



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 em Saúde Infantil e Pediátrica

Por Viviana Lara Mourinho Pedreira

LISBOA, Abril de 2013



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 em Saúde Infantil e Pediátrica

Por Viviana Lara Mourinho Pedreira

Sob orientação de Professora Elisabete Nunes

LISBOA, Abril de 2013

*"Todas as grandes personagens começaram por serem crianças, mas poucas se recordam disso."*

(SAINT-EXUPÉRY, 2001)

## **Agradecimentos**

*À minha mãe, pelo apoio incondicional em todos os momentos ...*

*Ao Miguel, pelo carinho, paciência e constantes palavras de encorajamento nos momentos de maior cansaço e de menor disponibilidade...*

*À Sara Carvalho por todo o companheirismo, apoio e momentos de partilha...*

*À minha Avó Celeste que continua a acompanhar-me nos momentos mais difíceis...*

*Aos meus colegas da Unidade de Internamento de Pediatria Médica e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos pela compreensão e momentos de boa disposição ...*

*À Prof.<sup>a</sup> Zaida Charepe, que é uma constante na minha vida académica, desde os primeiros passos na enfermagem até ao presente, sendo uma inspiração de força, distinção e dedicação na Enfermagem...*

*À Prof.<sup>a</sup> Elisabete Nunes e Prof.<sup>a</sup> Margarida Lourenço pelo apoio, motivação e orientação ao longo do percurso de aprendizagem...*

*Às Enfermeiras Orientadoras, pelos momentos de partilha e disponibilidade demonstrada...*

*Por fim a todas as crianças, que teimam em colorir o meu mundo dia após dia.*

*A todos, um grande obrigado.*

## RESUMO

O presente Relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório 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. Apresenta como objetivos relatar o percurso realizado ao longo da Unidade Curricular Estágio, bem como descrever e refletir sobre os objetivos específicos que estiveram na sua origem, as atividades realizadas para a concretização dos mesmos e as competências desenvolvidas e adquiridas que integram o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Representa, desta forma, o culminar de um percurso académico, centrando-se ao nível da área temática, Criança de Risco, e reflete o desenvolvimento de competências na área de especialidade de saúde infantil e pediátrica de acordo com as competências preconizadas pela Ordem Dos Enfermeiros. Assenta ainda ao nível de contributos teóricos construtivos para a prática em Betty Neuman e Anne Casey.

Teve como objetivo geral: **Desenvolver competências específicas e diferenciadas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família na maximização da sua saúde, dando especial enfoque à criança e jovem em situação de risco.**

As principais atividades desenvolvidas foram: a Saúde Escolar: Educação Sexual; Promoção de Competências Parentais, através da construção de instrumentos facilitadores da prática, bem como potenciadores da qualidade dos cuidados de enfermagem, da prestação de cuidados e formação aos enfermeiros e Atualização e Reformulação de Normas.

Cada atividade concretizada trouxe contributos evidentes para a criança, jovem e família, pela maximização da sua saúde, para a equipa de enfermagem, e para mim, pelo desenvolvimento de competências necessárias à prática como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro; Criança de Risco; Família; Prevenção.

## **ABSTRACT**

This report comes in the context of Course Report the Master's Degree in Nursing specialization in Nurse Specialized in Child Health and Pediatrics in the Institute of Health Sciences of the Portuguese Catholic University. Presented as objectives are reporting the conduct along the Internship as well as describing and reflecting on the specific goals that were on its origin, the activities undertaken to achieve these goals and the developed and acquired skills that integrate nurse specialized in child health and pediatrics.

It is thus the culmination of an academic career. It focuses on the level of a subject area, Child Abuse, and reflects the development of skills in the specialty area of child health and pediatrics, according to the powers envisaged by the Nursing Order. It is also based on constructive theoretical contributions for the practice in Neuman Betty and Casey Anne.

The Internship aimed to: Develop specific and differentiated skills of a Nurse Specialist in Child Health and Pediatrics in providing nursing care to children, youth and families by maximizing their health, with a particular focus on children and youth abuse.

The main activities were: the School Health: Sex Education, Promoting Parental Skills, through the construction of tools that facilitate the practice as well as enhancing the quality of nursing care, the care and training for nurses and Redesign and Upgrade standards.

Each activity performed brought obvious contributions to children, youth and families, by maximizing their health, to the nursing staff and for me, through the development of essential skills for the practice as a Nurse Specialist in Child Health and Pediatrics.

**KEYWORDS:** Nurse; Child Abuse; Family; Prevention.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

### **SIGLAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde  
CDC - Centro de Desenvolvimento da Criança  
CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros  
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
DGS – Direção Geral da Saúde  
EESIP - Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica  
EPE – Entidade Pública Empresarial  
HDE – Hospital Dona Estefânia, EPE  
HGO – Hospital Garcia de Orta, EPE  
HSFX – Hospital São Francisco Xavier, EPE  
NHACJR - Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
RN – Recém-Nascido  
SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem  
SIE - Sistema de Informação de Enfermagem  
UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

### **ABREVIATURAS**

et al - *et alli* (e outros)

p. - página

% - percentagem

## ÍNDICE

<b>0.</b>	<b>NOTA INTRODUTÓRIA</b> .....	11
<b>1.</b>	<b>CAPITULO I – ÁREA TEMÁTICA DE INTERVENÇÃO</b> .....	15
<b>1.1.</b>	<b>Criança de Risco</b> .....	15
<b>1.2.</b>	<b>Teoria dos Sistemas – Betty Neuman</b> .....	17
<b>1.3.</b>	<b>Modelo de Parceria de Cuidados – Anne Casey</b> .....	18
<b>1.4.</b>	<b>Contributos do Enfermeiro na Intervenção à Criança de Risco: Revisão Sistemática da Literatura</b> .....	21
<b>2.</b>	<b>CAPITULO II – REFLEXÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJETIVOS E ATIVIDADES</b> .....	37
<b>2.1.</b>	<b>Módulo I</b> .....	37
2.1.1.	<u>Recursos da Comunidade</u> .....	38
2.1.2.	<u>Centro de Saúde</u> .....	39
<b>2.2.</b>	<b>Módulo II</b> .....	44
2.2.1.	<u>Unidade de Internamento de Pediatria</u> .....	44
<b>2.3.</b>	<b>Módulo III</b> .....	51
2.3.1.	<u>Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais</u> .....	51
2.3.2.	<u>Urgência Pediátrica</u> .....	56
<b>3.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	61
<b>4.</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	65
<b>5.</b>	<b>ANEXOS</b> .....	71
	<b>ANEXO I – Relatório de Educação para a Saúde “Crescer e Ser Gostado!”</b> .....	73
	<b>ANEXO II – Relatórios de Atividades: Saúde Escolar</b> .....	121
	<b>ANEXO III – Sessão de Partilha: Consulta do Recém-Nascido</b> .....	181
	<b>ANEXO IV – Projeto “Promoção das Competências Parentais no Recém- Nascido”</b> .....	219

<b>ANEXO V</b> – Portefólio de Ensinos aos Pais.....	331
<b>ANEXO VI</b> – Plano de Cuidados CIPE/SAPE.....	379
<b>ANEXO VII</b> – Norma: Apoio à Criança/Jovem Vítima de Maus-Tratos...	407
<b>ANEXO VIII</b> - Norma: Apoio à Criança/Jovem com Suspeita de Abuso Sexual.....	421
<b>ANEXO IX</b> – Projeto de Sessão Formativa: Contributos do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica no âmbito dos Maus-Tratos.....	429

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	Critérios de Inclusão e de Exclusão dos Estudos	21
<b>Quadro 2</b>	Características dos Estudos Incluídos na Revisão	22

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Fatores de Risco na Criança e Família	15
-----------------	---------------------------------------	----

## **0.NOTA INTRODUTÓRIA**

O presente Relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Relatório 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. Apresenta como objetivos relatar o percurso realizado ao longo da Unidade Curricular Estágio, bem como descrever e refletir sobre os objetivos específicos que estiveram na sua origem, as atividades realizadas para a concretização destes e as competências desenvolvidas e adquiridas que integram o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP).

O conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e traduz-se em competências comuns e específicas. A certificação destas competências clínicas especializadas assegura que o Enfermeiro Especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto da prática clínica que lhe permite ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida nos três níveis de prevenção. O percurso de aquisição de competências especializadas e reconhecidas, realiza-se na prática clínica, orientada e supervisionada, suportada pela aquisição de conhecimentos teóricos e na investigação, subordinada a uma estrutura de programa, integrador de capacidades para a decisão clínica numa gestão, numa supervisão de cuidados, numa liderança, num planeamento estratégico e num desenvolvimento de investigação no âmbito da especialidade (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007a).

Embora atualmente a designação seja Especialidade em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, decidiu-se, ao longo do relatório, utilizar a terminologia do curso, designando-se a referida especialidade por Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. 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.

A realização da Unidade Curricular Estágio teve como fio condutor o tema “Criança e Jovem de Risco: Contributos do EESIP”, tendo sido elaborado um projeto prévio. A

prestação de cuidados de enfermagem à criança e família em risco, enquadra-se nas funções do EESIP, no sentido que a este compete-lhe “*identificar situações de risco para a criança/jovem e assistir a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.20).

A ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) (2007b), enunciou a seguinte tomada de posição relativamente à proteção da criança: a proteção da criança tem de ser assegurada em todos os contextos e todas as situações, deve garantir-se a satisfação das suas necessidades humanas básicas, o enfermeiro tem o dever de, no seu exercício, salvaguardar os direitos da criança, protegendo-a de qualquer forma de abuso [alínea b) do artigo 81º] e encaminhar para outro profissional (ou outra entidade) mais bem colocado para responder ao problema, quando a situação ultrapasse a sua competência [alínea b) artigo 83º], atendendo ao contexto concreto.

BENNER (2001, p.61) refere que “*(...) a teoria guia as enfermeiras e permite-lhes colocar as questões certa.*” neste âmbito integra-se o Modelo da Teoria dos Sistemas desenvolvido por Betty Neuman como suporte das atividades desenvolvidas em complementaridade com contributos teóricos de Casey e Benner.

O Modelo Teórico de Betty Neuman é abrangente, dinâmico e contínuo. Permite ter uma visão multidimensional, uma vez que, intervém ao nível da pessoa, família ou comunidade quando estes interagem com fatores de stress, desencadeando fatores de reconstituição ou de adaptação aos três níveis de prevenção (PEARSON e VAUGHAN, 1992; GEORGE, 2000).

STEVENSON (s.d.) citado por BENNER (2001) afirma que existem conhecimentos não adquiridos somente por palavras, mas também pelo toque, vista, audição, sucessos, fracassos, falta de sono, preces, amor, experiências e emoções humanas ressentidas sobre esta terra, por si mesma e pelos outros humanos. Neste sentido torna-se imprescindível a realização de um estágio abrangente às diferentes áreas da prática do EESIP, sendo indispensável para a aquisição de conhecimentos e competências.

Deste modo a Unidade Curricular Estágio dividiu-se em três módulos. O Módulo I, referente aos cuidados de saúde primários, foi dividido em dois momentos, um primeiro

relativo aos recursos da comunidade, tendo sido realizados três dias de observação no Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva do Hospital Garcia de Orta, Entidade Pública Empresarial (HGO) (EPE), e um segundo momento, concretizado ao longo de oito semanas no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Grande Lisboa IX - Algueirão/Rio de Mouro. No que concerne ao Módulo II, correspondente a serviços de medicina/cirurgia, o principal objetivo foi a prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família com vista à maximização da sua saúde, com ênfase à criança e jovem em situação de risco, decorreu na Unidade de Internamento de Pediatria do Hospital São Francisco Xavier, EPE (HSFX). Por fim, no que diz respeito ao Módulo III, relativo aos serviços de urgência pediátrica e neonatologia, também composto por dois momentos: num primeiro momento, durante quatro semanas, na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e num segundo, por igual período de tempo, na Urgência Pediátrica ambos no Centro Hospitalar de Lisboa Central, Entidade Pública Empresarial (EPE) – Hospital D. Estefânia (HDE).

Ao nível da estrutura, este relatório apresenta, após a introdução, um primeiro capítulo de fundamentação teórica da área temática de intervenção, que se encontra subdividido em quatro subcapítulos, três primeiros com o objetivo de clarificar conceitos e apresentar teóricas de referência e um último constituído por uma revisão sistemática da literatura no âmbito da intervenção de enfermagem à criança/jovem de risco. Sucede-se, um segundo capítulo, que por sua vez se encontra subdividido em três subcapítulos, onde se pretende analisar e descrever de forma reflexiva os objetivos específicos assim como as atividades planeadas e realizadas para a sua concretização, procedendo-se também à sua fundamentação e à articulação com as competências necessárias para a obtenção do grau de EESIP. Por fim, procede-se às considerações finais que traduzem uma análise crítica e global do relatório, expondo-o ao leitor como um todo, terminando com a apresentação das referências bibliográficas e anexos que se constituem em documentos mencionados ao longo do relatório e que complementam as atividades desenvolvidas.

A metodologia utilizada na elaboração do Relatório foi a descritiva, analítica e reflexiva, baseada nas recomendações dos autores AZEVEDO (2009) bem como nas regras para escrita de Dissertação/Relatório de Mestrado promulgadas pela Universidade Católica Portuguesa/Instituto de Ciências da Saúde e nas normas bibliográficas ISO 690.



