



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

# RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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 Pediátrica

Por Marta Filipa Corrente Ferreira Patrício

Lisboa, Maio de 2012

# RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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 Pediátrica

Por Marta Filipa Corrente Ferreira Patrício

Sob Orientação da Professora Doutora Zaida Charepe

Lisboa, Maio de 2012

*“O segredo da sabedoria, do poder e do conhecimento é a humildade”*

Ernest Hemingway

## **Agradecimentos**

À Professora Zaida Charepe, pela sua disponibilidade, orientação, apoio e carinho que foram imprescindíveis durante este percurso.

À Professora Elisabete Nunes, pelo seu apoio e por ter contribuído com sugestões importantes para este trabalho.

Às Senhoras Enfermeiras que me orientaram nos estágios e que partilharam comigo as suas experiências e conhecimentos, em particular à Senhora Enfermeira Lina Silva Faria, Senhora Enfermeira Sandra Ferreira e Senhora Enfermeira Marta Pereira.

À Senhora Enfermeira Fernanda Manuela Loureiro pela sua disponibilidade na partilha de informação importante sobre a temática.

Aos meus colegas de curso pelos momentos que partilhamos.

Ao Luís, colega e amigo que partilhou comigo este percurso, pelo seu apoio e compreensão nos momentos mais difíceis e pelo seu sentido de entreajuda.

À Sofia pelos seus contributos ao longo do meu percurso.

À Senhora Enfermeira Chefe e a toda a Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, pelo apoio nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, mana e avó por acreditarem em mim, pelo carinho e apoio nos momentos mais difíceis deste percurso e pela compreensão pela minha ausência. E a toda a minha família pelo apoio demonstrado.

Ao Vítor, com quem partilho a minha vida, pela compreensão da minha ausência, pelas palavras de carinho em todos os momentos, pela ajuda durante este percurso, sem ti não teria conseguido.

A todos os meus amigos que compreenderam a minha ausência e que sempre me apoiaram, em especial à Célia e ao Rui, pelas palavras de incentivo que me deram durante este tempo.

A todos os que de alguma forma contribuíram para a concretização dos meus objetivos.

E a todas as crianças que me foram inspirando ao longo deste percurso.

Muito Obrigado!

## RESUMO

Este relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa. Tem por objetivo descrever e refletir sobre as atividades realizadas e as experiências vivenciadas no decorrer da Unidade Curricular Estágio, que se encontra dividida em três módulos representativos dos diferentes contextos da prática do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Este deve promover o mais elevado estado de saúde possível, em crianças e jovens, pelo que o tema selecionado para a aquisição de competências neste âmbito foi a *Promoção da Saúde*.

Promoção da Saúde caracteriza-se pela capacidade que o indivíduo tem para alterar o comportamento, com o objetivo de potenciar a sua saúde. No âmbito da pediatria, este conceito passa pela promoção de iniciativas educativas e de apoio aos pais, com o objetivo destes proporcionarem melhores cuidados à criança.

Nos diferentes módulos de estágio, foram desenvolvidas atividades, no âmbito da promoção da saúde, de acordo com as necessidades de cada local de estágio. Assim, durante o **módulo I**, correspondente ao estágio em cuidados de saúde primários, após elaboração do diagnóstico de situação considerou-se pertinente a intervenção no âmbito da *Prevenção da Obesidade Infantil*, tendo sido desenvolvido um guia orientador centrado neste tema, que contempla um folheto informativo, a ser entregue aos pais durante a consulta de saúde infantil. Foi elaborado um poster destinado às crianças, alusivo à prática de uma alimentação saudável. No **módulo II**, correspondente ao estágio em serviços de medicina/cirurgia, devido à população específica no local de estágio, crianças com doença crónica, foram elaborados instrumentos formativos e informativos no âmbito das crianças portadoras de estomas. Assim, foram elaborados *kits* de ensino com o objetivo de facilitar os ensinamentos realizados pela equipa de enfermagem aos pais e que consequentemente fossem facilitadores da sua aprendizagem, tornando-os autónomos nos cuidados a ministrar à criança, diminuindo o tempo de internamento e consequentemente melhorando a qualidade de vida das crianças. O **módulo III**, dividido em dois momentos, um correspondente ao estágio em serviço de urgência pediátrica, onde foi elaborado um poster como estratégia promotora de saúde e uma ação de formação dirigida à equipa de enfermagem sobre estratégias promotoras de saúde em serviços de urgência pediátrica e um segundo momento, correspondente ao estágio em unidade de cuidados intensivos neonatais, que não foi realizado, por ter sido concedida creditação, justificada pela experiência profissional já existente nesta área.

As diferentes atividades desenvolvidas nesta unidade curricular foram fundamentais para a aquisição de competências como Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, devido às capacidades comunicacionais e relacionais desenvolvidas com a criança e sua família em diferentes idades, fases de desenvolvimento e contextos, bem como pelos conhecimentos adquiridos e experiências vivenciadas durante todo o percurso.

**PALAVRAS-CHAVE:** Promoção da Saúde, Criança, Família, Desenvolvimento Infantil

## ABSTRACT

This report appears under the curricular unit named Report, within the Master's Degree in Nursing, specialisation area of child health and pediatrics, from the Institute of Health Sciences, of the Portuguese Catholic University. The work aims to describe and reflect on the activities and experiences during the Internship subject which is divided into three stages, representing the different contexts of practice of the Nurse Specialized in Child Health and Pediatrics. This one most provide the highest possible health condition in children and young, whereby the chosen topic for competence acquisition was *Health Promotion*.

Health promotion is characterized by the ability that the individual has to change the behaviour, in order to enhance his health. In the context of health promotion in pediatrics, this concept exists to promote educational initiatives and support for parents, with the goal of providing better care to the child.

In the different internship stages, activities were developed, in the context of health promotion, according to the needs of each internship location. Thus, during **stage I**, corresponding to the internship focused on primary health care, after making the situation diagnosis it was decided to be relevant to intervene under the Prevention of Childhood Obesity, having been developed an orientation guide on this subject which includes a leaflet to be distributed to the parents during the childhood obesity prevention session. A poster aimed at children was developed, alluding to the practice of a healthy alimentation. **In stage II**, related to the internship in medical services / surgery, due its specific population, children with chronic illness, instruments of training and information have been developed in the context of children with stomas. Thus, teaching kits have been developed in order to assist the teaching carried out by nursing staff to the parents and that consequently were learning facilitators, making them independent in children care, reducing their hospitalization time and consequently improving the child's quality of life. **Stage III** was divided into two periods, one corresponding to an internship in a paediatric emergency department, where a poster was developed as a strategy for health promotion and a teaching program on strategies that promote health was carried out for nursing staff and a second period, related to an internship in a neonatal intensive care unit, which was not performed, because accreditation had been granted, justified by the experience had in this area.

The different activities carried out in this subject were essential for the acquisition of skills as a Specialized Nurse in the area of Child Health and Paediatrics, due to communication and relational skills developed with the child and his family at different ages, stages of development and contexts, as well as by new knowledge and experiences acquired throughout the journey.

**KEYWORDS:** Health Promotion, Child, Family, Infant Development.

## **SIGLAS**

COSI - Childhood Obesity Surveillance Initiative  
CSSJ - Centro de Saúde de São João  
DGS - Direcção-Geral da Saúde  
DSMIA - Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes  
EE - Enfermeiro Especialista  
EESIP - Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica  
EPE – Empresa Pública Empresarial  
ESIP - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
HDE - Hospital Dona Estefânia  
ICN - International Council of Nurses  
IMC - Índice de Massa Corporal  
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa  
SO - Sala de Observações  
SUP - Serviço de Urgência Pediátrica  
UCERN - Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais  
UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais  
UMAD - Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

## **ABREVIATURAS**

et al - *et alli* (e outros)  
% - percentagem

## ÍNDICE

<b>0</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>1</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	19
1.1	Promoção da Saúde.....	19
<b>2</b>	<b>DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS</b> .....	27
2.1	Módulo I – Cuidados de Saúde Primários.....	28
2.1.1	<u>Recursos da Comunidade</u> .....	28
2.1.2	<u>Centro de Saúde</u> .....	31
2.2	Módulo II – Serviços de medicina/cirurgia .....	37
2.3	Módulo III – Serviços de Urgência e Neonatologia .....	43
2.3.1	<u>Serviço de Urgência Pediátrica</u> .....	43
2.3.2	<u>Serviço de Neonatologia</u> .....	48
<b>3</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	51
<b>4</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	55
	<b>ANEXOS</b> .....	59
	<b>ANEXO I - Dados do diagnóstico de situação realizado no estágio de módulo I – Centro de Saúde de São João</b> .....	61
	<b>ANEXO II - Guia Orientador na Prevenção/Atuação em Crianças com Obesidade</b> .....	65
	<b>ANEXO III - Poster: “Semáforo dos Alimentos”</b> .....	99
	<b>ANEXO IV - Kit Traqueostomia</b> .....	103
	<b>ANEXO V - Kit Gastrostomia</b> .....	119
	<b>ANEXO VI - Kit Estomas Intestinais</b> .....	135
	<b>ANEXO VII – Quadro de Associações e Instituições de apoio a crianças com doença crónica e ostomizadas</b> .....	153
	<b>ANEXO VIII – Legislação sobre doente ostomizado</b> .....	157

<b>ANEXO IX – “Livrinho das Partilhas”</b> .....	163
<b>ANEXO X - Grelhas de avaliação/validação dos ensinamentos realizados aos pais</b> .....	169
<b>ANEXO XI - Dossier: “Crianças com Estomas”</b> .....	175
<b>ANEXO XII - Índice de artigos que foram consultados e facultados à equipa de enfermagem da UCERN</b> .....	191
<b>ANEXO XIII - Relatório da Ação de Formação: “Complicações da Pele Peri-Estoma”</b> .....	197
<b>ANEXO XIV - Questionário Aplicado à Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica</b> .....	241
<b>ANEXO XV – Autorização da autora para adaptação e utilização do questionário</b> .....	245
<b>ANEXO XVI - Poster: “Como Diminuir as Cólicas do seu Bebê”</b> .....	249
<b>ANEXO XVII - Relatório da Ação de Formação: “Estratégias de Promoção da Saúde no Serviço de Urgência Pediátrica”</b> .....	253



## 0 INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório surge integrada na Unidade Curricular Relatório, enquadrada no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, e tem como objetivo descrever as atividades realizadas e as experiências vivenciadas no decorrer da Unidade Curricular Estágio, refletindo sobre as competências de Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) adquiridas ao longo deste percurso.

Em funções num serviço com uma população tão específica como uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, tive necessidade de alargar esta experiência e adquirir novos conhecimentos e competências em pediatria. Tendo optado pela realização deste curso, permitindo assim, a certificação de competências já adquiridas e adquirindo novas com uma população mais abrangente, no âmbito da Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP).

Apesar de atualmente ser designada por Especialidade em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, optou-se, ao longo do relatório por se utilizar a designação do curso, pelo que se irá designar a referida especialidade por Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e correspondentemente utilizar-se-á a designação de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica para se referenciar o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Enfermeiro Especialista é todo “(...) o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011b, p.8648). Neste contexto o EESIP é o enfermeiro que presta cuidados especializados à criança e sua família, trabalhando em parceria com esta “(...) em qualquer contexto em que ela se encontre (hospitais, cuidados continuados, centro de saúde, escola, comunidade, casa,...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (ORDEM DOS ENFERMEIRO, 2011b, p.8653). O seu campo de intervenção compreende o período que medeia o nascimento até aos 18 anos de idade, podendo em situações especiais, como por exemplo de deficiência, este período ser alargado até a transição para a vida adulta estar efetuada com sucesso (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011c). Assim, as competências deste especialista passam pela assistência à criança/jovem e sua família na maximização da sua saúde; em cuidar a criança/jovem e família em situações complexas e prestar cuidados individualizados à criança/jovem tendo em conta os diferentes

estádios de desenvolvimento, incluindo sempre a família nos seus cuidados (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011c).

De forma a adquirir as competências anteriormente enumeradas, foi necessário a seleção de um tema de forma a elaborar um projeto de ação para delinear os objetivos e as atividades a desenvolver em cada módulo de estágio. Assim, e tendo em consideração que o EESIP promove o mais elevado estado de saúde possível, em crianças saudáveis ou doentes foi escolhido o tema *Promoção da Saúde*. Inicialmente foi realizado um projeto, onde se definiram os objetivos e as atividades a realizar em cada módulo de estágio, contudo e como BARBIER (1993, p.52) defende o “ (...) «dizer» não equivale sempre a «fazer»(...)” e um projeto é uma antecipação, com carácter dinâmico, sendo passível de sofrer alterações durante a sua concretização. Assim, após o contacto com cada local de estágio alguns objetivos e atividades inicialmente planeadas foram adequados às necessidades de cada contexto.

Visto que “ (...) a teoria não só é essencial para a existência da enfermagem enquanto disciplina académica, como também é vital para a prática da profissão” (TOMEY e ALLIGOOG, 2004, p.17), foi necessária a escolha de uma teoria que fundamentasse a prática do enfermeiro na promoção da saúde. Assim, escolheu-se o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Este modelo que integra a Teoria Social de Bandura, defende que uma aprendizagem também ocorre por observação de um comportamento de uma pessoa ou pelas consequências que advêm desse comportamento (PENDER, MURDAUGH e PARSONS,2011). O Modelo original de Promoção da Saúde de Nola Pender foi desenvolvido em 1982, tendo sido aperfeiçoado para se centrar em dez categorias determinantes de comportamentos de promoção da saúde, numa tentativa de descrever a natureza multifacetada das pessoas que interagem com o ambiente enquanto procuram saúde (PENDER, MURDAUGH e PARSONS,2011).

É na infância que se formam os hábitos e rotinas, pelo que é nesta altura que se devem desenvolver comportamentos promotores de saúde. Assim, é importante adequar-se as metodologias de promoção de saúde a cada faixa etária, podendo para tal englobar-se os pais/família nestas ações, visto serem os responsáveis pela sociabilização e pela aquisição de comportamentos da criança (PENDER, MURDAUGH e PARSONS,2011).

BENNER (2001) afirma que a perícia desenvolve-se em situações da prática real, pelo que a realização de um estágio abrangente às diferentes áreas da prática do EESIP é fundamental para a aquisição de conhecimentos e competências neste âmbito. Neste sentido, o estágio dividiu-se em três módulos. O módulo I, referente aos cuidados de saúde primários, foi dividido em dois momentos, o primeiro relativo aos recursos da comunidade, realizado na Consulta de Endocrinologia do Hospital Dona Estefânia e um segundo momento que se realizou no Centro de Saúde de São João, onde após o diagnóstico de situação se verificou que das crianças com data de nascimento entre 1 de Outubro de 2004 e 31 de Dezembro de 2005, 39% apresenta excesso de peso ou obesidade. Após a comparação destes dados com os dados disponíveis

em Portugal, justificou-se a intervenção nesta área, tendo sido elaborado um guia orientador na prevenção da obesidade infantil, de forma a facilitar a intervenção do EESIP neste contexto. De forma a facilitar a aprendizagem dos pais sobre a prática de uma alimentação saudável foi elaborado um folheto a ser entregue aos mesmos. Foi também elaborado um poster alusivo à prática de uma alimentação saudável mas destinado às crianças. O módulo II, correspondente a serviços de medicina/cirurgia realizou-se na Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais do Hospital Dona Estefânia onde, devido às especificidades da população deste serviço, foi desenvolvida a promoção da saúde em crianças com doença crónica e sua família. O módulo III relativo aos serviços de urgência pediátrica e neonatologia, também composto por dois momentos, um primeiro que se realizou no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Dona Estefânia, onde foi realizada uma ação de formação dirigida à equipa de enfermagem sobre esta temática, tendo em vista a educação da população para a diminuição do número de “falsas urgências”. Foi também elaborado um poster como estratégia promotora de saúde neste contexto. O segundo momento, relativo ao serviço de neonatologia não foi realizado por ter sido concedida creditação, visto que a experiência profissional existente nesta área assim o justificou.

Em termos estruturais este relatório apresenta, após a introdução, um primeiro capítulo de fundamentação teórica, que contempla como tema principal a promoção da saúde e temas secundários como a obesidade infantil, tema desenvolvido no módulo I e a promoção da saúde em crianças com doença crónica e sua família, tema aprofundado no módulo II. Segue-se, no segundo capítulo, que por sua vez se encontra subdividido em três subcapítulos, a descrição e reflexão sobre os objetivos e as atividades elaboradas em cada módulo de estágio, bem como das competências adquiridas ao longo dos mesmos. Por fim, procede-se à conclusão deste relatório onde estão refletidas as mudanças profissionais e pessoais decorrentes deste percurso, bem como as dificuldades sentidas e limitações. Terminando com a apresentação das referências bibliográficas utilizadas e anexos.



## 1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo são apresentados os principais contributos encontrados na literatura sobre a temática desenvolvida ao longo da Unidade Curricular Estágio e alguns conceitos pertinentes sobre temas abordados em contexto específicos da prática, como é exemplo a obesidade infantil e a promoção da saúde em crianças com doença crónica e sua família.

### 1.1 Promoção da Saúde

Em 1948 surge a definição de saúde, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como sendo um “... estado completo de bem-estar físico, psíquico e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011, p.1). Numa definição mais atual e numa perspetiva da enfermagem, saúde, segundo o *Internacional Council of Nurses* (ICN) é um processo dinâmico, onde o indivíduo tem capacidade de “... adaptar-se a, e de lidar com o ambiente, satisfazer necessidades e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES, 2005, p.95).

PENDER et al (1992, p.106), defendem que a maior prevalência de problemas de saúde são resultado de ambientes comprometedores desta e de comportamentos pessoais, pelo que defendem que no sentido de se melhorar a saúde de uma população, deve-se incluir nos cuidados de saúde, a sua promoção.

Promoção da saúde é definida na Carta de Ottawa, decorrente da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Novembro de 1986, como sendo um processo no qual a comunidade tem um papel ativo na melhoria da sua qualidade de vida e saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a). Neste documento também se pode ler que o processo de promoção da saúde, exige uma ação conjunta entre governos, profissionais de saúde, setores sociais, indústria e organizações não-governamentais e voluntárias, pelas autoridades locais e pelos *média* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011a). Assim, o EESIP deve ter presente que qualquer intervenção de promoção da saúde para ser bem sucedida deve contemplar a colaboração não só da família mas também da comunidade, da escola e dos *média*.

Também a legislação Portuguesa, na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto, alterada pela Lei nº 27/02 de 8 de Novembro), contempla o envolvimento de diversas entidades (departamentos do desporto, ambiente, economia, urbanismo), responsabilizando ainda os cidadãos pela promoção da sua saúde, ao afirmar que estes “(...) são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde, individual e colectiva, tendo o dever de a defender e promover” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, p.3453). Porém, esta responsabilidade também é repartida pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros, como está descrito no Decreto-lei n.º161/96 de 4 de Setembro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996) e nos Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem quando se lê: “Na procura permanente da excelência

*no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002, p.12).*

No âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o Enfermeiro Especialista (EE) tem como alvo dos seus cuidados a criança/família ou pessoa significativa, qualquer que seja o contexto em que esta se encontre, com o objetivo de promover o mais elevado estado de saúde possível, prestar cuidados à criança sã ou doente, proporcionar educação para a saúde e identificar e articular recursos de apoio à família ou pessoa significativa (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011b). Assim, é da competência do EESIP, a promoção da saúde da criança/família ou pessoa significativa.

No que diz respeito à promoção da saúde da criança, o EESIP terá de ter presente que as crianças com doenças crónicas ou com necessidades especiais de saúde, também são alvo dos seus cuidados, necessitando também de cuidados promotores de saúde e que a sua intervenção, independentemente do tipo de cuidados específicos de cada criança, é no sentido de promover o crescimento e desenvolvimento infantil saudáveis.

As ações de promoção de saúde devem ser direcionadas para a criança, quando esta tem idade e capacidade para tal e para a sua família, sendo importante o enfermeiro ter presente um conceito ampliado de família. Este conceito pode ser definido centrando-se em diferentes aspetos: legais (relações estabelecidas por laços de sangue, adoção ou casamento), biológicos (ligações genéticas entre indivíduos), sociológicos (grupos de indivíduos que vivem juntos) ou psicológicos (indivíduos com fortes laços emocionais) (HANSON, 2005). Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, o conceito de família “(...) *compreende o conjunto de indivíduos que possui a responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem, exercendo uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011a, p.4), onde os pais são responsáveis pela maioria dos cuidados prestados à criança/jovem, não excluindo a importância de outras pessoas significativas na vida desta (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011a).

A família é um modelo para a criança e sendo a principal responsável pela sua prestação de cuidados, na saúde ou na doença, é seu dever ensinar comportamentos e valores de saúde e bem-estar, o que a torna o alvo ideal para a dinamização de estratégias de promoção da saúde (HANSON, 2005; PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011).

O enfermeiro tem um papel privilegiado na equipa multidisciplinar por estar mais próximo das famílias e assim ter maior possibilidade de conhecer a sua cultura, valores, crenças e estilos de vida, bem como dos recursos existentes na comunidade, conferindo-lhe o papel de agente facilitador na promoção da saúde (CARVALHO e CARVALHO, 2006). Assim, o papel do EESIP consiste em orientar supervisionar e transmitir informações à criança ou jovem e à sua família

com o objetivo de promover alterações no seu comportamento, com vista à aquisição de estilos de vida saudáveis, pelo que deverá acompanhar o processo e intervir com novas orientações ou informações sempre que se justifique (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996). E para tal, deverá trabalhar em parceria com outros profissionais de saúde e com os parceiros comunitários.

Segundo CARVALHO e CARVALHO (2006), a saúde e a doença são influenciáveis por fatores sociais e ambientais do indivíduo. PENDER, MURDAUGH E PARSONS (2011), defendem que a promoção da saúde é multidimensional, podendo os comportamentos de saúde e bem-estar do indivíduo serem afetados pela comunidade, nível socioeconómico, cultura e pelo ambiente. As mesmas autoras afirmam que a promoção da saúde é um processo que permite que os indivíduos, grupos, famílias ou comunidades detenham controlo sobre os seus comportamentos de saúde e que tenham uma atitude sobre estes, deste modo identificaram seis dimensões:

Individual: onde as escolhas que cada um faz durante a sua vida, influencia a sua saúde e a sua qualidade de vida.

Familiar: ambiente familiar, estilos de vida dos pais, influenciam os comportamentos da criança, encorajando comportamentos saudáveis ou menos saudáveis. Os enfermeiros devem ter particular atenção no desenvolvimento de estratégias de promoção do bem-estar da família, para se iniciar a promoção de comportamentos saudáveis na infância.

Comunidade: programas de promoção da saúde na comunidade permitem uma melhor divulgação de informações de saúde e encorajam mudanças de comportamentos relevantes para a saúde.

Socioeconómica: as condições sociais em que as pessoas vivem (pobreza, escassez de alimentos, condições sanitárias deficitárias) têm grande influência na sua saúde.

Cultural: o estereótipo cultural assume que todos os indivíduos da mesma cultura partilham das mesmas características, contudo podem ter diferentes experiências, o que se traduz em comportamentos de saúde diferentes.

Ambiental: o ambiente implica as circunstâncias físicas, interpessoais e económicas onde cada indivíduo vive. Tanto as pessoas significativas como os enfermeiros fazem parte do ambiente que exerce influência sobre as pessoas, para a adoção de novos comportamentos ao longo de todo o seu ciclo vital.

PENDER, MURDAUGH e PARSONS (2011), com o intuito de retratar a natureza multidimensional da pessoa e a sua interação com o seu ambiente na procura de saúde, elaborou um modelo designado por Modelo de Promoção da Saúde, em 1982, tendo-o aperfeiçoado e centrado em dez categorias determinantes de comportamentos de promoção da

saúde (comportamentos anteriores relacionados; fatores pessoais; benefícios de ação percebidos; barreira percebidas para a ação; auto-eficácia percebida; atividades relacionadas com a apresentação; influências interpessoais, normas de apoio, modelos; influências situacionais; exigências imediatas, preferências e compromisso com um plano de ação). Este modelo integra constructos da teoria valor-experiência e da teoria sociocognitiva de Bandura, dentro de uma perspectiva da enfermagem holística e do funcionamento humano (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011). Ao contrário de outros modelos, como o de crenças da saúde este, não engloba o medo como fonte de motivação para o indivíduo adquirir comportamentos de saúde saudáveis. O modelo de promoção de saúde de Nola Pender, engloba processos bio-psico-sociais “ (...)que motivam os indivíduos a ter comportamentos orientados no sentido da melhoria da saúde” (TOMEY e ALLIGOOG, 2004, p.706).

PENDER, MURDAUGH e PARSONS (2011) defendem que a família é o alvo ideal para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde e para se desenvolver planos preventivos, visto ser a responsável pela sociabilização da criança.

Na infância os hábitos e rotinas estão-se a formar, pelo que os comportamentos promotores de saúde são facilmente adquiridos nesta faixa etária. PENDER, MURDAUGH e PARSONS (2011), defendem que os comportamentos desenvolvidos na infância são mais propensos a persistir como parte integrante do estilo de vida, do que as alterações realizadas em comportamentos de saúde na idade adulta.

De acordo com a idade da criança/jovem é necessário adequar as metodologias de promoção da saúde, assim, na primeira infância o foco de atenção do EESIP deverá estar voltado para os pais e educadores com o objetivo de sensibilizá-los para a sua responsabilidade na saúde e no desenvolvimento do bebé. Em crianças na idade pré-escolar a responsabilidade da sua saúde mantém-se a ser dos pais e educadores, que controlam o comportamento e modelam as atitudes da criança, pelo que será importante ajudar os pais e educadores a compreenderem as consequências das suas atitudes educacionais (BARROS, 2003). Nas crianças em idade escolar os pais e educadores mantêm-se como responsáveis pela saúde e desenvolvimento da criança, contudo esta será também influenciada pelos seus pares e pelos *média*, o que torna a criança progressivamente autónoma nas suas “(...)opções comportamentais saudáveis e de prevenção: fazer exercício físico, escolhas alimentares nomeadamente fora das refeições principais, prevenção dos acidentes, resolução assertiva de conflitos” (BARROS, 2003, p.179). Pelo que o contrato comportamental, o reforço e a programação de atividades didáticas são metodologias de promoção da saúde, adequadas a esta idade (BARROS, 2003). Na adolescência, o jovem confronta-se com um conjunto de mudanças internas e externas que o colocam em maior risco de estabelecer padrões de comportamentos mais prejudiciais à sua saúde. Nesta fase têm maior autonomia e acesso a outros modelos podendo ser uma fase de reestruturação de hábitos de alimentação, de prática de exercício físico e de consumos

excessivos. Assim, as metodologias de programação de atividades ou a definição de objetivos positivos são das mais adequadas a esta faixa etária (BARROS, 2003).

O Programa Tipo de Actuação no âmbito da Saúde Infantil e Juvenil da Direcção Geral de Saúde (DGS), defende a manutenção e promoção da saúde de todas as crianças, através do incentivo para a opção de comportamentos saudáveis, nomeadamente a nível da nutrição, de forma a prevenir práticas alimentares incorretas, e do incentivo pela prática de exercício físico (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2005). Estes dois temas são de grande importância para o desenvolvimento infantil devido ao aumento do número de casos de obesidade infantil em Portugal.

Obesidade infantil é definida pela OMS como uma doença onde a acumulação excessiva de gordura apresenta riscos para a saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011). A obesidade infantil é atualmente considerada uma das doenças pediátricas mais comuns, não só em países desenvolvidos, como em países em desenvolvimento. O aumento da sua prevalência torna-a um problema de saúde pública (MARTINS, 2008).

Segundo dados da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2011), a obesidade infantil devido ao aumento do número de casos, é atualmente a doença nutricional mais prevalente a nível mundial, com prevalência superior à desnutrição. A mesma fonte revela que a nível mundial surgem anualmente cerca de quatrocentos mil novos casos de crianças com excesso de peso, a adicionar aos quarenta e cinco milhões já existentes e que na Europa estima-se que uma em cada cinco crianças tenha excesso de peso.

Portugal encontra-se numa posição desfavorável no contexto europeu, sendo um dos países com maior taxa de prevalência de obesidade infantil, juntamente com Espanha, Grécia e Itália, que apresentam valores superiores a 30% de prevalência de excesso de peso, sendo mais de 10% das crianças obesas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

O estudo mais recente realizado em Portugal, denominado COSI – Portugal (Childhood Obesity Surveillance Initiative), avaliou 3812 crianças com idades entre os 6 e os 9 anos, do 1º e 2º ano, de 181 escolas, nos anos de 2007 e 2008. Os resultados obtidos basearam-se nos critérios do Center for Diseases Control and Prevention, onde a pré-obesidade compreende valores de Índice de Massa Corporal (IMC) entre os percentis 85 e 95 e a obesidade com valores de percentil iguais ou superiores a 95 (RITA e BREDAS, 2011). Com base nestes critérios conclui-se que nos anos de 2007 e 2008, 32,1% de crianças portuguesas com idades entre os 6 e os 9 anos, apresentavam excesso de peso, sendo 14,5% das crianças obesas (RITA e BREDAS, 2011).

Segundo RITA e PEÇAS (2007), mudanças culturais e necessidades económicas levaram à saída da mulher de casa para trabalhar, tendo diminuído o número de refeições confeccionadas em casa e aumentando o consumo de refeições rápidas e hipercalóricas. Perderam-se assim,

valores tradicionais da dieta mediterrânea – dieta saudável e diversificada – por parte dos pais, com o aumento do consumo de “fast-food”. Sendo as famílias o primeiro ambiente de aprendizagem das crianças, estas são os modelos a seguir, assim as crianças “copiam” os pais nos seus hábitos alimentares, preferindo alimentos com menor valor nutricional mas elevado teor calórico. A inatividade física das crianças, influenciada pelo sedentarismo dos pais é um dos principais fatores de aumento da obesidade infantil (RITA e PEÇAS, 2007). Os avanços tecnológicos – televisão, vídeos, computador, consolas – e a diminuição de espaços verdes para as crianças brincarem, contribuíram para o aumento da sua permanência em casa, em detrimento das brincadeiras e jogos na rua, com conseqüente diminuição da atividade física e de gasto energético (REGO e PEÇAS, 2007). Enquanto as crianças iam para a escola a pé, devido ao aumento da criminalidade e às grandes distâncias entre as habitações, os empregos dos pais e as escolas, leva, hoje em dia, a um aumento do uso de transportes motorizados e diminuição da prática de atividades ao ar livre, promovendo a inatividade física (REGO e PEÇAS, 2007).

Relativamente à etiopatogenia da obesidade infantil, esta pode ser de etiologia nutricional, simples ou exógenas ou de etiologia endógena, quando é conseqüência de uma alteração endócrina, lesão do sistema nervoso central, síndromes genéticas ou por consumo de determinados fármacos (REGO e PEÇAS, 2007; POOBALAN et al, 2008). As primeiras causas são as mais comuns na obesidade infantil, correspondendo a cerca de 95% dos casos e caracterizam-se pela existência de um desequilíbrio do balanço energético, ou seja, um desequilíbrio entre as necessidades nutricionais e o gasto energético (MELO, LUFT e MEYER, 2004; JÚNIOR, CAVALCANTE e CAMELIER, 2006; REGO e PEÇAS, 2007).

São variadas as conseqüências que a obesidade tem durante a idade pediátrica. Esta doença tem contribuído para o aumento do número de doenças, que anteriormente eram atribuídas apenas aos adultos, como a diabetes *mellitus* tipo II, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, respiratórias, gastrointestinais e metabólicas. Contudo, outras conseqüências ocorrem, tais como mortalidade precoce e distúrbios psicossociais. A discriminação de que são alvo, devido ao seu excesso de peso, leva ao isolamento social destas crianças e conseqüente baixa autoestima, que contribui para uma autoimagem fragilizada e conduz a situações de depressão e baixo rendimento escolar (MELO, LUFT e MEYER, 2004; REGO e PEÇAS, 2007; CARVALHO, 2009; CATTANEO et al, 2010).

