisboa : Editorial Presença.

BROWNING, Gloria et al – Innovations in theory development for nursing discipline Volume I. 2007. Acessível em: <<https://repository.unm.edu/dspace/bitstream/1928/3233/1/2007PHDTheoryExtensionMonograph.pdf>>.

CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça – Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-22-4.

Decreto-Lei n.º 247/09 de 22 de Setembro.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação (Orientações Técnicas; 12). [Em linha] 2ª edição. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2005. [Consult. 20 Maio 2010]. Disponível na Internet em URL <www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf>

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – Urgências no Ambulatório em idade pediátrica. Volume I – Orientações Técnicas. [Em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. [Consult. 20 Maio 2010]. Disponível na Internet em URL: <www.dgs.pt>

GLANTZ, Karen. Teoria num Relance – Um guia para a prática da promoção da saúde. In: SARDINHA, Luís et al. Promoção da Saúde – Modelos e práticas de intervenção nos

âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo. Cruz Quebrada: FMH Edições, 1999. P. 9-55.

GOMES, Cristina – Cuidar do sono do bebé. Referência. II:9 (2009), p. 69-77.

GOMES-PEDRO, João. A descoberta do Bebê. In: GOMES, A. *et al.* Crianças. Lisboa: Clinica Universitária de Pediatria, 2001. ISBN 972-98604-2-4. P.28-30.

GREEN, Lawrence. Health Education Models. In : WILEY, J.; SONS. Behavioral Health: a handbook of health enhancement and disease intervention. New York: Matazzo J. D, 1984. P.181-198.

HERTZMAN, Clyde. The Case for Child Development as a determinant of health. Canadian Journal of Public Health. [Em linha].89: Supplement 1 (1998), 14-19.[Consult. 15 Mai. 2010]. Disponível na Internet: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9654787>> ISSN 00084263.

HOCKENBERY, M. *et al* – Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. ISBN 978-85-352-198-0.

LÓPEZ-HERCE, Jesús; CARRILLO, Angel – Manual de Reanimación Cardiopulmonar avanzada pediátrica y neonatal. Madrid: Artes Gráficas Cofás, S.A., 2006. ISBN 84-933345-0-2.

LOUREIRO, Fernanda – Percepções dos enfermeiros sobre da educação para a saúde realizada em contexto de urgência pediátrica. Cruz Quebrada [s.n.], 2009. Tese de Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade de Educação para a Saúde, apresentada à Universidade Técnica de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana.

MACEDO, Vieira *et al.* Sinais de Alarme. V – Convulsões. In: Orientação Diagnóstica em Pediatria. Volume 2. Lisboa: Lidel, 2003. ISBN 972-757-249-9. P. 959-960. P. 967-972.

MOREIRA, Rosa. O Recém-nascido e o risco de infecção. In: GOMES, A. *et al.* Crianças. Lisboa: Clinica Universitária de Pediatria, 2001. ISBN 972-98604-2-4. P.31-33.

NETO, Ana; PALMINHA, J. Emergências Pediátricas. I – Sinais de Alarme. In: PALMINHA, J.; CARRILHO, Eugénia Monteiro. Orientação Diagnóstica em Pediatria. Volume 2. Lisboa: Lidel, 2003. ISBN 972-757-249-9. P. 959-960. P. 775-779.

NUNES, Ana; BISPO, Maria. Sinais de Alarme I - Apneia. In: PALMINHA, J.; CARRILHO, Eugénia Monteiro. Orientação Diagnóstica em Pediatria. Volume 2. Lisboa: Lidel, 2003. ISBN 972-757-249-9. P. 959-960.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001, 16 p.

PENDER, Nola et al – Health Promotion in Nursing Practice. New Jersey: Prentice Hall, 2002. 340 p. ISBN 0 13 031950 3.

RIBEIRO, José Luís Pais – Escala de Satisfação com o suporte social. Análise Psicológica. [Em linha]. 3, XVII (1999), p.547-558. [Consult. 20 Maio 2010]. Disponível na Internet em [URL:http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf](http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n3/v17n3a10.pdf)>

RODRIGUES, M. *et al.* Educação para a Saúde – Educação Pedagógica de Formadores de Saúde. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda, 2005.