## 1.CAPITULO I – ÁREA TEMÁTICA DE INTERVENÇÃO

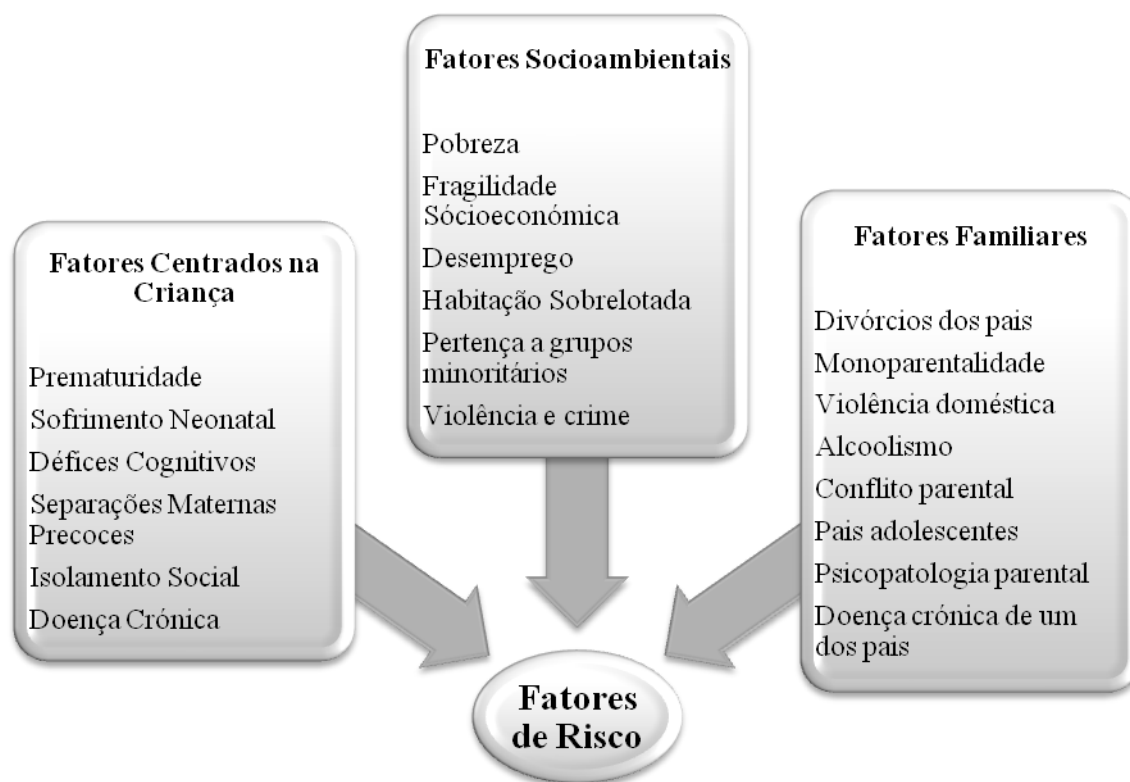
### 1.1.Criança de Risco

Na Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Organização das Nações Unidas em 1989 e ratificada por Portugal a 21 de Setembro de 1990, entende-se por criança “*todo o ser humano menor de 18 anos (...)*”. Esta convenção aborda os direitos das crianças, os deveres dos pais, tutores responsáveis, e da sociedade de um modo geral, pelo seu desenvolvimento total, e da sua saúde em particular, respeitando a sua fragilidade, a sua vulnerabilidade e a sua autonomia. A proteção do direito ao cuidado da criança é fundamental e obriga ao conhecimento das leis em vigor, trata-se de um grupo que carece de cuidados específicos, como é referido no preâmbulo da DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA (1959), “*(...) a criança, por motivo da sua falta de maturidade física e intelectual, tem necessidade de uma proteção e cuidados especiais (...)*”.

O conceito de risco é mais amplo e abrangente do que o de perigo, podendo ser difícil a distinção entre ambos. As situações de risco dizem respeito ao perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento. Entende-se que a evolução negativa dos contextos de risco condiciona, na maior parte dos casos, o surgimento das situações de perigo (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2008, p.7).

Ainda de acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS) (2008), os fatores de risco dizem respeito a qualquer tipo de influências que aumentem a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus tratos, A presença isolada dos mesmos pode não consubstanciar risco, pelo que a avaliação das situações deverá atender ao contexto global, devendo assim, imperar uma ponderação criteriosa e o bom senso dos profissionais ou da equipa. Neste processo, é incontornável a necessidade de se procurar identificar, sempre, outros elementos que, ao invés, atuem como fatores protetores. Entende-se por fatores de proteção as variáveis físicas, psicológicas e sociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e que podem atuar como moderadores dos fatores de risco, controlando ou evitando o respetivo impacto.

Os fatores de risco integram diferentes dimensões: ao nível biológico, relacional e social, podendo estes estarem relacionados com a criança, com a família e com a comunidade. Através de diversos autores consultados apresenta-se assim um esquema síntese de fatores de risco:



**Figura 1 -Fatores de Risco na Criança e Família** - adaptado de ANAUT, 2005; GARMEZY, 1991, citado por AGAIBI, 2005; ZUCKERMAN, 1999 citado por AGAIBI, 2005; COLEMAN e HAGELL, 2007; MAIA e WILLIAMS, 2005; GUTMAN, 2008; CONDLY, 2006; BAGDI e PFISTER, 2006.

De acordo com a Lei nº 147/99, de 1 de Setembro, Artigo 4º, é considerado que a criança/jovem está em perigo quando se encontra numa das seguintes situações: está abandonada ou vive entregue a si própria; sofre maus-tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais; não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal; é obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento; está sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional; assume comportamentos ou se entrega a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação,

educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação.

## **1.2. Teoria Dos Sistemas – Betty Neuman**

Estruturando a minha prática de cuidados de enfermagem, foi importante integrar de uma forma estruturada os conhecimentos teóricos com a prática, dando-lhe sentido, pois só assim é possível fundamentar as minhas intervenções.

Como futura EESIP, optei por fundamentar a minha atuação nos pressupostos do modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman. Este modelo permite-me atuar vendo a pessoa inserida num sistema, em permanente interação com o meio ambiente, onde ao longo do seu desenvolvimento é afetado por diferentes fatores de stress, causando-lhe desequilíbrio. As minhas intervenções vão ter lugar quer neste desequilíbrio (potenciando os recursos da criança/jovem e família para que atinja novamente o equilíbrio do seu sistema), quer na fase de equilíbrio (permitindo à criança/jovem manter o seu equilíbrio ou homeostasia por um período de tempo mais prolongado).

O modelo de Neuman, designado por teoria geral dos sistemas, permite perspetivar os conceitos descritos numa abordagem integradora. Centra-se no stress e na reação do sistema face ao mesmo, visando a diminuição dos efeitos deste sobre a saúde. Integra os seguintes conceitos: estrutura básica do núcleo, que integra os recursos fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais; linhas de resistência que rodeiam a estrutura básica e que representam os fatores internos que ajudam na defesa contra os agentes stressantes; linha normal de defesa e linha flexível de defesa que se referem, respetivamente, ao estado adaptativo normal e à barreira protetora dinâmica que evita que os agentes stressantes perpassem a linha de defesa do núcleo. Neste modelo a pessoa é definida como um sistema total, multidimensional e dinâmico em constante interação com o ambiente (NEUMAN e FAWCETT, 2011; PEARSON e VAUGHAN, 1992; GEORGE, 2000).

Neuman define enfermagem como uma profissão única que atua em todas as variáveis que afetam as respostas da pessoa aos fatores de stress. O principal objetivo da

enfermagem é prestar assistência à pessoa de modo a reter e obter a estabilidade do seu sistema, obtendo assim, um nível máximo de bem-estar. Para atingir esse bem-estar são realizadas intervenções intencionais, com vista à redução dos fatores de stress e condições adversas que podem afetar o excelente funcionamento, em qualquer situação que se encontra a pessoa (NEUMAN e FAWCETT, 2011).

Neste sentido, a minha intervenção de enfermagem, de uma forma global, ao longo deste percurso, centrou-se em promover a criação ou manutenção de fatores de proteção na criança/jovem e família tentando equilibrar ou anular os fatores de risco, evitando deste modo um desequilíbrio do sistema, promovendo assim o bem-estar da criança/jovem e família. Tal como a DGS (2008), afirma, quando os fatores de proteção conseguem equilibrar ou anular os de risco, é menor a possibilidade da ocorrência de uma situação crítica. Assim, algumas características individuais poderão representar proteção contra maus tratos, como, por exemplo, uma boa autoestima, o desejo de autonomia ou a capacidade de pedir ajuda, quando necessário; na esfera relacional, uma forte vinculação construída com um dos progenitores (pelo menos), ou uma relação afetiva securizante estabelecida com um adulto significativo podem igualmente ser protetoras; a um nível mais alargado, o acesso a recursos adequados na comunidade – meio escolar integrador, apoio social disponível, grupos formais e informais de pares, etc. – pode constituir um amortecedor desejável face à perigosidade de outros elementos.

Desta forma, segundo NEUMAN e FAWCETT (2011, p.114), “é possível o enfermeiro desenvolver um conjunto de reforços a essas defesas, pela educação, pelas mobilizações sociais por melhores condições de vida e trabalho. Deste modo, quanto mais elevado é o nível de vida da pessoa, mais apta ela estará para enfrentar os fatores de stress.”

### **1.3.Modelo de Parceria de Cuidados – Anne Casey**

Em Pediatria, o conceito parceria de cuidados, mais do que um objetivo a alcançar, é uma realidade, integrando atualmente a importância da permanência e envolvimento da família junto da criança, sendo que, na atualidade, mais que um conceito é um direito legal. O conceito parceria de cuidados desenvolvido por Anne Casey, surge desta forma

como um conceito fulcral, indispensável e fundamental para a prática de enfermagem em saúde infantil e pediatria, sendo forçosamente necessária a sua abordagem neste relatório.

Em 1988, Anne Casey desenvolveu a partir do modelo de cuidados centrados na família um modelo de cuidados pediátricos, “Modelo da Parceria de Cuidados”, em que realça a importância fundamental dos pais nos cuidados à criança hospitalizada (CASEY, 1993). A autora destaca no seu modelo um princípio fundamental: reconhecer que os pais são os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos. À medida que os pais aprendem sobre as necessidades de cuidados de saúde da criança, tornam-se especialistas nesses cuidados.

O Modelo de Parceria nos Cuidados engloba cinco conceitos principais (CASEY, 1993):

Aliança - Desde o nascimento, as necessidades de uma criança estão muito dependentes de terceiros, a maioria destas só são satisfeitas, por aliança com os pais ou com outros membros da família;

Saúde - Saúde é o estado ótimo de bem-estar físico e mental que deveria estar presente ao longo de toda a vida, proporcionando que criança atinja todo o seu potencial. Caso exista um défice de saúde não identificado ou não corrigido, isso pode comprometer o desenvolvimento físico, psicológico, intelectual, social e espiritual da criança;

Ambiente - O desenvolvimento de uma criança pode ser afetado por um certo número de estímulos. Aqueles que têm origem em fontes externas surgem em consequência do ambiente da criança. Esta precisa de sentir que o ambiente exterior é seguro, que é alvo de cuidados e amor, para desenvolver a sua independência;

Família - Tendo em vista o modelo, a família é descrita como uma unidade de indivíduos que tem maior responsabilidade pela prestação de cuidados à criança e que exerce uma influência forte no seu desenvolvimento. Os cuidados prestados pelos familiares ou os cuidados que as crianças conseguem já realizar, de modo a responder às suas necessidades quotidianas são chamados de “*cuidados familiares*”;

Enfermeira pediátrica - O Modelo de Parceria identifica os cuidados prestados pelos enfermeiros como “*cuidados de enfermagem*” e advoga que estes só devem ser desempenhados pelos enfermeiros quando se justifica, ou seja, quando os familiares não apresentarem as capacidades ou os conhecimentos necessários para garantir bons cuidados de saúde.

Ainda nas palavras de CASEY (1995), os enfermeiros pediátricos devem apoiar e orientar os pais nos cuidados ao seu filho, adotando atitudes flexíveis e individualizadas que vão de encontro aos desejos e às necessidades específicas de cada criança e família, ou seja desenvolver cuidados em parceria com as pessoas mais importantes para a criança: os pais. Os enfermeiros passam a ser sobretudo consultores e conselheiros, sendo os pais os detentores do poder de decisão. A negociação da parceria de cuidados, é considerada o nível mais elevado de participação na prática de cuidados: os cuidados são centrados na pessoa e com forte comunicação entre os diversos intervenientes no processo de cuidados Casey.

Deste modo, o Modelo de Parceria tem como objetivo estabelecer relações de igualdade entre os profissionais e os pais, sendo por isso indispensável que a enfermeira intervenha ao nível do apoio, do ensino, e do encaminhamento dos familiares da criança doente. O modelo de parceria, constitui então, uma filosofia de cuidados de enfermagem que reconhece e valoriza a importância da família para o bem-estar da criança.

Assim sendo, a parceria não constitui um fim em si mesma, mas um instrumento terapêutico através do qual se pretende tornar os pais mais competentes para cuidar do filho, sendo o enfermeiro o elemento da equipa multidisciplinar de saúde que está numa posição privilegiada para o fazer (ESTEVINHO, 2004, p.154).