A obesidade infantil é uma doença de difícil tratamento e para a sua eficácia é necessária a intervenção de uma equipa multidisciplinar. A elaboração de uma dieta numa criança em desenvolvimento requer determinados requisitos, de forma a não comprometer o seu crescimento saudável. Requer também uma grande disponibilidade dos pais/família visto que terá de existir alterações na dinâmica familiar, devido às modificações alimentares e de estilo de vida familiar. O uso de fármacos para o tratamento da obesidade infantil não é aconselhado, devido às suas limitações e ao défice de estudos sobre os seus efeitos adversos a longo prazo,

adicionando o facto de serem muito dispendiosos (REGO e PEÇAS, 2007). Por fim, quando todos os tratamentos falharem poderá ser ponderada a cirurgia, contudo esta não é isenta de riscos e só poderá ser realizada em adolescentes que já tenham atingido a maturidade biológica, obrigando a rigorosos controlos alimentares e de estilos de vida (REGO e PEÇAS, 2007) Assim, e adicionando o facto dos hábitos alimentares e a prática de exercício físico serem os principais fatores causadores de obesidade infantil suscetíveis de alteração, a prevenção é a melhor solução para o controlo desta epidemia (BARLOW e DIETZ, 1998; MELO, LUFT e MEYER, 2004; REGO e PEÇAS, 2007).

A prevenção da obesidade deverá ser iniciada o mais precocemente possível e deverá abranger crianças que não apresentem qualquer risco de se tornarem obesas e as que já têm alterações no seu padrão nutricional, com o objetivo de se minimizar as consequências da obesidade no seu desenvolvimento (WOFFORD, 2008). Deverá ser uma abordagem multidisciplinar, englobando não só enfermeiros, médicos e nutricionistas, mas também professores, grupos de defesa do consumidor, governo e os meios de comunicação social, que também têm grande importância na educação da população, potencializando a informação que chega a esta (WOFFORD, 2008). Os pais/família também deverão estar incluídos nesta equipa, devido às alterações da sua dinâmica familiar e por serem estes os modelos para as crianças, tal como já foi referido anteriormente.

Na realidade a obesidade é considerada pela OMS, como sendo uma doença crónica, por necessitar de tratamento durante toda a vida. Segundo REGO e PEÇAS (2007), esta definição apenas se aplica à obesidade em idade adulta, porém, as mesmas autoras afirmam que o elevado risco que as crianças correm em se manterem adultos obesos, “(...) *perpetuando também as complicações associadas à obesidade, podemos pensar nela como uma definição adaptável à idade pediátrica*” (REGO e PEÇAS, 2007, p.32).

Existem diversas definições de doença crónica, sendo que cada autor a caracteriza de forma diferente (SILVA, 2001). Alguns autores caracterizam a doença crónica pela sua longa duração, enquanto outros a caracterizam como uma doença que pode não ter cura ou como sendo uma doença que cause alterações no viver diário do indivíduo ou que requer internamento hospitalar superior a um mês (THEOFANIDIS, 2007; CÂMARA e COLETO, 2009).

A doença crónica tem implicações não só no desenvolvimento da criança, como nas relações familiares (CASTRO, 2002). Segundo PEDRO (2009), há autores que defendem que o impacto da doença na família provoca alterações a três níveis: estruturais (todos os elementos da família são afetados pela doença de um dos membros, onde o cuidador principal desenvolve uma relação estreita com o elemento doente e todos os outros são excluídos; ocorre também superproteção do elemento doente); processuais (a doença de um elemento obriga a um processo de adaptação das necessidades familiares); alterações cognitivas (o cuidador

principal por vezes não está disposto a continuar neste papel, pensando que a sua vida não deveria ser afetada com a situação de doença de outro elemento da família; esta situação afeta não só o cuidador principal como os restantes elementos da família que tentam que este papel continue a ser exercido).

As consultas frequentes, as hospitalizações repetidas e prolongadas, a necessidade de cuidados especiais que a criança exige, são fatores que contribuem para a alteração da dinâmica familiar, sendo fatores causadores de *stress* (CASTRO et al, 2002). Contudo, cada família vivencia diferentes níveis de *stress*, dependendo da sua capacidade de adaptação à doença da criança (JORGE, 2004). Esta capacidade de adaptação dependerá da forma como surge a doença, podendo ser de início súbito, requerendo da família uma rápida mobilização de competências para se adaptar à nova situação, ou de aparecimento gradual, permitindo à família maior tempo de adaptação, bem como dos sistemas de suporte da família, nomeadamente experiências anteriores semelhantes, coesão dos seus membros, capacidade de utilizar recursos exteriores ao núcleo familiar (JORGE, 2004). As reações mais comuns da família, após o diagnóstico de doença crónica, são, segundo CÂMARA e COLETTI (2009), choque, descrença, culpa e um grande sentimento de perda.

THEOFANIDIS (2007) defende que o processo de adaptação da família à criança com doença crónica é complexo, gerando sentimentos de desespero, angústia, especialmente quando é provável que esta doença permaneça durante todo o ciclo vital da criança. Outras alterações como identidade parental ameaçada é vivenciada pelo pai, quando sentem que foram os responsáveis por fazer nascer uma criança não saudável ou que não souberam proteger o seu filho de uma doença. Para este autor, alguns pais de forma a gerirem melhor esta situação focam-se apenas a curto prazo, ou seja, lidam dia-a-dia, não traçando objetivos para o futuro (THEOFANIDIS, 2007).

Depois do diagnóstico de doença crónica, a família tende a desorganizar-se, alterando as suas rotinas. Porém chega o momento em que tenta a reorganização e a satisfação das suas necessidades de forma a adquirir novamente o equilíbrio familiar. A adaptação à doença não é um processo simples, implica grande empenho e dedicação, nomeadamente em doenças que exijam dos pais o envolvimento diário no cuidado ao filho (CORREIA, 2010). A procura de informação específica sobre a doença e sobre os cuidados específicos que estas crianças necessitam, são exemplos de estratégias de *coping* que estão relacionadas com o esforço da família para lidar com a situação, visto terem de adquirir competências adequadas para se tornarem autónomos nos cuidados ao seu filho (CORREIA, 2010).

## 2 DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

A unidade curricular estágio é composta por três módulos, que correspondem às diferentes áreas de atuação do EESIP.

Ao realizar os estágios nos diferentes contextos da prática do EESIP é possível a aquisição de competências neste âmbito. Como defende BENNER (2001) a experiência é necessária para se ser perito em determinada área, assim “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 pela teoria” (BENNER, 2001, p.61), pois só aplicando a teoria a situações reais é que aprendemos a “saber-fazer”. Segundo o modelo de perícia de Dreyfus, adaptado por BENNER (2001), podemos tornar-nos peritos numa determinada área quando a experienciamos. O mesmo modelo defende que são essenciais as situações de trabalho para a aquisição de competências e que para tal é necessário passar-se por cinco níveis de proficiência, onde o formando vai passando para o nível seguinte, consoante a introdução e aquisição de uma competência (BENNER, 2001).

O regulamento referente às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, contempla que “(...) a actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011b, p.8648), assim como o regulamento referente às Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, refere que este “(...) trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (...)” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011c, p.8653). Neste sentido foi delineado um primeiro objetivo geral, comum ao longo de todo o estágio:

**Desenvolver competências de enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, para a prestação de cuidados especializados à criança/jovem e sua família nos diferentes contextos em que esta se encontre.**

Sendo o enfermeiro um privilegiado na equipa multidisciplinar, no contato com a criança e família, este tem o papel de agente facilitador na promoção da saúde destas, pelo que o seu papel passa por transmitir informações à criança, quando esta tem idade e capacidade para tal e à sua família, com o objetivo de alterar comportamentos, com vista ao desenvolvimento saudável da criança. Assim, o segundo objetivo geral transversal aos três módulos de estágio consiste em:

**Adquirir competências de enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, no âmbito da promoção da saúde nas diferentes áreas da sua prática.**

O EESIP para promover estratégias de promoção para a saúde com a criança e família, deverá escutá-la, conhecer e respeitar os valores, crenças e cultura de cada família face à saúde, criar uma relação de ajuda, ajudar a tornar claras as escolhas adequadas e disponíveis para cada família. Deverá acompanhar o processo de aprendizagem de cada criança e família, bem como perceber os comportamentos adotados nos cuidados à criança, de forma a intervir sempre que necessário (QUEIROZ e JORGE, 2006). Para intervir de forma eficaz, o EESIP deverá valorizar o que a família já sabe e não impor as suas ideias, mas sim alertá-la para os seus comportamentos de risco, que poderão ser posteriormente adquiridos pelas crianças, pelo que é importante que desenvolva capacidades de comunicação.

Apostar na sua formação para acompanhar as mudanças ligadas à saúde, de forma a responder às necessidades da criança e família e na dos seus pares, bem como a prática de investigação, para a melhoria dos cuidados, fazem também parte do papel do EESIP.

Foram estabelecidos objetivos para cada módulo de estágio e determinaram-se diferentes atividades que os permitissem concretizar. Ao longo do percurso adquiriu-se competências que irão ser descritas em cada módulo, sendo algumas transversais aos três módulos, como é exemplo a aquisição de competências comunicacionais, que são imprescindíveis na promoção da saúde.

## **2.1 Módulo I – Cuidados de Saúde Primários**

Este módulo correspondente aos cuidados de saúde primários, teve um total de 180 horas de contacto e dividiu-se em dois momentos. Um primeiro correspondente aos recursos na comunidade e um segundo que decorreu em centro de saúde.

### **2.1.1 Recursos da Comunidade**

Este módulo decorreu na Consulta de Endocrinologia do Hospital Dona Estefânia, de 27 a 29 de Abril de 2011. Pretendendo-se uma observação dos recursos da comunidade, devido à limitação de tempo e tendo em conta o tema escolhido para desenvolver ao longo da unidade curricular estágio, foi delineado o seguinte objetivo:

**Refletir acerca do papel do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica como promotor da saúde, na consulta de endocrinologia.**

O Hospital Dona Estefânia esta integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Central, Empresa Pública Empresarial e é um hospital de referência em pediatria, para a zona sul do país, ilhas e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). Tem como missão: 1) “prestar cuidados de saúde diferenciados e de elevada qualidade à criança e à mulher”; 2) “assegurar a formação pré-graduada e pós-graduada de acordo com padrões de mais elevada qualidade e promover a investigação”; 3) “desenvolver formas de ligação do hospital com a comunidade

*facilitando a acessibilidade aos seus recursos e o desenvolvimento de complementaridades e parcerias no interesse dos doentes”; 4) “intervir na sociedade na promoção e defesa dos direitos da criança e da mulher”; 5) “participar em redes e projectos internacionais na área da criança e da mulher, nomeadamente nos domínios científicos” (HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA, 2005).*

Integrado no HDE existe o serviço de consultas externas, composto por consultas em diversas áreas de especialidade, com o objetivo de prestar cuidados de saúde em ambulatório, incluindo observação, diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Em diversas especialidades, paralelamente à consulta médica existe também a consulta de enfermagem, como ocorre na consulta de endocrinologia. Neste âmbito, a consulta de enfermagem foca-se apenas na criança e jovem com diabetes. A consulta de diabetologia, assim designada, é realizada por três EESIP, que prestam cuidados segundo o modelo teórico de Nancy Roper (modelo adaptado pela Instituição) e sob o método de trabalho por enfermeiro responsável. A cada enfermeira está atribuído um determinado número de utentes, que estas vão acompanhando a partir do momento em que é realizado o diagnóstico, permitindo uma maior relação de confiança e segurança entre a criança/jovem e família e os EESIP.

O principal objetivo da consulta de enfermagem de diabetologia é garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança e jovem com diabetes e à sua família. Nesta consulta faz-se a avaliação e o seguimento de crianças e jovens com diabetes, até aos 15 anos, se for a primeira consulta; ou até aos 18 anos se forem consultas de seguimento. Após os 18 anos, o seguimento destes jovens na Região de Lisboa, é efetuado pela Associação Portuguesa de Diabéticos de Portugal.

O primeiro contacto da criança/jovem e sua família, com o enfermeiro da consulta de diabetologia, ocorre a maioria das vezes em serviços de internamento, com os quais os enfermeiros articulam. Aqui inicia-se a relação de ajuda, que irá permitir à criança/jovem e sua família estabelecerem uma relação de confiança e segurança, com o enfermeiro que os irá acompanhar nesta nova fase. Segundo JORGE (2004,p. 83), “(...) *a relação de ajuda só poderá desencadear-se num clima de segurança afectiva e de confiança mútua (...)*”.

Durante a colheita de dados, o enfermeiro analisa a estrutura, a dinâmica e os recursos económicos da família, bem como os seus fatores socioculturais. Nas consultas de seguimento determina-se o impacto da doença na criança/jovem e na família e reforçam-se competências cognitivas e técnicas. A forma como cada criança/jovem reage à sua doença, dependerá não só da sua idade e do seu nível de desenvolvimento, mas também pelas reações da família e das pessoas significativas. Pelo que o EESIP não poderá cingir a sua atenção na criança/jovem, mas terá de abranger nos seus cuidados a família e se necessário os educadores/professores da escola.

Em cada consulta de enfermagem é realizada uma avaliação antropométrica, da tensão arterial e controlo metabólico. Este controlo baseia-se na avaliação da glicemia capilar, da glicosúria e cetonúria e da hemoglobina glicosilada. São visualizados e analisados os registos no boletim do diabético, de glicemia capilar, bem como as doses de administração de insulina. Ao analisar os registos do boletim, a EESIP consegue depreender se a criança/jovem e família estão a fazer a avaliação da glicemia capilar corretamente e se as unidades de insulina administradas são as corretas para o valor inicial de glicemia. Com esta análise também é possível ao EESIP saber se a criança/jovem e família conseguem fazer a correção das hipoglicemias, caso ocorram. São também visualizados os locais de administração de insulina, de forma a determinar-se a sua rotatividade, pelo que o EESIP aproveita esta oportunidade para ensinar novas estratégias e locais de administração de insulina.

Tendo em conta as suas competências de assistência à criança/jovem e sua família, na maximização da sua saúde, o EESIP define um plano educativo, que vai dando continuidade ao longo das consultas. Este contempla a autonomia da criança/jovem no controlo da diabetes, a promoção do autocuidado, com vista à sua inserção social. Sempre que necessário e de acordo com as suas competências em otimizar o processo de cuidados da criança/jovem e sua família, o EESIP faz o seu encaminhamento para outros profissionais que englobam a equipa multidisciplinar (nutricionista, psicóloga, assistente social), bem como a articulação com a escola da criança/jovem, com o objetivo de esclarecer dúvidas ou promover sessões educativas.

De forma a melhorar a aceitação e a adaptação da criança/jovem à sua doença, o EESIP promove contacto com os pares com a mesma doença, em campos de férias. É de referir que estes “(...) *constituem iniciativas propícias ao desenvolvimento de actividades direccionadas para a educação sobre a doença e a sua gestão, para a melhoria da adesão e para a promoção de atitudes mais positivas face ao problema de saúde (...)*”, nomeadamente em doenças como a diabetes (SANTOS, 2006, p.92).

O EESIP participa também em atividades de investigação, nomeadamente sobre as suas atividades autónomas, tendo por base as suas competências em basear a prática clínica na investigação e conhecimento na sua área de especialidade (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1996, 2011a). A equipa de enfermagem da consulta de diabetologia, realizou um estudo sobre o grau de satisfação dos adolescentes na consulta, onde os comportamentos de ajuda, a confiança, dedicação, intimidade e aconselhamento, foram as características positivas identificadas nos enfermeiros; quanto aos aspetos negativos foram atribuídos às infraestruturas, por não ser um espaço exclusivo para adolescentes e ao excessivo tempo de espera. Estas atividades de investigação são úteis para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e fazem parte das competências do EESIP, quando se lê que este “*Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento (...)*”, atuando “(...) *como dinamizador e gestor da*

*incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011b, p.8653).*

A limitação temporal não permitiu a prestação de cuidados, pelo que foi realizada uma observação, o que impossibilitou a aplicação de conhecimentos teóricos na prática e consequentemente a aquisição de novas competências. Contudo, possibilitou a observação da prática do EESIP e a reflexão sobre o seu papel na consulta de diabetologia. O EESIP tem um papel fundamental nesta consulta, no âmbito da promoção da saúde. Para tal é necessário desenvolver competências comunicacionais que lhe permitam a transmissão de informação e validação da mesma pela criança/jovem e sua família, adotando estratégias de comunicação à faixa etária e estágio de desenvolvimento.

Outro dos objetivos do EESIP na consulta de diabetologia é despistar situações de risco, nomeadamente a não adesão ao regime terapêutico. Pela observação realizada, muitas das vezes ocorre devido ao impacto que a doença tem na sua vida social. A criança/jovem tenta esconder a sua doença do seu grupo de amigos, não aceitando realizar a avaliação da glicemia capilar e a administração de insulina no período em que está na escola. As estratégias que o EESIP sugeria era a utilização da casa de banho para tal, ou a ajuda de alguma das funcionárias da escola ou de um professor, para se conseguir uma maior adesão terapêutica durante o período de aulas. O campo de férias com crianças/jovens com o mesmo problema também foi uma estratégia encontrada, para a criança/jovem não sentir que é a única a ter esta doença e assim partilhar as suas experiências com crianças/jovens com o mesmo problema.

### 2.1.2 Centro de Saúde

Este módulo decorreu no Centro de Saúde de São João (CSSJ), no período de 2 de Maio a 17 de Junho de 2011.

O CSSJ está integrado no Agrupamento de Centros de Saúde Grande Lisboa II – Lisboa Oriental, conjuntamente com o Centro de Saúde da Graça, Centro de Saúde de Marvila, Centro de Saúde dos Olivais e Centro de Saúde da Penha de França. Este Centro de Saúde abrange a população de três freguesias da região de Lisboa: Beato, Santa Engrácia e São João e tem como hospital de referência o HDE. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

A população abrangida pelo CSSJ tem grande representação de população imigrante, proveniente do Brasil, África e Europa do Leste. Segundo LOPES et al (2009), cerca de metade das famílias imigrantes que chegam a países da União Europeia, encontram-se pouco integradas nestes países e consequentemente vivem em situação ilegal, de pobreza e consequentemente de exclusão social, promovendo “(...) *desigualdade de oportunidades no acesso à saúde*”(LOPES et al, 2009, p.4).

Os cuidados de saúde primários são o primeiro nível de contacto dos indivíduos, família e comunidade com o Sistema Nacional de Saúde. Este leva os cuidados o mais próximo possível das pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo contínuo de cuidados de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011b). Este tipo de cuidados, prestados a crianças/jovens e suas famílias exercem um importante papel na promoção da saúde e na prevenção da doença, através de consultas de saúde infantil. Segundo STANHOPE (1999) esta será a oportunidade de ensinar tanto às crianças como à sua família cuidados promotores de saúde e de prevenção da doença.

Para este estágio foram delineados três objetivos, sendo o primeiro:

**Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem, no âmbito da prevenção da obesidade na consulta de saúde infantil.**

A obesidade infantil é uma doença que tem vindo a aumentar a sua taxa de prevalência, na Europa e especificamente em Portugal. Segundo a Plataforma Contra a Obesidade (DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE, 2011b), constatou-se um aumento de 10 a 40% na taxa de prevalência na União Europeia. Portugal, é um dos países da Europa com maior taxa de prevalência de obesidade, sendo que 32,1% das crianças portuguesas, com idades compreendidas entre os 6 e os 9 anos, apresentam excesso de peso ou obesidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Para a elaboração do diagnóstico de situação realizado no Centro de Saúde, foram colhidos os dados das fichas de registo do exame global de saúde dos 5-6 anos, a crianças com data de nascimento compreendida entre 1 de Outubro de 2004 e 31 de Dezembro de 2005, após a devida autorização da enfermeira coordenadora do CSSJ. A escolha deste período permitiu a colheita de dados recentes, visto que à data do período de estágio, estes dados teriam sido colhidos há menos de um ano, permitiu também reunir um maior número de dados, não esquecendo que é nesta idade que a prevenção da obesidade se torna fundamental (WOFFORD, 2008). Constatou-se que 39% das crianças apresenta excesso de peso ou obesidade, sendo 32% obesos e 7% apresentam excesso de peso (ANEXO I).

Ao comparar os dados obtidos com os dados disponíveis em Portugal, justifica-se a importância da prevenção da obesidade infantil nesta população, bem como a intervenção em crianças já com obesidade, de forma a minimizar o impacto desta no seu desenvolvimento e saúde. Segundo PENDER, MURDAUGH e PARSONS (2011), promoção da saúde e prevenção da doença são dois conceitos distintos, sendo o primeiro definido enquanto comportamento para potenciar a saúde dos cidadãos e o segundo conceito utilizado para definir os comportamentos motivados pelo desejo de evitar a doença ou de detetá-la precocemente. Porém, são conceitos complementares e difíceis de serem dissociados, visto serem essenciais para a qualidade de vida em qualquer fase de desenvolvimento da criança

(PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011). Neste âmbito foi elaborado um guia orientador na prevenção da obesidade infantil e de atuação em crianças com obesidade (ANEXO II), com o objetivo de servir de guia orientador na atuação da obesidade infantil durante a consulta de saúde infantil. Este guia contempla o diagnóstico de enfermagem e as intervenções a serem realizadas de acordo com a faixa etária de cada criança, bem como sugestões de receitas que poderão ser facultadas aos pais como exemplos. A escolha das receitas teve em conta a facilidade na sua realização, bem como o baixo custo dos seus ingredientes. A pertinência do tema, foi aceite de forma positiva pela EESIP responsável pela consulta de saúde infantil do CSSJ, que acompanhou a elaboração do guia e contribuiu com sugestões de melhoria do mesmo. Assim, foi possível desenvolver competências como EESIP relativas ao desenvolvimento de aptidões a nível da análise e planeamento estratégico de atividades promotoras da saúde infantil no âmbito da obesidade, bem como na seleção de estratégias de melhoria da qualidade de cuidados e na elaboração de guias orientadores de boas práticas.

É urgente a intervenção do EESIP neste âmbito, tendo em conta o aumento do número de casos de obesidade infantil. Mais que proibir as crianças e sensibilizá-las para tal problema, é necessário atuar perante os pais. No decurso deste módulo foi possível constatar que os pais negavam o problema de excesso de peso da criança.

Durante as consultas de saúde infantil, sem descurar outros temas importantes de promoção da saúde, notou-se a pertinência da abordagem de temas relacionados com a alimentação e estilos de vida saudáveis, com a criança e família, tendo surgido a necessidade de se elaborar uma folha de registo (ANEXO II) sobre estes temas e que servisse de guião durante a abordagem dos mesmos. Esta folha tem como principal objetivo registar o padrão alimentar da criança e a prática de exercício físico, com o intuito de identificar precocemente sinais de hábitos alimentares e estilos de vida pouco saudáveis, tendo sido integrada no guia orientador na prevenção/atuação em crianças com obesidade. Tendo em conta que a tensão arterial também é um parâmetro a avaliar nas consultas de saúde infantil, em crianças a partir dos 4 anos de idade (DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2005) e por ser um parâmetro de monitorização de grande importância nas crianças/jovens obesos, visto que a hipertensão pode ser consequência da obesidade e estas duas doenças simultaneamente constituem um importante fator de risco para o desenvolvimento precoce de doenças cardiovasculares, foi contemplado na referida folha um espaço para registo desta.

Um dos objetivos dos exames de saúde, presente no Programa Tipo de Atuação de Saúde Infantil e Juvenil é, “(...) *estimular a opção por comportamentos saudáveis, entre os quais os relacionados com: a nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, prevenindo práticas alimentares desequilibradas; a prática regular de exercício físico, a vida ao ar livre e em ambientes despoluídos e a gestão do stress*” (DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2005, p.7).

Na circular normativa nº05/DSMIA de 21 de Fevereiro de 2006 (DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2006), também se constata que a promoção de uma alimentação saudável é um fator importante e determinante na promoção da saúde da criança/jovem e família. Devendo ser uma preocupação do EESIP, promover hábitos alimentares saudáveis à criança/ jovem e família, promovendo a saúde das crianças e conseqüentemente da sua família. Pelo que se delineou como segundo objetivo:

**Prestar cuidados de enfermagem especializados, no âmbito da promoção da saúde da criança, jovem e família, nomeadamente na adoção de hábitos alimentares saudáveis.**

Tendo em conta o diagnóstico de situação realizado no Centro de Saúde, onde se constata que 39% das crianças apresenta excesso de peso ou obesidade, justifica-se a intervenção no âmbito da alimentação, de forma a corrigir hábitos alimentares desequilibrados.

Sendo a escola o local onde as crianças passam uma grande parte do seu tempo, este é o local ideal para a realização de atividades que visem a promoção de estilos de vida saudáveis, pelo que está contemplado no programa nacional de saúde escolar, atividades promotoras de saúde no âmbito da alimentação saudável, de entre as quais atividades que visem o desenvolvimento de competências para a prática de uma alimentação saudável, bem como atividades que visem a prática de exercício físico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Assim, elaborou-se um folheto informativo (ANEXO II), intitulado “*Dê ao seu filho uma alimentação saudável*”, para ser entregue aos pais durante a consulta de saúde infantil e que se anexou ao guia orientador na prevenção/atuação em crianças com obesidade, por ser uma atividade promotora de saúde. A entrega do folheto durante a consulta de saúde infantil, foi uma estratégia de promoção da saúde encontrada, para transmitir informação aos pais sobre a prática de uma alimentação saudável. Foi também elaborado um poster, “*Semáforo dos alimentos*” (ANEXO III), como estratégia de promoção da saúde, para ser colocado na sala de espera, também alusivo à prática de uma alimentação saudável, mas dirigido às crianças. Por conter uma parte ilustrativa pretendeu-se alargar a população alvo às crianças em idade pré-escolar. A parte explicativa tinha como objetivo abranger um maior número de pessoas possíveis e estimular a comunicação entre as crianças e a sua família, promovendo interação entre estas e conseqüentemente potenciar o envolvimento da criança no seu processo de aprendizagem (BORGES, 2010).

A elaboração do folheto e do poster foram atividades que permitiram a aquisição de competências na abordagem de temas complexos como é a obesidade infantil, de forma criativa. Para a sua elaboração foi necessário observar a população para elaborar algo que fosse perceptível pela sua grande maioria. As competências desenvolvidas na área da comunicação foram fundamentais para transmitir à criança e sua família informações úteis para a adoção de hábitos alimentares saudáveis, que foram complementadas com o folheto realizado. As competências relacionais foram essenciais para a criação de uma relação de

ajuda e confiança entre a criança e a sua família, essenciais para valorização da informação disponibilizada a estas.

O EESIP presta cuidados de enfermagem ao longo do desenvolvimento da criança, o que impõe conhecimentos e competências sobre a sua avaliação em diferentes idades chave. Os seus cuidados devem ser centrados na díade criança/família e deve reconhecer a família como parceira no cuidar (OLIVEIRA, 2009), valorizando os cuidados prestados pela família. Neste sentido, foi delineado um terceiro objetivo, que permitisse a aquisição de competências, num âmbito mais geral, não limitando a aquisição de competências à temática inicial de promoção da saúde neste contexto.

### **Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família, na consulta de saúde infantil e juvenil.**

De forma a concretizar este objetivo, houve necessidade de integrar e mobilizar conhecimentos e adequá-los às atividades a desenvolver durante a consulta de saúde infantil e juvenil, bem como refletir sobre o papel do EESIP.

Durante a realização de consultas foi-se integrando e adequando os conteúdos programáticos do Programa Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil, da Direcção-Geral da Saúde, que visam “(...) *cuidados de saúde adequados e eficazes* (...)” (DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE, 2005, p.5) que contribuam para um crescimento e desenvolvimento saudáveis. Houve inicialmente um período de observação, tendo-se evoluído gradualmente para a realização de consultas de saúde infantil de forma autónoma.

Nas consultas avaliou-se o crescimento e desenvolvimento das crianças. Para tal avaliou-se o peso, comprimento, perímetro cefálico (em crianças com idade inferior a 36 meses), determinou-se o índice de massa corporal (IMC), bem como o seu percentil em crianças com idade superior a 2 anos. Sempre que se verificou uma alteração no percentil de IMC (excesso de peso ou obesidade) a criança e a família foram alertadas para o problema da obesidade infantil, foram realizadas questões que permitissem avaliar os hábitos alimentares da criança e o seu estilo de vida, foram realizados ensinamentos sobre a realização de uma alimentação saudável e num dos casos foi referenciada uma criança para a nutricionista, por ser já um caso de obesidade. Avaliou-se a tensão arterial e o seu percentil, em crianças com idade superior a 4 anos. Foi possível também participar em momentos de vacinação e realizar rastreio de doenças metabólicas.

O rastreio de doenças metabólicas seria o primeiro contacto da família com o EESIP, pelo que nesta primeira consulta era incluída a promoção da vinculação e a ajuda na transição para a parentalidade. Vinculação é designada pela relação estabelecida entre o bebé e os seus cuidadores (ROCHA, 2011), sendo o desenvolvimento desta relação essencial para o desenvolvimento harmonioso de uma criança (MACHADO, 2009). Parentalidade pode ser

definida, segundo o COUNCIL OF EUROPE (2006) como a promoção do desenvolvimento positivo de relações entre pais e filho, otimizando o potencial desenvolvimento da criança. Esta é fundamental nos primeiros “(...) *anos da vida da criança para aumentar a sua auto-estima e autoconfiança e facilitar o seu desenvolvimento*” (LOPES, CATARINO, DIXE, 2010, p.110). Assim, é fundamental que o EESIP intervenha não só na promoção da vinculação como na da parentalidade, permitindo aos pais e ao bebé, estabelecerem uma relação afetiva estável e continuada e que capacite os pais para a sua função de proteção e educação da criança, fundamental para o desenvolvimento saudável desta.

Foram também realizados exames globais de saúde dos 5-6 anos. Quanto ao desenvolvimento da criança a sua avaliação teve como base os testes de avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan. Estes testes permitem realizar a avaliação do desenvolvimento da criança sem necessidade de recurso a qualquer equipamento especial, permitindo detetar algum desvio no desenvolvimento normal da criança e atuar precocemente no sentido de ajudar a criança a ter um desenvolvimento saudável. Estes testes avaliam o desenvolvimento da criança desde a sua postura, aos tipos de movimentos, à sua visão, audição e linguagem, bem como o seu comportamento social (SHERIDAN, 1975).

No decorrer das consultas foi possível adquirir novos conhecimentos no âmbito do aleitamento materno, visto ser uma das áreas de formação da EESIP, responsável pela consulta de saúde infantil do CSSJ. A promoção do aleitamento materno não era realizada apenas no âmbito da promoção da saúde, mas também como medida não farmacológica no alívio da dor no recém-nascido. Desta forma foi possível adquirir competências na “(...) *gestão diferenciada da dor e do bem-estar (...)*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011b,p. 8655) e na promoção da vinculação. Em continuidade, foi possível mobilizar e integrar os meus conhecimentos e competências adquiridas na prática profissional, tendo verificado uma maior facilidade na realização de consultas de crianças com idade inferior a 6 meses. Contudo, também houve algumas dificuldades que foram ultrapassadas, nomeadamente na introdução de novos alimentos e na avaliação do desenvolvimento em crianças com idade superior a 6 meses, devido à ausência de experiência em vigilância de saúde, exigindo um esforço contínuo. Como afirma BENNER (2001, p.54) “ (...) *a enfermeira competente não tem a rapidez nem a maleabilidade da enfermeira proficiente, mas tem o sentido que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal na prática de enfermagem.*”

Através da concretização dos objetivos propostos, foi necessário a realização de pesquisa bibliográfica, que permitiu a aquisição de novos conhecimentos na área da saúde infantil. Foram também adquiridas competências, fundamentais para o desenvolvimento profissional enquanto EESIP, como: a aquisição de competências na implementação, em parceria com a criança/jovem e família, de um plano de saúde, através da inclusão desta em todo o processo de cuidar e da comunicação de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura de cada criança/jovem e família; competências no diagnóstico de situações de risco que afetem

negativamente a saúde e a qualidade de vida da criança, através da avaliação de conhecimentos e dos comportamentos da criança/jovem e família relativamente à saúde e na transmissão de informação a esta, tendo em vista a aquisição de conhecimentos da criança/jovem e família relacionados com a sua saúde; competências na promoção do desenvolvimento infantil, através da aquisição de novos conhecimentos na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem durante as consultas de saúde infantil, bem como a aquisição de competências no âmbito da promoção da vinculação em crianças saudáveis, através da promoção da amamentação (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011c).

## **2.2 Módulo II – Serviços de medicina/cirurgia**

Este módulo decorreu na Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais (UCERN), do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE – Hospital Dona Estefânia, no período de 26 de Setembro de 2011 a 18 de Novembro do mesmo ano e teve um total de 180 horas.