SAKRAIDA, Teresa. Modelo de Promoção de Saúde. In: TOMEY, Anne Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile - Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência, 2002.P.699-715.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEONATOLOGIA – Transporte em seguranças. [Em linha]. [Consult. 1 Dezembro de 2010]. Disponível na Internet em: <<http://www.lusoneatologia.net/usr/files/downloads/ba6d76540240613f49b66d0e06d0cd8e.pdf>>.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA – Consensos Nacionais em Neonatologia. [Em linha]. Secção de Neonatologia. Coimbra 2004. [Consult. 20 Fev. 2010]. Disponível em WWW:< <http://www.lusoneatologia.net/page/publications/consensus/pt>>.

VICTOR, Janaína et al – Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Acta Paulista de Enfermagem. 18: 3 (2005), p.235-240.

Anexos

Anexo 1 – Apresentação da Sessão - “Sinais de Doença”;

Anexo 2 – Panfleto: “Sinais de Doença”;

Anexo 3 – Apresentação da Sessão – “Preparação de Biberões”;

Anexo 4 – Panfleto: “ Preparação de Biberões”;

Anexo 5 – Apresentação da Sessão – “Transporte em Segurança”;

Anexo 6 – Panfleto: “Transporte em Segurança”;

Anexo 7 – Apresentação da Sessão – “Sono e Repouso”;

Anexo 8 – Panfleto: “Sono e Repouso”.

Anexo 9 – Apresentação reestruturada da Sessão – “Dificuldade Respiratória”

RELATÓRIO DE FORMAÇÃO: SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE ACERCA DE SINAIS DE DIFICULDADE RESPIRATÓRIA

1 - Planeamento

Data: 9 Dezembro de 2010 (turno da manhã);

Duração: 30 minutos;

Local: Sala de acompanhantes da UCEN;

Organização: Desenvolvido no âmbito do projecto de educação para a saúde que decorre, desde Abril 2010 na UCEN;

Formadora: Enf.^a Fernanda Loureiro;

Fundamentação e Pertinência: Esta sessão de formação surge enquanto acção de formação programada face às necessidades formativas dos pais. Decorre ainda no âmbito do projecto implementado e permite operacionalizar uma das sessões individuais planeadas;

Título: Sinais de dificuldade respiratória;

Destinatários: Prestadores de cuidados (mães e pais);

Temas:

- Sinais de dificuldade respiratória;
- Suporte Básico de Vida;

Objectivos Pedagógicos: Pretende-se que os formandos sejam capazes de:

- Identificar sinais e sintomas de dificuldade respiratória;
- Executar o algoritmo de suporte básico de vida;

Metodologias: Nesta sessão será utilizada metodologia expositiva e demonstrativa;

Recursos: Formadora, videoprojector, computador, bonecos;

Metodologia de avaliação: Avaliação da sessão efectuada através de preenchimento de grelha de observação.

2 - Plano De Formação

Conteúdos	Metodologia	Auxiliares Pedagógicos		Tempo	Formadora
		Audiovisuais	Outros		
<u>Introdução</u> - Apresentação do tema e enquadramento do mesmo;	Expositiva	Computador Videoprojector	Formadora	1 min.	Enf. ^a Fernanda Loureiro
<u>Dificuldade Respiratória</u> - Sinais e sintomas de dificuldade respiratória; - Reconhecimento da paragem respiratória; - Manobras de desobstrução; - Algoritmo de suporte básico de vida;	Expositiva e Demonstrativa	Computador Videoprojector	Formadora Bonecos	10 min.	
<u>Avaliação</u> - Síntese da sessão - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação da sessão	Activa	Computador Videoprojector	Formadora Bonecos Formandos	4 min	

3 – Avaliação

Estiveram presentes na sessão 6 formandos (5 mães e 1 pai). A avaliação foi efectuada através da aplicação de grelha de observação no final da sessão;

GRELHA DE OBSERVAÇÃO

Itens de observação	N.º de Formandos		
	Executa com Dificuldade	Executa	Executa com Facilidade
Refere sinais de dificuldade respiratória			6
Executa manobras de desobstrução		2	4
Avalia estado de consciência			6
Executa passos do algoritmo de suporte básico de vida		3	3

Como se pode verificar pela grelha acima apresentada a maioria dos pais “executa com facilidade” os itens observados pelo que se considera que a sessão atingiu os objectivos estabelecidos.

A sessão foi ainda avaliada pelos pais com instrumento de avaliação próprio. Verificou-se que todos classificaram todos os itens sujeitos a avaliação nos diferentes domínios (programa da acção, funcionamento da acção e qualidade da acção) no valor máximo - 4.