#### **1.4. Contributos do Enfermeiro na Intervenção à Criança de Risco: Revisão Sistemática da Literatura**

##### **RESUMO**

Atualmente, os maus-tratos na criança e no jovem assumem-se, na nossa sociedade, como uma importante e delicada problemática social, a compreensão da sua gravidade tem sido demonstrada através de uma maior preocupação na sua resolução. Este artigo apresenta-se como uma revisão sistemática da literatura, que teve por objetivo conhecer a evidência científica em relação aos contributos do enfermeiro na intervenção à criança. Em termos da criança destacam-se as intervenções focadas maioritariamente, na reabilitação familiar, e não só, isoladamente na criança, sendo, deste modo, as estratégias identificadas com maior impacto a promoção das competências parentais, a promoção da vinculação como estratégia de prevenção de maus-tratos e a educação sexual nas escolas. Os resultados apontam ainda, no sentido de uma maior necessidade de formação, de treino e de apoio ao nível da equipa de enfermagem.

**Palavras-chave:** enfermeira; criança de risco, criança maltratada, proteção da criança.

##### **ABSTRACT**

**Maltreatment in children and young take up today in our society as important and sensitive social issues, understanding their severity has been demonstrated through a major concern in its resolution. This article is presented as a systematic literature review, which aims to identify scientific evidence as to the contributions of nurses in intervention for children abuse. In terms of child stand out interventions focused mainly on family rehabilitation, and not only on the child alone, and therefore the strategies identified with the greatest impact promoting parenting skills, promoting binding as prevention strategy maltreatment and sex education in schools. The results also indicate that, to a greater need for education, training and support at the level of the nursing team.**

**Keyword:** nurse, child abuse, child neglect, child maltreatment, child protection.

## **NOTA INTRODUTÓRIA**

Atualmente, os maus-tratos na criança e no jovem assumem-se, na nossa sociedade, como uma importante e delicada problemática social, a compreensão da sua gravidade tem sido demonstrada através de uma maior preocupação a nível da sua resolução, quer pela implementação de instrumentos que permitam ganhos na prevenção dos maus-tratos da criança e jovem, quer na sua deteção e diagnóstico precoce. Neste sentido a prevenção torna-se prioritária e deve-se constituir como a pedra basilar nesta problemática.

Deste modo, “ (...) o aumento da incidência de crianças vítimas de abuso demonstra, também uma necessidade urgente de desenvolver um modelo de atenção com base num quadro teórico-metodológico (...)” (ROCHA, PRADO, CARRARO, 2008, p.81).

Neste sentido, nas palavras de LAND e BARCLAY (2008), é necessária uma mudança organizacional, estrutural e cultural, para apoiar práticas colaborativas interdisciplinares que incluam os enfermeiros na prestação de cuidados às famílias vulneráveis e políticas que facilitem a partilha de informações entre os profissionais de saúde.

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2010) define maus-tratos à criança como: abuso e negligência que ocorre em crianças com menos de 18 anos de idade. Inclui todos os tipos de maus-tratos, abuso sexual, negligência, exploração comercial ou outro, que resulte em danos reais ou potenciais à criança, à sua saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder. A exposição à violência por parceiro íntimo é também incluída como uma forma de maus-tratos.

## **MÉTODOS**

A presente revisão da literatura tem como principal objetivo conhecer a evidência científica quanto aos contributos do enfermeiro na intervenção à criança de risco., através da pesquisa da literatura e análise da mesma, utilizando o método PICOS Assim sendo, a questão que se objetiva responder, no contexto deste estudo, é: “Quais os Contributos do Enfermeiro na Intervenção à Criança de Risco?”.

## **Pesquisa da Literatura**

Os termos de pesquisa utilizados foram operacionalizados através das expressões booleanas AND e OR resultando na seguinte expressão de pesquisa: (nurse) AND (child abuse) OR (child neglect) OR (child maltreatment) AND (child protection).

A identificação de literatura realizou-se utilizando as bases de dados electrónicas CINAHL with Full Text (54 resultados), MEDLINE with Full Text (30 resultados), Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (72 resultados), Academic Search Complete (125 resultados), MedicLatina (0 resultados), Cochrane Database of Systematic Reviews (0 resultados), Database of Abstracts of Reviews of Effects (1 resultado), Cochrane Methodology Register (0 resultados) e Cochrane Central Register of Controlled Trials (0 resultados).

Dos 282 artigos identificados, 105 estavam repetidos pelo que a seleção inicial partiu 177 artigos. Destes foram lidos os resumos de forma a fazer uma primeira avaliação da pertinência dos mesmos face à questão de investigação colocada tendo sido retirados 83 por se encontrarem fora de contexto da temática, reduzindo-se assim o número de artigos nesta fase para 94.

A pesquisa de literatura foi efetuada em Outubro de 2012.

## **Critérios de Inclusão e Exclusão**

Os 94 artigos foram lidos na íntegra com o objetivo de identificar o nível de cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão definidos (Quadro 1).

**Quadro 1 – Critérios de Inclusão e de Exclusão dos Estudos**

<b>Elementos</b>	<b>Critérios de Inclusão</b>	<b>Critérios de Exclusão</b>
<b>P (Participantes)</b>	Crianças e jovens em risco independentemente da proveniência dos dados , podendo estes ser da revisão de registos clínicos, dos pais« ou profissionais de saúde.	Estudo onde não foi possível isolar os sujeitos definidos nos critérios de inclusão.
<b>I (Intervenções)</b>	Qualquer intervenção sensível à situação de risco na criança ou jovem.	Intervenções não sensíveis à situação de risco da criança ou adolescente.

<b>O</b> <b>(Resultados)</b>	Alterações (agravamento, diminuição ou término) da situação de risco na criança ou adolescente.	Não orientados para alterações na situação de risco da criança ou adolescente.
<b>S</b> <b>(Estudo)</b>	Sem limitação de paradigma.	Ausência de evidência científica.

## Resultados

O produto final, alvo da revisão, resultou em 12 artigos publicados entre 2008 e 2012. Dos 12 artigos que formaram a amostra desta revisão, 10 apresentam um desenho qualitativo e dois são estudos mistos com componente quantitativa e qualitativa. O número limitado de estudos que foi possível selecionar após a análise, deve-se sobretudo, no que respeita ao desenho de estudo, uma vez que a grande maioria eram reflexões sobre a temática apoiada em revisões da literatura, mas sem estudos científicos de base.

No Quadro 2 apresentam-se as características de cada um dos estudos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos: participantes, intervenções, resultados e desenho de estudo.

**Quadro 2 – Características dos estudos incluídos na revisão**

Estudo	Participantes	Intervenções	Resultados
<b>LAND e BARCLAY 2008</b>  <b>Qualitativo</b>  <i>Nurses contribution to child protection</i>	10 enfermeiros com experiência superior a dois anos, na área da Pediatria.	Com os objetivos de: explorar a compreensão e o conhecimento dos enfermeiros nas áreas de abuso infantil e negligência na criança; identificar a perceção dos enfermeiros no seu papel e envolvimento na proteção das crianças e identificar eventuais barreiras que os enfermeiros sintam no papel de protetores da criança.	Todos os participantes reconheceram que tinham um papel ativo na proteção da criança, no entanto descrevem a existência de barreiras. Este estudo indicou, assim, a necessidade de uma educação ao nível da proteção da criança para assegurar que os enfermeiros envolvidos estejam conscientes das suas responsabilidades. Indicou ainda que uma abordagem interdisciplinar para proteção da criança com base no estatuto de igualdade e respeito, com diretrizes claras e compartilhamento de informações poderia reduzir a incidência de abuso, sendo crucial para tal, a mudança organizacional na estrutura e cultura.
<b>ROCHA, PRADO e CARRARO 2008</b>  <b>Qualitativo</b>  <i>Nursing care model for</i>	4 crianças, de idades entre os 10-12 anos, dois do sexo masculino e dois do sexo feminino, que tinham sofrido abuso sexual, abuso físico ou	Com o objetivo de desenvolver um modelo de cuidados de enfermagem para crianças vítimas de violência, utilizando o brinquedo terapêutico, compreendendo a contribuição do mesmo	O modelo de atenção proposto de enfermagem para crianças vítimas de violência mostrou ser conciso e prático, de fácil aplicação por enfermeiros na sua prática do dia-a-dia e ainda um suporte aos cuidados prestados tal como na avaliação da saúde da criança e da violência que sofreram, bem como no planeamento de ações futuras para a promoção da saúde em

<i>children victims of violence</i>	negligência.	no estabelecimento de um vínculo terapêutico entre a criança e a enfermeira.	crianças vítimas de violência. O brinquedo terapêutico apresenta-se como um elemento facilitador no processo de cuidados, bem como na interação entre a criança, a enfermeira, e seu ambiente, contribuindo para amortecer o trauma.
<b>FINN 2011</b> <b>Qualitativo</b> <i>Forensic nurses' experiences of receiving child abuse disclosures.</i>	30 enfermeiros com experiência na área da identificação e gestão da criança mal tratada.	Com o objetivo de descrever elementos facilitadores para a criança, de forma a que a denúncia de abuso infantil possa ser divulgada mais precocemente.	Foram identificados cinco elementos facilitadores: ambiente amigável, construção de uma relação de segurança, escuta ativa, confiança incondicionalmente, e possibilidade de divulgações falsas.
<b>TINGBERG, BREDLOV e YGGE 2008</b> <b>Qualitativo</b> <i>Children and their parents: Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents.</i>	11 enfermeiros que participaram no atendimento clínico de crianças vítimas de abuso e seus pais num hospital pediátrico.	Com o objetivo de identificar experiências de enfermagem no atendimento clínico de crianças vítimas de abuso e ainda avaliar como os enfermeiros mantêm uma atitude profissional especialmente quando o autor do crime é um dos pais.	Três áreas principais emergiram na análise. Na primeira área, os sujeitos expressaram ambivalência nas emoções quando prestados cuidados clínicos à criança abusada, onde um dos pais foi o autor suspeita. A segunda área destacada foi o profissionalismo das enfermeiras e especialmente a necessidade de manter uma conduta profissional, a terceira área que emergiu foi a necessidade do enfermeiro para intervenções terapêuticas e de informação, assim como a educação e formação específica na área da prática.
<b>ROWSE 2009</b> <b>Qualitativo</b> <i>Support needs of children's nurses involved in child protection cases.</i>	13 enfermeiros que participaram no atendimento clínico de crianças vítimas de abuso.	Com o objetivo de descobrir necessidades de apoio e sugerir intervenções de treino e apoio aos enfermeiros assim como melhores resultados para as crianças.	O envolvimento em casos de proteção à criança tem efeitos duradouros ao nível das emoções geradas o que pode levar a dificuldades de comunicação e afetar a futura gestão da proteção das crianças, sendo por isso necessárias intervenções às equipas no sentido de gestão de emoções, casos e treino.
<b>BOSSE e MCGINN 2009</b> <b>Qualitativo</b> <i>Child Welfare Professionals' Experiences of Childhood Exposure to Domestic Violence.</i>	12 adultos vítimas de abuso em criança..	Com o objetivo de compreender a perspectiva de pessoas que sofreram exposição a violência doméstica para melhorar os serviços à criança.	Os resultados apontaram para uma necessidade de criar mais oportunidades para que as crianças falem sobre a sua história de vida com os profissionais de saúde, para que as técnicas de triagem melhorem e para uma preferência por intervenções com foco na reabilitação para o agressor, mantendo a preservação da família.
<b>PABIS, WRONSKA,</b>	160 enfermeiros que trabalham em	Com o objetivo de avaliar as habilidades de	Os enfermeiros devem trabalhar com crianças maltratadas de uma forma