A UCERN em funcionamento desde Fevereiro de 2009, está integrada na área de Pediatria Médica que tem como missão “(...) *prestar cuidados hospitalares (...) a recém nascidos, crianças e adolescentes, numa perspectiva de integração de cuidados (somáticos e psicossociais) e parceria dos mesmos (com a família) centrada no doente como um todo, e numa dinâmica de prolongamento e continuidade desses cuidados*” (HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA, 2009, p.1). Neste sentido a equipa multidisciplinar da UCERN presta cuidados a crianças até aos 3 anos de idade, que sejam dependentes na atividade de vida eliminação (por condicionantes relacionadas com a inexistência de instalações sanitárias adequadas a crianças independentes nesta atividade de vida) e muitas das vezes também dependentes de apoio tecnológico de suporte à nutrição ou respiração, transitório ou definitivo. O tempo de permanência destas crianças deverá ser reduzido ao mínimo tempo possível, de forma a minimizar o impacto da hospitalização na criança e família, pelo que uma das finalidades dos cuidados prestados nesta unidade é de ensinar os familiares/pessoa significativa que irão cuidar da criança a lidar com esses sistemas de apoio, partindo do pressuposto que essa dependência será de longa duração e que os familiares/pessoa significativa terão de continuar os cuidados no domicílio, “(...) *pelo que se torna fundamental desenvolver desde o início do internamento programas de parceria de cuidados com a família*” (HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA, 2009, p.2).

A UCERN é um dos serviços de retaguarda da unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) na qual exerce funções, pelo que a seleção deste serviço para realizar este módulo partiu da necessidade de dar continuidade aos cuidados prestados na UCIN. De forma a perceber qual o papel do EESIP neste contexto, este “ (...) *cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011c, p.8654) e “(...) *promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica,*

*deficiência/incapacidade*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011c, p.8655). Para adquirir estas competências, um dos objetivos delineados para este estágio foi:

**Adquirir competências como enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica no cuidar de crianças com doença crónica e sua família, no âmbito da promoção da saúde na Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais.**

De forma a atingir este objetivo, participei e prestei cuidados às crianças internadas na UCERN, tendo como princípio os cuidados centrados na família, prestando cuidados em parceria com os pais ou pessoa significativa.

Segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011a), o exercício profissional do EESIP é fundamentado na filosofia de cuidados de enfermagem pediátrica que evidencia os cuidados centrados na família. Este modelo de cuidados evidencia a família como foco fundamental das intervenções do enfermeiro, reconhecendo-a como uma constante na vida da criança (BOWDEN e GREENBERG, 2005; HARRISON, 2005). Assim, os cuidados prestados pelo EESIP devem contemplar a parceria de cuidados com a família, onde se pretende o envolvimento e participação dos pais ou pessoa significativa nos cuidados à criança/jovem, com o objetivo de melhorar a qualidade de cuidados recebidos por esta (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011a).

A doença crónica da criança exige da família uma adaptação à situação, o que gera alterações no seu quotidiano devido ao longo tempo de internamento, às sucessivas hospitalizações, às frequentes idas a consultas, à necessidade de cuidados específicos (CASTRO et al, 2002), que muitas vezes obriga à deslocação diária dos pais a este serviço para irem buscar a terapêutica necessária para os cuidados ao seu filho, como é o caso da nutrição parentérica, que devido à sua instabilidade tem um prazo de validade de 24 horas. Estes fatores são promotores de instabilidade e desequilíbrio na família, causando alterações na dinâmica familiar (JORGE, 2004).

Num estudo sobre a criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais, onde foram realizadas entrevistas a oito pais de crianças hospitalizadas, constataram que um pai estava desempregado, um mantinha o emprego pela possibilidade de troca de acompanhante e seis pais tiveram de se afastar dos seus empregos para conseguirem acompanhar o filho durante o tempo de internamento, visto que “(...) *a saúde do filho é o que mais importa para estes (...)*” (SCHNEIDER e MEDEIROS, 2011, p.145). Estes autores afirmam ainda que o abandono do trabalho parcial ou total é uma das alterações importantes na dinâmica familiar para poderem acompanhar a criança, outras alterações importantes passam pelo afastamento de casa, pelo tempo de permanência no hospital e pela falta de acompanhamento dos outros filhos, que também sentem dificuldade para se adaptar ao novo quotidiano (SCHNEIDER e MEDEIROS, 2011). Neste estudo, as estratégias encontradas pelos pais para enfrentarem a hospitalização

do filho e não interferirem de forma negativa no tratamento foi manterem-se tranquilos e “(...) *dar muito amor, carinho, atenção para o filho e também a busca de auxílio espiritual*” (SCHNEIDER e MEDEIROS, 2011, p.149), contudo mantêm sempre um sentimento de angústia com a doença e não conseguem manter-se tranquilos ao ver o filho hospitalizado. Neste contexto o EESIP tem um importante papel na promoção da saúde da criança com doença crónica e sua família, ao ajudar na identificação de fatores promotores de *stress* e desequilíbrio familiar de forma a minimizá-los, bem como na orientação para a aquisição de estratégias que permitam a sua adaptação à situação e que permitam a sua autonomia nos cuidados à criança, com vista à alta.

Ao prestar cuidados em parceria com os pais/família/pessoa significativa e ao promover cuidados de maior qualidade na criança, o EESIP está a promover a saúde desta, minimizando o impacto da hospitalização, pela diminuição do tempo de separação entre a criança e a família e conseqüentemente aumentar a adesão terapêutica desta (GÓES e CAVA, 2009), proporcionando-lhe também um desenvolvimento mais saudável. Segundo o regulamento de competências específicas do EESIP, este deve promover a adaptação da criança e família à doença crónica, diagnosticando as necessidades especiais da criança e capacitando a família para a adoção de estratégias de *coping* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011b).

As reações de *stress* são desencadeadas por um estímulo que se designa por stressor. A forma como cada família interpreta esse estímulo depende dos significados que cada uma lhe atribui, bem como pelas experiências vivenciadas anteriormente. Num estudo sobre *stress* e autoeficácia em mães de pessoas com autismo, SCHMIDT e BOSSA (2007), identificaram ansiedade diária, apatia, hipersensibilidade emocional, hipertensão arterial, taquicardia e sudorese excessiva, como sintomas decorrentes do *stress*, tendo para tal utilizado o Inventário de sintomas de *stress* para adultos de Lipp. Os mesmos autores defendem que o facto das mães serem o principal cuidador responsável pela maioria dos cuidados ao filho doente, é um fator causador de *stress*. Verificaram também que a existência de apoio social e familiar são fatores atenuantes deste porque as mães sentem-se mais aptas para cuidarem com maior sucesso do seu filho (SCHMIDT e BOSSA, 2007). Assim, o papel do EESIP passa por ajudar a família a identificar fatores stressores e ajudá-la a identificar e adquirir estratégias de *coping*, sendo estas definidas como as estratégias utilizadas pela família de forma a se adaptarem a situações adversas e causadoras de *stress*, tendo como função primordial a gestão ou alteração do agente stressor (CÂMARA e COLETTI, 2009).

Ao prestar cuidados às crianças com doença crónica na UCERN, foi possível identificar alguns fatores de *stress* nos pais, entre eles receio/ansiedade em levarem o seu filho para casa a depender de cuidados de saúde específicos, como por exemplo, a necessidade permanente de ventilação através de cânula de traqueostomia ou de cuidados a ostomia de eliminação. No primeiro caso como estratégias de *coping* foi realizada a articulação entre os pais e a empresa fornecedora do equipamento, ventilador domiciliário e aspirador de secreções e com a Unidade

Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD), unidade responsável na Instituição pelo apoio aos pais/família no domicílio; os pais estiveram em contacto com todo o material, sendo este o utilizado na prestação de cuidados nas duas últimas semanas de internamento; os pais passaram a ficar mais tempo no serviço e foi-lhes sugerida a utilização de um gerador em casa no caso de existir falta de luz, sendo este um outro receio dos pais. No segundo caso, foram realizados ensinamentos aos pais sobre os cuidados a ter com o estoma da criança e, na preparação e administração de nutrição parentérica por cateter venoso central e de alimentação entérica por sonda nasogástrica, onde foi incluído o ensino de colocação e confirmação da localização da sonda, de forma a tornar os pais autónomos nos cuidados com objetivo de preparação da alta da criança.

A educação para a saúde e a promoção da saúde são muitas vezes usadas alternadamente, contudo são dois conceitos distintos. Enquanto promoção para a saúde é uma arte para ajudar as pessoas a fazerem mudanças nos seus estilos de vida para potencializarem a sua saúde, o conceito de educação para a saúde centra-se em atividades de aprendizagem (PENDER, MURDAUGH e PARSONS, 2011), e é considerada uma estratégia comum utilizada pelos enfermeiros para promover a saúde da criança e sua família durante o internamento, visto que, as ações realizadas não têm como único objetivo a prestação de cuidados autónomos pelos pais, mas também o de promover o crescimento e desenvolvimento o mais saudável possível, dentro das limitações de saúde destas crianças, contribuindo assim para a sua qualidade de vida (QUEIROZ e JORGE, 2006). Com ações de educação para a saúde, o enfermeiro tem a possibilidade de observar os cuidados prestados e de avaliar a competência dos pais/familiares no cuidado à criança (QUEIROZ e JORGE, 2006). Tive oportunidade de participar em algumas destas ações, nomeadamente no ensino sobre administração de nutrição parentérica por cateter venoso central e nos cuidados a ter com o estoma da criança. Estes ensinamentos foram realizados de forma gradual, começando pela observação dos pais e evoluindo gradualmente para a sua participação nos cuidados até à sua autonomia.

Esta atividade de ensino aos pais sobre os cuidados a ter a crianças com ostomias, permitiu a elaboração de um novo objetivo, que após o diagnóstico de situação pareceu ser relevante.

**Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem às crianças com doença crónica e sua família, especificamente no ensino aos pais sobre os cuidados à criança com estoma.**

Após prévia autorização da Senhora Enfermeira responsável pelo serviço, foram consultados dados disponíveis neste e juntamente com a consulta das cartas de alta de todas as crianças internadas na UCERN no período de 1 de Janeiro a 30 de Setembro de 2011, foi possível constatar que estiveram internadas 65 crianças com diversas patologias: gastrointestinais (34%), respiratórias (19%), urinárias (7%), mal formações (12%), entre outras (28%) onde estão englobadas as crianças internadas por motivos sociais, alterações hepáticas, crises

convulsivas, atrasos de desenvolvimento psicomotor. Das 65 crianças internadas, constatou-se que 23 apresentavam estomas e que 7 destas apresentavam 2 estomas. Verificou-se ainda que algumas crianças têm alta com estomas, necessitando de cuidados especiais dos pais/famílias, não havendo no serviço suporte informativo/formativo para auxiliar a equipa de enfermagem no ensino aos pais, pelo que se propôs à EESIP e enfermeira responsável a elaboração de *kits* de ensino sobre os cuidados a ter com os estomas mais frequentes.

A elaboração de *kits* de ensino surgiu da necessidade de planear uma intervenção estruturada de apoio à equipa de enfermagem da UCERN na elaboração de ensinamentos aos pais, onde fosse possível reunir todo o material necessário e facilitador desta aprendizagem, que tem por objetivo proporcionar autonomia e confiança aos pais nos cuidados à criança com vista à alta e consequentemente aumentar a qualidade de vida da mesma. Assim, elaboraram-se três *kits*, cada um correspondente a um tipo de estoma: traqueostoma (ANEXO IV), gastrostoma (ANEXO V) e estomas intestinais (ANEXO VI). Os *kits* são compostos por um tabuleiro que permite aos pais/família a identificação do material necessário para o cuidado ao estoma da criança e onde constam algumas recomendações, entre as quais a necessidade de conforto da criança e alguns cuidados específicos ao estoma, bem como informação sobre sinais de complicações. De forma a complementar este tabuleiro, foi elaborado um guia que contempla passo a passo todos os cuidados que os pais necessitam realizar para cuidarem de forma autónoma e competente do estoma do seu filho. Foram também elaborados folhetos que os pais/família podem levar para casa e servir de suporte informativo/formativo após a alta da criança. Os *kits* também contemplam informação relativa a associações e outros recursos da comunidade (ANEXO VII) de apoio a pais de crianças com doença crónica ou que possuam estomas. Para a escolha destas associações foi realizada pesquisa de associações e outros recursos de apoio aos pais existentes na área de influência do Hospital, com o objetivo de identificar quais os recursos que podem dar apoio a estes pais, não só relativamente às necessidades que poderão ter sobre o cuidado aos estomas, mas também sobre as necessidades e direitos que lhes assistem no que implica o cuidado de uma criança com doença crónica. Foram identificadas duas empresas por serem as fornecedoras do Hospital e assim ser este o material com o qual os pais estão habituados a prestar cuidados. Neste sentido, foi elaborado um quadro com a identificação das associações e outros recursos de apoio aos pais de crianças portadores de estoma ou de crianças com doença crónica, com os respetivos objetivos e contactos, com o intuito dos pais identificarem mais facilmente o recurso que possa suprimir as suas necessidades após a ida da criança para casa. Para fazer parte dos *kits* foi elaborada pesquisa bibliográfica sobre a legislação existente (ANEXO VIII), o que se revelou uma atividade problemática pela dificuldade em se encontrar a legislação adequada à criança com doença crónica e especificamente à portadora de estoma, dado que como afirma CHAREPE (2006, p.37) “ (...) a legislação que existe no apoio à criança com doença crónica, encontra-se dispersa e contempla uma difícil interpretação”. Foi também elaborado um livro, designado *Livrinho das Partilhas* (ANEXO IX) que tem como objetivo promover a partilha de sentimentos e experiências vividas pelos pais/família das crianças internadas na UCERN e que

possuam estoma. Segundo CHAREPE (2006, p.40) “(...) o contacto com pais de crianças com doença crónica pode ser um recurso valioso, pois melhor que ninguém compreendem todos os estadios vivenciais”. Não sendo possível a organização de encontros entre pais, devido à dinâmica do serviço e à limitação de tempo de estágio, colmatou-se essa lacuna pela criação de um livro onde os pais/família, pudessem partilhar a sua experiência, sentimentos e emoções por escrito, com outros pais que vivenciem a mesma situação ou semelhante. Assim, o enfermeiro responsável pela criança deverá facultar o livro aos pais para que estes escrevam a sua experiência e possam ler as experiências de outros pais que vivenciaram uma situação semelhante, possibilitando assim uma partilha de vivências e sentimentos.

Segundo REDMAN (2003, p.4) “ (...) a avaliação ocorre ao longo do processo, em intervalos periódicos, para verificar se as metas estão a ser alcançadas”, podendo ser necessários “re-ensinos”, neste sentido adaptou-se a grelha de avaliação sobre os ensinamentos relativos aos cuidados aos estomas intestinais, já existente no serviço para elaborar as grelhas de avaliação/validação dos ensinamentos realizados aos pais sobre os cuidados com o traqueostoma e gastrostoma (ANEXO X). Estas grelhas são compostas por uma coluna com as áreas de formação, que se encontra subdividida em: conhecimentos gerais, que abrangem as precauções a ter com o estoma durante os cuidados de higiene da criança, as possíveis complicações e o posicionamento correto da criança (este referente aos cuidados com o traqueostoma); cuidados ao estoma onde é feita a avaliação/validação sobre a preparação do material necessário e os cuidados específicos a cada estoma e consumo de material, este último ponto é de extrema importância porque é onde os pais aprendem a gerir o gasto de material, articulando-se com a UMAD.

Indo ao encontro das competências gerais do enfermeiro especialista (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011a, p.8653), que “(...) actua como formador oportuno em contexto de trabalho” e “diagnostica necessidades formativas”, surgiu a necessidade de elaborar um *dossier* intitulado *Crianças com Estomas* (ANEXO XI), como complemento aos *kits* elaborados, com o objetivo de servir de consulta para a equipa de enfermagem da UCERN devida às dúvidas existentes sobre esta temática e de facilitar a integração de novos elementos no serviço. Este *dossier* é composto por um capítulo de fundamentação teórica, onde os enfermeiros podem encontrar uma breve referência às particularidades da criança com doença crónica e sua família bem como da criança com estoma, tal como uma breve referência a algumas complicações que podem surgir na pele peri-estoma e a respetiva atuação. É também feita uma breve referência à promoção de saúde nestas crianças e famílias, de forma a sensibilizar a equipa de enfermagem para esta temática. Neste âmbito, foram facultados à equipa de enfermagem os artigos consultados (ANEXO XII), tendo os mesmos sido anexados ao *dossier* anteriormente descrito. A realização desta atividade surgiu da necessidade de completar um *dossier* já existente no serviço sobre o conforto à criança com estomas intestinais, mas no qual não estava contemplada a criança com doença crónica e sua família. Neste âmbito foi ainda realizada uma ação de formação sobre complicações da pele peri-

estoma (ANEXO XIII) dirigida à equipa de enfermagem, por se ter verificado algumas dificuldades e dúvidas sobre esta temática, que foi possível avaliar pela observação das práticas e pelas conversas informais sobre a temática. A divulgação da ação de formação foi realizada no local onde a equipa de enfermagem faz a divulgação das ações de formação em serviço e a dinâmica instituída foi a elaboração da ação de formação nas passagens de turno, tendo esta sido realizada duas vezes de forma a abranger o maior número de elementos possíveis. Estiveram presentes 10 elementos da equipa de enfermagem nas duas ações de formação, tendo a avaliação da mesma sido elaborada apenas por 6 elementos. 83% dos enfermeiros concordaram totalmente que os objetivos da ação de formação foram atingidos e a formação foi útil para a sua atividade profissional, contudo apenas 67% concordaram que a formação favoreceu a aquisição/consolidação dos conhecimentos. 67% concordaram totalmente que a formação apresentou bom nível técnico pedagógico.

A forma positiva como a equipa multidisciplinar da UCERN me acolheu, foi um fator facilitador para a minha integração no serviço e para o desenvolvimento das minhas atividades. Ao longo do percurso de desenvolvimento das minhas competências as minhas sugestões foram sendo gradualmente aceites, permitindo uma troca de experiências ao longo deste, o que contribuiu para a melhoria dos cuidados às crianças com doença crónica com estomas e sua família e o que também me permitiu a aquisição de conhecimentos úteis para a minha prática profissional, no âmbito das competências como EESIP.

A UCERN, por ser um serviço onde a maioria das crianças tem alta para o domicílio, dependentes de cuidados especiais, de acordo com a sua patologia e por verificar a dependência da nutrição parentérica, sugeri a continuidade deste projeto com a elaboração posterior de um outro *kit* sobre o manuseamento de cateteres venosos centrais e sobre a administração de nutrição parentérica pelos pais/família, tendo a sugestão sido bem aceite pela equipa.

## **2.3 Módulo III – Serviços de Urgência e Neonatologia**

Este módulo com duração de 180 horas de contacto foi dividido em dois momentos de 90 horas cada, um correspondente ao módulo em serviço de urgência pediátrica e outro ao serviço de neonatologia. Este último não foi realizado por ter sido concedida creditação visto que as atividades e competências desenvolvidas ao longo da minha prática profissional o justificaram.

### **2.3.1 Serviço de Urgência Pediátrica**

Este módulo decorreu no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do Hospital Dona Estefânia (HDE), no período de 21 de Novembro a 16 de Dezembro de 2011.

A urgência pediátrica é definida “(...) *como todo e qualquer acto assistencial não programado(...)*”, estando os serviços de urgência focalizados para “(...) *proporcionar assistência médica descontínua e concreta (...)*” (CALDEIRA et al, 2006, p.2).

O SUP está integrado no departamento de urgência e emergência do HDE e tem por objetivo dar resposta assistencial especializada a crianças com idade inferior a 17 anos e 364 dias, em situação emergente (HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA, 2005). Neste serviço são admitidas crianças que recorrem por iniciativa dos pais/familiares, ou referenciados de outras Instituições Hospitalares, Linha de Saúde 24, Centro de Saúde, Tribunal, Ministério Público, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens ou Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Recebe crianças de algumas freguesias do Concelho de Lisboa, entre elas: Beato, Anjos, Sé, São João, entre outras, ou de fora da sua área de abrangência sempre que necessitem de cuidados urgentes ou emergentes (HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA, 2005).

O papel do EESIP no contexto de urgência pediátrica passa pela responsabilidade na assistência prestada à criança em situação crítica e na capacitação da família para lidar com esta situação, pelo que houve necessidade de definir o seguinte objetivo:

**Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e sua família no serviço de urgência pediátrica.**

De forma a atingir este objetivo, prestei cuidados em diferentes sectores do SUP. Foi realizada uma observação para a compreensão da dinâmica e complexidade dos cuidados prestados pelo EESIP neste contexto. Dei maior ênfase na prestação de cuidados na sala de triagem visto ser uma atividade distinta à minha prática profissional.

A triagem é realizada por um enfermeiro, segundo o método de Manchester, que tem como finalidade estabelecer prioridades no atendimento médico das crianças/jovens que recorrem ao SUP. Na triagem é necessário realizar uma avaliação inicial da criança/jovem, recolhendo o máximo de informação útil dirigida ao motivo de admissão no SUP. Pelo que as competências comunicacionais adquiridas nos módulos I e II foram fundamentais para a realização desta avaliação, tendo sido possível a consolidação das mesmas e a aquisição de novas competências em comunicação nomeadamente com crianças/jovens e sua família em situação crítica. A comunicação e a capacidade de escuta são fundamentais neste contexto, facilitando a transmissão da mensagem entre criança/jovem e sua família com o enfermeiro.

Durante a prestação de cuidados na triagem foi possível observar e participar num momento de emergência. Neste caso não houve necessidade de recorrer a técnicas de reanimação, mas permitiu não só a observação do envolvimento dos pais/familiares pela equipa de enfermagem em contexto de emergência, como permitiu a minha colaboração nos cuidados à criança. Neste contexto foi possível “ (...) *mobilizar conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011c,

p.8655). Assim foram adquiridas competências de reconhecimento de situações de instabilidade em contexto de urgência pediátrica.

Após ser avaliada na triagem, a criança/jovem é encaminhada para a especialidade indicada ao seu caso e após observação médica, que lhe instituirá um tratamento, recorre à sala de tratamentos do SUP. Aqui, outro sector onde se incidiu a minha prestação de cuidados, foi possível mobilizar competências para o envolvimento da criança e sua família no tratamento. O EESIP tendo em consideração a idade e estágio de desenvolvimento da criança, estabelece uma relação empática com esta e sua família de forma a conseguir a sua colaboração no tratamento, tornando a sua intervenção mais rápida e facilitada. Segundo ALGREN (2006), despende tempo no envolvimento da criança nos procedimentos, pode evitar o dispêndio de tempo extra na resistência e na falta de cooperação da criança. Para tal, será necessário o EESIP recorrer a estratégias que podem passar pelo desenho em papel ou pela utilização do brincar. Na sala de tratamentos existia um conjunto de brinquedos que constituía um “*kit de brincadeira*”, que facilitasse a sua intervenção, pelo que foram mobilizados conhecimentos de forma a adaptar estratégias de comunicação com a criança, com o objetivo de a integrar nos cuidados, conferindo-lhe a sensação de controlo da situação.

Foi ainda possível acompanhar crianças vítimas de maus tratos por parte dos pais ou familiares e observar o envolvimento da equipa multidisciplinar, bem como dos agentes de segurança, que tiveram capacidade de estabelecerem uma relação de confiança com a criança num curto espaço de tempo. Foi possível participar nos cuidados a uma criança com suspeita de maus tratos por um familiar, o que me permitiu compreender não só o trabalho do EESIP neste contexto mas também a articulação deste com a restante equipa multidisciplinar. A tentativa de ajuda a esta criança foi algo frustrante devido à incoerência no seu discurso, tendo sido impossível averiguar a veracidade dos factos, contudo foi possível observar a atuação da equipa multidisciplinar neste caso, que contempla a articulação com o Centro de Saúde da área de residência.

Num serviço onde os pais/família se encontram em grande ansiedade e medo devido ao estado de saúde da criança e à dor a que esta está por vezes exposta, exige do EESIP a antecipação de momentos de conflito, bem como da mobilização de estratégias de gestão deste, exigindo capacidades comunicacionais em situações de grande pressão.

Durante o tempo em que decorreu este módulo, vários foram os exemplos de situações em que foi necessária a intervenção de enfermagem no âmbito da promoção da saúde, nomeadamente em situações de febre, onde os pais insistentemente não administravam qualquer tipo de medicação ou aplicavam qualquer estratégia de arrefecimento corporal; alguns pais recorriam diretamente ao SUP sem terem ido primeiro ao Centro de Saúde ou sem terem telefonado para a Linha de Saúde 24, o que por vezes dava origem a “falsas urgências”. Neste sentido foi elaborado um questionário (ANEXO XIV), adaptado de LOUREIRO (2009), com a devida

autorização da autora (ANEXO XV), onde fosse possível identificar as necessidades formativas dos enfermeiros sobre a Promoção da Saúde, quais os temas mais frequentes sobre os quais os enfermeiros realizam promoção da saúde com as crianças e pais neste contexto, bem como qual o local onde é mais frequente realizarem esta atividade e do suporte informacional existente no serviço qual o mais adequado na sua opinião.

Foram distribuídos 22 questionários e foram respondidos e rececionados 15, tendo para tal sido pedida colaboração voluntária junto dos enfermeiros. Os enfermeiros que responderam ao questionário, maioritariamente do género feminino (11), têm idades compreendidas entre os 27 e os 43 anos, com tempo de experiência profissional entre os 3 e os 19 anos e especificamente com experiência profissional em serviço de urgência pediátrica entre os 6 meses e os 11 anos. Após a análise realizada às questões foi possível identificar que os enfermeiros entendem que promoção da saúde é promoção do bem-estar físico, psíquico, social e espiritual e emocional; prevenção de doenças; promoção de hábitos de vida saudáveis; atividade de ensino; aconselhamento; incentivo e ações de consciencialização. Houve ainda 2 enfermeiros para os quais a promoção da saúde é um processo de sensibilização para que os indivíduos atuem na melhoria da sua qualidade de vida. Verificou-se que todos os enfermeiros que responderam ao questionário afirmam realizar promoção da saúde e que os temas mais referidos são: cuidados a ter na febre (19%), cólicas/massagem abdominal (17%) e prevenção de acidentes domésticos (14%). Relativamente à questão onde se pretendia identificar os locais mais e menos frequentes onde os enfermeiros realizam promoção da saúde, foi possível identificar que o local mais frequente é a sala de observações (SO) e em conversa informal com os enfermeiros percebeu-se que se deve ao facto de ser o local do SUP, onde as crianças/jovens e sua família permanecem mais tempo. O segundo local mais frequente é a sala de triagem e a sala de tratamentos. O local onde se realizam menos frequentemente é na sala de espera. Quando questionados sobre o local mais adequado para desenvolver atividades de promoção da saúde, as opiniões dividiram-se: 5 enfermeiros referem ser na sala de tratamentos e SO; 5 que se deveria realizar apenas no SO; 2 referem ser apenas na sala de tratamentos e 1 refere ser na triagem e SO. Sobre o suporte informacional existente no serviço referem existir só posters. 6 enfermeiros referem que os posters são a melhor solução, justificando com o facto de serem mais económicos, captam a memória visual e que os pais os podem ler enquanto esperam pelo atendimento. Salientam também que muitas vezes os folhetos são utilizados como brinquedos para as crianças e que os pais não os leem. 5 enfermeiros pensam que se deveria investir na distribuição de folhetos como estratégia de promoção da saúde, por se poder colocar mais informação que nos posters, porque é possível os pais levarem-nos para casa.

De forma a intervir neste contexto e tendo por base o tema inicial do projeto, outro dos objetivos propostos foi:

## **Contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem no atendimento à criança/jovem e sua família em contexto de urgência, no âmbito da promoção da saúde.**

Para atingir este objetivo e tendo por base o diagnóstico de situação realizado, foi proposto a elaboração de um poster. Este é o meio de transmitir informação escrito, mais utilizado neste serviço, existindo diversos posters tanto da sala de espera como no corredor do serviço. Contudo, na sala de espera destinada aos recém-nascidos e a crianças com necessidade de realizarem tratamento, não existia qualquer tipo de informação. Sendo um local onde as crianças e os pais/familiares ou pessoa significativa passam algum tempo, foi proposta a colocação do poster nesta sala. Sendo o poster intitulado “*Como Diminuir as Cólicas no seu Bebê*” (ANEXO XVI). A escolha do tema teve por base as respostas dadas ao questionário sobre os temas mais frequentes de promoção da saúde e tendo em conta os já existentes no serviço (cuidados a ter com a febre e prevenção de acidentes) e pela observação realizada, onde foi possível constatar que algumas mães recorriam com os recém-nascidos ao SUP por cólicas.

A transmissão de informação através de “(...) *materiais impressos é uma forma de economizar tempo, se estiverem bem elaborados para promover a aprendizagem (...)*” (REDMAN, 2003, p.51). A elaboração de um poster deve ter em conta a população alvo. De forma a abranger o maior número de pessoas que pudessem compreender e apreender a informação desejada, teve-se o cuidado de não utilizar linguagem científica e que esta fosse o mais simples possível. Foram também colocadas imagens, com o objetivo de diminuir a densidade do texto e permitir a compreensão da mensagem por pessoas analfabetas. De salientar que a existência de posters sobre determinado tema não implica que o enfermeiro não transmita informação oral à criança ou pais sobre o mesmo.

Ao realizar esta atividade foi possível mobilizar conhecimentos da minha experiência profissional nos cuidados de enfermagem ao recém-nascido e foi possível a aquisição de competências como EESIP no âmbito da comunicação com a família, demonstrando conhecimento em técnicas de comunicação com esta (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011b), através da comunicação escrita. Esta, tal como a comunicação oral, é fundamental para a transmissão de informações às crianças a partir da idade escolar e aos pais/familiares (BARROS, 2003). Foram também adquiridas competências no âmbito da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, tendo por princípio a transmissão de orientações à família com vista à maximização do potencial de desenvolvimento da criança (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011b).

Após a realização do diagnóstico de situação foi também elaborada uma ação de formação, com o objetivo de sensibilizar a equipa de enfermagem para a promoção da saúde em contexto de urgência e para divulgar estratégias de promoção da saúde neste contexto, assim a ação de formação realizada foi intitulada “*Estratégias de Promoção da Saúde no Serviço de Urgência*”

*Pediátrica*” (ANEXO XVII). Para tal divulgou-se a ação de formação, tendo sido reforçada pessoalmente a importância da presença junto de cada enfermeiro. A dinâmica instituída foi a realização da ação de formação durante a passagem de turno e utilizou-se o método expositivo, utilizando-se para tal o computador e o monitor existentes na sala de enfermagem, com a duração de 20 minutos. Os conteúdos da ação de formação incidiram sobre a definição de promoção de saúde, tendo-se reforçado a importância desta, mesmo num SUP; estratégias de promoção de saúde, onde apenas se referiu as possíveis de serem praticados no SUP e ainda a apresentação dos resultados do questionário e o poster elaborado. No final da ação de formação foi entregue aos participantes um questionário de avaliação da mesma. A avaliação realizada pela equipa de enfermagem foi positiva, tendo todos os enfermeiros concordado que as suas expectativas foram satisfeitas, 70% concordou que os objetivos foram atingidos e que a formação foi útil para a sua prática profissional. Tendo existido unanimidade no nível técnico pedagógico e na abordagem de todos os pontos importantes.

Tradicionalmente os serviços de urgência não são o local definido para ações de promoção para a saúde (RHODES, GORDON e LOWE, 2000), contudo o recurso a estes serviços “(...) é feito à custa de falsas urgências”, com todo o impacto que causa na gestão do serviço: “(...) custos económicos acrescidos e recursos humanos insuficientes, ocupados na resolução de patologias banais, dificultando a assistência a situações verdadeiramente graves” (CALDEIRA et al, 2006, p.2). Segundo MIXÃO (2007), a procura de serviços de urgência como primeiro recurso dos pais para o atendimento ao seu filho deve-se à crença que estes têm sobre a incapacidade de obterem resposta quando recorrem aos cuidados de saúde primários e pela perceção que os pais têm sobre a gravidade da doença da criança. Assim, é importante a sensibilização da equipa de enfermagem destes serviços para a necessidade de implementação de estratégias de promoção da saúde neste contexto, na tentativa de educar a população.

A realização desta ação de formação permitiu a consolidação de competências adquiridas no módulo II, relativamente à atuação como formador em contexto de trabalho, no diagnóstico de necessidades formativas de uma equipa, com o objetivo de facilitar a aprendizagem dos meus pares e conseqüentemente permitir uma melhoria nos cuidados prestados, uma das competências do Enfermeiro Especialista (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011b).

### 2.3.2 Serviço de Neonatologia

O módulo referente ao serviço de neonatologia não foi realizado por ter sido concedida creditação devido à experiência profissional de aproximadamente cinco anos na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do HDE.

A UCIN integra-se na área de Urgência/Emergência do HDE e tem capacidade para 16 vagas, sendo 8 de cuidados intensivos e 8 de cuidados intermédios. Presta assistência a recém-

nascidos dos 0 aos 28 dias de vida, provenientes de outros serviços do hospital, bem como de outras unidades hospitalares do país, mais propriamente da região de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e Ilhas. A partir de 2010 deixou de receber recém-nascidos provenientes da maternidade deste hospital devido ao encerramento da mesma. É uma unidade de referência para recém-nascidos com patologia cirúrgica. Recebe também recém-nascidos com prematuridade, recém-nascidos com baixo ou muito baixo peso, malformações congénitas (atrésia do esófago, atrésias intestinais, gastrosquisis, onfalocelo, hérnia diafragmática, mal formações cardíacas) e síndromes polimarformativas (HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA, 2005), o que permitiu a aquisição de competência de EESIP no âmbito do reconhecimento de situações de instabilidade hemodinâmica e risco de morte, prestando cuidados apropriados e em casos mais graves cuidados de “dignificação da morte” e dos processos de luto (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011c).

A equipa de enfermagem motivada na prestação de cuidados de qualidade desenvolveu diversas normas de procedimentos, permitindo a uniformização das práticas e a integração de novos elementos no serviço. Neste âmbito elaborei duas normas de procedimentos intituladas “Exsanguíneo Transfusão” e “Administração de sangue e hemoderivados”, tendo realizado posteriormente a sua apresentação à equipa de enfermagem. Assim, foram desenvolvidas competências no âmbito do domínio da melhoria da qualidade, bem como na facilitação da integração de novos elementos e como “(...) *facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (...)*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011c, p.8653). Foram realizados diversos projetos na UCIN, entre eles o “Acolhimento à família de um recém-nascido internado”; “Visita à Puérpera com Recém-Nascido internado na UCIN”; “Método Mãe - Canguru” e “Massagem ao Recém-nascido”, com a finalidade de diminuir a ansiedade e *stress* dos pais/família resultantes da necessidade de hospitalização do recém-nascido numa unidade de cuidados intensivos, integrar os pais na prestação de cuidados do recém-nascido, diminuir a separação entre recém-nascido/família, promover a vinculação e reforçar o papel parental. Assim, ao participar nestes projetos foi possível adquirir competências como EESIP na promoção da vinculação, através da utilização de estratégia de promoção de contacto físico entre o recém-nascido e os pais, através da promoção da amamentação e do envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao recém-nascido, bem como de competências de implementação de planos de saúde, promotoras da parentalidade (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011c).

O projeto da “Dor – 5º Sinal Vital” sensibiliza todos os enfermeiros para a avaliação da dor, bem como para a aplicação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas na prevenção e alívio da dor no recém-nascido. Neste âmbito, fui co-autora de uma comunicação, intitulada “Não à dor no Recém-Nascido”, no âmbito do IV Encontro Nacional de Enfermagem Neonatal/Pediátrica que tinha como tema a Carta dos Direitos da Criança – 50 anos, Percursos no Cuidar. Esta comunicação baseou-se nas medidas não farmacológicas utilizadas na UCIN para alívio e prevenção da dor no recém-nascido, pelo facto destas poderem ser adotadas de forma autónoma pelos enfermeiros. Foram desenvolvidas competências na gestão diferenciada

da dor no recém-nascido, através da adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas na prevenção e alívio da dor, como também de promoção da defesa dos direitos da criança hospitalizada, “(...) *as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo*” (INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA, 1998, p.9).

O projeto “Proteção da pele dos Recém-nascidos com estomas”, do qual faço parte enquanto membro dinamizador, está integrado na Política de Padrões de Qualidade da UCIN, no enunciado descritivo Prevenção de Complicações que refere “(...) *na procura permanente de excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002, p12). A participação neste grupo de trabalho tem-me conduzido na procura de conhecimentos através da participação em cursos sobre a temática. Além deste grupo de trabalho, faço parte do grupo responsável pelo projeto de “*Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão na UCIN*”, que se encontra ainda em fase inicial, em resposta ao Procedimento Multisectorial transversal ao Centro Hospitalar de Lisboa Central, Empresa Pública Empresarial. As úlceras de pressão são um problema de saúde pública e um indicador de qualidade dos cuidados prestados e a avaliação do seu risco permite o planeamento e a implementação de medidas de prevenção e tratamento adequadas a cada situação, permitindo diminuir o tempo de internamento e as readmissões e consequentemente diminuir os encargos financeiros do Serviço Nacional de Saúde (DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2011a). A participação nestes grupos de trabalho foram fundamentais para a aquisição de competências como EESIP no âmbito da promoção da melhoria da qualidade e na responsabilização pela aprendizagem, destreza nas intervenções e desenvolvimento de habilidades e competências dos meus pares no cuidado ao recém-nascido.

Trabalhar na UCIN exige uma diversidade de conhecimentos complexos, desde o desenvolvimento do recém-nascido, ao impacto que a hospitalização tem no seu desenvolvimento e na sua interação com os pais e irmãos, passando por conhecimentos sobre diversas patologias e cuidados inerentes a cada uma, a conhecimentos sobre o funcionamento de tecnologia (incubadoras, aspiradores, ventiladores, aparelho de óxido nítrico, entre outros exemplos), que temos de associar aos cuidados centrados no recém-nascido e família. Devendo para isso cuidar de cada recém-nascido e família como sendo únicos, promovendo a sua interação e vinculação e ajudando os pais na aquisição de estratégias de adaptação à situação, bem como saber articular com uma vasta equipa multidisciplinar (assistente social, psicóloga, pedopsiquiatra), que temos disponível no serviço, para ajudar e apoiar os pais nas suas necessidades, respeitando sempre as suas crenças e cultura, pelo que as competências comunicacionais desenvolvidas ao longo da minha experiência profissional são fundamentais para a prática de cuidados. Assim, fui adquirindo competências de EESIP ao longo do tempo de experiência profissional na UCIN, onde as reflexões das vivências no serviço permitiram o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

### 3 CONCLUSÃO

O fim deste percurso permitiu a mobilização de conhecimento da minha formação inicial, da minha experiência profissional e pessoal e a aquisição de competências como EESIP. Foi um processo de aprendizagem longo, baseado na prática e na reflexão crítica da mesma. Implícito neste processo está a realização de diversas atividades integradas nos três módulos de estágio que compuseram a Unidade Curricular Estágio.

*Promoção da Saúde* foi o tema abordado em cada módulo de estágio e por ser um tema abrangente houve necessidade de o abordar de forma diferente em cada contexto e refletir sobre as especificidades deste tema em cada um.

No módulo I – cuidados de saúde primários, referente ao estágio de recursos da comunidade realizado na Consulta de Endocrinologia do HDE, foi realizada observação das práticas do cuidar do EESIP e reflexão sobre o seu papel como promotor da saúde neste contexto. Assim, o EESIP estabelece uma relação de ajuda que lhe permite estabelecer confiança e segurança com a criança/jovem e sua família. Esta relação permite ao EESIP definir um plano educativo em parceria com a criança/jovem e família, tendo como finalidade a autonomia da criança, o seu auto-cuidado e a sua inserção social. Sempre que se justifique, o EESIP deverá articular com outros profissionais da equipa multidisciplinar, de forma a permitir os melhores cuidados possíveis à criança/jovem e família. Deverá também articular-se com a escola da criança, facilitando a sua inserção social. Neste contexto, devido à limitação temporal (21 horas) não foi possível a aquisição de competências, mas foram adquiridos conhecimentos, nomeadamente sobre técnicas comunicacionais e de abordagem à criança e sua família, possíveis de mobilizar para outros contextos. Na segunda parte do módulo I, que decorreu no Centro de Saúde de São João, foi possível a aquisição de conhecimentos e competências de EESIP, através das atividades que foram desenvolvidas ao longo do mesmo. Após o diagnóstico de situação elaborado justificou-se a intervenção neste contexto com a abordagem de uma temática muito debatida atualmente, a prevenção da obesidade infantil. Os números de crianças com obesidade estão a aumentar, como consequência das alterações dos comportamentos alimentares e pela diminuição da atividade física, muito por consequência do aumento da criminalidade e do desenvolvimento tecnológico que levou as crianças a deixarem as brincadeiras de rua e os jogos tradicionais, em preferência aos jogos de computador e à televisão. Neste módulo foi necessário a aquisição de competências comunicacionais com a criança e família tendo em conta a sua idade, estágio de desenvolvimento e cultura, que permitissem a abordagem sobre a temática da obesidade infantil, de forma a alertá-los para o risco de hábitos de vida menos saudáveis ou em casos mais extremos, para a tentativa de atuação em crianças/famílias com comportamentos alimentares menos saudáveis. Foram ainda desenvolvidas competências a nível da análise e planeamento estratégico de atividades promotoras da saúde infantil no âmbito da obesidade, bem como na seleção de estratégias de melhoria da qualidade de cuidados e na elaboração de guias orientadores de boas práticas.

Não sendo possível a intervenção em contexto escolar, houve a necessidade de desenvolver competências na abordagem de temas complexos de forma criativa e adquirir competências na área da comunicação e relacionamento com a criança e sua família. Foi ainda possível realizar consultas de vigilância de saúde infantil, tendo neste contexto adquirido competências sobre a avaliação do desenvolvimento infantil, bem como na promoção da parentalidade.

O módulo II, decorreu na Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais do HDE, onde foi possível abordar a promoção da saúde no âmbito da criança com doença crónica. Neste estágio, foi possível intervir junto das crianças com doença crónica, nomeadamente crianças com estomas e sua família. As crianças com doença crónica, tal como qualquer outra criança também necessitam que o EESIP desenvolva com estas e com a sua família comportamentos promotores de saúde, tendo neste contexto optado pela elaboração de suporte formativos/informativos, que permitissem a autonomia dos pais no cuidado à criança com estoma. Foram desenvolvidos três *kits* de ensino aos pais, um sobre cuidados ao estoma intestinal, outro sobre cuidados ao gastrostoma e um terceiro sobre cuidados ao traqueostoma. A elaboração destes *kits* teve como principal finalidade a autonomia dos pais nos cuidados à criança, promovendo nestes maior confiança nos cuidados, o que poderá levar a uma diminuição do tempo de internamento da criança, minimizando assim o impacto da hospitalização no seu desenvolvimento, proporcionando-lhe qualidade de vida. Também facilitou o ensino a ser realizado pela equipa de enfermagem e conseqüentemente a aprendizagem dos pais. A aquisição de competências neste módulo passou pelo desenvolvimento de capacidade comunicativa com crianças com doença crónica e seus pais, pela aplicação de métodos criativos na abordagem a um tema complexo, bem como pela capacitação dos pais na adoção de estratégias de *coping*.

O módulo III, dividiu-se em dois momentos, um primeiro que decorreu no Serviço de Urgência Pediátrica do HDE onde foi possível a aquisição de competências comunicacionais com a criança e sua família em situação crítica, competências de gestão de conflitos, bem como de facilitadora da aprendizagem dos pares, tendo sido realizada uma ação de formação. Nesta, foram expostas algumas estratégias de promoção de saúde em serviços de urgência pediátrica, com o objetivo de sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância deste tema neste, para que possam, durante a sua prática, educar a população de forma a diminuir o número de “falsas urgências”. O segundo momento do módulo III correspondeu ao serviço de neonatologia, o qual não realizei por ter sido concedida creditação, pela minha experiência profissional neste contexto e pelas competências como EESIP adquiridas na prática profissional.

Todos os objetivos propostos ao longo do estágio foram atingidos e todas as atividades desenvolvidas, bem como o objetivo deste relatório, de descrever e refletir sobre o percurso realizado.

Ao longo deste percurso, foi possível a aquisição de competências de EESIP, contudo foi o contacto com realidades diferentes da minha prática habitual que enriqueceram os meus conhecimentos e me permitiram uma visão mais abrangente do papel do EESIP. O facto de exercer funções num serviço com uma população tão específica (recém-nascidos) foi uma das dificuldades sentidas ao longo dos vários módulos de estágio, tendo sido necessário em cada um reforçar as competências comunicacionais e relacionais com as crianças em diferentes fases de desenvolvimento. Porém, também foi muito gratificante trabalhar com estas crianças, porque permitiu-me uma interação diferente da que estou habituada no meu local de trabalho e com isso adquirir competências relacionais com estas.

Por ser uma temática muito geral, muitas atividades ainda poderão ser desenvolvidas em casa local de estágio, sugerindo por exemplo a realização de um plano formativo para os pais, no Centro de Saúde, que incida não só na promoção de uma alimentação saudável e na importância da prática de estilos de vida saudáveis, como também na promoção do aleitamento materno, por ser um tema que suscitava muitas dúvidas às mães.

O tema escolhido constituiu um grande desafio, porém foi possível a especificação de subtemas dentro da promoção da saúde, podendo abordar temáticas diferentes em cada contexto da prática do EESIP. Pelo que as atividades desenvolvidas em cada local de estágio contribuíram para a melhoria da qualidade de cuidados às crianças/jovem e família. Contudo, foi um percurso de grande aprendizagem e de mobilização de conhecimentos para a minha prática profissional e pessoal.



#### 4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALGREN, C.. Cuidado Centrado na Família da Criança Durante a Doença e a Hospitalização, in Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica. 7ªedição.Rio de Janeiro:Elsevier, 2006. P.637-706.
- BARBIER, J.M.. Elaboração de projectos de acção e planificação.Porto.Porto Editora,1993. 238p.
- BARLOW,S.E; DIETZ,W.H.. Obesity Evaluation and Treatment: Expert Committee Recommendations. Pediatrics.1998:102(3):e29. Acedido em Junho de 2011: <http://pediatrics.aappublications.org/content/102/3/e29.full.pdf+html>.
- BARROS, L.. Psicologia Pediátrica: perspectiva desenvolvimentista. 2ªedição,Lisboa:Climepsi:2003.220p.
- BENNER, P.. De iniciado a perito; 1ª ed. Coimbra: Quarteto; 2001. 295 p.
- BORGES, I.C.. Qualidade da parentalidade e bem-estar da criança. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra. Coimbra.2010.211p.
- BOWDEN, V; GREENBERG, G.C..Procedimentos de enfermagem pediátrica. Guanabara Koogan.Rio de Janeiro.2005.765p.
- CALDEIRA, T,et al.. Dia-a-dia de uma urgência pediátrica.Acta Pediatr Port.2006:1(37)p.1-4.
- CÂMARA, M.; COLETTI, S.. Estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença crónica: o contexto do cuidador. *Revista Diversitas - perspectivas en psicología*. 2009, Vol. 5 nº1.
- CARVALHO, A.; CARVALHO G.. Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação. Loures: Lusociência; 2006.168p.
- CARVALHO, S.G.. Obesidade infantil, a epidemia do século XX – revisão da literatura sobre estratégias de prevenção. Universidade do Porto.Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.2009.23p.
- CASTRO, E. et al.. Implicações da doença orgânica crónica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia:reflexão e crítica*. 15, 2002, Vol. 3, p. 625-635.
- CATTANEO, A. et al.. Overweight and obesity in infants and pré-school children in the European Union: a review of existing data. *Obes rev*. 2010;11(5):389-398.
- CHAREPE, Z.B.. O encontro com a ajuda mútua: percepções dos pais de crianças com doença crónica. Lisboa : Universidade Aberta, 2006.
- CORREIA, A.. Coping e autoeficácia em pais de crianças e adolescentes com diabetes tipo I. Porto : universidade Fernando pessoa, faculdade de ciências humanas e sociais, 2010.
- COUNCIL OF EUROPE. European Committee for Social Cohesion. 2006.[Acesso a 1 de Maio de 2012]. Disponível em <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1067853>.

- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Saúde Infantil e Juvenil – Programa Tipo de Actuação, 2ªedição.Lisboa: Direcção-geral da Saúde.2005.48p.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Circular Normativa n.º05/DSMIA de 21/02/2006. Consultas de vigilância de Saúde Infantil, Actualização das curvas de crescimento.14p.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Orientação da Direcção Geral de Saúde n.º017/2011 de 19/05/2011. 2011a. Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q).
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Plataforma contra a obesidade.2011b. [acesso a 4 de Maio de 2011]. Disponível em [www.plataformacontraobesidade.dgs.pt](http://www.plataformacontraobesidade.dgs.pt).
- GÓES, F.G.;CAVA, A.M.. A concepção de educação em saúde do enfermeiro no cuidado à criança hospitalizada.Rev.Eletr.Enf.[internet].2009;11(4).p.932-941. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a18.htm>. [Acesso a 29 de Setembro de 2011].
- HANSON, S.. Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, prática e investigação.2ªedição.Loures:Lusociência,2005.497p.
- HARRISON, T.M.. Family-Centered Pediatric NursingCare: state of the science. Journal of Pediatric Nursing;Elsevier,2005;25. p.335-343.
- HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA. Boletim Informativo 191/05 de 06 de Setembro. Conselho de Administração, 2005.
- HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA. Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central,EPE - Hospital D. Estefânia. Circular informativa N.º048/2009. Abertura da Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais (UCERN) - Hospital de Dona Estefânia. Lisboa : s.n., 02 de Fevereiro de 2009.
- INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA. Humanização dos serviços de atendimento à criança. Carta da Criança Hospitalizada. Lisboa,1998. 16p.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 1.0.Portugal:Ordem do Enfermeiros;2005.
- JORGE, A.M.. *Família e hospitalização da criança*. Loures : Lusociência, 2004.
- JÚNIOR, L.,; CAVALCANTE, M.;CAMELIER, V.. Mecanismos Genéticos de Obesidade Associados a Síndromes. Gazeta Médica da Bahia. 2006;76(suplemento3):60-64.
- LOPES, J.C. et al.. Multiculturalidade: Perspectivas da Enfermagem – contributos para melhor cuidar. Loures: Lusociência;2009.272p.
- LOUREIRO, F.M.. Percepções dos Enfermeiros sobre Educação para a Saúde Realizada na Urgência Pediátrica. Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.2009.
- MACHADO, T.. Vinculação aos pais: retorno às origens. In Psicologia, Educação e cultura.2009;XIII (1).p139-156.
- MANO, M.J.. Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais.Revista Referência;2002;8.p.53-61.
- MARTINS, M.T..O Enfermeiro na Prevenção da Obesidade Infantil. Sinais Vitais.2008.Maio;78. p14-16.

- MELLO, E.; LUFT, V.; MEYER, F.. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes?.Jornal de Pediatria. 2004;80(3) p.173-182.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei de Bases da Saúde n.º48/90 de 24 de Agosto. Diário da República n.º195 – I Série A.1990.p.3452-3459.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro. Diário da República n.º205 – I Série A.1996.p.2959-2962.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Saúde Escolar.2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Alto Comissariado da Saúde, Gabinete de Informação e Prospectiva – PNS em Foco, Boletim informativo.2010;6.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portal da saúde. 2011. Disponível em <http://www.min-saude.pt/portal> [Acesso a 3 de Maio de 2011).
- MIXÃO, M.. Comportamentos parentais e recurso às urgências pediátricas:estudo de stress parental, percepção de vulnerabilidade infantil e esforço económico familiar.Instituto Superior de Psicologia Aplicada.2007.
- OLIVEIRA, M.H.. Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Nursing.Março;2009. P.18-23.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem.2002.16p.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem da Criança e do Jovem.2011a.14p.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento n.º122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ªSérie,2011b.N.º35:8648-8653.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento n.º123/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e Jovem. Diário da República, 2ªSérie,2011c.N.º35:8653-8655.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). [Acesso em 2011 Maio 5]. Disponível em <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood-what/en/index.html>.
- PEDRO, J.. Parceiros no cuidar: a perspectiva do enfermeiro no cuidar com a família, a criança com doença crónica. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2009.
- PENDER, N.J. et al.. Health promotion and disease prevention:Toward excellence in nursing praction and education.Nursing Outlook.May-June;1992:40(3).p.106-112.
- PENDER, N.J.; MURDAUGH, C.; PARSONS, M.A.. *Health Promotion in Nursing Practice*. 6ª edição, New Jersey: Pearsons,2011.349p.
- POOBALAN, A. et al.. Prevention of Childhood Obesity: A review of systematic reviews. Edinburg:NHS Health Scotland,2008.28p.
- QUEIROZ, M.V.; JORGE, M.S.. Estratégias de Educação em Saúde e a qualidade co cuidar e ensinar em pediatria: a interacção, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. Interface-Comunic.,saúde,educ. 2006;10(19). P.117-130.

- REDMAN, B.K.. A Prática da Educação para a Saúde. 9ª edição, Loures: Lusociência. 2003. 304p.
- REGO, C.; PEÇAS, M.. Crescer para Cima – Como Prevenir ou Tratar a Obesidade da Criança e do Adolescente. Lisboa: Obras em Curso; 2007. 216p.
- RHODES, K.; GORDON, J.; LOWE, R.. Preventive Care in the Emergency Department, Part I: clinical preventive services – Are they relevant to emergency medicine?. *Academic Emergency Medicine*. 2000(7):9.p.1036-1041.
- RITA, A.; BRENDA, J.. Estudo COSI - 2008/2009 [Resumo]. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative – Portugal. [Acesso em 2011 Julho 10]. Disponível em: [http://www.plataformacontraoobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/Institucional/Noticias/Estudo%20COSI%20\(Resumo\).pdf](http://www.plataformacontraoobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/Institucional/Noticias/Estudo%20COSI%20(Resumo).pdf).
- ROCHA, M.. Influências da vinculação ao pai e à mãe sobre as relações de casal: As competências sociais. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia. 2011. 67p.
- SANTOS, S.V.. Qualidade de vida em crianças e adolescentes com problemas de saúde: conceptualização, medida e intervenção. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde. Lisboa, 2006. VII(001). [acesso a 10 de Fevereiro de 2012], Disponível em <http://redalyc.valmex.mx/pdf/362/36270107.pdf>.
- SCHENEIDER, C.M.; MEDEIROS, L.G.. Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. *Unoesc e ciência – ACHS*. 2011; 2(2). p.140-154.
- SCHMIDT, C.; BOSSA, C.. Estresse e auto-eficácia em mães de pessoas com autismo. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2007; 59(2). p.179-191.
- SHERIDAN, M.D.. From Birth to Five Years: Childrens developmental progress. NFER-Nelson. 1975. 74p.
- STANHOPE M.. Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. Lisboa: Lusociências; 1999. 1225p.
- SILVA, M.G.. Doenças crónicas na infância: conceito, prevalência e repercussões emocionais. *Rev Pediatr do Ceará*. 2, Maio/Agosto de 2001, Vol. 2.
- THEOFANIDIS, D.. Chronic illness in childhood: psychosocial adaptation and nursing support for the child and family. *Health Science Journal*. <http://www.hsj.gr>, 2007.
- TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R.. Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem). 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. 750p.
- WOFFORD, L.G.. Systematic Review of Childhood Obesity Prevention. *Journal of Pediatric Nursing*. 2008; 23 (1). p 5-19.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Ottawa Charter for Health Promotion. 2011a. [acesso em 2011 Abril 04]. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaration of Alma-Ata 1978. 2011b. [acesso a 20 de Julho de 2011]. Disponível em [http://who.int/hpr/NPH/doc/declaration\\_almaata.pdf](http://who.int/hpr/NPH/doc/declaration_almaata.pdf).

## **ANEXOS**



## **ANEXO I**

*Dados do diagnóstico de situação realizado no estágio de módulo I – Centro de Saúde de São João*

**Dados para diagnóstico de situação do estágio do módulo I**

<b>Género</b>	<b>Idade</b>	<b>Peso</b>	<b>Estatura</b>	<b>IMC</b>	<b>Percentil</b>	<b>Avaliação</b>
M	5A+7M	36,50	1,145	27,84	P>95	Obeso
F	5A+7M	28,50	1,170	20,82	P>95	Obeso
F	5A+6M	21,50	1,190	15,18	P>95	Obeso
F	5A+7M	23,50	1,210	16,05	P<85	Peso ideal
M	5A+7M	20,00	1,140	15,39	P<85	Peso ideal
M	6A	27,00	1,175	19,56	P>95	Obeso
M	5A+6M	23,00	1,120	18,34	P>95	Obeso
M	5A+7M	23,50	1,120	18,73	P>95	Obeso
F	5A+11M	23,00	1,210	15,71	P<85	Peso ideal
M	5A+11M	24,00	1,210	16,39	P<85	Peso ideal
M	5A+6M	17,50	1,090	14,73	P<85	Peso ideal
F	5A+6M	20,00	1,150	15,12	P<85	Peso ideal
F	5A+6M	21,00	1,160	15,61	P<85	Peso ideal
F	5A+10M	22,50	1,150	17,01	85<P<95	Excesso de peso
M	5A+9M	28,50	1,210	19,47	P>95	Obeso
M	5A+7M	18,30	1,090	15,40	P<85	Peso ideal
F	5A+5M	20,50	1,140	15,77	P<85	Peso ideal
M	6A+1M	22,50	1,230	14,87	P<85	Peso ideal
F	5A+7M	28,50	1,230	18,84	P>95	Obeso
F	5A+7M	18,50	1,100	15,29	P<85	Peso ideal
M	6A	22,00	1,150	16,64	P<85	Peso ideal
M	6A	18,70	1,120	14,91	P<85	Peso ideal
F	6A	22,50	1,190	15,89	P<85	Peso ideal
M	5A+5M	19,50	1,080	16,72	P<85	Peso ideal
M	5A	18,00	1,120	14,35	P<85	Peso ideal
F	5A+10M	23,50	1,240	15,28	P<85	Peso ideal
M	5A+7M	24,70	1,170	18,04	85<P<95	Excesso de peso
F	6A	23,50	1,120	18,73	85<P<95	Excesso de peso
M	5A	20,00	1,020	19,22	P>95	Obeso
M	5A+3M	19,50	1,130	15,27	P<85	Peso ideal
F	5A	17,00	1,020	16,34	P<85	Peso ideal
F	5A+3M	17,50	1,030	16,50	P<85	Peso ideal
M	5A	19,00	1,080	16,29	P<85	Peso ideal
F	6A	39,50	1,200	27,43	P>95	Obeso
F	5A	14,50	1,020	13,94	P<85	Peso ideal
F	5A+9M	29,50	1,160	21,92	P>95	Obeso
M	6A	19,50	1,130	15,27	P<85	Peso ideal
F	6A+5M	22,50	1,210	15,37	P<85	Peso ideal
F	5A+9M	18,00	1,150	13,61	P<85	Peso ideal
M	6A+4M	30,00	1,230	19,83	P>95	Obeso
F	5A+8M	19,50	0,970	20,72	P>95	Obeso

Estes dados foram colhidos a partir das fichas dos exames globais de saúde dos 5-6 anos, realizados a crianças com data de nascimento compreendida entre 1 de Outubro de 2004 e 31 de Dezembro de 2005.

Fez-se o cálculo de Índice de MC e identificação do respetivo percentil, nas curvas de percentil existente nos boletins individuais de saúde, chegando-se à conclusão se a criança apresentava peso ideal, excesso de peso ou obesidade.

## **ANEXO II**

*Guia Orientador na Prevenção/Atuação em Crianças com Obesidade*

# **GUIA ORIENTADOR NA PREVENÇÃO/ACTUAÇÃO EM CRIANÇAS COM OBESIDADE**

*Elaborado por Marta Filipa Corrente Ferreira Patrício, Curso de Mestrado Profissional na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa.*

*Sob Orientação da Sr.ª Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica Lina Silva Faria, Centro de Saúde de São João.*

*Co-orientação da Sr.ª Professora Zaida Charepe, Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa.*

## ÍNDICE

<b>NOTA INTRODUTÓRIA .....</b>	<b>3</b>
<b>1.FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>4</b>
<b>2.PRINCÍPIOS NA PREVENÇÃO/ACTUAÇÃO EM CRIANÇAS COM PADRÃO ALIMENTAR COMPROMETIDO .....</b>	<b>8</b>
<b>3.ALGORITMO DE INTERVENÇÃO/PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL, NA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL DO CENTRO DE SAÚDE DE SÃO JOÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>4. PREVENÇÃO/INTERVENÇÃO NA OBESIDADE INFANTIL, NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL DO CENTRO DE SAÚDE DE SÃO JOÃO ...</b>	<b>10</b>
4.1. Prestação de cuidados .....	10
4.1.1. Avaliação Inicial .....	10
4.1.2. Diagnóstico de Enfermagem.....	10
4.1.3. Intervenções de Enfermagem .....	10
<b>5. GLOSSÁRIO .....</b>	<b>12</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>13</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>14</b>
Anexo 1 - Folha de avaliação .....	15
Anexo 2 - Folheto para Pais: Dicas para uma alimentação saudável .....	17
Anexo 3 - Exemplos de receitas saudáveis .....	20



## **NOTA INTRODUTÓRIA**

Este documento surge no âmbito do Curso de Mestrado Profissional na Área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente no Estágio em Cuidados de Saúde Primários, a decorrer no Centro de Saúde de S. João.

Devido às elevadas taxas de prevalência de obesidade infantil na Europa e mais precisamente em Portugal, surgiu a necessidade de se desenvolver um plano estratégico de actuação na consulta de enfermagem de saúde infantil do centro de saúde de S. João.

Este documento contempla o diagnóstico de enfermagem, bem como as intervenções a serem realizadas e serve de guia orientador de actuação durante a consulta de saúde infantil. As intervenções descritas visam um aumento qualitativo na prática de enfermagem ao nível da intervenção na obesidade infantil.

## 1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A prevalência da obesidade infantil tem vindo a aumentar à escala Mundial. Segundo a OMS, 65% da população mundial vive em países onde a taxa de mortalidade é superior em pessoas com excesso de peso e obesidade do que em pessoas desnutridas. Sendo um problema sério de saúde pública, já foi considerada pela OMS como a epidemia do Século XXI.

Segundo valores da OMS, em 2010, cerca de 43 milhões de crianças com idades inferiores a 5 anos apresentava excesso de peso. Dados de 2010, do Internacional Obesity Task Force (IOTF), estima que 20% das crianças em idade escolar, dos 27 estados membros da União Europeia, apresentem excesso de peso ou obesidade, o que equivale a cerca de 12 milhões de crianças.

A OMS compara a incidência de obesidade, no presente século, com outros problemas de saúde pública, como a desnutrição e as doenças infecciosas e diz haver maior prevalência de obesidade. Diz também que se não forem adoptadas medidas de prevenção e tratamento da obesidade, em 2015 mais de metade da população será obesa. (PORTUGAL,2005)

Portugal é um dos países da Europa com maior taxa de prevalência de obesidade infantil, juntamente com Espanha, Itália e Grécia, que apresentam valores superiores a 30% de prevalência de excesso de peso, sendo mais de 10% obesos. (DGS)

Segundo PORTUGAL (2005), a obesidade, depois do tabagismo, é considerada a segunda causa de morte susceptível à prevenção. A mesma fonte, afirma que a obesidade retém cerca de 3,5% dos custos directos<sup>1</sup> de saúde.

---

<sup>1</sup> Custos directos, são custos relativos a despesas de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, investigação, formação, investimento.

Sendo o excesso de peso e a obesidade, problemas de saúde pública, é necessário o desenvolvimento de estratégias que promovam hábitos alimentares saudáveis e a prática de exercício físico, ou de estilos de vida menos sedentários e mais saudáveis.

A definição de excesso de peso ou obesidade, segundo a OMS, é uma excessiva acumulação de gordura corporal, capaz de prejudicar a saúde.

A distinção entre excesso de peso e obesidade faz-se através do cálculo do percentil do índice de massa corporal (IMC). O IMC é calculado a partir do valor do peso e da altura:

$$IMC = \frac{Peso}{Altura^2}$$

Depois de se calcular o IMC, utiliza-se os gráficos de percentil, existentes nos boletins de saúde infantil da criança/jovem.

---

**Excesso de Peso**

**IMC entre o percentil 85 e o 95**

**Obesidade**

**IMC superior ao percentil 95**

---

### **Tipos de Obesidade**

A obesidade pode ser classificada em primária (nutricional) ou secundária. Segundo Rego e Peças (2007), cerca de 90% das crianças apresenta obesidade nutricional. Este tipo de obesidade caracteriza-se por ser um desequilíbrio entre as necessidades nutricionais da criança e o gasto energético nas suas actividades de vida e na prática de exercício físico. As mesmas autoras afirmam que *“são raras as situações em que a obesidade depende de doenças de outro tipo, dependendo sim, fundamentalmente, de um estilo de vida inadequado”*. (REGO e PEÇAS,2007:p36)

A obesidade secundária é consequência de síndromes genéticas, alterações do sistema nervoso central, doenças endócrinas ou como consequência do consumo de determinados fármacos, como por exemplo os corticóides.