<p><b>SLUSARSKA, e CUBER 2011</b></p> <p><b>Qualitativo</b></p> <p><i>Paediatric nurses' identification of violence against children.</i></p>	<p>enfermarias pediátricas.</p>	<p>diagnóstico e intervenções usadas para maus-tratos pelas enfermeiras pediátricas.</p>	<p>individualizada, complementando com a cooperação interdisciplinar. Existe ainda uma necessidade para treino especializado para que os enfermeiros possam aumentar a sua competência no trabalho com crianças maltratadas e suas famílias.</p>
<p><b>ROWSE 2009</b></p> <p><b>Qualitativo</b></p> <p><i>Children's Nurses' Experiences of Child Protection: What Helps?</i></p>	<p>15 enfermeiros de pediatria que estiveram envolvidos em casos de proteção à criança vítima de abuso.</p>	<p>Com o objetivo de explorar as opiniões dos enfermeiros que trabalham em pediatria, nomeadamente em casos de proteção à criança, e os seus sentimentos, pretendendo ainda obter uma perceção das suas necessidades de apoio, assim como determinar quais os mecanismos de apoio mais adequados.</p>	<p>O envolvimento na proteção da criança tem um grande impacto sobre os envolvidos, segundo os resultados do presente estudo a existência de uma enfermeira de referência na área da proteção da criança é crucial para ajudar os enfermeiros a lidar adequadamente com a situação. Os enfermeiros referiram que ter presente uma enfermeira de referência aumenta quer os seus níveis de conforto quer de confiança promovendo a capacidade de lidar com a situação assim como reduzir o nível de tensão experimentado, permitindo uma intervenção à criança mais eficaz e adequada.</p>
<p><b>TONMYR et al 2011</b></p> <p><b>Quantitativo e Qualitativo</b></p> <p><i>Infant Placement in Canadian Child Maltreatment-Related Investigations</i></p>	<p>763 crianças com idades inferiores a 1 ano referenciadas como crianças de risco.</p>	<p>Com o objetivo de analisar os fatores associados à decisões de retirar a criança da família na sequência de investigações que envolvam crianças em situação de risco de maus-tratos.</p>	<p>Identificou como fatores com maior probabilidade da criança vir a ser retirada à família: pais com presença de abuso de substâncias, problemas de saúde mental, toxicologia positiva da criança no nascimento, danos físicos, e famílias referenciadas anteriormente. Esta análise demonstrou ainda a necessidade da implementação de programas de prevenção, tais como a Parceria Enfermeira-Família e programas de abuso de substâncias para os cuidadores.</p>
<p><b>KELLEHER, CLEARY e JACKSON 2012</b></p> <p><b>Qualitativo</b></p> <p><i>Compulsory participation in a child protection and family enhancement program: Mothers' experiences.</i></p>	<p>6 pais de crianças referenciadas como crianças de risco</p>	<p>Com o objetivo de examinar as experiências de pais que foram dirigidos por autoridades de proteção à criança para futuramente poder-se assistir a um nível superior na proteção da criança e melhorar ainda o programa de apoio à família.</p>	<p>Os resultados deste estudo destacam a centralidade da relação terapêutica entre a equipa e os participantes. A natureza e a qualidade dessa relação foi identificada pelos participantes como a principal característica da sua disposição de se dedicar ao programa do Centro. Através do programa de apoio aos pais, os participantes desenvolveram competências pessoais e parentais que lhes permitiram entender as reações comportamentais dos seus filhos sendo assim capazes de perceber a importância de conter as suas próprias irritações e frustrações.</p>
<p><b>TOOTEN et al 2012</b></p> <p><b>Quantitativo e Qualitativo</b></p> <p><i>The</i></p>	<p>210 recém-nascidos e pais sendo 70 de termo (40 semanas), 70 de prematuridade moderada ( entre as 32 semanas e 37</p>	<p>Com o objetivo de aumentar a compreensão do processo de paternidade de um bebé prematuro e os resultados positivos e negativos dos</p>	<p>A interação parece ser eficaz no aumento do comportamento positivo do cuidador. Depois de duas sessões de vídeo houve uma redução significativa do grau de negatividade de atribuições dos pais para a sua criança e foi observado uma diminuição</p>

<p><i>effectiveness of video interaction guidance in parents of premature infants: A multicenter randomised controlled trial.</i></p>	<p>semanas) e 70 extremos prematuros (abaixo das 32 semanas.</p>	<p>pais e da criança mais tarde. O objetivo secundário do estudo é examinar os efeitos a longo prazo da intervenção Orientação Vídeo Interação, esperando que as díades de pais e filhos que receberam VIG tenham uma melhor qualidade de ligação de díades que os que não receberam a intervenção. Tendo como objetivo final avaliar o risco de abuso ou negligência no prematuro.</p>	<p>significativa do sentimento de comportamento interrompido após duas sessões. A prematuridade constitui um fator de risco grave para a parentalidade.</p>
<p><b>WALSH &amp; BRANDON 2012</b></p> <p><b>Qualitativo</b></p> <p><i>Their Children's First Educators: Parents' Views About Child Sexual Abuse Prevention Education</i></p>	<p>30 adultos identificados como a mãe ou cuidador de uma criança com idade entre os 0 e 5 anos.</p>	<p>Com o objetivo de explorar o conhecimento dos pais sobre a prevenção do abuso sexual na criança, as mensagens de prevenção que eles forneceram para os seus filhos, as atitudes em relação à educação infantil no âmbito da prevenção nas escolas do abuso sexual, e as suas preferências para o conteúdo. De forma a melhor entender as contribuições possíveis dos pais para educação infantil no âmbito da prevenção do abuso sexual e suas perspectivas em relação à oferta de programas de prevenção nas escolas.</p>	<p>Para os programa de prevenção de abuso sexual infantil adotados e implementados nas escolas primárias terem sucesso será necessário serem formuladas estratégias para superar as tensões entre os três aspetos salientados nestes grupos focais. Estes incluem: pais precisam saber o que está sendo ensinado; seu desejo de envolvimento na escolha de conteúdo do programa, e sua base de conhecimento / entendimento sobre os elementos-chave da educação para a prevenção eficaz no abuso sexual infantil. Além disso, como uma questão de respeito, os pais devem ser considerados complementares e não alternativas na educação dos seus filhos. Este estudo mostrou que se os pais se envolverem na educação para a prevenção de abuso sexual em casa será diferente e mais eficaz a forma como os professores poderão abordá-lo na escola.</p>

## APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

### Contributos e Estratégias na Intervenção à Criança/Jovem de Risco

A destacar o enorme contributo dado no estudo realizado por BOSSE e MCGINN (2009), em que doze enfermeiros exploraram o bem-estar da criança e as suas experiências com a violência, a intervenção familiar, o impacto ao longo da vida, e sua influência sobre a sua escolha da carreira. Os resultados apontaram para uma necessidade de criar mais oportunidades para que as crianças falem sobre suas vidas com os profissionais de saúde, para que as técnicas de triagem melhorem e para uma preferência por intervenções com foco em reabilitação para o agressor, mantendo a preservação da família.

## Processo de Divulgação de Informação

Uma vez que os enfermeiros estão intimamente envolvidos no processo de ajuda com crianças de risco, através da sua divulgação de abuso, os mesmos são responsáveis por facilitar o processo de colheita de informações precisas, sendo por isso importante e indispensável para uma boa prática entender os fatores que contribuem para as divulgações de abuso infantil.

A revelação do abuso é um componente crítico no início da intervenção que diminui a probabilidade a longo prazo de resultados negativos. O estudo de FINN (2011), teve como objetivo descrever o contexto facilitador para a criança, de forma que a revelação do abuso infantil pudesse ser divulgada o mais precocemente. Para isso foram identificados cinco elementos facilitadores: ambiente amigável, construção de uma relação de segurança, escuta ativa, aceitação incondicional, e a possibilidade de divulgações falsas (FINN, 2011; BOSSE e MCGINN, 2009).

Contudo, os participantes colocaram grande ênfase na construção do relacionamento com a criança, facilitando desta forma a comunicação. Para a construção deste relacionamento é fundamental que exista: confiança, capacitação, comunicação apropriada à idade, congruência emocional e aceitação incondicional (FINN, 2011, p.259).

BOSSE e MCGINN, (2009), referem como condição prioritária para uma intervenção sólida, haver a possibilidade de construir uma relação de confiança com as crianças expostas à violência. Além disso, a utilização de perguntas abertas pode facilitar a criar a escuta ativa e permitir que as crianças partilhem as suas histórias de abuso dentro do seu contexto e, no seu vocabulário. Desta forma, FINN (2011) reforça ainda, afirmando que a construção do relacionamento com criança apresenta-se como o elemento chave no sucesso de revelação.

Por fim, o brinquedo terapêutico pode ser usado como elemento facilitador no processo de divulgação e compreensão da situação atual da criança. De acordo com ROCHA et al (2008) o brinquedo terapêutico (...) leva a enfermeira para o mundo imaginário da criança, permitindo-lhe assim entender os pensamentos e sentimentos da criança. É um

processo dinâmico, aberto e contínuo, que oferece a oportunidade para que as crianças tenham uma experiência institucional saudável, o que contribui para amortecer o trauma possível. No estudo desenvolvido tornou-se claro que o brinquedo terapêutico constituiu-se como um elemento facilitador no processo de cuidados, bem como na interação entre a criança, a enfermeira, e sua ambiente.

### Promoção das Competências Parentais

Num estudo realizado no Canadá por TONMYR et al (2011), com setecentas e sessenta e três crianças com idades inferiores a um ano, referenciadas como crianças de risco, os resultados sugeriram a necessidade de analisar o bem-estar da criança, não apenas como uma intervenção baseada criança, mas também como uma intervenção familiar. Esta análise demonstrou a necessidade de implementação de programas de prevenção, tal como a Parceria Enfermeira-Família, que consiste em combinar abordagens para promover a capacidade dos pais e o apoio pré e pós-natal. Este programa foi identificado como a melhor evidência disponível para a prevenção de maus-tratos.

BOSSE e MCGINN (2009), através do estudo realizado em adultos vítimas de maus-tratos em criança, afirmam que as melhores práticas devem incidir numa inclusão mais ativa dos serviços focados na reabilitação familiar, no sentido que a maioria dos participantes afirmaram que o facto de terem sido retirados das suas família não sentiram como tendo sido útil. As razões apontadas incluem considerações financeiras e de apego emocional. Em geral, uma intervenção com foco no abusador, no sentido de mudar o seu comportamento era visto como mais útil.

No estudo desenvolvido por KELLEHER et al (2012), com objetivo de examinar as experiências de pais, que foram dirigidos por autoridades de proteção para programas de apoio à família, com vista ao aumento das suas competência parentais, revelou que antes de participarem no programa de apoio os pais tinham diversas lacunas no seu conhecimento em relação a competências parentais básicas, como por exemplo preparar refeições, brincar com as crianças, e gerir comportamentos desafiadores ou sentidos como difíceis. Os participantes sentiram que estas lacunas foram parcialmente responsáveis por trazê-los à situação atual despertando desta forma a atenção das autoridades responsáveis pelo bem-estar da criança. Entrar em contato com o serviço

fez com que, novos desafios surgissem para eles como pais, e agora sentiam que apresentavam recursos para ajudá-los. Através do programa de apoio aos pais, foi também fornecida uma assistência adicional para gerir os problemas comuns com os seus filhos. Assim os participantes desenvolveram competências pessoais e parentais que lhes permitiram entender as reações comportamentais dos seus filhos e deste modo, foram capazes de perceber a importância da contenção das suas próprias irritações e frustrações.

### Promoção da Vinculação como estratégia de Prevenção de Maus-Tratos

Diversos estudos têm consistentemente encontrado uma alta incidência de problemas médicos neonatais, partos prematuros e baixo peso ao nascer em crianças abusadas e negligenciadas. Uma das explicações propostas para a relação entre problemas neonatais e os pais, é um possível atraso ou perturbação no processo de vinculação entre a mãe e o bebé. Esta hipótese sugere que, devido a problemas neonatais, o desenvolvimento de um vínculo afetivo entre a mãe e o bebé seja interrompido. Assim sendo a ruturas de um vínculo adequado entre pais-bebé pode potenciar interações desadaptativas e, por sua vez, fomentar comportamentos abusivos ou negligentes (TOOTEN et al, 2012, p.1).

O nascimento prematuro pode assim impedir, ou perturbar o vínculo parental e a relação saudável entre pais e filho à posteriori. Efetivamente o processo de vinculação da mãe com o bebé pode ser comprometida devido a várias causas, nomeadamente a separação precoce atribuível às complicações bio-médicas do latente, tratamentos médicos invasivos que pode resultar assim em distância física e emocional entre pais e o seu bebé (TOOTEN et al, 2012, p.2).

A pesquisa mostrou também, que a aparência de recém-nascidos prematuros é sentida como menos atraente do que os nascidos a termo, e o seu comportamento é observado como menos alerta, menos atento, menos ativo e menos sensível do que o de bebés nascidos de termo. Além disso, os bebés prematuros apresentam menos sorrisos, são relativamente mais agitados e irritáveis e, são mais difíceis de acalmar. Porque os bebés que experimentaram condições médicas stressantes diferem acusticamente de bebés saudáveis, ou seja, o som de seu choro é sentido como mais aversivo e fisiologicamente

mais excitante para os adultos do que os dos bebês de termo. No entanto, a maior fonte de stress experimentado por esses pais, muitas vezes, é a perda do seu papel esperado e desejado. Estes relatam sentimentos de decepção e frustração, porque não podem realizar normalmente a sua tarefa parentalidade (TOOTEN et al, 2012, p.2).

Estes resultados destacam a importância de intervenções precoces durante o internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais, visando o aperfeiçoamento das interações de apoio entre pais e filhos.

Em geral, as intervenções familiares individualizadas durante o internamento neonatal e a transição para a casa, apresentam como objetivo a redução do stress dos pais, o gerir a depressão, o aumento da auto-estima, e o melhorar positivamente as interações pais-bebé pré-termo. A salientar ainda que durante o internamento a auto-confiança dos pais tem que de ser reforçada repetidamente e avaliada antes da alta, porque os pais inseguros no momento da alta são mais propensos a ter problemas com seus filhos em casa, o que pode levar a problemas persistentes na relação pais-bebé (TOOTEN et al, 2012, p.4).

### Educação Sexual nas Escolas

O estudo WALSH e BRANDON, (2012) explorou o conhecimento dos pais sobre a prevenção do abuso sexual na criança, as mensagens de prevenção que eles forneceram para os seus filhos, as atitudes em relação à educação infantil no âmbito da prevenção nas escolas do abuso sexual, e as suas preferências para o conteúdo. Com o objetivo de ajudar os prestadores de programas de prevenção de abuso sexual na criança a entender as contribuições possíveis dos pais para educação infantil no âmbito da prevenção do abuso sexual, e suas perspectivas em relação à oferta de programas prevenção nas escolas.

Neste sentido, as preferências dos pais para o conteúdo a ser abordado, provocou importantes descobertas. Estes, enfatizaram o ensinar o básico (...), por oposição aos detalhes, o que se refere como o "âmago da questão," sinalizando uma preferência para o geral em detrimento do específico. Os conteúdos foram (...): a integridade do corpo e

consciência, o respeito pelos outros, estratégias como contar acontecimentos adversos e estratégias de resistência e competências (WALSH e BRANDON, 2012, p.744).