### **Causas do aumento da obesidade infantil em Portugal**

Mudanças culturais e necessidades económicas levaram à saída da mulher de casa para trabalhar. O que levou à diminuição da preparação de refeições confeccionadas em casa e ao aumento do consumo de refeições rápidas e com maior teor calórico. (REGO e PEÇAS,2007)

Os avanços tecnológicos – televisão, computador – também contribuem para que cada vez mais as crianças passem a maioria do seu tempo em casa, contribuindo para o aumento do sedentarismo. (OLIVEIRA e FISBERG,2003)

O aumento da urbanização, bem como da criminalidade nas grandes cidades, é outro factor promotor do sedentarismo, diminuindo a prática de actividades ao ar livre. Também as campanhas publicitárias, bem como a oferta de brindes em determinados produtos alimentares, promovem o consumo de alimentos com elevado teor calórico, contribuindo promovendo assim o aumento da prevalência de obesidade. (REGO e PEÇAS,2007)

### **Consequências da obesidade em idade pediátrica**

São variadas as consequências que a obesidade tem durante a idade pediátrica. Esta doença tem contribuído para o aumento do número de doenças como a diabetes tipo II, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, complicações respiratórias, gastrointestinais e metabólicas. Associadas a estas consequências, encontram-se as alterações psicológicas e sociais, que se manifestam na discriminação social, depressão, baixa auto-estima, auto-imagem negativa, perturbações do comportamento alimentar (anorexia e bulimia). (PEREIRA,2010)

## **Tratamento/Prevenção da Obesidade Infantil**

Estilos de vida e hábitos alimentares menos correctos contribuem para o aumento da prevalência da obesidade infantil. Os hábitos alimentares e a prática de exercício físico devem ser consolidados na infância. (AMARAL;COSTA;FERREIRA,2010)

Lobstein (2004) afirma que a prevenção é a melhor solução para o combate à obesidade, devido aos gastos excessivos com a elaboração de um regime intensivo e multidisciplinar necessário para o tratamento desta doença.

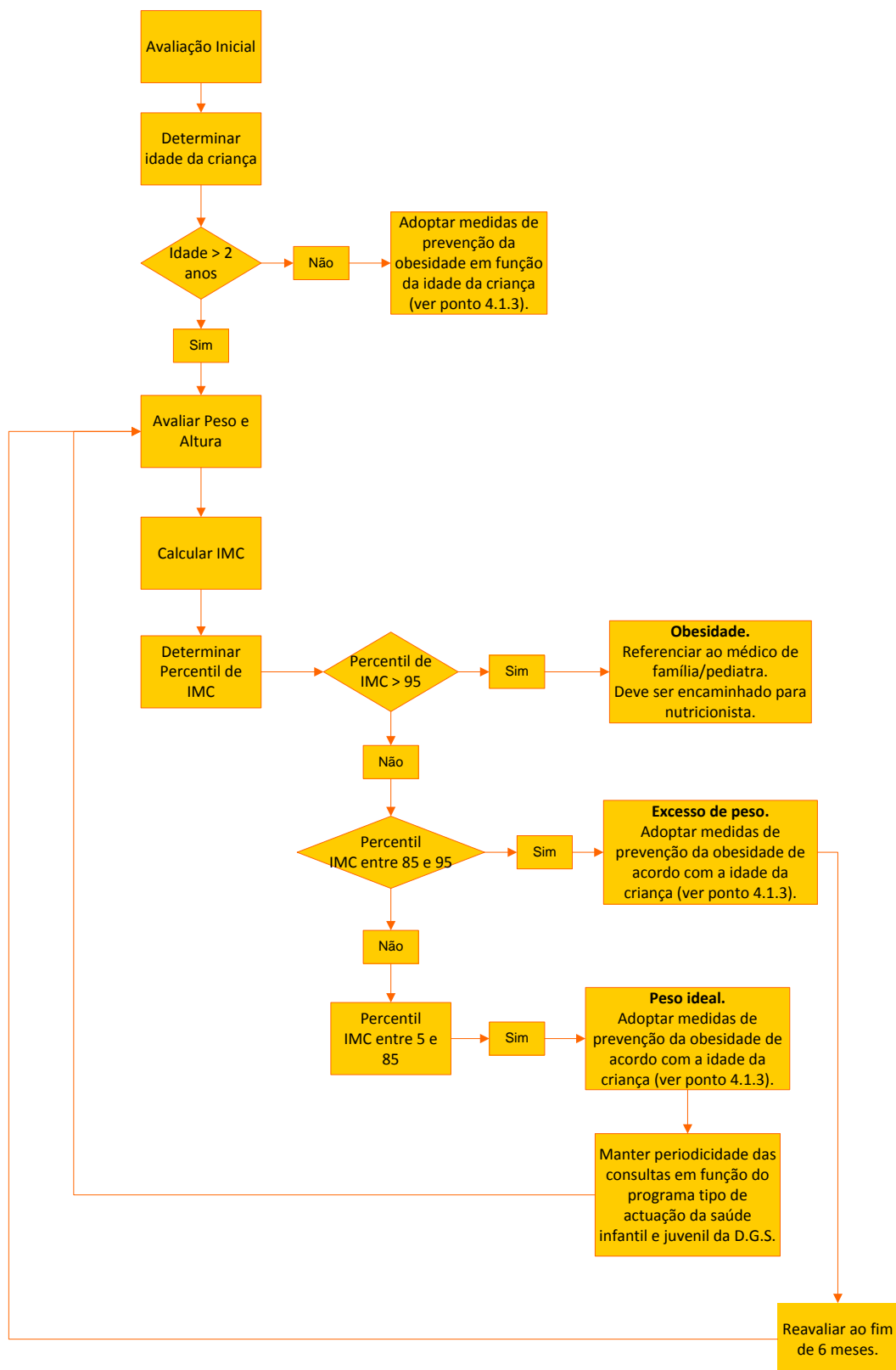
As estratégias de prevenção devem, segundo Wofford (2008), basear-se na construção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente hábitos nutricionais saudáveis e prática de exercício físico.

Os comportamentos dos pais têm uma grande influência sobre o comportamento das crianças, pelo que o envolvimento dos pais é fundamental para a mudança de hábitos na criança. (WOFFORD,2008) Logo, a família é fundamental para o sucesso da promoção da saúde nas crianças. Assim, o enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem, terá um importante papel no envolvimento da família no processo de aquisição de estilos de vida saudáveis.

## **2. PRINCÍPIOS NA PREVENÇÃO/ACTUAÇÃO EM CRIANÇAS COM PADRÃO ALIMENTAR COMPROMETIDO**

1. A obesidade infantil é um problema de saúde pública, responsável pela diminuição da qualidade de vida das crianças e das suas famílias, bem como pela diminuição da esperança de vida das crianças.
2. A obesidade é uma doença que exige tratamento.
3. A identificação atempada dos factores de risco da obesidade, é de extrema importância.
4. A prevenção da obesidade infantil é a atitude mais correcta.
5. A prevenção da obesidade deve iniciar a partir do nascimento da criança.
6. A criança pode comer de tudo, mas com regras.
7. A criança e a sua família devem ser informadas sobre a saúde e a nutrição da criança.
8. O enfermeiro deve encaminhar a crianças que necessitem de cuidados de outros profissionais.
9. O enfermeiro Especialista em Saúde da criança e do Jovem, 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.

### 3. ALGORITMO DE INTERVENÇÃO/PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL, NA CONSULTA DE SAÚDE INFANTIL DO CENTRO DE SAÚDE DE SÃO JOÃO



## **4. PREVENÇÃO/INTERVENÇÃO NA OBESIDADE INFANTIL, NA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL DO CENTRO DE SAÚDE DE SÃO JOÃO**

Neste ponto pretende-se identificar os diagnósticos de enfermagem, bem como as intervenções a serem realizadas. Será utilizada maioritariamente a linguagem CIPE®.

### **4.1. Prestação de cuidados**

O papel do enfermeiro, na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família na prevenção/intervenção da obesidade infantil, inicia-se através de uma avaliação inicial, seguida de um diagnóstico de enfermagem, intervenções de enfermagem e uma nova avaliação, de forma a verificar se as intervenções são ou não eficazes.

#### **4.1.1. Avaliação Inicial**

A avaliação inicial a ser realizada tem como orientações, as directrizes do caderno de orientações técnicas da Direcção Geral de Saúde – Programa tipo de actuação.

Esta avaliação é fundamental para identificar precocemente sinais de hábitos alimentares pouco saudáveis e para diagnosticar situações de obesidade ou excesso de peso. Para tal recomenda-se:

- Avaliar o peso da criança,
- Avaliar o comprimento/altura da criança,
- Calcular o IMC,
- Determinar o percentil de IMC,
- Preencher a folha de avaliação, anexo 1, que permite identificar o tipo de alimentação realizada pela criança e família.

#### **4.1.2. Diagnóstico de Enfermagem**

O diagnóstico de enfermagem seleccionado foi: “padrão alimentar comprometido”. Sempre que se identifique este diagnóstico devem ser tomadas medidas de intervenção em crianças com obesidade ou excesso de peso, mediante o percentil de cada criança.

#### **4.1.3. Intervenções de Enfermagem**

- Sempre que seja identificado o diagnóstico de enfermagem supra citado e criança com percentil de IMC > 95 (criança com obesidade), recomenda-se que

seja dado conhecimento ao médico de família, pois deverá ser encaminhada para consulta de nutricionista.

- Sempre que seja identificado o diagnóstico de enfermagem supra citado e criança com percentil de IMC entre 85 e 95 (criança com excesso de peso), recomenda-se:
  - ✓ Informar os pais e a criança sobre o estado nutricional da criança.
  - ✓ Informar os pais e a criança sobre os riscos do excesso de peso (risco de se tornar criança/adulto com obesidade, de desenvolver complicações, tais como diabetes tipo II, hipertensão arterial, aumenta o risco de contrair cancro da mama e do intestino, complicações respiratórias, psicológicas e sociais (discriminação social, diminuição da auto-estima)
  - ✓ Em caso de criança imigrante, tentar adaptar os hábitos culturais a uma alimentação saudável.
  - ✓ Ensinar aos pais e criança tipos de alimentação saudável (entregar folheto aos pais – Dicas para uma alimentação saudável – anexo2)
  - ✓ Se necessário articular com escola da criança, para promover junto da criança hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis.
  - ✓ Ensinar medidas de prevenção da obesidade.

#### **Medidas de Prevenção da Obesidade Infantil a partir do nascimento**

- ✓ Promover, proteger e apoiar o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade e em complemento com diversificação alimentar até o fim dos 2 anos de idade.
- ✓ A diversificação alimentar só deve ser iniciada a partir dos 6 meses de vida, se estiver a fazer aleitamento materno exclusivo.
- ✓ Encorajar a substituição das farinhas pelo aleitamento materno.
- ✓ Encorajar a confecção dos alimentos em casa e não utilizar alimentos pré-cozinhados (como por exemplo os boiões de comida já feita).
- ✓ Reforçar a importância de não se adicionar sal e açúcar à alimentação do bebé, até aos 12 meses.

#### **Medidas de Prevenção da Obesidade Infantil em crianças em idade pré-escolar e escolar**

- ✓ Promover a realização de 5 a 6 refeições por dia
  - ✓ Encorajar a tomar sempre o pequeno-almoço.
- |   |   |
|---|---|
| } | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Pequeno-almoço</li><li>2. Meio da manhã</li><li>3. Almoço</li><li>4. Lanche</li><li>5. Jantar</li><li>6. Ceia (se jantar cedo e se deitar tarde)</li></ol> |
|---|---|

- ✓ Incentivar as refeições em família.
  - ✓ Promover o consumo de vegetais, legumes, frutas e cereais em vez do consumo de bolos e doces.
  - ✓ Desencorajar a ingestão em grande quantidade de proteínas ao jantar.
  - ✓ Desencorajar o consumo de bebidas açucaradas e gaseificadas. A água deve ser a principal bebida.
  - ✓ Encorajar a confecção dos alimentos em casa e não utilizar alimentos pré-cozinhados (ver anexo 3 – exemplos de refeições saudáveis).
  - ✓ Desencorajar a utilização da comida como prémio.
  - ✓ Encorajar e promover a prática de exercício físico em detrimento das horas passadas a ver televisão ou jogar computador.
- Sempre que não seja identificado o diagnóstico de enfermagem supra citado, devem ser sempre adoptadas medidas de prevenção em função da idade da criança.

## 5. GLOSSÁRIO

<b>Obesidade</b>	Excessiva acumulação de gordura corporal, capaz de prejudicar a saúde. (OMS) Verifica-se quando: percentil de IMC > 95. (DGS)
<b>Excesso de Peso</b>	Excessiva acumulação de gordura corporal, capaz de prejudicar a saúde.(OMS) Verifica-se quando: percentil de IMC entre 85 e 95. (DGS)
<b>Padrão Alimentar</b>	Hábito: Actividade executada pelo próprio com as características específicas: Percurso detalhado seguido com regularidade, conjunto de procedimentos ou actividade usuais, conjunto de acções invariáveis ou habituais. (CIPE®)
<b>Comprometido</b>	Juízo positivo ou negativo com as características específicas: Estado julgado como negativo, alterado, inadequado, ou ineficaz. (CIPE®)
<b>Prevenir</b>	Parar ou impedir o acontecimento de alguma coisa. (CIPE®)
<b>Informar</b>	Comunicar alguma coisa a alguém. (CIPE®)
<b>Ensinar</b>	Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde.(CIPE®)

## Referências Bibliográficas

- MARTINS, M.T.,O Enfermeiro na Prevenção da Obesidade Infantil. Sinais Vitais.2008.Maio;78. p14-16
- MELLO E., LUFT V., MEYER F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes?.Jornal de Pediatria. 2004;80(3) p.173-182
- PORTUGAL, DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Plataforma contra a obesidade. [acesso a 4 de Maio de 2011]. Disponível em [www.plataformacontraobesidade.dgs.pt](http://www.plataformacontraobesidade.dgs.pt)
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde, Gabinete de Informação e Prospectiva – PNS em Foco, Boletim informativo.2010;6.
- REGO C,PEÇAS MA. Crescer para Cima – Como Prevenir ou Tratar a Obesidade da Criança e do Adolescente. Lisboa: Obras em Curso;2007. 216p
- RITA A, BREDA J. Estudo COSI - 2008/2009 [Resumo]. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative – Portugal. [Acesso em 2011 Julho 10]. Disponível em:[http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/Institucional/Noticias/Estudo%20COSI%20\(Resumo\).pdf](http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/ResourcesUser/Institucional/Noticias/Estudo%20COSI%20(Resumo).pdf)

## **ANEXOS**

**Anexo 1 - Folha de avaliação**

PESO: _____	PERCENTIL: _____		
ESTATURA: _____	PERCENTIL: _____		
IMC: _____	PERCENTIL: _____		
TENSÃO ARTERIAL: _____	PERCENTIL: _____		
MSEsqº ____/____	MSDtº ____/____		
		PESO IDEAL:	<input type="text"/>
		EXCESSO DE PESO:	<input type="text"/>
		OBESIDADE:	<input type="text"/>

**HÁBITOS ALIMENTARES**

**PEQUENO-ALMOÇO**

Pão		Queijo		Manteiga		Fiambre		Outro/Qual?		
Cereais										
Leite		Leite c/ chocolate		Outro/Qual?						
<u>Observações:</u>										

**Meio da Manhã**

Fruta		Leite		<u>Observações:</u>
Pão		logurte		
Bolos		Sumos		

**ALMOÇO**

Escola		Casa	
Sopa		Fruta	
<u>Observações:</u>			

**Lanche**

Escola		Casa		<u>Observações:</u>
Fruta		Leite		
Pão		logurte		
Bolos		Sumos		

**Jantar**

Sopa		Legumes		<u>Observações:</u>
Carne		Água		
Peixe		Sumos		

Pratica Exercício Físico? SIM  NÃO  QUAL?

**OBSERVAÇÕES:**

**Anexo 2 - Folheto para Pais: Dicas para uma alimentação saudável**

Ao dar ao seu filho uma alimentação saudável, está a contribuir para que ele tenha um bom desenvolvimento e cresça saudável.

Sem uma alimentação saudável a criança corre o risco de desenvolver várias doenças (obesidade, diabetes, tensão arterial alta, doenças do coração, doenças psicológicas) e de no futuro ser um adulto doente.



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PORTUGAL  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Elaborado por:

Marta Ferreira Patrício

Curso de Mestrado em Especialização em Enfermagem na Área de Saúde Infantil e Pediátrica

Sob Orientação da Sr.ª Enf.ª Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica Lina Silva Faria, Centro de Saúde de São João

Esob Orientação da Sr.ª Professora Mestre em Saúde Infantil e Pediátrica Zaida Charepe, Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa

DÊ AO SEU FILHO  
UMA  
ALIMENTAÇÃO  
SAUDÁVEL!



DICAS PARA UMA ALIMENTAÇÃO  
SAUDÁVEL!

Uma alimentação saudável é essencial para um bom desenvolvimento do seu filho e para prevenir doenças como a obesidade, diabetes, doenças cardíacas e cancro.

### O que é uma alimentação saudável?

É uma alimentação **completa** (inclui todos os alimentos), **equilibrada** (fornece os alimentos de acordo com as necessidades da criança) e **variada** (diversificar os alimentos).

### 3 regras básicas para uma alimentação saudável, no dia-a-dia:

- 1 Comer 2 a 3 peças de fruta por dia
- 2 Comer sempre sopa ao almoço e ao jantar, antes do 2º prato
- 3 Habitue-se a acrescentar legumes ao 2º prato

**“A água é o centro da vida!”**  
É a única bebida que o seu filho deve beber diariamente.



**Não junte sal aos alimentos!**

- Comer alimentos de todos os grupos
- Variar os alimentos de cada grupo
- Respeitar as quantidades de alimentos



- É importante fazer 5 a 6 refeições por dia.
- Deve tomar sempre o pequeno-almoço.
- Desde cedo habitue o seu filho a comer sopa.
- Faça uma alimentação equilibrada.
- Procure que o seu filho beba água em vez de sumos.
- As pizzas, hambúrgueres, bolos e outros alimentos com muita gordura e açúcar devem ser comidos apenas em dias de festa ou uma vez ao fim de semana.
- Evite a comida pré-feita.
- A comida não é prenda, não a use como recompensa.

### **Anexo 3 - Exemplos de receitas saudáveis**

# SOPAS

## Sopa de espinafres para 4 pessoas

### Ingredientes

1 batata média  
3 cenouras  
1 nabo  
1 cebola  
2 dentes de alho  
150gr de espinafres

### Modo de preparação

Cozer todos os legumes em água (excepto os espinafres) e a batata.

Depois de cozidos, triturar para se obter um creme.

Levar novamente ao lume e, quando levantar fervura, adicionam-se os espinafres. Deixa-se cozer.

Retirar do lume e adicionar um fio de azeite. Misturar bem e servir

## Creme de Courgetes para 6 pessoas

### Ingredientes

2 batatas médias  
2 dentes de alho  
1 cebola  
2 courgetes  
1 fatia de abóbora  
1 colher sopa de azeite

### Modo de preparação

Cozer os legumes e as batatas.

Quando estiverem cozidos triturar tudo e levar de novo ao lume até levantar fervura.

Retirar do lume, adicionar um fio de azeite e envolver bem.

Servir.

## Sopa Campestre para 4 pessoas

### Ingredientes

1 batata  
3 cenouras  
1 cabeça de nabo  
2 cebolas pequenas  
1 dente de alho  
1 ramo de salsa  
Meia couve portuguesa  
1 colher sopa azeite

### Modo de preparação

Descascar duas cenouras, as batatas, as cebolas, a cabeça de nabo e o dente de alho e levar a cozer em água temperada com a salsa.

Entretanto limpar a couve, descascar a restante cenoura. Lavar bem e cortar a couve em juliana e a cenoura às rodelas finas. Reservar.

Triturar tudo depois dos legumes estarem cozidos.

Levar ao lume. Quando levantar fervura juntar a cenoura e a couve.

Cozinhar em lume brando até estar tudo cozido. Retirar do lume e juntar o azeite. Envolver bem e servir.

# PEIXE

## Filetes de Peixe-Espada no Forno para 4 pessoas

### Ingredientes

- 4 filetes de peixe-espada
- 1 iogurte natural
- 1 limão
- 1 colher de sopa de azeite
- 1 colher de café de cebola picada
- 1 colher de café de alecrim seco

### Modo de preparação

Tempere os filetes com sumo de limão.

Coloque os filetes num tabuleiro untado com azeite e leve a assar no forno durante 20 minutos.

Misture o iogurte com a cebola picada e o alecrim.

## Espetadas de atum com ananás e cogumelos para 4 pessoas

### Ingredientes

- 400g de atum congelado
- 2 Colheres de sopa de azeite
- Sumo de um limão
- Salsa
- Tomilho
- Louro
- 12 Cogumelos grandes
- 2 Rodelas de ananás

### Modo de preparação

1. Colocar o atum descongelado em pedaços numa taça. Juntar o sumo de limão, o azeite, o tomilho, a salsa e o louro. Deixar marinar durante 2h, tape a taça com película aderente.
2. Fazer 4 espetadas alternando os pedaços de atum com os cogumelos e o ananás partido em pedaços.
3. Grelhar as espetadas, virando-as várias vezes e pincelando com a marinada utilizada com o atum.
4. Servir com salada de tomate.

# CARNE

## Hambúrgueres com vegetais

### Ingredientes

- 400gr de bife de vitela picado
- 1 Cenoura
- 1 Courgette

### Modo de preparação

1.Descascar a cenoura. Lavar a courgette e cortar-lhe as extremidades. Cortar a cenoura e a courgette em cubos e o alho francês em rodela finas.

2.Levar um tacho ao lume com o azeite juntamente com a cebola picada, a cenoura, a courgette e o alho francês. Deixar cozinhar até os legumes perderem o caldo. Adicionar os legumes e a salsa à carne. Colocar uma pitada de sal e envolver.

## Coelho assado no forno com batatinhas

### Ingredientes

- 1 coelho pequeno
- 150 gr de batatinhas
- 100gr de cenouras
- 3 dentes de alho
- 2 cebolas
- Sumo de 1 limão
- 1dl de água

### Modo de preparação

1.Colocar o coelho no tabuleiro do forno. Tempera-lo com as cebolas e os alhos picados, água, sumo de limão, pitada de sal, cravinho, louro e alecrim. Deixar marinar cerca de 1 hora.

2. Ao fim de 1 hora, pincelar o coelho com azeite e leva-lo ao forno a 180°C. Regar de vez em quando com o molho.



### **ANEXO III**

*Poster: "Semáforo dos Alimentos"*

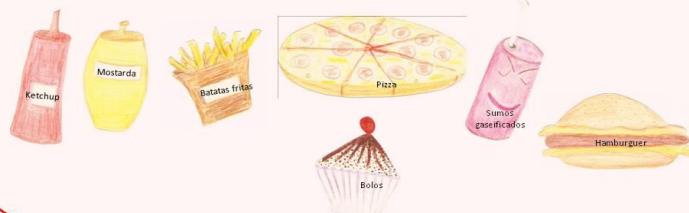
# SEMÁFORO DOS ALIMENTOS

– Para uma alimentação saudável e equilibrada –



Roda dos Alimentos

## Gorduras/Sumos/Molhos



Alimentos que só devem ser comidos em dias de festa

- Os alimentos pré-cozinhados, as bebidas açucaradas, os doces, os fritos, são alimentos que têm muito açúcar e muita gordura, logo não devem ser comidos todos os dias.
- Coma este tipo de alimentos apenas num dia de festa ou ao fim de semana.

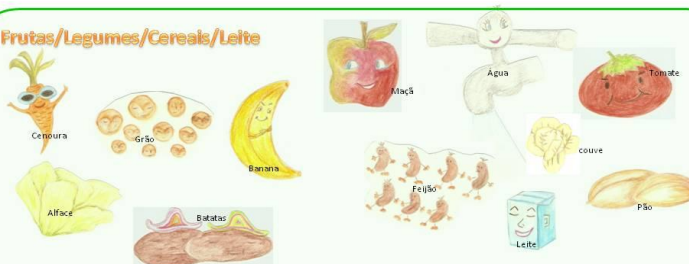
## Carne/Peixe/Ovos



Alimentos que devem ser comidos diariamente, mas em pequena quantidade

- A manteiga e os ovos, podem ser comidos várias vezes por semana. A carne e o peixe devem ser comidos todos os dias, mas em quantidades moderadas.
- Não junte na mesma refeição o ovo com a carne ou o peixe, para não comer proteínas em excesso.

## Frutas/Legumes/Cereais/Leite



Alimentos que devem ser comidos todos os dias

- As frutas, os legumes, o leite, o pão, as leguminosas, a massa, o arroz, devem ser comidos todos os dias, mas em quantidades certas. A Roda dos Alimentos ajuda-nos a saber essas quantidades.
- A água é a melhor de todas as bebidas!

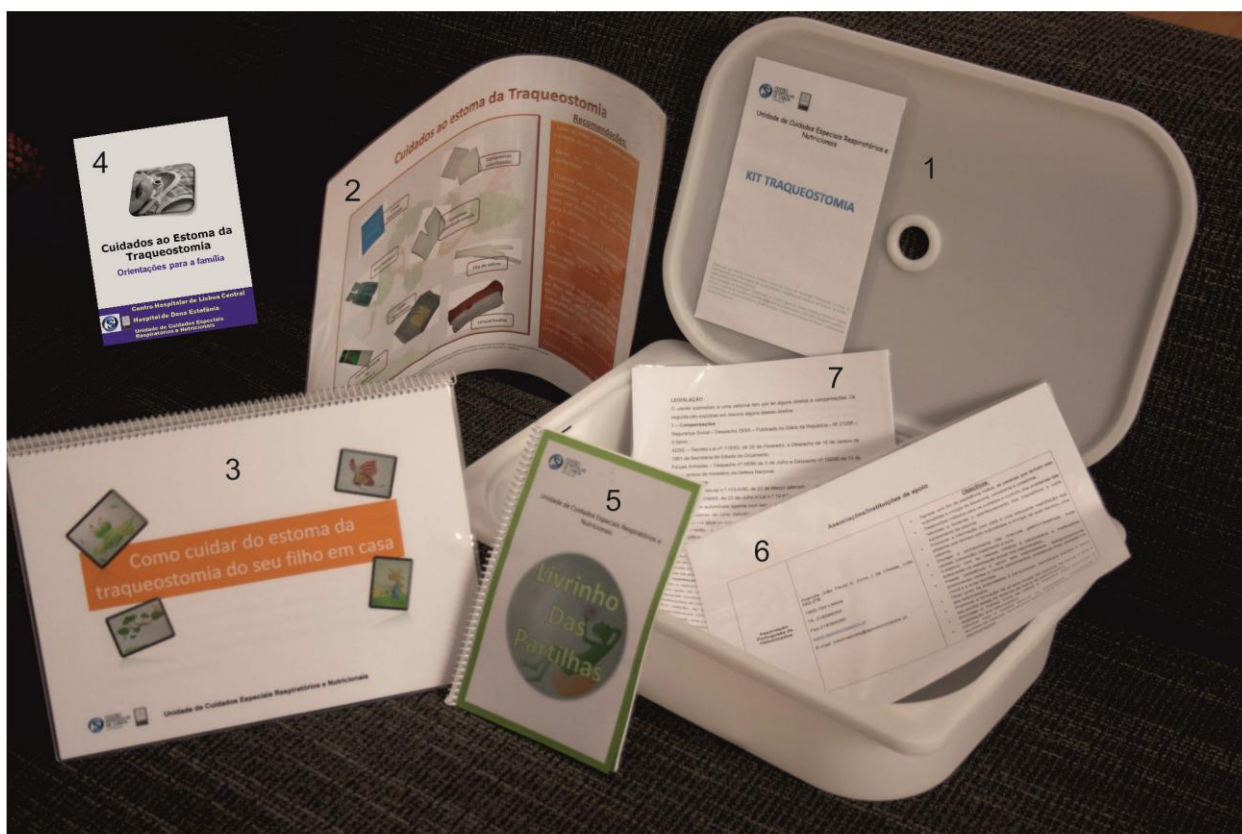
Adaptado de: REGO, C. & PEÇAS, M. – Crescer Para Cima: Como prevenir ou tratar a obesidade da criança e do adolescente. Lisboa:2007. Obras em curso – Produção Editorial, Lda-215p, ISBN 978-972-8494-61-2

Elaborado por Marta Ferreira Patrício, Curso de Mestrado Profissional na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pelo Instituto de Ciências da Saúde – Universidade Católica Portuguesa  
Sob Orientação da Sr.ª Enfermeira Especialista Lina Silva Faria, Centro de Saúde de S. João

**ANEXO IV**

*Kit Traqueostomia*

## Kit Traqueostomia

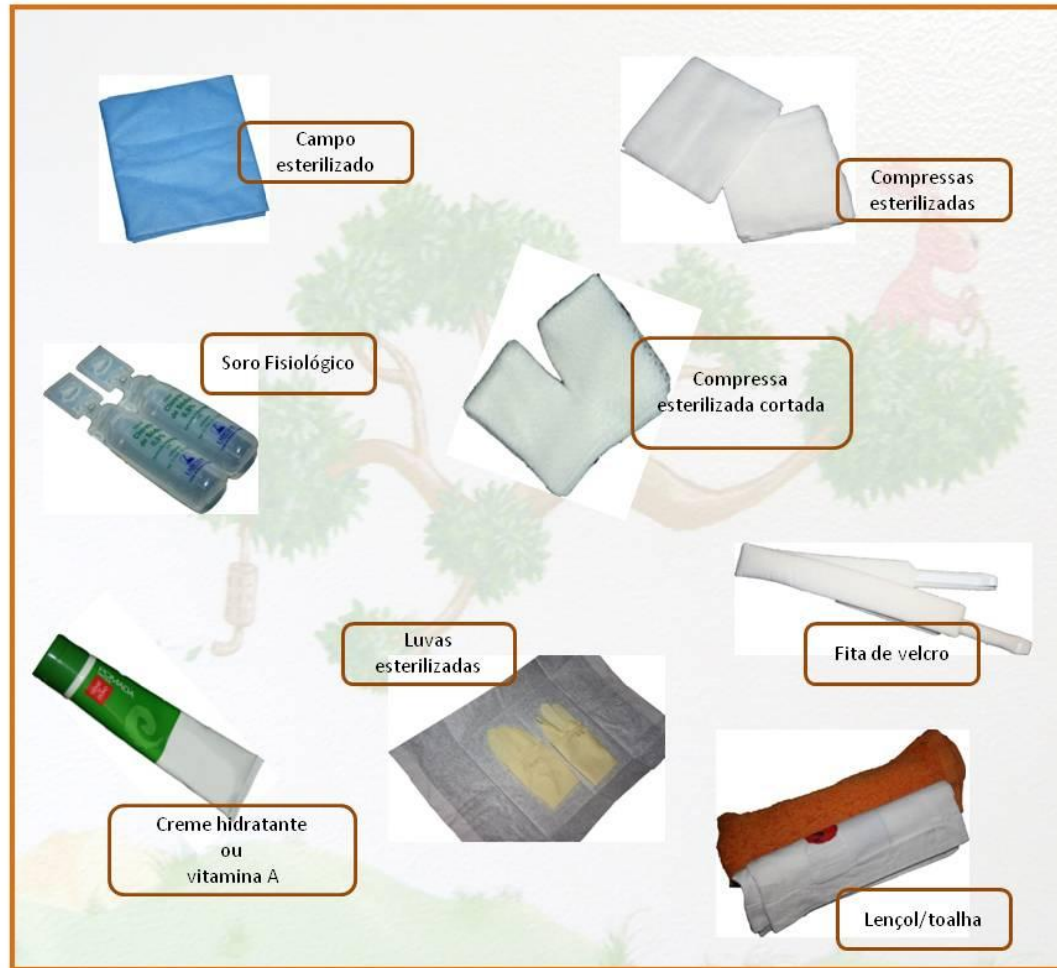


### **LEGENDA:**

- 1 - Tampa do Kit
- 2 - Tabuleiro de Cuidados ao Estoma da Traqueostomia
- 3 - Guia de passos para os pais cuidarem do estoma da traqueostomia do seu filho em casa
- 4 - Folheto Cuidados ao estoma da Traqueostomia
- 5 - Livrinho das Partilhas
- 6 - Quadro de Associações e Instituições de apoio a crianças com doença crónica e ostomizadas
- 7 - Legislação sobre doente ostomizado

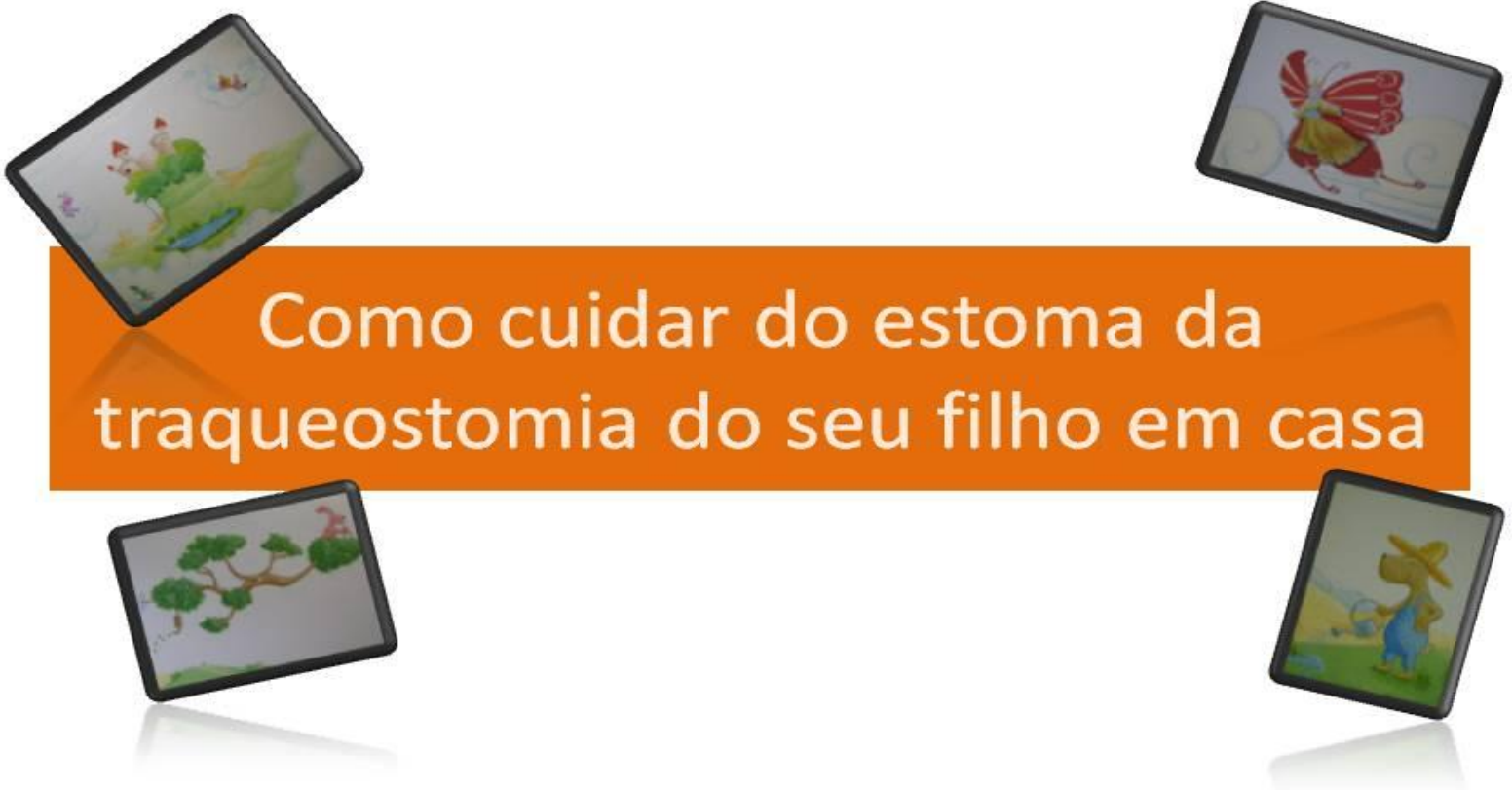


## Cuidados ao estoma da Traqueostomia



### Recomendações:

- Lave as mãos antes de iniciar qualquer cuidado ao seu filho;
- Deite o seu filho numa posição confortável;
- Quando limpar o estoma com o soro fisiológico, utilize a compressa esterilizada apenas uma vez. Faça-o com um movimento único do centro para a periferia;
- As fitas de velcro para a imobilização da traqueostomia devem estar justas;
- As fitas devem ser substituídas diariamente e sempre que estejam húmidas;
- Aproveite o momento em que troca as fitas para lavar o pescoço do seu filho, pode aplicar também creme hidratante no pescoço, mas em pouca quantidade;
- Não se esqueça de retirar o creme de uma vez para a outra;
- Observe as características do estoma (coloração) e a integridade da pele.



# Como cuidar do estoma da traqueostomia do seu filho em casa



Este guia irá ajudá-lo a cuidar do estoma do seu filho de forma autónoma, basta seguir os passos um a um e lembrar-se do que aprendeu com o enfermeiro.

Este procedimento deverá ser realizado pelo menos uma vez por dia e sempre que a compressa de protecção esteja suja ou húmida. Peça sempre a ajuda de um familiar para posicionar e segurar a criança, de forma a facilitar os cuidados ao estoma, a sua observação e evitar a saída accidental da cânula.

## Material necessário



• Campo esterilizado



• Compressa esterilizada cortada



• Lençol/toalha



• Soro Fisiológico



• Luvas esterilizadas



• Fita de nastro



• Compressa esterilizada



• Creme hidratante/Vitamina A



• Tabuleiro de apoio





- Siga os passos...



1. Proporcione ao seu filho um ambiente calmo;



2. Ofereça-lhe os seus objectos preferidos (chucha, brinquedo, ... );



3. Vá conversando com ele para o manter tranquilo;



4. Reúna e organize o material que vai precisar;



5. Lave as mãos;

6. Remover a antiga compressa de protecção;
7. Lave novamente as mãos;
8. Peça a ajuda de um familiar para ajudar a posicionar a criança: faça um rolo com uma toalha ou lençol e coloque-o sobre os ombros da criança para que o pescoço fique esticado e seja mais fácil a observação do estoma e os seus cuidados;
9. Calce as luvas esterilizadas;



**Nota:**

- Tenha atenção para não contaminar as luvas e o material esterilizado.
- Observe o estoma e a pele à sua volta e caso estejam muito vermelhos ou tenham alguma ferida, deve contactar o enfermeiro de referência/médico



10. Limpe o estoma com uma compressa esterilizada e com soro fisiológico: faça-o num movimento único do centro para a periferia (utilize cada compressa apenas para uma única passagem);
  
11. Aplique pomada de Vitamina A ou creme hidratante na pele em redor do estoma;



12. Coloque a compressa cortada esterilizada (compressa de protecção);

13. Imobilize a cânula com a fita de velcro e certifique-se que fica bem segura.

**Nota:**

- Para substituir a fita de velcro, troque um lado de cada vez, para evitar a saída acidental da cânula.
- Tenha atenção para a fita não ficar muito apertada nem muito larga. Deve existir uma margem de 1 dedo entre a fita e o pescoço da criança)

Fim!



Lave as mãos e guarde todo o material que não necessitou, porque poderá precisar dele na próxima vez.



Tenha cuidado durante o banho para não entrar água para a traqueostomia.

Durante a alimentação utilize um babete para protecção da traqueostomia, para evitar que os alimentos sujem o estoma ou que sejam aspirados pela criança.

Deverá ter uma bolsa com o material necessário para os cuidados ao estoma e levá-la consigo sempre que sair de casa com a criança.

**Referências:**

• WHALEY, Lucille; WONG, Donna – Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 1118 p. ISBN 85-277-0506-0

Centro Hospitalar de Lisboa Central  
Pólo Hospital de Dona Estefânia  
Rua Jacinta Marto  
1169-045 Lisboa  
telef: 21 3126600

Elaborado por:  
Marta Ferreira Patrício, no  
âmbito do Mestrado  
Profissional de Enfermagem  
em Saúde Infantil e Pediátrica



## Cuidados ao Estoma da Traqueostomia

### Orientações para a família

**Centro Hospitalar de Lisboa Central**

**Hospital de Dona Estefânia**

**Unidade de Cuidados Especiais  
Respiratórios e Nutricionais**



## Este folheto explica como cuidar do estoma da traqueostomia da criança

Este procedimento deverá ser realizado pelo menos uma vez por dia e sempre que a compressa de protecção esteja suja ou húmida. Peça sempre a ajuda de um familiar para posicionar e segurar a criança, de forma a facilitar os cuidados ao estoma, a sua observação e evitar a saída accidental da cânula.

*Antes de iniciar qualquer procedimento, proporcione à criança um ambiente calmo. Ofereça-lhe os seus objectos favoritos: chucha, fraldinha, boneco... e vá conversando com ele, para o manter tranquilo.*

### Reúna todo o material

- Campo esterilizado;
- Luvas esterilizadas;
- Compressas esterilizadas;
- Compressa de protecção esterilizada;
- Soro fisiológico;
- Creme hidratante/vitamina A;
- Toalha/lençol;
- Fita de nastro/velcro



### Siga os passos...

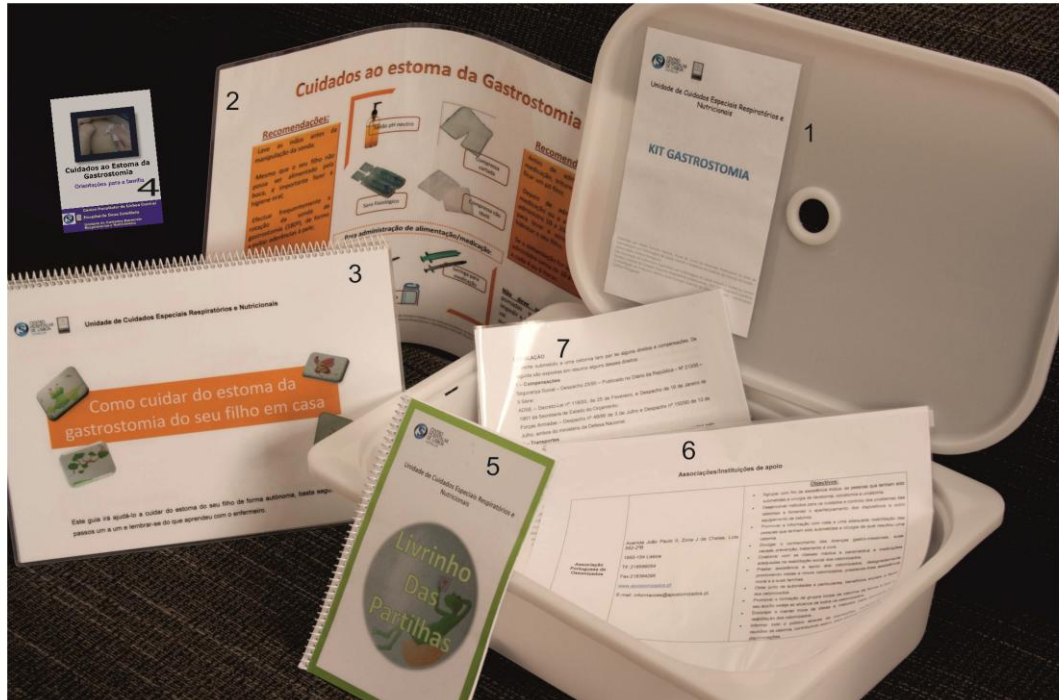
1. Remova a antiga compressa de protecção;
2. Lave novamente as mãos;
3. Calce as luvas esterilizadas;
4. Limpe o estoma com uma compressa esterilizada e com soro fisiológico: faça-o num movimento único do centro para a periferia (utilize cada compressa apenas para uma única passagem);
5. Se necessário aplique pomada de Vitamina A ou creme hidratante na pele em redor do estoma (não aplique em excesso);
6. Coloque a compressa cortada esterilizada (compressa de protecção);
7. Imobilize a cânula com a fita de velcro e certifique-se que fica bem segura. Para substituir a fita de velcro, troque um lado de cada vez, para evitar a saída accidental da cânula. Tenha atenção para a fita não ficar muito apertada nem muito larga. Deve existir uma margem de 1 dedo entre a fita e o pescoço da criança).



**ANEXO V**

*Kit Gastrostomia*

## Kit Gastrostomia



### **LEGENDA:**

- 1 - Tampa do Kit
- 2 - Tabuleiro de Cuidados ao Estoma da Gastrostomia
- 3 - Guia de passos para os pais cuidarem do estoma da Gastrostomia do seu filho em casa
- 4 - Folheto Cuidados ao estoma da gastrostomia
- 5 - Livrinho das Partilhas
- 6 - Quadro de Associações e Instituições de apoio a crianças com doença crónica e ostomizadas
- 7 - Legislação sobre doente ostomizado



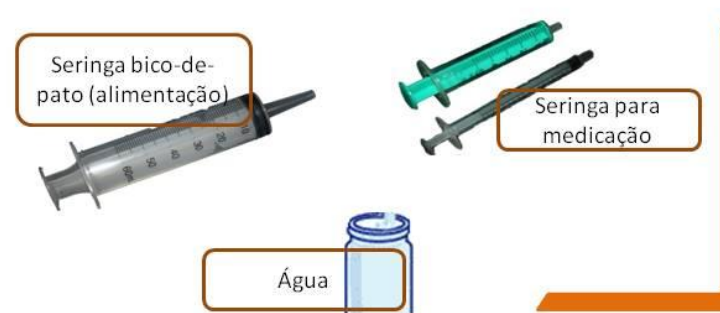
# Cuidados ao estoma da Gastrostomia

## Recomendações:

- Lave as mãos antes da manipulação da sonda;
  - Mesmo que o seu filho não possa ser alimentado pela boca, é importante fazer a higiene oral;
  - Efectue frequentemente a rotação da sonda de gastrostomia (180º), de forma a evitar aderências à pele;
  - Utilize o adesivo para fixar a sonda à pele, assim evita que o seu filho a puxe ou que fique presa em algum local e saia acidentalmente.
- Coloque a compressa em redor da sonda apenas se houver saída de exsudado ou de conteúdo gástrico.



## Para administração de alimentação/medicação:



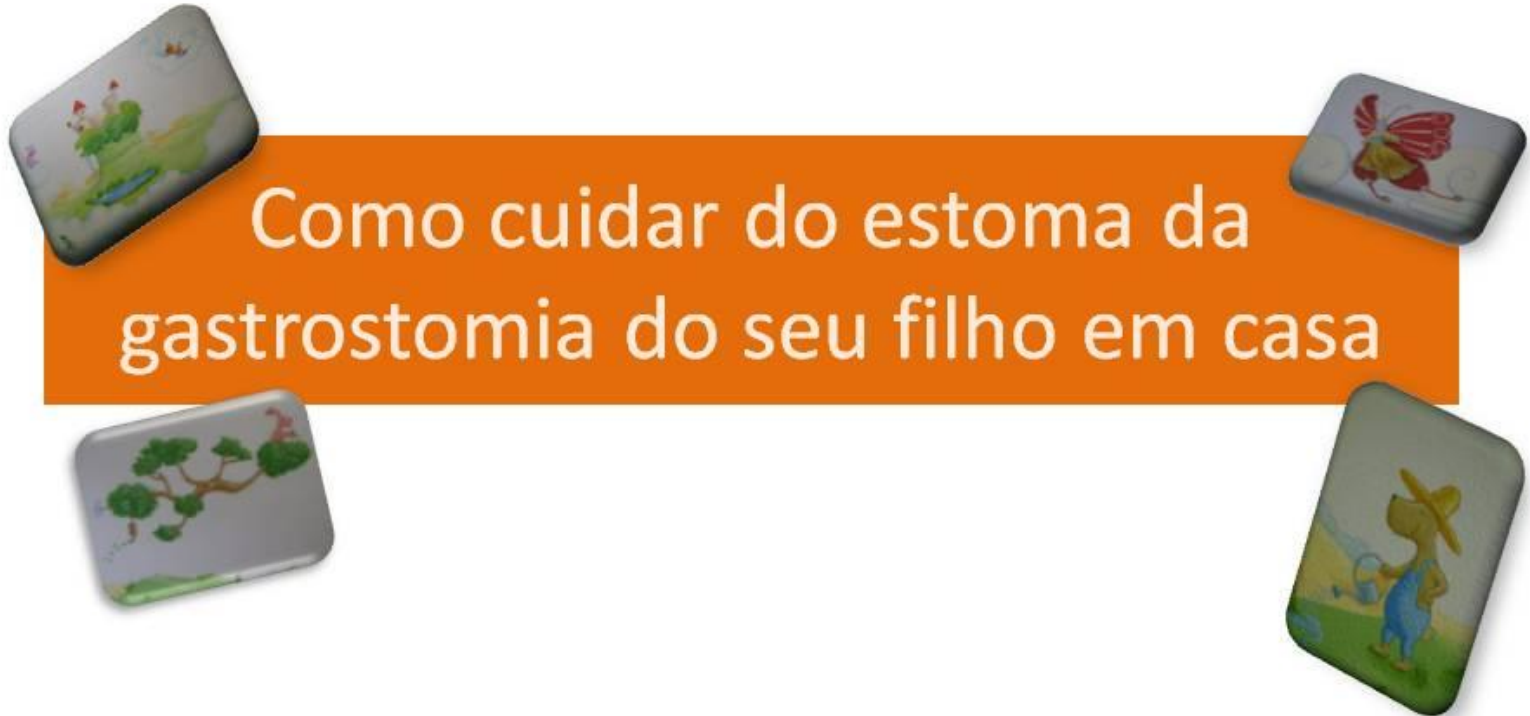
## Recomendações:

- Antes de administrar a medicação, triture-a bem até ficar um pó fino;
  - Depois de administrar a medicação ou a alimentação, administre 10 a 20ml de água para lavar a sonda e para hidratar o seu filho;
- Se a alimentação for contínua administre cerca de 10 a 20 ml a cada 4 ou 6 horas.

**Não deve aplicar** cremes, pomadas e óleos, porque impedir a respiração da pele e vai mantê-la húmida, aumentando assim o risco de infecção.



**Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais**



# Como cuidar do estoma da gastrostomia do seu filho em casa

Este guia irá ajudá-lo a cuidar do estoma do seu filho de forma autónoma, basta seguir os passos um a um e lembrar-se do que aprendeu com o enfermeiro.

## Material necessário



•Sabão líquido pH neutro



•Soro Fisiológico



•Compressa não têxtil



•Seringa bico-de-pato (alimentação)



•Seringa para medicação




•Água



•Tabuleiro de apoio





- Siga os passos...



1. Proporcione ao seu filho um ambiente calmo;



2. Ofereça-lhe os seus objectos preferidos (chucha, brinquedo,...);



3. Vá conversando com ele para o manter tranquilo;



4. Reúna e organize o material que vai precisar;



5. Lave as mãos.



6. Limpar o estoma com movimentos circulares, usando compressa e soro fisiológico ou água e sabão;
7. Aplicar solução desinfectante em SOS ou segundo indicação do enfermeiro de referência ou do seu médico;
8. Na presença de exsudado ou saída de conteúdo alimentar coloque compressas à volta da sonda, mudando-a frequentemente.



- Administração de fármacos



1. Triturar bem os fármacos até que fiquem em pó;
2. Dissolver o pó em água e administrar;
3. Administrar 10 a 20 ml de água depois de cada administração de medicação.



- Administração da alimentação



1. Verifique se a consistência dos alimentos é adequada ao calibre da sonda;
2. Verifique o conteúdo do estômago antes de iniciar a alimentação, para evitar a sua dilatação. Desclampe a sonda e verifique se sai conteúdo do estômago;
3. Administrar a alimentação por bólus ou por gavagem;
4. Lavar a sonda com 10 a 20 ml de água após a alimentação.

Nota:

- No caso da alimentação ser contínua é importante administrar 10 a 20 mL de água a cada 4/6 horas de modo a limpar a sonda de restos alimentares depositados nas paredes da mesma.

Fim!



Lave a seringa da alimentação e da medicação e deixe-as secar antes de as guardar.

Lave as mãos e guarde todo o material que não necessitou, porque poderá precisar dele na próxima vez.

**É muito importante manter a boa higiene oral da criança!**

## Folheto Cuidados ao Estoma da Gastrostomia

### Importante:

- ✓ Não deve aplicar loções ou cremes hidratantes na região à volta do estoma, para não obstruir os poros da pele e para manter a pele sempre seca.
- ✓ Se a criança tiver tendência para mexer na sonda, utilize a roupa como forma de a impedir, por exemplo se lhe vestir um *body* ela terá mais dificuldade em chegar à sonda.
- ✓ É importante manter a higiene oral da criança, todos os dias.

#### Referências:

• WHALEY, Lucille; WONG, Donna – Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 1118 p. ISBN 85-277-0506-0

Centro Hospitalar de Lisboa Central  
Pólo Hospital de Dona Estefânia  
Rua Jacinta Marto  
1169-045 Lisboa  
telef: 21 3126600

Elaborado por:  
Marta Ferreira Patrício, no  
âmbito do Mestrado  
Profissional de Enfermagem  
em Saúde Infantil e Pediátrica



## Cuidados ao Estoma da Gastrostomia

### Orientações para a família

Centro Hospitalar de Lisboa Central

Hospital de Dona Estefânia

Unidade de Cuidados Especiais  
Respiratórios e Nutricionais



## Este folheto explica como cuidar do estoma da gastrostomia da criança

*Antes de iniciar qualquer procedimento, proporcione à criança um ambiente calmo. Ofereça-lhe os seus objectos favoritos: chucha, fraldinha, boneco... e vá conversando com ele, para o manter tranquilo.*

### Cuidados que deve ter ao cuidar da gastrostomia do seu filho:

- Lavar as mãos;
- Limpar diariamente a parte externa e interna da sonda;
- Rodar várias vezes por dia a sonda (180°), para evitar aderências à pele;
- Fixar a sonda à pele, com adesivo anti-alérgico, de forma a evitar que a criança a puxe ou que fique presa e saia acidentalmente.

### Cuidados a ter com o estoma:

1. Limpe o estoma diariamente, com água morna e sabão com pH neutro, utilizando movimentos suaves;
2. Observe diariamente as características do estoma;
3. Coloque uma compressa de protecção em redor do estoma na presença de exsudado ou se sair conteúdo gástrico pelo estoma.

### Administração de fármacos:

1. Se quiser administrar comprimidos, triture-os bem, até que fique um pó fino;
2. Depois de administrar a medicação, administre 10 a 20ml de água para lavar a sonda.

### Administração de alimentação:

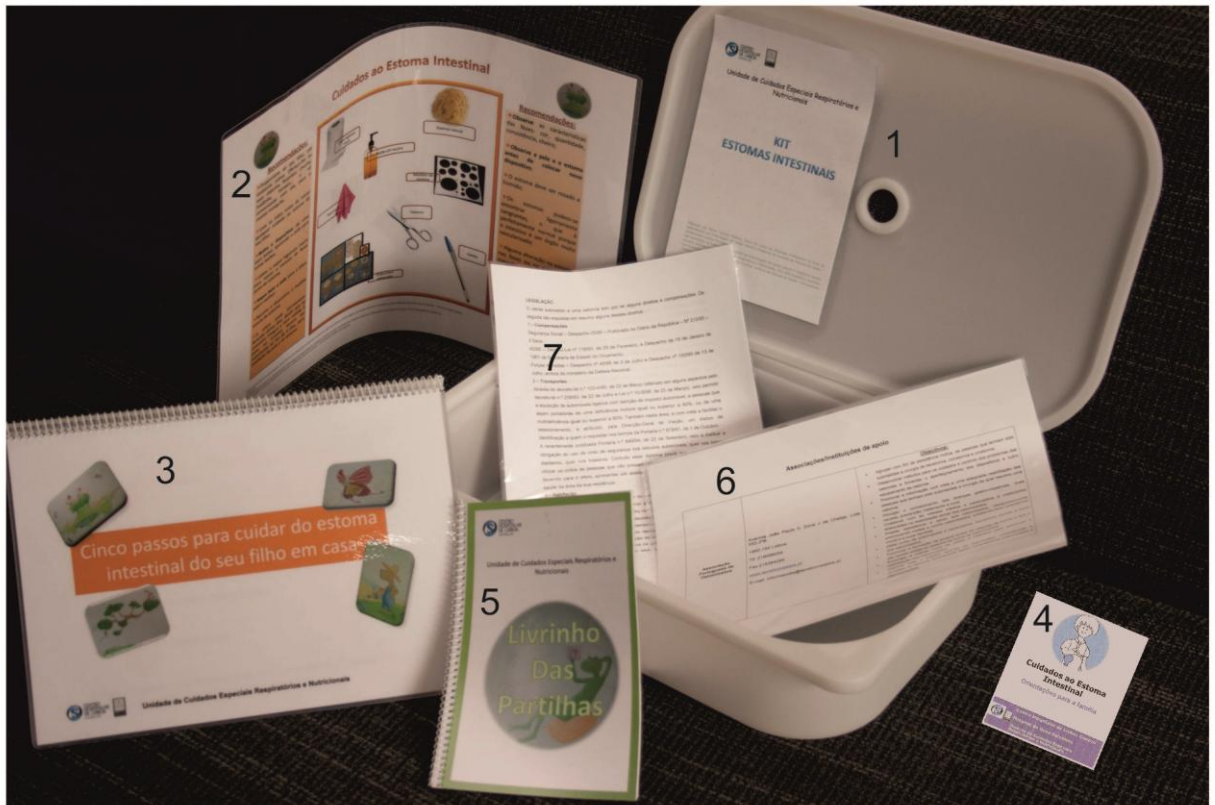
- Os alimentos devem ser todos triturados. Verifique se a consistência é adequada ao calibre da sonda. Pode acrescentar um pouco de água para a alimentação ficar mais líquida e ser possível a sua administração pela sonda;
- Verifique o resíduo do estômago antes de iniciar a alimentação;
- Administrar a alimentação por gavagem ou por bólus lento;
- Administrar 10 a 20 ml de água após a alimentação.
- Se a alimentação for contínua, é importante administrar 10 a 20 ml de 4 em 4 horas para lavar a sonda e impedir que a sonda fique obstruída.



**ANEXO VI**

*Kit Estomas Intestinais*

## Kit Estomas Intestinais



### **LEGENDA:**

- 1 - Tampa do Kit
- 2 - Tabuleiro de Cuidados ao Estoma Intestinal
- 3 - Guia de Cinco passos para os pais cuidarem do estoma intestinal do seu filho em casa
- 4 - Folheto Cuidados ao estoma intestinal
- 5 - Livrinho das Partilhas
- 6 - Quadro de Associações e Instituições de apoio a crianças com doença crónica e ostomizadas
- 7 - Legislação sobre doente ostomizado

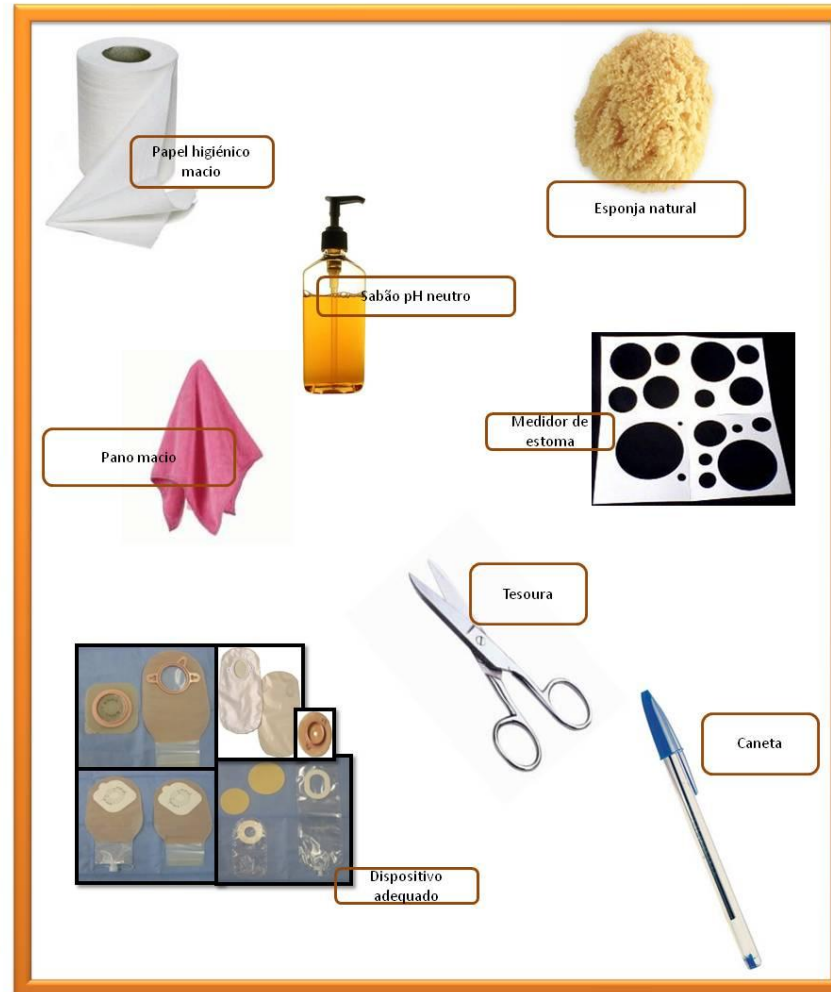




### Recomendações:

- ★ Proporcione ao seu filho, um ambiente calmo. Ofereça-lhe os seus objectos favoritos: chucha, fraldinha, boneco... e vá conversando com ele, para o manter tranquilo;
- ★ Lave as mãos antes de iniciar qualquer cuidado ao estoma do seu filho;
- ★ **Retire o dispositivo:** de cima para baixo, apoiando a pele para evitar lesões;
- ★ Utilize o papel higiénico macio para retirar o excesso de fezes junto do estoma;
- ★ **Seque bem a pele** para a placa aderir melhor;
- ★ Recorte o dispositivo à medida exacta do estoma;
- ★ A placa pode permanecer durante vários dias, desde que se encontre íntegra e bem colada à pele, no entanto deverá ser substituída ao fim de 4 dias, para avaliação da pele e do estoma.

## Cuidados ao Estoma Intestinal



### Recomendações:

- ★ **Observe** as características das fezes: cor, quantidade, consistência, cheiro;
- ★ **Observe a pele e o estoma antes de colocar novo dispositivo;**
- ★ O estoma deve ser rosado e húmido;
- ★ Os estomas podem-se encontrar ligeiramente sangrantes, o que é perfeitamente normal porque o intestino é um órgão muito vascularizado;
- ★ Alguma alteração no estoma, nas fezes ou na pele, deverá consultar o médico;

### O que não deve utilizar na pele peri-estoma:

Cremes, pomadas e óleos, porque vão impedir a aderência da placa na pele. Soluções alcoólicas e materiais agressivos (ex: panos ásperos), porque podem provocar lesões na pele.



## Cinco passos para cuidar do estoma intestinal do seu filho em casa





- 1 • Prepare-se
- 2 • Remova o dispositivo
- 3 • Higiene do estoma e da pele
- 4 • Recorte e adapte a placa
- 5 • Adapte o saco

Este guia irá ajudá-lo a cuidar do estoma do seu filho de forma autónoma, basta seguir os passos um a um e lembrar-se do que aprendeu com o enfermeiro.

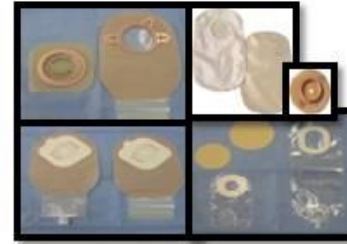
## Material necessário



•Papel higiênico macio



•Pano macio



•Placa e saco adequados



•Sabão líquido pH neutro



•Medidor de estoma



•Tesoura



•Esponja natural ou compressas



•Caneta



•Tabuleiro de apoio

1

- Prepare-se



1. Proporcione ao seu filho um ambiente calmo;



2. Ofereça-lhe os seus objectos preferidos (chucha, brinquedo, ...);



3. Vá conversando com ele para o manter tranquilo;



4. Reúna e organize o material que vai precisar;



5. Lave as mãos.

2

- Remova o dispositivo



1. Faça-o de cima para baixo, com as duas mãos e apoiando a pele para evitar lesões.

**Nota:**

- Se não houver necessidade de mudar a placa, retire apenas o saco e proceda à higiene do estoma com a placa colocada.

3

- Higiene do estoma e da pele



1. Limpe o estoma com papel higiénico macio, para retirar o excesso de fezes;
2. Utilize a esponja natural para lavar com água morna e sabão de pH neutro o estoma e a pele, sem esfregar;
3. Utilize um pano macio e com movimentos suaves seque bem a pele.