Encontrou-se pais com experiência pessoal de abuso sexual de crianças, que pareceram mais confortáveis com o conceito de educar os seus filhos sobre a prevenção do abuso sexual em casa e na escola. Muitos já haviam feito tentativas para ensinar os seus filhos sobre conceitos de prevenção. Este é um ponto importante, porque o conhecimento dos pais sobre o abuso sexual infantil pode ter-lhes dado um aumento da sensação de risco. Segundo as teorias da promoção da saúde, uma maior consciência da importância do risco de abuso sexual pode fornecer uma maior motivação para iniciar discussões de prevenção (WALSH e BRANDON, 2012, p.743).

Para os programas de prevenção de abuso sexual infantil adotados e implementados nas escolas terem sucesso será necessário serem formuladas estratégias para superar as tensões entre os três aspetos salientados nestes grupos. Estes incluem: 1) os pais precisam de estar informados sobre os conteúdos abordados; 2) a necessidade de estarem envolvidos na escolha do conteúdo do programa, e sua base de conhecimento sobre os elementos-chave da educação para a prevenção eficaz no abuso sexual infantil. Além disso, os pais devem ser considerados complementares e não alternativos na educação dos seus filhos. Este estudo mostrou que se os pais estiverem envolvidos na educação para a prevenção de abuso sexual em casa, será mais eficaz a forma como os professores poderão abordá-lo na escola (WALSH e BRANDON, 2012, p.744).

## **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

PABIS, WRONSKA, SLUSARSKA e CUBER (2011), afirmam que os enfermeiros devem trabalhar com crianças maltratadas de uma forma individualizada, complementada com cooperação interdisciplinar, existindo por isso uma necessidade de treino especializado para que os enfermeiros possam aumentar a sua competência no trabalho com crianças maltratadas e com as suas famílias.

Por outro lado, quando as famílias com crianças visitam instalações médicas, as suas necessidades devem ser diagnosticadas através de três fatores básicos: necessidades de desenvolvimento da criança, a capacidade de resposta adequada às necessidades da

mesma, e os fatores sociais e ambientais que influenciam os pais. No caso de famílias que apresentam sinais de deficiência de paternidade, (...) o enfermeiro deve ter como objetivo prestar ajuda eficaz e apoio, tanto para com a criança, como para a família (PABIS et al, 2011, p.385).

Num estudo realizado em Inglaterra com quinze enfermeiros, com o objetivo de explorar as suas opiniões, nomeadamente em casos de proteção à criança, foi mencionado com frequência a importância do seu papel, assim como, foi considerado fundamental a capacidade de gerir emocionalmente a forma como estes lidam com casos de proteção de crianças. Para que essa eficácia seja efetiva, o enfermeiro deve ser: acessível, eficiente e visível, confiável, dinâmico, bom ouvinte, e capaz de proporcionar apoio (ROWSE, 2009a, p.175).

Os enfermeiros estão numa posição ideal para reconhecer o abuso de crianças, no entanto, diversos estudos realizados nos últimos anos, indicam que estes poderão não ter a compreensão, preparação, formação e conhecimento suficientes para desempenhar este papel da forma adequada.

Num estudo realizado por LAND e BARCLAY (2008), foram apontadas algumas restrições que podem diminuir a capacidade dos enfermeiros, quando há suspeita de abuso infantil, em denunciar. Tais como: a falta de preparação educacional, estruturas organizacionais, receio do processo legal, a perceção de dano potencial para a relação enfermeiro-paciente, e mesmo ao nível das relações com outros profissionais. No mesmo estudo são referidos fatores que parecem influenciar a compreensão dos enfermeiros nas suas necessidades profissionais e legislativas no papel de proteção à criança. Estes incluem: a falta de formação e oportunidades de desenvolvimento profissional, sendo o mais consensual, a dessensibilização, pela exposição constante a circunstâncias particulares de grupos marginalizados das crianças.

Também PILTZ e WACHTE (2009), acrescentam como obstáculo à identificação e comunicação de suspeita de abuso o conhecimento limitado sobre os sinais e sintomas, experiência exígua, pobre documentação de apoio, medo e falta de apoio emocional para os enfermeiros.

Num estudo realizado na Suécia, com o objetivo de identificar experiências de enfermagem, no atendimento clínico de crianças vítimas de abuso e, ainda avaliar como os enfermeiros mantêm uma atitude profissional especialmente quando o autor do crime é um dos pais, surgiram três áreas de análise: 1) os sujeitos expressaram a ambivalência nas emoções quando prestados cuidados clínicos a uma criança abusada, onde um dos pais foi o autor suspeita; 2) a necessidade de manter uma conduta profissional; 3) a necessidade do enfermeiro para intervenções de informação, tal como a educação e formação específica na área. A falta de formação específica no atendimento de vítimas de abuso infantil foi citada por muitos como a razão pela qual não são capazes de julgar corretamente a veracidade das explicações dos pais face às lesões de seus filhos (TINGBERG et al, 2008, p.2720).

### **Necessidades de Intervenção na Equipa de Enfermagem**

O envolvimento em casos de proteção à criança tem efeitos duradouros ao nível das emoções geradas, que podem levar a dificuldades de comunicação e mesmo a afetar a futura gestão da proteção das crianças, sendo por isso necessárias intervenções nas equipas, no sentido da gestão de emoções, supervisão de casos e treino (ROWSE, 2009b, p.659).

Deste modo PABIS et al (2011), afirma que os programas educacionais para enfermeiros e médicos devem abordar a questão da criança maltratada, porque todos os profissionais de saúde precisam ser educados sobre os métodos de cuidar da criança vítima de abuso. Estes devem incluir técnicas relacionadas com a escala de violência verbal, competências comunicacionais e avaliação das famílias.

Os enfermeiros são notificadores obrigatórios, isto é, eles são obrigados por lei a denunciar abusos e a negligência infantil, neste sentido a introdução da formação deve ser considerado para todos os graus académicos ao nível da enfermagem. Vários estudos encontraram enfermeiros com formação e experiência em lidar com o abuso infantil e negligência que demonstraram uma maior capacidade em reconhecer e relatar o abuso de crianças (ADAMS 2005; NAYDA 2002; PAAVILAINEN ET AL 2002; FAGAN, 1998 CITADOS POR PILTZ e WACHTE, 2009, p.98).

O envolvimento na proteção da criança tem um grande impacto sobre os enfermeiros, segundo os resultados do presente estudo, a existência de uma enfermeira de referência na área da proteção da criança é crucial para ajudar os enfermeiros a lidar adequadamente com a situação. Estes referiram que, ter presente uma enfermeira de referência aumenta, quer os seus níveis de conforto, quer a confiança promovendo a capacidade de lidar com a situação assim como reduz o nível de tensão, permitindo assim uma intervenção à criança mais eficaz e adequada. Este estudo mostrou ainda, que os enfermeiros experimentam uma panóplia de emoções, dúvidas e receios, quando envolvidas na proteção da criança. Deste modo, precisam de apoio e confiança, de pessoas habilitadas na área, para ajudá-los através dos aspetos práticos. As emoções que estão inevitavelmente envolvidas dão origem a potenciais dificuldades de trabalho, e apoio eficaz para os envolvidos permitindo a qualidade do atendimento à criança e à família (ROWSE, 2009a, p.177).

Também de acordo TINGBERG et al (2008), os enfermeiros que atendem crianças vítimas de abuso descrevem uma necessidade de apoio psicológico assim sendo, todos os enfermeiros, neste estudo, expressaram a necessidade de aconselhamento. Por fim, ROWSE (2009a), refere, ainda que, a enfermeira de referência é a chave para fazer a ligação e facilitar a partilha de informações.

## **CONCLUSÃO**

A intervenção com a criança de risco, é uma situação altamente geradora de sofrimento quer para a criança, quer para os profissionais de saúde. A intervenção na proteção da criança de risco apresenta contornos múltiplos e complexos decorrentes dos perigos eminentes e consequentes da situação da criança.

Os resultados apontam no sentido de uma maior necessidade de formação, de treino e de apoio ao nível da equipa de enfermagem. Em termos da criança destacam-se as intervenções focadas maioritariamente, na reabilitação familiar, e não só, isoladamente na criança, porque se verificou ser de extrema importância a criação de um ambiente e de uma relação securizantes para esta, de forma a possibilitar a divulgação da informação.

São ainda necessárias mais pesquisas para avaliar os efeitos da formação sobre os resultados de notificação obrigatória, no sentido de, serem reduzidas as barreiras identificadas. Isto por sua vez, poderá oferecer uma maior proteção para as crianças, que são em última análise os membros mais vulneráveis da sociedade (PILTZ e WACHTE, 2009).

## **2. CAPITULO II – REFLEXÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJETIVOS E ATIVIDADES**

O percurso do Estágio teve como objetivo geral: **Desenvolver competências específicas e diferenciadas de EESIP na prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família na maximização da sua saúde, dando especial enfoque à criança e jovem em situação de risco**, tendo sempre como referência as funções atribuídas ao EESIP.

Assim sendo, conservando sempre o objetivo geral inicialmente delineado e considerando as necessidades identificadas em cada um dos locais de Estágio, foram elaborados objetivos específicos que nortearam as atividades desenvolvidas ao longo da Unidade Curricular Estágio.

O presente capítulo pretende analisar e descrever de forma reflexiva os objetivos específicos traçados para cada um dos Módulos, assim como as atividades planeadas e realizadas para a sua concretização, procedendo-se também à sua fundamentação teórica, com base na evidência científica, e à articulação com as competências necessárias para a obtenção do grau de EESIP.

Acrescento ainda que, como processo dinâmico de desenvolvimento de competências especializadas e tendo em consciência o desenvolvimento de um percurso coerente, de complexidade e especificidade crescente, sinto ser essencial mencionar que os objetivos e atividades presentes no projeto inicial de estágio foram passíveis de melhorias ao longo do mesmo.

### **2.1.Módulo I**

Este módulo corresponde 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 em centro de saúde.

### 2.1.1. Recursos da Comunidade

Este módulo foi realizado no Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva do HGO, de 23 a 27 de Abril de 2012, tendo como finalidade o contato com os 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 sobre o papel do EESIP no Centro de Desenvolvimento Torrado da Silva, com especial enfoque à criança e jovem em situação de risco.**

O Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), consiste num centro multiprofissional integrado no HGO destinado ao atendimento de crianças com problemas neurológicos e do desenvolvimento. A equipa do CDC é multidisciplinar, sendo por isso constituída por médicos (neuropediatras, reabilitação, pediatras), enfermeiros, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, professores entre outros profissionais que visam o apoio global e especializado às crianças.

A equipa de Enfermagem do CDC é constituída por três enfermeiras, duas especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e uma graduada com experiência em Enfermagem em Pediatria. A área de atuação do EESIP insere-se essencialmente na promoção da criança, jovem e família, a um nível máximo de adaptação à sua situação de saúde, numa perspetiva de ajuda, através da avaliação dos seus problemas, da definição dos resultados a atingir e do planeamento de intervenções pertinentes. Os cuidados de enfermagem prestados no CDC, caracterizam-se por intervenções autónomas e interdependentes decorrentes ou não da consulta médica. Relativamente à consulta de enfermagem, é feita nas seguintes valências médicas: Desenvolvimento; Follow-up de Neonatologia; Neuropediatria; e Núcleo da Espinha Bífida.

As atividades realizadas durante a consulta de enfermagem são o acolhimento à criança, jovem e família; apreciação da criança jovem e família, identificação dos problemas de enfermagem, estabelecimento de prioridades e estratégias para a resolução, avaliação dos resultados esperados, registos em folha própria e promoção da continuidade dos cuidados.

Para a concretização do objetivo específico traçado para este período de observação, foi realizada uma reunião informal com a Enfermeira Orientadora, durante a qual foi possível conhecer os objetivos da instituição, assim como a observação das diferentes consultas de enfermagem presentes no CDC, permitindo obter uma noção do papel do EESIP, que se assume, como central e imprescindível na gestão dos cuidados de enfermagem. Neste âmbito, as competências “*gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional*” e “*adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados*” (ORDEM ENFERMEIROS, 2009, p.12) foram competências cuja operacionalização prática foi possível observar e compreender.

Por fim, este contexto possibilitou não só a observação da prática do EESIP, assim como a reflexão sobre o seu papel no CDC. O EESIP tem um papel preponderante no âmbito da identificação, planeamento e avaliação do plano traçado individualmente à criança/jovem e família, promovendo o nível máximo de adaptação à sua situação, nomeadamente na criança de risco (premature, doença crónica), intervindo no sentido de minorar ou eliminar os fatores que prejudicam o seu desenvolvimento saudável, trabalhando conjuntamente com as famílias.

### 2.1.2. Centro de Saúde

O Estágio correspondente ao Módulo I no contexto de Cuidados de Saúde Primários realizou-se no ACES Grande Lisboa IX - Algueirão/Rio de Mouro no âmbito de Saúde Pública, situado no concelho de Sintra, no período de 23 de Abril a 23 de Junho de 2012.

À Unidade de Saúde Pública compete organizar e assegurar atividades no âmbito da proteção e promoção de saúde, dinamizar parcerias, incentivar estratégias conducentes a obter ganhos em saúde e assegurar a intervenção do Estado na defesa da saúde pública, bem como no controlo dos fatores de risco e das situações suscetíveis de causarem ou acentuarem prejuízos graves à saúde dos cidadãos ou aglomerados populacionais, através da autoridade de saúde (AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE GRANDE LISBOA IX, 2011, p.8).