**Nota:**

- Observe as características do estoma e da pele à volta do estoma e esteja atento a possíveis complicações.
- O estoma deverá ser húmido e rosado. Pode encontrar-se um pouco sangrante porque o intestino é um órgão muito vascularizado.
- A pele à volta do estoma não deve ter nenhuma ferida, por vezes pode ficar um pouco vermelha, pelo que terá de a ir vigiando.
- Se o estoma estiver arroxeadado, seco e com forma diferente do que é habitual ou se a pele estiver muito vermelha, com presença de lesões ou pequenas borbulhas, deverá contactar o seu enfermeiro de referência/médico.

4

- Recorte e adapte a placa



1. Meça o estoma, com a ajuda do medidor.



2. Desenhe o molde na placa;



3. Recorte a placa à medida do estoma;



4. Adapte a placa: encoste o rebordo do orifício da placa à parte inferior do estoma e cole suavemente, massajando até aderir bem.

**Sugestão:**

- Tenha sempre uma placa já recortada, assim poderá trocar a placa mais rapidamente, pois não terá de passar sempre por este passo.

5

- Adapte o saco à placa



1. O saco deve ficar preferencialmente na posição horizontal, nas crianças que permaneçam maioritariamente deitadas;
2. Adapte primeiro a parte inferior do saco à placa;
3. Evite que fique dobrado, para facilitar a saída das fezes.
4. Certifique-se que o saco ficou bem adaptado à placa.

Fim!



Lave a esponja e deixe-a a secar antes de a arrumar.

Lave as mãos e guarde todo o material que não necessitou, porque poderá precisar dele na próxima vez.

## Folheto de Cuidados ao Estoma Intestinal

### Esteja atento para possíveis complicações:

•Na pele: se estiver muito vermelha, com presença de feridas ou pequenas borbulhas

•No estoma: O estoma deve ser rosado e húmido.

Não deverá estar seco, arroxeadado, sangrante ou com tamanho alterado.

**Se houver alguma alteração na pele à volta do estoma ou no estoma, ou se o seu filho tiver febre ou recusa alimentar ou se observar alterações na quantidade e consistência das fezes, deverá contactar o seu enfermeiro de referência/médico.**

### O que não deve utilizar na pele peri-estoma:

•Cremes, pomadas e óleos, porque vão impedir a aderência da placa na pele.

•Soluções alcoólicas e materiais agressivos (ex: panos ásperos), porque podem provocar lesões na pele.

### **Referências:**

- BORKOWSKI, S., et al. (1998). Pediatric Stomas, Tubes and Appliances. *Pediatric Clinics of North America*. nº6, Vol. 45 (Dezembro), p.1419-1435;
- CATALDO, P., MACHEIGAN, J. *Intestinal Stomas, Principles, techniques and management*. St. Louis Missouri: Quality medical Publishing, Inc. 1993. ISBN 0-942219-40-6.
- TAMES, T. *Orientacion sobre la ostomis. Accu Actual, Nros 2 al 10.*
- WELCH, K., RANDOLPH, J., RAVITCH, M., O' NEILL, J., ROWE, M. *Pediatric Surgery*. Year Book Medical Publishers, Inc. 1986. ISBN 0-8151-9210-X.

Centro Hospitalar de Lisboa Central  
Pólo Hospital de Dona Estefânia  
Rua Jacinta Marto  
1169-045 Lisboa  
telef: 21 3126600

Elaborado por:  
Marta Ferreira Patrício, no  
âmbito do Mestrado  
Profissional de Enfermagem  
em Saúde Infantil e Pediátrica



# Cuidados ao Estoma Intestinal

## Orientações para a família



**Centro Hospitalar de Lisboa Central**

**Hospital de Dona Estefânia**

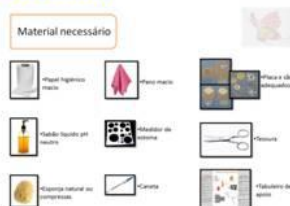
**Unidade de Cuidados Especiais  
Respiratórios e Nutricionais**

Este folheto explica como cuidar do estoma intestinal da criança

*Antes de iniciar qualquer procedimento, proporcione à criança um ambiente calmo. Ofereça-lhe os seus objectos favoritos: chucha, fraldinha, boneco... e vá conversando com ele, para o manter tranquilo.*

#### Prepare todo o material que irá precisar:

- Dispositivo cortado à medida do estoma;
- Sabonete líquido com pH neutro;
- Esponja natural
- Lenços de papel ou papel higiénico macios.



#### Passos para substituir saco e placa

##### **1. Retire o dispositivo:**

- Faça-o de cima para baixo, com as duas mãos e apoiando a pele para evitar lesões na pele.

##### **2. Faça a higiene da pele e do estoma:**

- Limpe o estoma e a pele com lenço de papel ou papel higiénico macios, para retirar o excesso de fezes;
- Lave com água morna e sabonete líquido de pH neutro, sem esfregar;
- Secar bem a pele, com movimentos suaves.

**3. Meça o estoma** com a ajuda do medidor e de seguida corte a placa com a medida exacta do estoma.

##### **4. Coloque a placa:**

- Encoste o rebordo do orifício da placa à parte inferior do estoma e cole suavemente, massajando até aderir bem.
- Certifique-se que a placa fica bem colada.

**5. Adapte o saco** à placa, adaptando primeiro a parte inferior do mesmo. Certifique-se que o saco fica bem adaptado à placa.

#### Se utilizar dispositivos de duas peças (saco e placa):

1. Adapte o aro do saco à placa, pressionando-o ligeiramente;
2. Assegure-se que o saco ficou bem adaptado à placa.

**A placa pode permanecer durante vários dias, desde que se encontre íntegra e bem colada à pele, no entanto deverá ser substituída ao fim de 4 dias, para avaliação da pele e do estoma.**



## **ANEXO VII**

*Quadro de Associações e Instituições de apoio a crianças com doença crónica e ostomizadas*

## Quadro de Associações e Instituições de apoio a crianças com doença crónica e ostomizadas

<p><b>Associação Portuguesa de Ostomizados</b></p>	<p>Avenida João Paulo II, Zona J de Chelas, Lote 552-2ºB 1950-154 Lisboa Tlf.:218596054 Fax:218394295 <a href="http://www.apostomizados.pt">www.apostomizados.pt</a> E-mail: informacoes@apostomizados.pt</p>	<p><b><u>Objectivos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Agrupar com fim de assistência mútua, as pessoas que tenham sido submetidas a cirurgia de ileostomia, colostomia e urostomia.</li><li>• Desenvolver métodos para os cuidados e controlo dos problemas das ostomias e fomentar o aperfeiçoamento dos dispositivos e outro equipamento de ostomia.</li><li>• Promover a informação com vista a uma adequada reabilitação das pessoas que tenham sido submetidas a cirurgia da qual resultou uma ostomia.</li><li>• Divulgar o conhecimento das doenças gastro-intestinais, suas causas, prevenção, tratamento e cura.</li><li>• Colaborar com as classes médica e paramédica e instituições adequadas na reabilitação social dos ostomizados.</li><li>• Prestar assistência e apoio aos ostomizados, designadamente promovendo visitas a novos ostomizados, prestando-lhes assistência moral e a suas famílias.</li><li>• Obter junto de autoridades e particulares, benefícios sociais a favor dos ostomizados.</li><li>• Promover a formação de grupos locais de ostomia de forma a que o seu auxílio esteja ao alcance de todos os ostomizados.</li><li>• Encorajar e manter troca de ideias e métodos para promover a reabilitação dos ostomizados.</li><li>• Informar todo o público através de exposições, conferências e reuniões de ostomia, contribuindo assim, para eliminar preconceitos e discriminações.</li></ul>
--	---	--

<p><b>Liga de Ostomizados de Portugal</b></p>	<p>Estrada da Circunvalação, 8881 4200-301 Porto Tel/Fax:228 300 525 E-mail: geral@lop.pt Horário de Funcionamento 9h30 - 12h30 / 14h00 - 18h00</p>	<p><b><u>Objectivos</u></b> Agrupar, com o fim de assistência mútua, as pessoas que tenham sido submetidas a cirurgia de ostomia do intestino e vias urinárias; representar junto de autoridades e particulares os interesses dos ostomizados e da LOP e participar na elaboração e execução de políticas globais e sectoriais respeitantes a legislação, reabilitação e reintegração de e para deficientes; criação de condições tendentes à preservação da qualidade de vida dos ostomizados em todas as fases etárias.</p>
<p><b>Associação de amigos e pais da criança com doença crónica</b></p>	<p>Edifício Bocage- Espaço Saúde 5º Piso Letra-B SETÚBAL, Setúbal, Setúbal 2910 <a href="http://aapcdoencacronica.org">http://aapcdoencacronica.org</a></p>	
<p><b>Terra dos Sonhos</b></p>	<p>Lx Factory, Rua Rodrigues Faria, nº 103 (Edif. Normajeau) 1300-501 Lisboa <b>TEL +351 213 406 234</b> <a href="mailto:geral@terradossonhos.org">geral@terradossonhos.org</a></p>	<p>“A principal actividade da Terra dos Sonhos consiste na realização dos sonhos de crianças e jovens diagnosticados com doenças crónicas e/ou em estado avançado de doença, crianças e jovens carenciadas e idosos, como forma de transmitir uma mensagem de esperança na possibilidade de realização dos seus objectivos mais inspiradores, independentemente de circunstâncias, condicionamentos e limitações.”</p>
<p><b>Hollister Portugal</b></p>	<p>Avenida Forças Armadas 125,12º 1600-079 Lisboa GPS: 38.748169,-9.149830 Telefone: 800 234 105 Fax: 800 834 104 <a href="http://www.holister.com">www.holister.com</a></p>	
<p><b>Convatec</b></p>	<p>Rua Henrique Callado, nº 6 Office2Office - Edifício Orange - B11 2470-303 PORTO SALVO <b>Tlf.:214236050</b> <b>Fax: 214210678</b> <b>800 20 1678 (Chamada Gratuita)</b></p>	



## **ANEXO VIII**

*Legislação sobre doente ostomizado*

## LEGISLAÇÃO

O utente submetido a uma ostomia tem por lei alguns direitos e compensações. De seguida são expostas em resumo alguns desses direitos.

### 1 – **Compensações**

Segurança Social – Despacho 25/95 – Publicado no Diário da República – Nº 213/95 – II Série.

ADSE – Decreto-Lei nº 118/93, de 25 de Fevereiro, e Despacho de 16 de Janeiro de 1961 da Secretaria de Estado do Orçamento.

Forças Armadas – Despacho nº 48/86 de 3 de Julho e Despacho nº 150/90 de 13 de Julho, ambos do ministério da Defesa Nacional.

### 2 – **Transportes**

Através do decreto-lei n.º 103-A/90, de 22 de Março (alterado em alguns aspectos pelo decreto-lei n.º 259/93, de 22 de Julho e Lei n.º 10-B/96, de 25 de Março), veio permitir a aquisição de automóveis ligeiros com isenção de imposto automóvel, a pessoas que sejam portadoras de uma deficiência motora igual ou superior a 60%, ou de uma multideficiência igual ou superior a 90%. Também nesta área, e com vista a facilitar o estacionamento, é atribuído, pela Direcção-Geral de Viação, um dístico de identificação a quem o requisitar nos termos da Portaria n.º 878/81, de 1 de Outubro.

A recentemente publicada Portaria n.º 849/94, de 22 de Setembro, veio a instituir a obrigação do uso de cinto de segurança nos veículos automóveis, quer nos bancos dianteiros, quer nos traseiros. Contudo esse diploma prevê que estão isentas de utilizar os cintos as pessoas que não possam utilizá-lo por razões graves de saúde, devendo para o efeito apresentar um atestado médico passado pela autoridade de saúde da área da sua residência.

### 3 – **Habitação**

Com o objectivo de permitir a aquisição ou construção de casa própria, por pessoas com grau de deficiência igual ou superior a 60%, foram estabelecidas para aquelas pessoas condições de acesso ao crédito nos mesmos termos dos trabalhadores das instituições de crédito nacionalizadas (decreto-lei n.º 230/80, de 16 de Julho).

Em relação às situações de arrendamento, o artigo 87º, n.º 4, do Regime de Arrendamento Urbano, aprovado pelo decreto-lei n.º 321-B/90, de 15 de Outubro, estipula que, nos casos de transmissão de arrendamento para descendentes, quando estes sejam portadores de deficiência de grau superior a 66%, não se lhes aplique o regime de renda condicionada, ou seja, que continuem a pagar o mesmo tipo e montante da renda.

#### **4 – Saúde**

A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) previu a cobrança de taxas moderadoras, que foram fixadas pelo decreto-lei n.º 54/92, de 11 de Abril (com as alterações inseridas pelo decreto-lei n.º 287/95, de 30 de Outubro). Os doentes do foro oncológico encontram-se isentos do pagamento daquelas taxas, o mesmo se passando com pessoas portadoras de algumas deficiências.

A comparticipação de próteses e ortoses é feita nos termos da Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, sendo o seu financiamento estabelecido por Despacho Conjunto dos Ministros da Saúde e do Emprego e da Segurança Social. Neste campo verificam-se algumas desigualdades de comparticipação entre os vários sistemas de protecção social, que variam entre os 100% a 80% a nível da ADSE (Dec.Lei n.º 118/93, de 25 de Fevereiro, e Despacho de 16 de Janeiro de 1961 da Secretaria de Estado do Orçamento), de 90% a nível de Serviço Nacional de Saúde, com limite de 400\$00 e 500\$00 por cada saco (Despacho n.º 25/95, de 14 de Setembro, do Ministério da Saúde), e de 75% a nível de assistência na doença aos militares (Despacho n.º 48/86, de 3 de Julho, e Despacho n.º 150/90, de 13 de Julho, ambos do Ministério da Defesa Nacional).

O acompanhamento de pessoas com deficiência hospitalizadas passou a ser possível com a entrada em vigor da Lei n.º 109/97, de 16 de Setembro. Esta lei permite o acompanhamento por um familiar, seja ascendente, ou descendente, ou cônjuge ou equiparado.

#### **6 – Educação**

Para compensar os gastos acrescidos com crianças e jovens com deficiência, de idade não superior a 24 anos, integrados em escolas de ensino particular especial, foi criado um subsídio por frequência de estabelecimento de educação especial, nos termos do decreto-lei n.º 133-B/97, de 30 de Maio e do Decreto Regulamentar n.º 14/81, de 27 de Abril, desde que preenchidos os requisitos estipulados neste último.

No que concerne aos alunos integrados no sistema regular de ensino, o decreto-lei n.º 319/91, de 23 de Agosto, prevê a constituição de equipas de ensino especial destinadas a dar apoio aos alunos com deficiência, mais carenciados. Por último, mencione-se o decreto-lei n.º 189/92, de 3 de Setembro, que prevê a criação de um contingente para os alunos com deficiência que desejem ingressar no ensino superior.

#### **7 – Fiscalidade**

Em sede de IRS, o contribuinte com deficiência tem protecção através da concessão de isenções e de deduções acrescidas, quer na determinação do rendimento colectável, quer nas deduções à colecta. Assim, ao cidadão com deficiência enquanto trabalhador por conta de

outrem, além de lhe ser considerado apenas metade dos valores auferidos, é conferido direito a que o limite previsto no n.º 1 do artigo 25º, seja elevado em 50%. Por outro lado, as deduções à colecta previstas nas alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 80º são elevadas, igualmente, em 50%, nos rendimentos das categorias A, B e H.

Para além do IRS, a nível de Estatuto dos Benefícios Fiscais, convém não esquecer as isenções de 50% dos rendimentos de trabalho de trabalhadores deficientes e de 30% dos rendimentos provenientes da categoria H (pensões) até ao limite estabelecido no artigo 44º do Estatuto dos Benefícios Fiscais de 2.412.000\$00 e 1.361.000\$00, bem como a isenção de IRS na parte cujo saldo bancário não ultrapasse os 1.782.000\$00.

A nível de IVA, é concedido ao contribuinte com deficiência isenção na importação de automóveis ligeiros de passageiros ao abrigo do decreto-lei n.º 103-A/90, bem como na sua revenda, beneficiando do pagamento de taxa reduzida nos bens referidos no n.º 2.5 e 2.6 da Lista I anexa ao Código do IVA.

## **8 - Segurança Social**

Pelos decretos-lei n.º 160/80 (alterado pelo decreto-lei n.º 133-C/97, de 30 de Maio) e 133-B/97, de 27 e 30 de Maio, respectivamente, foi estabelecido um sistema mínimo de protecção social. No que concerne às pessoas com deficiência, são de salientar a bonificação, por deficiência, do subsídio familiar a crianças e jovens, até aos 24 anos, e o subsídio mensal vitalício concedido a pessoas com deficiência com mais de 24 anos de idade. Neste campo é de referir o apoio domiciliário prestado por ajudantes familiares, contemplado no decreto-lei n.º 141/89, de 28 de Abril.

## **9 - Avaliação da Incapacidade**

O decreto-lei n.º 202/96, de 123 de Outubro, alterado pelo decreto-lei n.º 174/97, de 19 de Julho, estabelece o regime de avaliação de incapacidade das pessoas com deficiência e o multuso dos atestados que são passados.

## **10 – Acessibilidade**

O decreto-lei n.º 123/97, de 22 de Maio, veio regular as normas técnicas que permitem o acesso das pessoas com mobilidade condicionada aos edifícios que recebem público.

Dentro desta matéria convém ainda realçar o atendimento preferencial que deve ser dado nesses locais às pessoas com deficiência nos termos do decreto-lei n.º 129/91, de 2 de Abril.

**De seguida é transcrito o Despacho 25/95, Min. Saúde, DR , II Série, n.º 213, 14-09-1995, que se refere à comparticipação de material de Ostomia pelo Serviço Nacional de Saúde**

**"Despacho. - 25/95. - A comparticipação a atribuir pelo Serviço Nacional de Saúde aos utentes carenciados de sacos de ostomia foi fixada pelo Desp. N.º 11/90, publicado no DR, 2ª, 159, de 12-7-90. Tornando-se necessário actualizar a referida comparticipação, face à evolução dos respectivos preços de mercado, determino:**

**1 - A prescrição dos sacos e acessórios é da competência do médico especialista ou do médico de família responsável pelo doente.**

**2 - Os sacos de colostomia e ileostomia são comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde em 90% do seu custo, com o limite por saco.**

**3 - Os sacos de urostomia são comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde em 90% do seu custo, com o limite por cada saco.**

**4 - Os acessórios para os sacos de ostomia são comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde em 90% do seu custo.**

**5 - A comparticipação referida nos números anteriores destina-se aos utentes do Serviço Nacional de Saúde e poderá ser anualmente ajustada atendendo à evolução dos preços dos sacos de ostomia.**

**6 - É revogado o Desp. 11/90, publicado no DR, 2ª, 159, de 12-7-90."**

<http://www.nutrices.com/2011/06/manual-de-procedimentos-de-enfermagem.htm>



**ANEXO IX**

*“Livrinho das Partilhas”*

## “Livrinho das Partilhas”



Elaborado por Marta Ferreira Patrício, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa  
Sob-Orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria Sandra Ferreira, UCERN, Centro Hospitalar de Lisboa Central



Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e  
Nutricionais

Livrinho  
Das  
Partilhas





Este livro tem como objectivo a partilha de sentimentos e experiências pelos pais/família das crianças internadas na UCERN.

*Conta certa lenda, que estavam duas crianças a patinar num lago congelado.*

*Era uma tarde nublada e fria, e as crianças brincavam despreocupadas.*

*De repente, o gelo quebrou e uma delas caiu, ficando presa na fenda que se formou.*

*A outra, ao ver o seu amiguinho preso, e a congelar, tirou um dos patins e começou a golpear o gelo com todas as suas forças, conseguindo por fim, quebrá-lo e libertar o amigo.*

*Quando os bombeiros chegaram e viram o que havia acontecido, perguntaram ao menino:*

*- Como conseguíu fazer isso? É impossível que tenha conseguido quebrar o gelo, sendo tão pequeno e com mãos tão frágeis!*

*Nesse instante, um ancião que passava pelo local, comentou:*

*- Eu sei como ele conseguiu.*

*Todos perguntaram:*

*- Pode nos dizer como?*

*- É simples: - respondeu o velho.*

*- Não havia ninguém ao seu redor para lhe dizer que não seria capaz.*

*Albert Einstein*



A series of 20 horizontal lines for writing, arranged in two columns of ten lines each, separated by a vertical dashed line in the center of the page.



A series of 20 horizontal lines for writing, arranged in two columns of ten lines each, separated by a vertical dashed line in the center of the page.

## **ANEXO X**

*Grelhas de avaliação/validação dos ensinios realizados aos pais*







**ANEXO XI**

*Dossier: “Crianças com Estomas”*

Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais

# Crianças com Estomas



Elaborado por: Marta Ferreira, Aluna do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
Sandra Ferreira

Novembro de 2011

## ÍNDICE

<b>0.INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>1.CRIANÇA COM DOENÇA CRÓNICA E SUA FAMÍLIA .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1.A CRIANÇA COM ESTOMA E SUA FAMÍLIA .....</b>	<b>5</b>
1.1.2.Complicações da pele peri-estoma.....	6
<b>2.PROMOÇÃO DA SAÚDE.....</b>	<b>8</b>
<b>3.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>9</b>
<b>4.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>10</b>



## 0.INTRODUÇÃO

Este trabalho surgiu no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil, na consequência do estágio de módulo II, realizado na Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais do Hospital D. Estefânia.

As crianças internadas na UCERN são crianças com doenças crónicas. Do diagnóstico de situação elaborado concluiu-se que no período de 1 de Janeiro de 2011 a 30 de Setembro do mesmo ano, estiveram internadas 65 crianças e que destas, 23 crianças tinham estomas (traqueostomia, gastrostomia e estomas intestinais), das quais 7 crianças tinham 2 tipos de estomas. Verificou-se também que as crianças tinham alta e que no serviço não existia meios de ensino aos pais/família para cuidarem dos estomas. Assim, elaborou-se um Kit de ensino aos pais/família, para que estes se tornem mais autónomos nos cuidados ao estoma da criança, promovendo-lhes maior confiança na prestação de cuidados. Este trabalho surge em complemento do Kit elaborado e com o objectivo de servir de consulta à equipa de enfermagem do serviço, bem como de facilitar a integração de novos elementos no serviço.

É composto por um breve enquadramento teórico onde se define doença crónica e quais as suas consequências para a família e uma parte destinada aos cuidados de enfermagem às crianças com estomas intestinais, focando mais precisamente as complicações da pele peri-estoma. Em anexo podem-se encontrar alguns artigos que serviram de base para a elaboração deste documento.

## 1. CRIANÇA COM DOENÇA CRÓNICA E SUA FAMÍLIA

As doenças crónicas são caracterizadas pela sua longa duração, alterações nas condições físicas ou mentais que podem afectar o funcionamento diário de uma criança. As doenças crónicas podem ter ou não cura e *“é uma situação que tem características residuais que resultam em limitação no viver diário, requerendo assistência especial ou adaptação em função dessa limitação.”* (JACKSON P, et al:1996 e CASTRO E, et al:2002) Na infância estas doenças podem causar alterações físicas com graves consequências para o desenvolvimento normal da criança. (COLETTO M e CÂMARA S:2009)

Há autores que caracterizam as doenças crónicas como sendo doenças com duração de três meses ou com necessidade de hospitalização, no mínimo, de um mês contínuo, no período de um ano. Outros defendem que uma doença para se considerar crónica deverá ter uma duração mínima de um ano. (SILVA M:2001)

A doença crónica na infância altera o quotidiano da criança e é um factor de stress para a família, tendo consequências na dinâmica familiar. As rotinas da família alteram-se com frequentes idas a consultas, com a necessidade de medicação da criança e hospitalizações frequentes, atingindo também as pessoas que convivem com a criança e sua família. (CASTRO E, et al:2002)

Coletto e Câmara (2009) defendem que a família pode vivenciar diferentes níveis de stress e que as reacções mais comuns após o diagnóstico de uma doença crónica são choque, descrença, culpa e um grande sentimento de perda. Enquanto que Theofanidis, et al (2007) defendem que o processo de adaptação da família à criança com doença crónica é complexo, gerando sentimentos de desespero e angústia, especialmente quando é provável que esta doença permaneça durante todo o ciclo vital da criança. Outras alterações como identidade parental ameaçada é vivenciada pelos pais, quando sentem que foram os responsáveis por fazer nascer uma criança não saudável ou que não souberam proteger o seu filho de uma doença. Para estes autores, alguns pais para gerirem melhor esta situação focam-se apenas a curto prazo, ou seja, lidam dia-a-dia, não traçando objectivos a longo prazo.

Há autores que defendem que o impacto da doença na família tem alterações a três níveis: alterações estruturais (todos os elementos da família são afectados pela doença de um dos membros, onde o cuidador principal desenvolve uma relação estreita com o

elemento doente e todos os outros são excluídos; ocorre também superprotecção do elemento doente); alterações processuais (a doença de um elemento obriga a um processo de adaptação das necessidades familiares); alterações cognitivas (o cuidador principal por vezes não está disposto a continuar neste papel, pensando que a sua vida não deveria ser afectada com a situação de doença de outro elemento da família; esta situação afecta não só o cuidador principal como os restantes elementos da família que tentam que este papel continue a ser exercido). (PEDRO J:2009)

Cada família vivencia a doença crónica da criança de forma diferente, contudo há autores que descrevem três fases pelas quais as famílias devem passar: fase de crise (choque ou negação), a fase crónica (ajuste ou adaptação) e a fase terminal (integração e reconhecimento). Estas fases encontram-se interligadas entre si e são importantes por proporcionarem períodos de reflexão pelos elementos da família (JORGE A:2004; PEDRO J:2009)

Depois do diagnóstico de doença crónica, a família tende a desorganizar-se, alterando as suas rotinas, porém chega o momento em que tenta a reorganização e a satisfação das suas necessidades de forma a adquirir novamente o equilíbrio familiar. Assim, utilizam estratégias de *coping* que estão relacionadas com o esforço de cada família para lidar com a situação, para tal deverá identificar e evitar as situações indutoras de stress. (CORREIA A:2010)

O enfermeiro terá um importante papel na ajuda aos pais/família das crianças com doença crónica, não só na identificação de factores de stress e minimização dos mesmos, mas também na sua orientação para adquirir as melhores estratégias para se adaptarem e ultrapassarem esta situação. Sem o apoio de profissionais de saúde, os pais/família podem encontrar soluções inadequadas e que podem ser prejudiciais na sua adaptação e na da criança à situação de doença crónica.

### **1.1.A criança com estoma e sua família**

Ostomia é uma palavra de origem grega cujo significado é abertura para o exterior de qualquer órgão oco através de cirurgia. O nome pelo qual a estomia será definida depende do órgão exteriorizado. (POLETTO D, et al:2011)

As crianças com estoma, independentemente das necessidades especiais, são indivíduos em crescimento e desenvolvimento, com singularidades e diferenças biológicas, sociais, emocionais e culturais, implicando cuidados diferenciados e individualizados. Estas crianças têm necessidade de cuidados especializados que contribuem a ocorrência de alterações na dinâmica familiar. Visto que a família necessita de adquirir conhecimentos específicos e competências para cuidar de forma autónoma da criança, no domicílio. (POLETTO D, et al:2011)

A qualidade de vida destas crianças e da sua família é alterada, contudo o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica trabalhando em parceria com a criança e família deve promover o mais elevado estado de saúde possível, mobilizando recursos de suporte à família. Os enfermeiros devem ter particular atenção no desenvolvimento de estratégias de promoção do bem-estar da família, para se iniciar a promoção de comportamentos saudáveis na infância. *Assim, é objectivo “de acção deste especialista (...) avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adopção às mudanças na saúde e dinâmica familiar.”* (Diário da República, 2ª série, Regulamento n.º 123/2011)

### **1.1.2. Complicações da pele peri-estoma**

A pele da criança com estoma mesmo estando protegida com dispositivos adequados, pode sofrer lesões, devido à sua exposição frequente a fluidos (secreções, suco gástrico, fezes). No quadro a baixo pode-se encontrar algumas das complicações mais frequentes e a forma de actuar. Deve-se ter sempre em atenção que a melhor forma de manter a pele sã é mantê-la limpa e seca e no caso de estomas intestinais é ajustar o recorte da placa ao diâmetro do estoma e substituí-la sempre que esteja mal adaptada.

<b>Complicação</b>	<b>Como actuar</b>
<b>Granuloma</b>	<b>Nitrato de prata.</b> Atenção: proteger a pele em redor com creme.
<b>Maceração</b>	Película protectora da pele, anel barreira, pasta hidrocoloide  Exsudativa = pó premium protector de pele
<b>Fungos</b>	Aplicar pomada fungicida, deixar actuar alguns minutos e de seguida lavar bem de forma a adaptar-se novo dispositivo
<b>Deiscência</b>	Actuar segundo o tipo de tecido presente em cada ferida.

## 2.PROMOÇÃO DA SAÚDE

Saúde é definida segundo a OMS, como um “*estado completo de bem-estar físico, psíquico e social e não meramente a ausência de doença*”.

Segundo o ICN (2005), numa definição mais actual de saúde, esta é um processo dinâmico, onde o indivíduo tem a capacidade de “*(...)adaptar-se a, e de lidar com o ambiente, satisfazer necessidades e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social, não meramente a ausência de doença ou de enfermidade.*”

A maior prevalência de problemas de saúde, são resultado de ambientes comprometedores desta e de comportamentos pessoais. Pelo que Pender *et al* (1992) defendem que no sentido de se melhorar a saúde de uma população, deve-se incluir nos cuidados de saúde, a sua promoção.

Promoção da saúde é definida por Pender, Murdaugh e Parsons (2010) como um comportamento motivado pelo desejo em aumentar o bem-estar e o potencial da saúde humana. Pender *et al* (1992), defendem que a promoção da saúde é direccionada para o aumento do bem-estar e que a prevenção da doença apenas protege os indivíduos desta e das suas sequelas.

Promoção para a saúde e prevenção da doença são dois conceitos distintos. Sendo a promoção da saúde definida enquanto um comportamento para potenciar a saúde dos cidadãos, o conceito de prevenção da doença é utilizado para definir os comportamentos motivados pelo desejo de evitar a doença ou de detectá-la precocemente. Contudo, são conceitos complementares e difíceis de serem dissociados, pois são essenciais para a qualidade de vida em qualquer estágio de desenvolvimentos dos cidadãos. (PENDER,2010:6)

Segundo Stanhope *et al* (2011) a “*promoção da Saúde em Crianças inclui iniciativas educativas e apoio aos pais para que estes proporcionem melhores cuidados.*” Assim, faz parte do papel do enfermeiro o ensino aos pais das crianças com estomas, para que estes possam cuidar das suas crianças e que o façam de forma autónoma.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A criança com doença crónica necessita de internamentos prolongados e de cuidados especiais que acarretam alterações ao funcionamento habitual da dinâmica familiar e consequentemente alterações na sua qualidade de vida.

Ao ajustar-se à situação de doença da criança, a família atravessa situações de stress que se não tiver a ajuda necessária do enfermeiro e de outros profissionais da área da saúde, pode encontrar estratégias incorrectas que podem ter graves consequências não só para a família como para o desenvolvimento da criança.

É fundamental que a família que torne autónoma no cuidar das crianças de forma a minimizar o impacto que a doença tem nas suas vidas, assim, é essencial que os enfermeiros envolvam os pais/família nos cuidados, durante o tempo de internamento hospitalar.

#### 4.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CASTRO E. et al.Implicações da doença orgânica crónica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas.Psicologia:reflexão e crítica.2002;15(3):625-635
- COLETTO M. CÂMARA S. Estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença crónica: o contexto do cuidados.Rev Div.Perspectivas en Psicología.2009;5(1):97-110
- CORREIA A.Coping e autoeficácia em pais de crianças e adolescentes com diabetes tipo I.universidade Fernando pessoa, faculdade de ciências humanas e sociais. Porto2010
- ICS. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 1.0.Portugal:Ordem do Enfermeiros;2005.
- JACKSON P,et al. Primary Care Of The Child Whith a Chronic Condition.2ªedição.Missouri:Mosby;1996
- JORGE A.Família e hospitalização da criança: (re)pensar o cuidar em enfermagem.Loures:Lusociência;2004
- OMS. Constitution of the worl health organization. [acesso em 2011 Julho 20]. Disponível em <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- PEDRO J. Parceiros no cuidar: a perspectiva do enfermeiro no cuidar com a família, a criança com doença crónica. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.2009
- PENDER NJ,et al. Health Promotion and Disease Prevention: Toward Excellence in Nursing Practice and Education. Nursing Outlook.1992 May-June;40(3):106-112.
- PENDER NJ, MURDAUGH C, PARSONS MA. Health Promotion in Nursing Practice. 6ªEdição.New Jersey:Pearson;2010.349p.
- POLETTO D,et al.A criança com estoma intestinal e sua família: implicações para o cuidar de enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.2011
- Regulamento n.º123/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ªSérie,N.º35:8653-8655.