É por isso, responsável pela gestão do Programa Nacional de Saúde Escolar no ACES. É com esta unidade de saúde que o agrupamento de escolas ou escola não agrupada deve estabelecer a parceria, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, para a concretização de projetos de promoção da saúde em meio escolar (Decreto de Lei nº81/2009 de 2 de Abril).

A intervenção na área da Promoção e da Educação para a Saúde é essencial, sendo importante destacar a Educação Sexual nas Escolas, esta além da importância que assume no desenvolvimento das mesmas, apresenta-se como um direito das crianças e dos jovens, previsto na legislação portuguesa desde 1894.

Neste âmbito, os Professores da Escola Básica de Fitares, solicitaram a parceria da equipa de saúde escolar, pertencente à Unidade de Saúde Pública do ACES IX Algueirão/Rio de Mouro, para abordar a temática da Educação Sexual, dando especial ênfase à proteção do corpo e noção dos limites, após algumas situações sinalizadas de aproximações abusivas entre pares em duas turmas de 1ºCiclo.

De acordo com SAMPAIO (2010), a educação sexual em meio escolar é uma oportunidade para a educação uma vez que permite trabalhar com os alunos, vetores fundamentais para o seu percurso como pessoas: o respeito pelo outro; a igualdade de direitos entre homens e mulheres; a recusa de todas as formas de violência, sobretudo a rejeição da violência no campo da sexualidade. CATARINO (2009, p.35), acrescenta ainda que “ *para a melhoria da intervenção no mau trato infantil, sugerem: (...) promover a formação, promoção de saúde e a educação para a saúde*”.

Neste sentido tracei como objetivo: **Promover o desenvolvimento de competências na criança e jovem com vista à maximização da sua saúde, com especial enfoque à criança e jovem em situação de risco.**

De forma a dar resposta a este objetivo, planeei realizar e dinamizar uma sessão educativa, para as turmas existentes de 1ºCiclo na Escola Básica de Fitares e na Escola Básica da Rinchoa, no âmbito da Educação Sexual tendo como base a Portaria nº196-A/2010, de 9 de Abril, que “ *(...) define as respetivas orientações curriculares adequadas para os diferentes níveis de ensino*”. Sendo os conteúdos preconizados a

serem abordados no 1º ciclo :noção de corpo; o corpo em harmonia com a Natureza e o seu ambiente social e cultural; noção de família; diferenças entre rapazes e raparigas e proteção do corpo e noção dos limites, dizendo não às aproximações abusivas. Foi elaborado um projeto de intervenção designado “Gostar e Ser Gostado” (ANEXO I), que integra a fundamentação teórica, elaboração da sessão e respetivo plano e avaliação das respetivas sessões dinamizadas. Foram reproduzidas e dinamizadas em duas escolas, 26 sessões em 26 turmas de alunos com idade compreendida entre os 5 anos e 12 anos. Em suma na Escola EB1/JI de Fitares foram abrangidas 12 turmas numa totalidade de 265 alunos, 252 presentes, representando assim 95% dos alunos. Na Escola EB1/JI da Rinchoa foram abrangidas 14 turmas numa totalidade de 293 alunos tendo participado 271, representando deste modo 92% dos alunos.

De acordo com MAJOR (2011, p.36), os enfermeiros de saúde escolar podem melhorar a sensibilização das crianças perante o abuso sexual e ajudá-los a desenvolver estratégias de proteção. De forma a “ (...) *promover um ambiente que os alunos sejam capazes de desafiar os seus próprios pontos de vista e lidar com experiências de aprendizagem difíceis, para capacitá-los a assumir riscos para aprender* “. Betty Neuman, afirma ainda que a enfermagem assiste a pessoa, família/grupos e comunidade para obter um nível máximo de bem-estar. Para o atingir, são realizadas intervenções intencionais, com vista à redução dos fatores de stress e condições adversas que podem afetar o funcionamento excelente, em qualquer situação em que se encontra a pessoa (KÉROUAC et al, 1996).

Assim sendo a minha intervenção visa não só a integridade da criança/jovem mas também o foco das variáveis que têm efeito sobre a resposta da pessoa aos agentes de stress, procurando reduzir o seu efeito. Com o objetivo de ir ao encontro da aquisição de competências de EESIP, houve além da elaboração de um projeto individual de intervenção em meio escolar, também a oportunidade de participação e dinamização de sessões de educação para a saúde em contexto escolar que estavam a decorrer no período de Estágio.

Neste âmbito, o EESIP tem a responsabilidade, de acordo com a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009), de possuir competências na assistência da criança/jovem na maximização da sua saúde, gerindo programas de saúde escolar, estabelecendo redes de

recurso comunitários de suporte á criança e família, identificando estádios de processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis, procurando oportunidades para trabalhar com os mesmo, entre outros, assumindo deste modo a escola um local privilegiado.

Um dos projeto de Saúde Escolar, “ Pais com Idade para Serem Filhos”, já se encontrava desenvolvido e em curso, apresentava a mesma temática mas era dirigido para o 3º ciclo, tendo sido elaborado e aplicado pela minha Enfermeira Orientadora. As sessões tinham a duração de uma hora e meia, e foram dirigidas a alunos com idades compreendidas entre os 15 e 20 anos. O meu contributo foi auxiliar na apresentação e dinamização das Sessões de Educação para a Saúde juntamente com a minha Enfermeira Orientadora. Do total de 16 sessões, tive a oportunidade de dinamizar uma e participar em três. Por último, tive ainda a oportunidade juntamente com a Professora Albertina e Enfermeira Lucinda Silva de preparar uma Sessão de Educação para a Saúde contemplando a Violência em Meio Escolar destinada ao Jardim-de-Infância da Escola EB1/JI de Fitares e EB1/JI da Rinchoa, utilizando como suporte o guião de uma história escrita pela Professora Albertina, e desenvolvendo o restante projeto. No total foram dinamizadas seis sessões, três em cada escola. O relatório das sessões de Saúde Escolar descritas encontra-se em anexo (ANEXO II).

Além dos variados objetivos, naturalmente integrados no âmbito da Educação Sexual, atribuo especial importância para o desenvolvimento do meu objetivo geral, no contexto da intervenção planeada, descrita anteriormente, o objetivo enumerado na Lei nº 60/2009, de 6 de Agosto, Artigo 2º, que constitui como finalidade da educação sexual: *“A capacidade de proteção face a todas as formas de exploração e de abusos sexuais”*.

Segundo MELISSA et al (2008) as enfermeiras estão em uma posição única para abordar temas sensíveis com adolescentes. É imperativo que estes entendam os e fatores de risco que podem precipitar uma gravidez na adolescência. A consciencialização da temática nas escolas com base em currículos sobre sexualidade e prevenção da gravidez na adolescência é altamente recomendável.

Como segundo objetivo delinee: **Desenvolver competências no âmbito dos cuidados de enfermagem com vista a contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica.**

Na execução do presente objetivo desenvolveram-se diversas atividades nomeadamente: conhecer as instalações, a dinâmica orgânica e funcional, assim como os diferentes intervenientes; colaborar nas atividades de vigilância de saúde infantil e observar a prestação de cuidados do EESIP. Esta atividade permitiu desenvolver no domínio da prestação de cuidados especializados, a competência *“presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009, p.21).

Por último, foi ainda proposto, pela minha Enfermeira Orientadora no âmbito da Consulta de Vigilância de Saúde Infantil da Unidade de Saúde Familiar a realização e participação de uma ação formativa alusiva à consulta do recém-nascido (RN), no sentido de proporcionar um espaço para partilha de experiências, consensos, e práticas entre os diversos profissionais de enfermagem. Foi por isso, desenvolvido, como suporte, um Power Point abordando os seguintes conteúdos temáticos: Observação do RN; Cuidados Antecipatórios no Período Neonatal; Situações Frequentes no Neonato. E posterior Plano de Sessão de forma a estruturar a apresentação e discussão.

A atividade decorreu no dia 15 de Junho, contando com a presença de duas enfermeiras da Consulta de Saúde Infantil e Vacinação, a minha Enfermeira Orientadora e duas alunas de enfermagem de terceiro ano. A Sessão titulada “Consulta do RN – Sessão de Partilha” encontra-se em anexo (ANEXO III). Durante a sessão foram diversas as oportunidades para discutir e refletir sobre intervenções possíveis de desenvolver e passíveis de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. A apresentação desta sessão revelou competências ao nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização em saúde infantil e pediátrica, assim como a produção de um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara o EESIP.

Por fim, através dos objetivos propostos e das atividades desenvolvidas ao longo do Módulo I, foram adquiridas competências necessárias para o desenvolvimento profissional enquanto EESIP, tais como:

- competências na implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde, promotor da capacidade para gerir o regime e a reinserção social através da comunicação com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estadio de desenvolvimento, bem como na intervenção em programas no âmbito da saúde escolar;

- competências diagnóstico de situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem, 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 relacionados com a sua saúde quer no contexto da Consulta de Saúde Infantil quer no âmbito da Saúde Escolar;

- 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, (OE, 2011a).

## **2.2.Módulo II**

O módulo II corresponde aos serviços de medicina/cirurgia e teve um total de 180 horas de contacto distribuídas ao longo de oito semanas. Este módulo decorreu na Unidade de Internamento de Pediatria, do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE – HSFX, de 20 de Setembro a 10 de Novembro de 2012.

### 2.2.1.Unidade de Internamento de Pediatria

O Internamento de Pediatria do HSFX assiste todos os RN que nascem no hospital ou são referenciados para o serviço, bem como as crianças e jovens residentes na sua área de implantação que inclui o Concelho de Oeiras e seis freguesias do Concelho de Lisboa: São Francisco Xavier, Santa Maria de Belém, Ajuda, Alcântara, Prazeres e Stº Condestável, num total estimado de quarenta mil habitantes, dos quais cerca de 19% abaixo dos 16 anos (CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, 2012).

A integração do Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) no Sistema Nacional de Informação de Saúde, pela emergente necessidade de informatização dos serviços de saúde, levou a OE em colaboração com o Ministério da Saúde, a definir em Abril de 2007, os “*Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais dos SIE*” a utilizar no nosso país, definindo a utilização obrigatória da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

A parametrização dos conteúdos do SIE numa unidade de cuidados é fundamental na fase inicial, no entanto, há necessidade de os manter atualizados como reflexo permanente da necessidade de evolução qualitativa das práticas. “*Assim, a utilização regular dos SIE tornará necessária a adoção de medidas para manter atualizados os conteúdos parametrizados. Isto pode constituir-se num interessante instrumento face à melhoria contínua da qualidade – baseada na reflexão sobre a ação*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007c, p.3).

Neste sentido, foi-me permitido verificar através de reuniões informais com a Enfermeira Chefe e com a minha Enfermeira Orientadora, e ainda através da consulta dos registos e observação das práticas de enfermagem que a equipa evoluiu qualitativamente no âmbito dos cuidados de enfermagem à criança, jovem e família, no sentido da “Promoção das Competências Parentais”, enquanto evidência promotora de qualidade dos cuidados, sendo no entanto, a documentação da prática autónoma de enfermagem no Internamento de Pediatria Médica e respetiva parametrização, não era demonstrativa da qualidade global dos cuidados prestados na unidade, necessitando de uma reformulação/reparametrização de alguns conteúdos CIPE e paralelamente conteúdos integrados no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE).

Assim sendo, tracei como objetivo: **Contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica, no âmbito da promoção do papel parental no recém-nascido, com especial enfoque à criança de risco.**

O EESIP desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte, das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; concebe, gere e colabora em programas da melhoria contínua da qualidade (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011). Desta forma, o meu objetivo contempla a reformulação e

atualização da documentação da prática autônoma de enfermagem à criança/jovem e família nos SIE e a utilização deste instrumento para a promoção de qualidade dos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica, no âmbito da promoção do Papel Parental no RN, traduzidas pelos diagnósticos, intervenções e resultados CIPE registrados pelos enfermeiros na aplicação informática SAPE.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde.

A CIPE é um sistema de classificação para a prática de enfermagem desenvolvido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) desde 1989, que visa o desafio de universalizar a sua linguagem e evidenciar elementos da sua prática. Em 2008, a OMS reconheceu a CIPE como membro da “ Família de Classificações Internacionais da OMS”, reconhecendo o trabalho do CIE e a importância de uma terminologia para o domínio de enfermagem como essencial para a documentação dos cuidados de saúde.

Embora a prática dos cuidados para o desenvolvimento do RN possa variar entre as unidades/serviços, o seu objetivo, é inquestionavelmente, fornecer um ambiente de cuidados estruturados que apoie, incentive e oriente o desenvolvimento do mesmo. Reconhecendo, deste modo, as vulnerabilidades físicas, psicológicas e emocionais dos mesmos e suas famílias, focando-se na minimização de complicações reais e potenciais, associadas ao processo de aquisição de competências parentais e consequente desenvolvimento saudável do RN.

De acordo com o modelo de Betty Neuman, cabe ao enfermeiro preservar a integridade da pessoa, atendendo a todas as dimensões que têm efeito sobre as defesas e respostas da mesma aos agentes de stress, de forma a evitar ou a reduzir as suas consequências. Desta forma, as intervenções de enfermagem e segundo Neuman, incluem a prevenção primária (evitando processos de desadaptação), secundária (recuperação da adaptação) e terciária (através da manutenção da adaptação) (PEARSON e VAUGHAN, 1992, p.118).

CASEY defende que “(...)para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de proteção, estímulo e amor.”, assim sendo ninguém melhor que os pais para os prestar (FERREIRA e COSTA, 2004, p.51).

Num estudo realizado em Portugal por BARROS e BOTELHO (2009), revelou que as principais dificuldades dos pais no que diz respeito à prestação de cuidados ao RN, são nos cuidados de higiene, alimentação/amamentação, alívio das cólicas e despiste precoce de situações de risco. Os participantes deste estudo também referiram dificuldade em acalmar e comunicar com o RN, e ainda em identificar o motivo do choro de modo a responder adequadamente às suas solicitações.

Neste sentido foi precisamente sobre estes temas que me centrei para atualizar e reformular o padrão documental atual, desenvolvendo assim módulos de ensinos que incidem sobre as necessidade básicas do RN no sentido da promoção de saúde e prevenção de doença, e métodos que facilitem à equipa de enfermagem uma melhor gestão, continuidade e registo no âmbito do Papel Parental.

Os Fenómenos de Enfermagem CIPE, Papel Parental e Parentalidade, são assim, considerados representativos da intervenção autónoma do enfermeiro no Internamento de Pediatria, constituindo os diagnósticos de enfermagem, intervenções e evolução a documentação da prática autónoma de enfermagem facilitadoras da Promoção das Competências Parentais. Para permitir a concretização do objetivo foram desenvolvidos três instrumentos de apoio no contexto da promoção das competências parentais, sendo estes os Módulos de Ensino, o Manual de Apoio à SAPE e uma Check-List de Ensinos.

O instrumento Módulos de Ensino tem como objetivo promover a uniformização, consistência e continuidade dos conteúdos abordados em cada intervenção. O mesmo apresenta as diretrizes segundo diversas referências em Pediatria relacionadas com cada uma das temáticas identificadas como pertinentes no âmbito da promoção das competências parentais. O Manual de Apoio à SAPE visa a correta programação de diagnósticos, status, qualificadores e intervenções, permitindo assim a eficácia e clareza de registo pretendida. Por outro lado, a Check-List de Ensinos, foi proposta pela Enfermeira Orientadora, no sentido de auxiliar a continuidade dos ensinos e a rápida

identificação do ponto atual de situação no processo de aquisição de competências parentais. A mesma apresenta tópicos das temáticas abordadas, desenhando o processo desejado.

Por fim foi realizada de uma ação formativa alusiva ao padrão documental elaborado para efeitos de validação do mesmo. A atividade decorreu no dia 5 de Novembro, estiveram presentes 10 enfermeiros do Serviço de Internamento de Pediatria Médica, incluindo a minha Enfermeira Orientadora e a Enfermeira Chefe. A avaliação da sessão foi realizada através da análise do instrumento de avaliação de satisfação dos enfermeiros, aplicado após sessão formativa.

Através da análise do mesmo, após o tratamento de dados poder-se-á concluir que 60% dos enfermeiros qualificaram como *bastante* ao nível da avaliação geral, sendo importante referir que também 60% classificaram igualmente de *bastante* a minha prestação como formadora. O suporte de power point foi considerado adequado, apresentando 80% de satisfação como metodologia utilizada, proporcionando como planeado a ponte para a discussão dos conteúdos. Como limitação há que referir o tempo disponibilizado para a atividade, que acabou não sendo suficiente, tendo sido necessário terminar a discussão quando ainda existiam questões. Ao nível da validação do Padrão Documental, após tratamento de dados, poder-se-á concluir que foi totalmente validado, exceto o status definido como Papel Parental Não Adequado que ficou classificado com 80% em *parcialmente adequado*. O Projeto designado “Promoção das Competências Parentais no RN” constituído pelos instrumentos desenvolvidos e respetiva ação formativa, avaliação e apresentação dos resultados de validação encontra-se em anexo (ANEXO IV).

Com esta formação foi possível promover à equipa momentos de análise sobre a prática e conseqüente reflexão sobre as estratégias que podem facilitar o processo de adaptação parental e melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem que prestamos a estas crianças e famílias. Neste contexto, considero que contribuí para o desenvolvimento profissional e para a atualização de conhecimentos dos enfermeiros e alunos estagiários da Pediatria do HSF.

Esta atividade permitiu assim o desenvolvimento, no domínio da gestão da qualidade, da competência “*concebe, gera e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade*” e ainda a aquisição de competências na implementação e gestão em parceria de um plano de saúde, promotor da parentalidade através do fornecimento de conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais à família facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011a).

De acordo com LINDA (2008), os enfermeiros que se deparam com novos pais ou outros prestadores de cuidados da criança estão em posição ideal para avaliar a riscos de abuso e promover estratégias baseadas em evidências para desenvolver competências parentais. Enfermeiros em contexto de berçário, cuidados intensivos neonatais puerpério, e internamento devem familiarizar-se com materiais de prevenção e desenvolver relações de apoio com os pais, com o intuito de ensinar e reforçar competências parentais.

No âmbito do Modelo de Parceria de Cuidados de CASEY (1993), negocia-se com os pais a prestação de cuidados, isto é, o que querem fazer, quando e onde, tendo a liberdade de realizar diversos cuidados. Os pais são assim gradualmente integrados na equipa, fazendo deles elementos ativos nos diversos cuidados, que podem ir desde a preparação e administração de alimentação, à amamentação, à higiene, ao vestuário, até aos cuidados de enfermagem, conquistando uma progressiva autonomia. Dessa forma, os pais são estimulados a envolverem-se com os filhos, ao mesmo tempo que a vinculação pais/RN é promovida, tornando-os mais seguros no seu papel e aprendendo a identificar as respostas do seu bebé.

Desta forma 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, 2011b).

Neste contexto delineei como objetivo: **Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família com vista à maximização da sua saúde, com ênfase à criança e jovem em situação de risco.**

Foram planeadas como atividades, a prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família ao longo das oito semanas de estágio e ainda o acompanhamento de casos existentes à criança e jovem em situação de risco. Tive oportunidade ao longo do estágio de prestar cuidados quer ao utente pediátrico no geral (médico e cirúrgico), quer no caso da criança de risco: RN Prematuro e respetivas famílias na preparação para a alta, possibilitando ainda a aplicação do instrumento desenvolvido no objetivo anterior. Assim sendo, foram realizados ensinamentos sobre os cuidados ao RN de forma a tornar os pais autónomos e seguros nos cuidados, possibilitando à criança cuidados de qualidade e ainda atenuando e eliminando os fatores de risco presentes, assim como promovendo a vinculação na díade mãe-RN.

Foi ainda possível acompanhar crianças vítimas de maus tratos por parte dos pais e observar o envolvimento da equipa multidisciplinar, bem como dos agentes de segurança, que tiveram a capacidade de estabelecer 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. Foi desta forma realizado o levantamento dos dados clínicos, sociais e psicológicos existentes, tendo sido posteriormente realizada articulação com a assistente social do serviço. Pude também colaborar na articulação realizada transmitindo dados pertinentes assim como efetuando o registo no processo de enfermagem.

Concluindo o respetivo módulo, considero ter desenvolvido:

- competências no diagnóstico precoce e intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e jovem através da demonstração de conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades e implementação de respostas de enfermagem apropriadas, a identificação de situações de risco para a criança e jovem, a assistência à criança e jovem em situações de abuso, negligência e maus –tratos e a promoção de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família;
- competências no reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e na prestação de cuidados de enfermagem apropriados através mobilização de conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta antecipatória;

- competências na promoção do desenvolvimento infantil através da transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto –juvenil durante os cuidados prestados quer ao RN prematuro quer ao RN de termo;
- competências na promoção da vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais através avaliação do desenvolvimento da parentalidade, da demonstração de conhecimentos sobre competências do RN, quer ao nível da prestação de cuidados, quer ao nível dos documentos elaborados, a promoção da amamentação, o processo de negociação do envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN e a gestão do processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce;
- competências na comunicação com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento através da demonstração de habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011a).

### **2.3.Módulo III**

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 neonatologia e outro ao serviço urgência pediátrica, sendo realizado no HDE.

O HDE está integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE e é um hospital de referência em pediatria, para a zona sul do país, ilhas e Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa.

#### **2.3.1.Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

Este módulo decorreu na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) de 12 de Novembro a 9 de Dezembro de 2012.

A UCIN no HDE é uma unidade médico-cirúrgica que funciona desde 1983 e que regista, em média, entre 25% de RN sujeitos a grandes cirurgias neonatais, com estadias

muito prolongadas, onde são submetidos a procedimentos invasivos por períodos de longa duração.

Nos últimos anos a mortalidade e morbidade neonatal tem diminuído significativamente, devido ao avanço no diagnóstico e nas técnicas de tratamento. Esta melhoria conduz a uma maior preocupação pelo bem-estar presente e futuro do RN de risco. Em contexto de UCIN, surge o fenómeno da prematuridade, que antecipa e altera a normal transição para a parentalidade, desafiando, de um modo geral, o desempenho do Papel Parental.

REGA (2012) refere ainda que de um modo geral, o RN pré-termo apresenta uma atividade menos previsível e sinais comportamentais mais difíceis de interpretar, com consequências inevitáveis na qualidade da interação que se estabelece com os cuidadores.

De acordo com MARQUES e SÁ (2004), nos últimos 25 anos estudos demonstram que os RN hospitalizados e prematuros são frequentemente vítimas de maus tratos e abandono por parte dos pais. O síndrome da criança sujeita a agressão é oito vezes mais frequente no caso de RN que passam por tratamento intensivo neonatal do que os RN de termo e saudáveis. Neste sentido, KIMBERLY e JEANNE (2009) referem que a ligação entre os comportamentos dos pais e os maus tratos à criança sugere que as intervenções que promovem comportamentos parentais positivos contribuem para taxas menores de maus tratos a crianças.

Neste contexto, após observação da UCIN e dos instrumentos de enfermagem presentes para a promoção do papel parental, bem como bibliografia existente e conversas informais com a equipa, desenvolvi os meus objetivos assim como o planeamento de atividades para a concretização dos mesmos, traduzindo-se de uma forma geral na implementação e atualização de instrumentos que permitam quer a adaptação do papel parental, quer a promoção da vinculação.

Deste modo defini como primeiro objetivo: **Contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica, no âmbito da Promoção**

## **do Papel Parental no Recém-Nascido Pré-Termo, com especial enfoque à criança de risco.**

CASEY (1993) no modelo de parceria de cuidados, define quatro objetivos inerentes às atividades de enfermagem pediátrica, onde inclui o ensino de conhecimentos e competências para promover a independência da criança/jovem e família face à equipa de saúde. Neste sentido a existência de instrumentos de ensino que permitem sistematizar uma intervenção de enfermagem eficaz é essencial no cuidar. Segundo MEGAN (2009, p.39), “ (...) não é suficiente para dar um panfleto aos novos pais na hora que a criança nasce (...)”. KENNER (2001), acrescenta ainda, que as intervenções com as famílias dos RN de risco agrupam-se em quatro categorias principais: fornecer informação, reforçar sistemas de apoio, treinar habilidades na prestação de cuidados ao RN e promover a vinculação entre pais e RN.

O enfermeiro é assim um elemento fundamental na promoção da aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências por parte dos pais, o que constitui um pilar fundamental nas estratégias de saúde atuais (ESTEVINHO, 2004, p.155). Este tipo de atuação é reforçada pela ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011b), segundo a qual o enfermeiro conjuntamente com a criança/jovem e família desenvolve processos de adaptação eficaz, sendo necessários à continuidade do processo de cuidados de enfermagem, o planeamento da alta e a otimização das capacidade da criança/jovem e família, o que exige ensino, instrução, treino e supervisão.

Assim sendo, como atividade para dar resposta ao objetivo, planeei a consulta das normas existentes ao nível do Papel Parental, assim como a atualização e reformulação dos seus conteúdos transportando para a elaboração de um Portefólio de Ensinos destinado aos pais, no sentido de facilitar a integração das práticas mais adequadas ao cuidados prestados pelos mesmos, possibilitando uma melhoria na qualidade, e promovendo simultaneamente a vinculação e a amamentação.

O Portefólio de Ensino é composto por 21 fichas de ensino, com indicações quer ao nível do conhecimento, quer ao nível do treino de habilidades, que integram cinco módulos por categorias, e que foram executadas de acordo com os Consensos de

Neonatologia, elaborados pela Sociedade Portuguesa de Pediatria, assim como por outras organizações de referência.

O primeiro módulo corresponde aos cuidados de higiene, descreve não só os cuidados ao banho e a desinfeção do coto umbilical, bem como as diferentes massagens terapêuticas utilizada no RN. O segundo abrange amamentação e alimentação e apresenta informações como a extração, conservação, descongelamento e aquecimento do leite materno, técnica de amamentação, preparação e administração de leite, e também a alimentação por sonda gástrica. Isto porque sendo a UCIN do HDE maioritariamente um centro cirúrgico do RN é frequente a alimentação por sonda, sendo por isso, importante integrar os pais nos cuidados o mais precocemente possível, apresentando-se de extrema pertinência a introdução desta ficha de ensino. O terceiro módulo abrange os cuidados no âmbito da eliminação e temperatura. O quarto por sua vez, incide na vigilância de saúde, integrando a vacinação, diagnóstico precoce e a progressão ponderal. Por último, um quinto módulo de fichas de ensino que adiciona a temática segurança, refletindo a prevenção de acidentes no primeiro ano de vida e atuação em situações de alerta, isto é, situações em que é importante os pais identificarem os sinais de que o RN poderá estar ou ficar doente.