- STANHOPE M,et al. Enfermagem em Saúde Pública . Cuidados de saúde na comunidade centrados na população.7ªedição.Lusodidacta:2011
- THEOFANIDIS D, et al.Chronic Illness in Clidhood: Psycosocial adaptation and nursing support for the child and the family.Health Science Journal.2007;2.  
Acedido em Outubro de 2011: <http://www.hsj.gr>



## **ANEXO XII**

*Índice de artigos que foram consultados e facultados à equipa de enfermagem da UCERN*



## Índice de artigos consultados e facultados à equipa de enfermagem da UCERN

- ALMEIDA M.et al. O ser mãe de criança com doença crónica: realizando cuidados complexos. Esc Anna Nery R. Enferm.2006;10(1):36-46
- CASTRO E. et al.Implicações da doença orgânica crónica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas.Psicologia:reflexão e crítica.2002;15(3):625-635
- COLETTO M. CÂMARA S. Estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença crónica: o contexto do cuidados.Rev Div.Perspectivas en Psicología.2009;5(1):97-110
- ESPINOZA C.et al. Ostomías abdominales en pediatría: Una Revisión de la Literatura.Rev.Ped.Elect.2008;5(3):38-48
- POLETTO D,et al.A criança com estoma intestinal e sua família: implicações para o cuidar de enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.2011
- THEOFANIDIS D, et al.Chronic Illness in Clidhood: Psycosocial adaptation and nursing support for the child and the family.Health Science Journal.2007;2. Acedido em Outubro de 2011: <http://www.hsj.gr>

**CD com os artigos consultados e facultados à equipa de enfermagem da UCERN**

## **ANEXO XIII**

*Relatório da Ação de Formação: “Complicações da Pele Peri-Estoma”*



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

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

# **Relatório de Avaliação da Ação de Formação**

**“Complicações da Pele Peri-estoma”**

Marta Filipa Corrente Ferreira Patrício

Novembro de 2011

## ÍNDICE

<b>0.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
<b>1.PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO.....</b>	<b>4</b>
<b>2.AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>7</b>
<b>ANEXO I – DIVULGAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>ANEXO II – DIAPOSITIVOS DA AÇÃO DE FORMAÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>ANEXO III – FOLHA DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO .....</b>	<b>32</b>



## **0.INTRODUÇÃO**

A elaboração deste documento surge integrada no âmbito do estágio de módulo II – serviço de medicina/cirurgia, que decorreu na Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais (UCERN), do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital D. Estefânia, enquadrado no Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.

Durante o estágio realizado na UCERN, foi realizada uma ação de formação designada “Complicações da Pele Peri-estoma”, cujo principal objetivo era sensibilizar a equipa de enfermagem sobre os cuidados às crianças com doença crónica com estomas e de esclarecer algumas dúvidas sobre as ações de enfermagem quando há compromisso da integridade cutânea na pele peri-estoma.

Este relatório tem como principal objetivo divulgar os resultados obtidos na avaliação da ação de formação e será composto por um primeiro capítulo onde se encontra o plano da sessão realizada, seguindo-se os resultados da avaliação.

## 1. PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

**Tema:** Complicações da Pele Peri-estoma

**Formador:** Marta Ferreira Patrício, Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área da Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**Local:** Sala de Enfermagem da UCERN

### **Objetivo Geral:**

- Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre os cuidados às crianças com doença crónica com estomas;
- Esclarecer algumas dúvidas sobre as ações de enfermagem quando há compromisso da integridade cutânea na pele peri-estoma.

### **Objetivos Específicos:**

- Referir complicações da pele peri-estoma em crianças com traqueostomia, gastrostomia e estomas intestinais;
- Descrever formas de atuação nas complicações da pele peri-estoma;
- Apresentar *kit* de ensino aos pais de crianças com estomas.

## PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

	<b>Conteúdos Programáticos</b>	<b>Métodos e Técnicas</b>	<b>Recursos Didáticos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação do tema; Contextualização da formação; Comunicação dos objetivos;	Expositivo	Computador	3min.
<b>Desenvolvimento</b>	Criança com doença crónica  Impacto da doença crónica da criança na família  Promoção da saúde  Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem  Complicações da pele peri-estoma  Materiais específicos para a proteção da pele peri-estoma  Apresentação dos Kits de ensino para os pais de crianças com estomas realizados durante o estágio.	Expositivo  Interativo	Computador	20min.
<b>Conclusão/Avaliação</b>	Considerações finais Avaliação da sessão	Expositivo	Computador  Questionário de avaliação da formação	5min.

## 2.AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

**Tema:** Complicações da pele peri-estoma

**Local:** Sala de Enfermagem da Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais

**Duração:** 30 minutos      **Data:** 18/11/2011      **Formadora:** Marta Ferreira Patrício

Apreciação Global	Discorda Totalmente	Discorda	Concordo	Concordo totalmente
As expectativas em relação à formação foram satisfeitas			50%	50%
Os objetivos da formação foram atingidos			17%	83%
Para a sua atividade profissional a formação foi útil			17%	83%
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos			67%	33%
A teoria foi relacionada com a prática			0%	100%
A formação apresentou bom nível técnico pedagógico			33%	67%
Foram abordados todos os pontos que considerou importantes			50%	50%
A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade			33%	67%
Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida			33%	67%
A duração da formação foi adequada			50%	50%
O horário da formação foi adequado			50%	50%
<b>Metodologia</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito Bom</b>
Domínio dos conteúdos apresentados			17%	83%
Facilidade de transmissão de conhecimentos			33%	67%
Clareza na transmissão de conhecimentos			33%	67%
Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos			17%	83%
Interação com o grupo			17%	83%
Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas			17%	83%
Gestão do tempo			17%	83%
Pontualidade			0%	100%

## **ANEXOS**

## **ANEXO I – DIVULGAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO**



Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais

# Complicações da Pele Peri-Estoma

**Data:** 18 de Novembro de 2011

**Hora:** 8h30min e às 16h30min

**Local:** Sala de Enfermagem da UCERN

Formadora: Marta Ferreira, Aluna do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
Sandra Ferreira

## **ANEXO II – DIAPOSITIVOS DA AÇÃO DE FORMAÇÃO**

Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais

# Complicações da Pele Peri-estoma



Marta Ferreira, Aluna do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica Sandra Ferreira

Novembro de 2011

## Objectivos

- \*Referir complicações da pele peri-estoma em crianças com traqueostomia, gastrostomia e estomas intestinais;
- \*Descrever formas de actuação nas complicações da pele peri-estoma;
- \*Apresentar *kit* de ensino aos pais de crianças com estomas.

# Criança com doença crónica

## Doença crónica

*Doença de longa duração que é ou não curável ou é uma situação que tem características residuais que resultam em limitação no viver diário, requerendo assistência especial ou adaptação em função dessa limitação.*

JACKSON P, et al: 1996

Na infância podem ser consideradas progressivas e podem causar alterações físicas e comprometer o desenvolvimento da criança.

HOCKENBERRY M, et al: 2006

Grau de dependência depende da complexidade dos cuidados necessários para manter a vida.

LIMA E, et al: 2009

## Impacto da doença crónica da criança na família

- ▶ Desespero e angústia;
- ▶ Culpa;
- ▶ Identidade parental ameaçada;
- ▶ Depressão;
- ▶ Pais superprotectores;
- ▶ Alteração da dinâmica familiar;
- ▶ Alteração na qualidade de vida da família.

JACKSON P, et al: 1996; THEOFANIDIS D, et al: 2007

## Promoção da Saúde

- ▶ Comportamento motivado pelo desejo de aumentar o bem-estar e o potencial da saúde humana;
- ▶ Multidimensional, podendo a saúde ser afectada pela comunidade, nível socioeconómico, cultura e pelo ambiente que envolve o indivíduo.
- ▶ Dimensão familiar: ambiente familiar, os estilos de vida dos pais, influenciam os comportamentos da criança. Os enfermeiros devem ter particular atenção no desenvolvimento de estratégias de promoção do bem estar da família, para se iniciar a promoção de comportamentos saudáveis na infância.

PENDER N, et al:2010

*“Promoção da Saúde em Crianças inclui iniciativas educativas e apoio aos pais para que estes proporcionem melhores cuidados.”*

STANHOPE M, et al:2011

## Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

*...”trabalha em parceria com a criança e família (...), para promover o mais elevado estado de saúde possível (...) e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.”*

*É objectivo “de acção deste especialista (...) avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adopção às mudanças na saúde e dinâmica familiar.”*

Diário da República, 2ª série, Regulamento n.º 123/2011

O Enfermeiro Especialista, deverá actuar como educador dos seus pares, tendo como objectivo a melhoria da qualidade da prática de enfermagem.

Diário da República, 2ª série, Regulamento n.º 122/2011

## Complicações da pele peri-estoma

### Estoma:

- forma de tratamento provisório ou definitivo;
- causa diversas alterações para a vida da criança/família, com repercussões na dinâmica familiar e na qualidade de vida.

A qualidade de vida da criança está condicionada também às complicações do seu estoma.

- Deiscência
- Edema
- Hemorragia
- Estenose,
- Granuloma
- Prolapso
- Hérnia
- Infecção por fungos.

Dor  
Desconforto

## Complicações da pele peri-estoma

### Causas:



Localização inadequada do estoma



Dispositivo inadequado



Inadequação do orifício da placa

Técnica cirúrgica inadequada;  
Fluido intestinal, secreções, conteúdo gástrico em contacto com a pele;  
Aplicação e remoção frequente do dispositivo;  
Alergia.

## Complicações estoma e pele peri-estoma



Granuloma em  
Traqueostoma



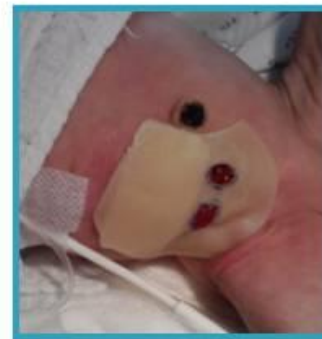
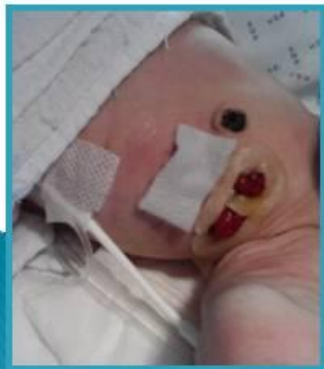
Deiscência



Maceração

## Complicações estoma e pele peri-estoma

Complicação	Como actuar
<b>Granuloma</b>	<b>Nitrato de prata.</b> Atenção: proteger a pele em redor com creme.
<b>Maceração</b>	Película protectora da pele, anel barreira, pasta hidrocoloide Exsudativa = pó premium protector de pele
<b>Fungos</b>	Aplicar pomada fungicida, deixar actuar alguns minutos e de seguida lavar bem de forma a adaptar-se novo dispositivo
<b>Deiscência</b>	



## Materiais específicos - película protectora da pele -



### Características:

- Não contém álcool;
- Não citotóxico, não causando interferência na pele ou na cicatrização de feridas;
- Seca rapidamente;
- Permite a respiração da pele;
- Permanece aplicado até 72 horas (excepto quando aplicado sob produtos adesivos de trocas constantes).

### Indicações:

- Protecção da pele ao redor de ostomias, fistulas;
- Incontinência (fecal / urinária);
- Processos alérgicos a adesivos/apósitos;
- Feridas exsudativas;
- Dermatite e irritação da pele;
- Lesões de pele de estadio I e em lesões sem exsudação nas feridas de estadio II;
- Pode ser aplicado em pele com lesão, pois não causa ardor.

## Materiais específicos - pasta hidrocoloide-



### Características:

- contém álcool.

### Indicações:

- Barreira protectora, reduzindo o risco de irritação da pele;
- Permite regularizar a pele periestoma;
- Permite aumentar o tempo de uso da placa hidrocolóide.

## Materiais específicos - pasta protectora da pele-



### Características:

- contém álcool.

### Indicações:

- Barreira protectora, reduzindo o risco de irritação da pele;
- Permite regularizar a pele peri-estoma.

## Materiais específicos - pó premium protector da pele-



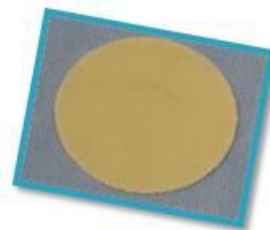
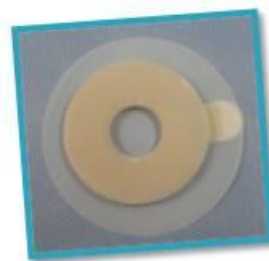
### Características:

- É um composto sintético hidrocolóide

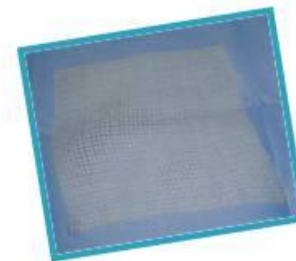
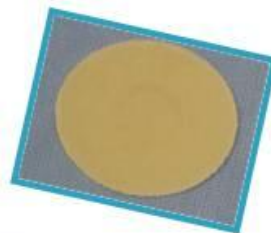
### Indicações:

- Protege e contribui para a regeneração da pele danificada em caso de úlceras, feridas abertas, feridas em cicatrização, fistulas, etc.;
- Absorve a humidade da pele ferida em volta do estoma, formando uma barreira que possibilita a cicatrização da pele.

## Exemplo de protecção da pele



## Exemplo de protecção da pele



## Conselhos para uma pele saudável

- Pele bem limpa,
- Diâmetro da placa bem ajustado ao do estoma,
- Trocar dispositivo sempre que se achar que não está bem adaptado.





# Kit de ensino aos pais de crianças com estoma intestinal



## Referências Bibliográficas

- CESARETTI P. Dermatite periestoma: da etiologia ao tratamento e assistência de enfermagem. Acta Paul. Enf. 1997; v10:20. [http://www.unifesp.br/den/acta/1997/10\\_2/pdf/art9.pdf](http://www.unifesp.br/den/acta/1997/10_2/pdf/art9.pdf)
- JACKSON P, et al. Primary Care Of The Child With a Chronic Condition. 2ª edição. Missouri: Mosby; 1996
- LIMA E, et al. A Família Cuidando o Filho Dependente de Ventilação Mecânica no Domicílio. Cienc Cuid Saúde. 2009; 8:110-116
- PAJLAR, SANTOS V. Estudo Retrospectivo sobre as complicações do estoma e da pele periestoma em oostomizados da cidade de São Paulo. III Congresso Brasileiro de Estomaterapia. Rev. Esc. Enf. USP. 1999; n° especial. <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/787.pdf>
- PENDER NJ, et al. Health Promotion in Nursing Practice. 6ª edição. New Jersey: Pearson; 2010
- Portugal. Ordem do Enfermeiros. Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Gerais do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série, N.º 35: 8648-8653
- Portugal. Ordem do Enfermeiros. Regulamento n.º 123/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, 2ª série, N.º 35: 8653-8655
- STANHOPE M, et al. Enfermagem em Saúde Pública. Cuidados de saúde na comunidade centrados na população. 7ª edição. Lusodidacta: 2011
- THEOFANIDIS D, et al. Chronic Illness in Childhood: Psychosocial adaptation and nursing support for the child and the family. Health Science Journal. 2007; 2. Acedido em Outubro de 2011: <http://www.hsj.gr>



**ANEXO III – FOLHA DE AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO**

## FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Área/Unidade/Especialidade: \_\_\_\_\_

Tema: \_\_\_\_\_

Acção tipo: **Actualização**  **Aprendizagem**  **Duração** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Formador(es): **A** \_\_\_\_\_ **B** \_\_\_\_\_ **C** \_\_\_\_\_

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	Discorda Total-mente	Discorda	Concorda	Concorda Total-mente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Os objectivos da formação foram atingidos.				
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
5. A teoria foi relacionada com a prática.				
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
10. A duração da formação foi adequada.				
11. O horário da formação foi adequado.				

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:

1 – Insuficiente    2 – Suficiente    3 – Bom    4 – Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORES		
	_____	_____	_____
12. Domínio dos conteúdos apresentados.			
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.			
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.			
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.			
16. Interacção com o grupo.			
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.			
18. Gestão do tempo.			
19. Pontualidade.			

### COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

--

## **ANEXO XIV**

*Questionário Aplicado à Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica*



## Questionário

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica estou a desenvolver um projecto na área da promoção da saúde. Pelo que solicito-lhe colaboração com o preenchimento deste questionário.

Este questionário será confidencial e tem como objectivo realizar o diagnóstico de situação relativo às práticas de promoção da saúde dos enfermeiros no serviço de urgência pediátrica.

Obrigado pela atenção disponibilizada.

Marta Ferreira Patrício

Idade: \_\_\_\_

Género: Feminino  Masculino

Habilitações Académicas: Bacharelato  Licenciatura  Mestrado  Doutoramento

Tempo total de experiência profissional: \_\_\_\_\_

Tempo de experiência profissional em Urgência Pediátrica: \_\_\_\_\_

1. O que entende por promoção da saúde?

---

---

---

---

2. Tem por hábito realizar promoção da saúde às crianças/pais que veem ao serviço de urgência?

Sim  Não

2.1. Se respondeu sim, sobre que temas?

---

---

---

3. Assinale os locais onde é mais frequente realizar promoção de saúde nas crianças/pais. Sendo 1 pouco frequente e 5 muito frequente.

- Triagem
- Sala de tratamentos
- Sala de aerossóis
- Sala de espera
- SO
- Outro \_\_\_\_\_

4. Qual dos locais anteriormente assinalados é na sua opinião o mais indicado para desenvolver actividades de promoção da saúde?

---

5. Do suporte informacional existente no serviço (poster/folhetos), qual é que na sua opinião é o mais indicado para a transmissão de informação aos pais? Porquê?

---

---

---

---

## **ANEXO XV**

*Autorização da autora para adaptação e utilização do questionário*



Exma Sra. Enfermeira Fernanda Loureiro

No âmbito do meu estágio em serviço de urgência pediátrica, do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, venho por este meio solicitar autorização para a utilização do questionário aplicado pela Senhora Enfermeira Fernanda Loureiro, no estudo sobre *Percepção dos enfermeiros sobre educação para a saúde realizado na urgência pediátrica*.

Pretende-se adaptar o questionário realizado pela Senhora Enfermeira, com o objetivo de identificar as necessidades formativas dos enfermeiros do serviço de urgência, no âmbito da promoção da Saúde.

Agradeço a atenção dispensada.

Atenciosamente

  
28 de Novembro de 2011

Autorizo a utilização do questionário no âmbito  
em que foi solicitado.

fernanda Loureiro



## **ANEXO XVI**

*Poster: “Como Diminuir as Cólicas do seu Bebê”*



# COMO DIMINUIR AS CÓLICAS NO SEU BEBÉ

<http://www.enfermeirasdeportugal.com/2011/09/08/colicas.html>



**As cólicas são na maioria das vezes o principal problema dos bebés até aos 3 meses de idade!**

Se o bebé chora muito e dobra muitas vezes as pernas sobre a barriga ou se tem dificuldade em comer e em dormir, poderá estar com cólicas.

## Como diminuir as cólicas:

Dobre as pernas do bebé de forma a tocar com os joelhos na barriga, depois estique as pernas, repita várias vezes estes movimentos.



<http://www.enfermeirasdeportugal.com/2011/09/08/colicas.html>



<http://www.enfermeirasdeportugal.com/2011/09/08/colicas.html>

Faça movimentos circulares na barriga do seu bebé, no sentido dos ponteiros do relógio, começando pelo lado direito da barriga do bebé.

### Referências Bibliográficas:

HOCKENBERRY MJ. Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Tradução da 7ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.  
KOSMINSKY FS, KIMURA AF. Cólica em recém-nascido e lactente: revisão da literatura. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2004 ago;25(2):147-56.



## **ANEXO XVII**

*Relatório da Ação de Formação: “Estratégias de Promoção da Saúde no Serviço de Urgência  
Pediátrica”*



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

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

# **Relatório de Avaliação da Ação de Formação**

**“Estratégias de Promoção da Saúde no SUP”**

Marta Filipa Corrente Ferreira Patrício

Dezembro de 2011

## ÍNDICE

## ÍNDICE

<b>0.INTRODUÇÃO .....</b>	<b>3</b>
<b>1.PLANO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>2.AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO .....</b>	<b>6</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>7</b>
<b>ANEXO I - DIVULGAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>ANEXO II – DIAPOSITIVOS DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>ANEXO III – FOLHA DE AVALIAÇÃO DA ACÇÃO DE FORMAÇÃO .....</b>	<b>23</b>



## 0.INTRODUÇÃO

A elaboração deste documento surge integrada no âmbito do estágio de módulo III – serviço de urgência pediátrica do Centro Hospitalar de Lisboa Central – Hospital D. Estefânia, enquadrado no Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa.

Durante o estágio realizado no SUP, foi realizada uma ação de formação designada “Estratégias de Promoção da Saúde no Serviço de Urgência Pediátrica”, cujo principal objetivo era sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da promoção da saúde neste contexto.

Com o aumento de falsas urgências, está a haver um consumo desnecessário de recursos, implicando que as verdadeiras urgências não sejam atendidas atempadamente.

Este relatório tem como principal objetivo divulgar os resultados obtidos na avaliação da ação de formação e será composto por um primeiro capítulo onde se encontra o plano da sessão realizada, seguindo-se os resultados da avaliação.

## **1. PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO**

**Tema:** Estratégias de Promoção da Saúde no Serviço de Urgência Pediátrica

**Formador:** Marta Ferreira Patrício, Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área da Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**Local:** Sala de Enfermagem do SUP

### **Objectivo Geral:**

- Sensibilizar a equipa de enfermagem do SUP para a importância da promoção da saúde neste contexto.

### **Objectivos Específicos:**

- Definir promoção de saúde,
- Identificar algumas estratégias de promoção da saúde em SUP,
- Divulgar dados do questionário realizado,
- Apresentar poster elaborado.

## PLANO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

	<b>Conteúdos Programáticos</b>	<b>Métodos e Técnicas</b>	<b>Recursos Didáticos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação do tema; Contextualização da formação; Comunicação dos objetivos;	Expositivo	Computador	3min.
<b>Desenvolvimento</b>	Conceito de saúde  Definição de promoção da saúde.  Diferença entre promoção da saúde e prevenção da doença  Estratégias de promoção da saúde  Apresentação de dados do questionário.  Apresentação do poster realizado.	Expositivo  Interativo	Computador	12min.
<b>Conclusão/Avaliação</b>	Considerações finais Avaliação da sessão	Expositivo	Computador Questionário de avaliação da formação	5min.

## 2.AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

**Tema:** Estratégias de Promoção da Saúde no Serviço de Urgência Pediátrica

**Local:** Sala de Enfermagem do SUP

**Duração:** 20 minutos    **Data:** 16/12/2011    **Formadora:** Marta Ferreira Patrício

<b>Apreciação Global</b>	<b>Discorda Totalmente</b>	<b>Discorda</b>	<b>Concordo</b>	<b>Concordo totalmente</b>
As expectativas em relação à formação foram satisfeitas			100%	
Os objectivos da formação foram atingidos			70%	30%
Para a sua actividade profissional a formação foi útil			70%	30%
Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos			70%	30%
A teoria foi relacionada com a prática			70%	30%
A formação apresentou bom nível técnico pedagógico			100%	
Foram abordados todos os pontos que considerou importantes			100%	
A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade			100%	%
Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida			100%	
A duração da formação foi adequada			50%	50%
O horário da formação foi adequado			50%	50%
<b>Metodologia</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>Suficiente</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito Bom</b>
Domínio dos conteúdos apresentados			84%	16%
Facilidade de transmissão de conhecimentos			90%	10%
Clareza na transmissão de conhecimentos			85%	15%
Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos			80%	20%
Interacção com o grupo			80%	20%
Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas			15%	85%
Gestão do tempo			0%	100%
Pontualidade			0%	100%

## ANEXOS

## **ANEXO I - DIVULGAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO**



Serviço de Urgência Pediátrica

# Estratégias de Promoção da Saúde no SUP

**Data:** 16 de Dezembro de 2011

**Hora:** 16h30min

**Local:** Sala de Enfermagem do SUP

Formadora: Marta Ferreira, Aluna do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
Marta Pereira

## **ANEXO II – DIAPOSITIVOS DA AÇÃO DE FORMAÇÃO**

# Estratégias de Promoção da Saúde no Serviço de Urgência Pediátrica

Marta Ferreira Patrício, Aluna do C.M.E.E.S.I.P.


Dezembro de 2011

# Objectivos

## **Geral:**

- ▶ Sensibilizar a equipa de enfermagem do SUP do HDE para a importância da promoção da saúde

## **Específicos:**

- ▶ Definir promoção da saúde,
  - ▶ Identificar algumas estratégias de promoção da saúde em SUP,
  - ▶ Divulgar dados do questionário realizado,
  - ▶ Apresentar poster elaborado.
- 

# Promoção da Saúde

## Saúde

*“estado completo de bem-estar físico, psíquico e social...”*

OMS,1948

**Processo dinâmico**, onde o indivíduo tem a **capacidade** de *“(...)adaptar-se a, e de lidar com o ambiente, satisfazer necessidade e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social, não meramente a ausência de doença ou de enfermidade.”*

International Council of Nurses,2005:95

# Promoção da Saúde

Processo no qual a comunidade tem papel activo na melhoria da sua qualidade de vida e saúde.

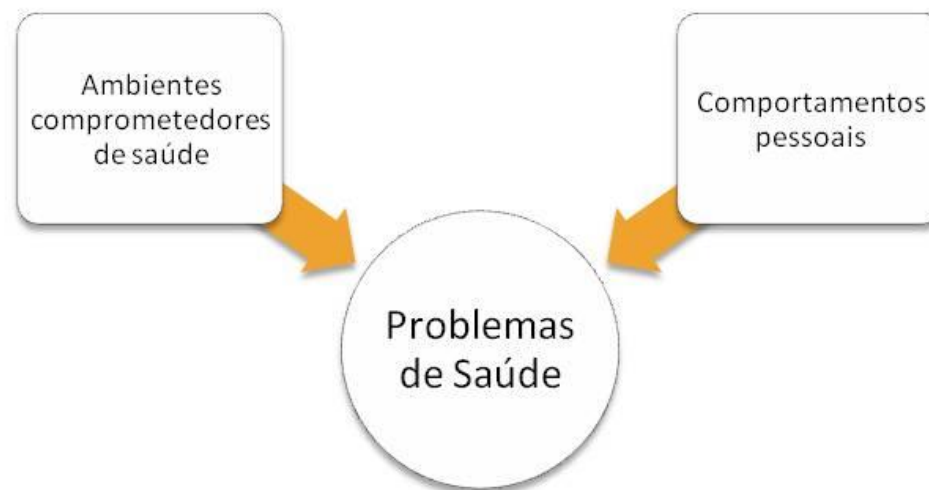
Carta de Ottawa, OMS;1986

Comportamento motivado pelo desejo de aumentar o bem-estar físico e o potencial da saúde humana.

É um conceito multidimensional (ambiente que envolve o indivíduo, nível socioeconómico, cultura)

PENDER NJ, et al;2010

# Promoção da Saúde



**Para melhorar a saúde da população, deve-se incluir nos cuidados de saúde a sua promoção!**

# Promoção da Saúde

Promoção da  
saúde



Prevenção da  
doença

Comportamento para  
potenciar a saúde.

Comportamentos  
motivados pelo desejo de  
evitar a doença ou de  
detectá-la precocemente.

# Estratégias de Promoção da Saúde

*“Promoção da Saúde em Crianças inclui **iniciativas educativas** e apoio aos pais para que estes proporcionem melhores cuidados.”*

STANHOPE M, et al;2011.

Acções que se destinam a promover um desenvolvimento infantil saudável.

Queiróz,2006

- a maioria das crianças que são atendidas no serviço de urgência apresenta situações clínicas que não constituem verdadeiras urgências hospitalares.

CALDEIRA T, et al;1006

- Enfermeiro deve capacitar as pessoas e torná-las conscientes de factores ambientais que possam prejudicar a saúde.

# Estratégias de Promoção da Saúde

Integração de estratégias de promoção da saúde

- Posters
- Folhetos
- Transmissão verbal de informação
- Programas televisivos de promoção da saúde
- Livros para as crianças

•Características da população  
•Recursos económicos

Partilhar informação com a criança, pais/cuidadores.

Mensagem transmitida deve ser clara e organizada.

# Questionário

## Temas abordados mais frequentemente

- Prevenção de acidentes
- Cólicas (massagem abdominal)
- Cuidados a ter na presença de febre

## Suporte informacional mais indicado para o SUP

- Poster (baixo custo)

Folhetos: brinquedos para as crianças, as pessoas deitam-nos fora, mais dispendiosos.



## COMO DIMINUIR AS CÓLICAS NO SEU BEBÉ



As cólicas são na maioria das vezes o principal problema dos bebés até aos 3 meses de idade!

Se o bebé chora muito e dobra muitas vezes as pernas sobre a barriga ou se tem dificuldade em comer e em dormir, poderá estar com cólicas.

### Como diminuir as cólicas:

Dobre as pernas do bebé de forma a tocar com os joelhos na barriga, depois estique as pernas, repita várias vezes estes movimentos.




Faça movimentos circulares na barriga do seu bebé, no sentido dos ponteiros do relógio, começando pelo lado direito da barriga do bebé.

#### Referências Bibliográficas:

ROCKENBERRY M, Wang Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Tradução da 7ª Edição Rio de Janeiro Elsevier 2006.  
COSMOPOLY PS, ERMURA AP. Cólica em recém-nascido e lactente: revisão da literatura. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS) 2004 ago; 25(3): 147-56.

Elaborado por Mariana Pereira Pereira, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa  
Sob Orientação da Enfermeira Mariana Pereira

## Nota conclusiva

- Promoção da saúde é direccionada para o aumento do bem-estar;
  - Cada vez mais é importante acções de promoção da saúde nos SUP devido à existência falsas urgências hospitalares;
  - Mensagem clara e organizada;
  - Informação deve ser partilhada com a criança e com pais/cuidadores;
  - Diversas estratégias de promoção da saúde, mas todas com as suas limitações (população, recursos económicos).
- 

## Referências Bibliográficas

- ▶ BENSBERG M, et al. A framework for health promoting emergency departments. Great Britain. Health Promotion Internacional. 2002;17(2):179-18
- ▶ CALDEIRA T, et al. O dia-a-dia de uma urgência pediátrica. Acta Pediatr Port. 2006;1(37):1-4
- ▶ ICS. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 1.0. Portugal: Ordem do Enfermeiros; 2005.
- ▶ OMS. Constitution of the world health organization. [acesso em 2011 Julho 20]. Disponível em <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- ▶ OMS. The Ottawa Charter for Health Promotion. [acesso em 2011 Abril 04]. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>.
- ▶ PENDER NJ, et al. Health Promotion and Disease Prevention: Toward Excellence in Nursing Practice and Education. Nursing Outlook. 1992 May-June; 40(3):106-112.
- ▶ PENDER NJ, MURDAUGH C, PARSONS MA. Health Promotion in Nursing Practice. 6ª Edição. New Jersey: Pearson; 2010. 349p.
- ▶ QUEIRÓZ MV, JORGE MS. Estratégias de Educação em Saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em Pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. Interface – Comunic, Saúde, Educ. 2006 Jan-Jun; 10(19):117-130
- ▶ STANHOPE M, et al. Enfermagem em Saúde Pública. Cuidados de saúde na comunidade centrados na população. 7ª edição. Lusodidacta: 2011

**ANEXO III – FOLHA DE AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO**

## FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO

**ÁREA/UNIDADE/ESPECIALIDADE:** \_\_\_\_\_

**TEMA:** \_\_\_\_\_

**ACÇÃO TIPO:** ACTUALIZAÇÃO  APRENDIZAGEM  DURAÇÃO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**FORMADOR(ES):**A \_\_\_\_\_ B \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	Discorda Total-mente	Discorda	Concorda	Concorda Total-mente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Os objectivos da formação foram atingidos.				
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
5. A teoria foi relacionada com a prática.				
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
10. A duração da formação foi adequada.				
11. O horário da formação foi adequado.				

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:

1 – Insuficiente    2 – Suficiente    3 – Bom    4 – Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORES		
	_____	_____	_____
12. Domínio dos conteúdos apresentados.			
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.			
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.			
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.			
16. Interação com o grupo.			
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.			
18. Gestão do tempo.			
19. Pontualidade.			

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