O Portefólio de Ensinos os Pais encontra-se em anexo (ANEXO V). Considerei ainda que o Portefólio desenvolvido poderá facilitar a integração de novos elementos, uma vez que sistematiza as informações essenciais que os pais necessitam.

Como segundo objetivo defini: **Observação participada à prestação de cuidados de enfermagem à criança e família com vista à maximização da sua saúde, com ênfase ao Recém-Nascido Pré-Termo.**

O contacto e integração na equipa de enfermagem, assim como na metodologia de trabalho da UCIN, foi facilitado, dado que se trata de um contexto familiar, uma vez que é onde desempenho funções profissionais, sendo que a unidade onde estou vinculada apresenta ainda a valência de cuidados intensivos pediátricos.

Foram, deste modo, operacionalizadas as seguintes atividades: prestação de cuidados diretos ao RN pré-termo em situação de doença, promoção do envolvimento dos pais na

prestação de cuidados ao RN pré-termo e execução de um plano de cuidados CIPE-SAPE.

O plano de cuidados elaborado foi sugestão da equipa de enfermagem em especial da minha Enfermeira Orientadora, dado que o serviço se encontra num momento de transição e que brevemente será inserido o Sistema SAPE, pelo que a operacionalização de um plano de cuidados facilitaria a compreensão do sistema, e ainda me proporcionaria a mim o planeamento, gestão e avaliação do processo de enfermagem de uma forma mais sistematizada.

O processo de enfermagem é, desta forma, um meio privilegiado para transportar o modelo de parceria de cuidados para a prática diária de enfermagem pediátrica e para melhorar significativamente a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança e família. A parceria de cuidados dá-se em todas as fases do processo de enfermagem e só assim podemos considerar que a aplicamos, respeitando os princípios do modelo proposto por Anne Casey. Para isso é necessário planear, discutir, negociar, fazer, partilhar, educar, treinar e avaliar com a família. O Modelo de Neuman foi um dos primeiros a explicar o processo de enfermagem, como um instrumento, que visa auxiliar o profissional de enfermagem na aplicação do modelo, fazendo a ligação entre a teoria e a prática. Os diagnósticos de enfermagem consistem em determinar quais os fatores de stress ou variáveis que põem em risco a estabilidade do doente. Ao planear metas de enfermagem estabelecem-se prioridades e objetivos a curto e longo prazo, que incluem as negociações entre a enfermeira e o doente e família, assim como as estratégias de intervenção para manter, reter e atingir a estabilidade do sistema do cliente. A avaliação é feita confirmando se a mudança desejada ocorreu ou se por outro lado, é necessário reformular as estratégias (NEUMAN e FAWCETT 2011, CASEY, 1995).

Neste sentido, assumi o desafio, e acompanhei ao longo do estágio, o RN a mim atribuído, planeando, gerindo e avaliando os cuidados, proporcionando também momentos de reflexão e partilha entre a equipa. O plano de cuidados encontra-se em anexo (ANEXO VI).

De uma forma geral o contacto com RN pré-termo, assim como a construção do Portefólio de Ensinos permitiu não só mobilizar competências já adquiridas assim como desenvolver outras, tais como:

- competências no reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e na prestação de cuidados de enfermagem apropriados através mobilização de conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória e demonstração conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico;
- competências na promoção da adaptação da família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade através do diagnóstico de necessidades especiais e incapacidades futuras do RN, tal como no caso dos RN com patologia cirúrgica no âmbito gastrointestinal, nomeadamente a necrose do intestino, em que integrar precocemente os pais na alimentação por sonda gástrica é essencial uma vez que será uma prática presente nos seus quotidianos pelos menos nos primeiros três meses de vida do seu RN.
- competências na promoção da vinculação e no desenvolvimento infantil (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011a).

### 2.3.2.Urgência Pediátrica

Este módulo decorreu na Urgência Pediátrica no período de 10 de Dezembro de 2012 a 19 de Janeiro de 2013.

A Urgência Pediátrica está integrada 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. São admitidas crianças que recorrem por meio 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. 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).

A Urgência Pediátrica, é o local de primeiro contato com a suspeita/ criança vítima de maus tratos, sendo por isso um local privilegiado quer na prevenção, quer na atuação. Neste sentido, após uma primeira abordagem com o Enfermeiro Chefe, com a Enfermeira Orientadora e a equipa de enfermagem acerca da temática e posterior análise e discussão das normas e protocolos, pareceu-me pertinente a atualização e reformulação das mesmas. Sendo que a intervenção multiprofissional face à criança maltratada impõe a existência de um Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR), afim de efetivar o diagnóstico da situação e compreender a articulação existente entre os enfermeiros da Urgência Pediátrica e o NHACJR, também me reuni com a enfermeira responsável pelo núcleo na urgência pediátrica.

De acordo com CIUFFO, RODRIGUES e CUNHA (2008), cabe à enfermagem diagnosticar os principais problemas que contribuem para a prática dos maus-tratos infantis, atentando para os sinais físicos, comportamentais da criança e também para as características apresentadas pela família. Além disso, a enfermagem pode integrar capacitação, sensibilização e supervisão da equipe com a direção das instituições, estabelecendo um sistema de referência para as vítimas.

Após o diagnóstico de situação defini como objetivo: **Contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica, no âmbito da criança de risco, com especial enfoque à criança vítima de maus-tratos.**

A importância da temática impõem-se não só pelo aumento de ocorrência de situações de risco sinalizadas no último ano, de acordo com a COMISSÃO NACIONAL DE PROTEÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (2012), mas também pela constante necessidade de informação/formação atualizada às equipas de enfermagem. Assim como forma de dar resposta aos Padrões de Qualidade e consequente Programa de Acreditação integrado. CASPE HEALTHCARE KNOWLEDGE SYSTEMS define como necessário a existência de “ (...) *procedimentos datados e documentados para a gestão das crianças no serviço de emergência médica. Esses procedimentos foram redigidos/revisto nos últimos três anos.*” (CASPE HEALTHCARE KNOWLEDGE SYSTEMS, 2010, p.395)

As normas atuais tinham como data de revisão até Março de 2013, neste sentido propus-me a elaborar uma proposta de atualização e reformulação das seguintes normas:

- Apoio à Criança/Jovem Vítima de Maus-Tratos (TRC.106);
- Apoio à Criança/Jovem com Suspeita de Abuso Sexual (TRC.114).

Segundo BENNER (2001, p.201) “ (...) *os protocolos, diretrizes, visam obter cuidados de qualidade, podendo ao mesmo tempo ir ao encontro da noção de individualização dos cuidados*”, as normas são constituídas por objetivos, âmbito de aplicação, orientações gerais, fundamentação teórica de apoio e protocolos, desta forma a reformulação e atualização incidiu maioritariamente no âmbito na fundamentação teórica substituindo e complementando a anterior, por fundamentação com base na evidência científica mais recente. As normas reformuladas encontram-se em anexo (ANEXO VII e ANEXO VIII).

Para a concretização do objetivo, planeei também a realização de uma sessão formativa para apresentação à equipa de enfermagem das alterações e atualizações propostas no âmbito das normas de atuação à criança vítima de maus-tratos assim como contributos teóricos pertinentes, permitindo um momento de análise crítica dos conteúdos de formação. O intuito, não foi apenas de envolver a equipa de enfermagem no processo de reformulação e atualização, mantendo-a informada, mas também no sentido que diversos estudos afirmam ser barreiras à comunicação e sinalização de maus tratos a ausência de protocolos claros, falta de educação e oportunidades de desenvolvimento profissional em relação à proteção da criança, a noção das responsabilidades decorrentes da legislação, a presença de conhecimento limitado sobre os sinais e sintomas de abuso particularmente abuso emocional e negligência e ainda a necessidade de formação específica na área da prática assim como treino especializado (LAND e BARCLAY, 2008; PABIS et al, 2011; PILTZ e WACHTE, 2009; TINGBERG et al, 2008; FINN, 2011).

A sessão formativa decorreu no dia 9 de Janeiro, onde estiveram presentes 12 enfermeiros da Urgência Pediátrica, incluindo a minha Enfermeira Orientadora, o Enfermeiro Chefe e a Enfermeira responsável pelo NHPCJR, assim como dois alunos de enfermagem de licenciatura e um aluno de especialidade em saúde infantil e pediátrica. A avaliação da sessão foi realizada através da análise do instrumento de

avaliação de satisfação dos enfermeiros, aplicado após apresentação. Através da análise do mesmo, após tratamento de dados poder-se-á concluir que 46,1% dos enfermeiros qualificaram como *completamente* ao nível da avaliação geral, sendo importante referir que também 46,1% classificaram igualmente de *completamente* a minha prestação como formadora. O suporte de power point foi considerado apropriado, apresentando 100% de satisfação como metodologia utilizada, proporcionando como planeado a ponte para a discussão, os conteúdos seleccionados. Como limitação há a referir que o tempo disponibilizado para a atividade mais uma vez não foi suficiente, tendo havido a necessidade de terminar a discussão quando ainda existiam conteúdos a discutir.

Desta forma a apresentação deste suporte documental permitiu comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico à equipa de enfermagem, através da produção de um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas. Também permitiu a reflexão crítica da prática contribuindo desta forma para o desenvolvimento profissional dos outros enfermeiros e alunos de enfermagem, promovendo assim a formação em serviço na área de saúde infantil e pediátrica. Em suma, foram desenvolvidas competências no âmbito do domínio da melhoria da qualidade, bem como na facilitação da integração de novos elementos tendo constituído um importante e facilitador elemento de aprendizagem em contexto de trabalho (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2011a). A sessão formativa, plano de sessão, instrumento de avaliação de satisfação dos enfermeiros e análise dos resultados encontra-se em anexo (ANEXO IX).

O papel do EESIP no contexto de urgência pediátrica integra também a prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família em situação crítica, pelo que me fez sentido definir o seguinte objetivo: **Observação participada dos cuidados de enfermagem à criança, jovem e família em situação de emergência/urgência.**

Assim sendo observei e prestei cuidados em diferentes sectores da Urgência Pediátrica. Na primeira semana optei por ficar um dia em cada valência, sala de tratamentos, sala de internamento e triagem permitindo desta forma compreender a dinâmica e complexidade dos cuidados prestados Após essa semana dei preferência na prestação de cuidados na sala de triagem por ter uma especificidade distinta e ainda por não fazer parte da minha prática profissional, podendo desta forma retirar maiores contributos.

A triagem caracteriza-se essencialmente pela avaliação inicial da criança e jovem num curto espaço de tempo, recolhendo o máximo de informação útil para triar a sua gravidade de forma proceder aos cuidados necessários com a maior brevidade possível. Após uma avaliação da situação da criança, o enfermeiro classifica a prioridade de atendimento: Emergente/ vermelho; Muito Urgente/ laranja; Urgente/ amarelo; Não Urgente/ verde; e Não considerados critérios de prioridade/ branca. Consoante a prioridade conferida, é realizado o encaminhamento. Sempre que a criança é encaminhada para a sala de espera são realizados ensinamentos aos pais, no caso da situação clínica poder se agravar enquanto aguardam a chamada para o gabinete médico.

Ao longo do estágio foram vários os exemplos de situações em que foi necessária a intervenção de enfermagem ao nível do ensino, nomeadamente em situações de febre, diarreia, vômitos e ainda situações em que os pais recorriam diretamente à Urgência Pediátrica sem antes terem ido ao Centro de Saúde dando origem a idas desnecessárias à Urgência Pediátrica. Com base nas definições de Neuman sobre o metaparadigma, a saúde é perspectivada como um estado dinâmico de bem-estar ou de doença, determinada por variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais. Neste contexto, os cuidados de enfermagem são perspectivados como intervenções que visam a integridade da pessoa e de todas as variáveis que têm efeito sobre a sua resposta aos agentes de stress. Com o objetivo de lhes reduzir o efeito, a força deste modelo está na ênfase dada à prevenção, educação para a saúde e bem-estar (PEARSON e VAUGHAN, 1992, p.111).

BENNER (2001), afirma que as funções educativas, relacionais e observações das enfermeiras têm um papel major na readaptação do doente e na promoção da saúde. Desta forma, não só foi possível mobilizar conhecimentos da minha experiência profissional e dos módulos anteriores nos cuidados de enfermagem como ainda foi possível a aquisição de competências como EESIP no âmbito da comunicação com a família, demonstrando conhecimento em técnicas de comunicação com a mesma através da comunicação oral, tendo sido fundamental para a transmissão de informações às crianças/jovens e família. Foram também desenvolvidas 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, 2011a).

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A procura da dignificação do exercício profissional e a responsabilidade subjacente à prática de enfermagem têm conduzido a enfermagem num percurso inevitável de desenvolvimento continuado na procura da excelência dos cuidados. Este percurso assenta no desenvolvimento das competências, devidamente identificadas para que cada enfermeiro, na sua prática, seja capaz de se valorizar como pessoa e profissional, e acima de tudo seja capaz de promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Na enfermagem a competência no cuidar resulta do diálogo entre a experiência profissional e a formação, entendendo a competência não só como a habilidade técnica, mas também como a capacidade de cuidar cada doente de forma holística e singular, respeitando os valores profissionais. A construção de competências é por isso subjetiva e contínua, expressando o potencial de cada um num determinado contexto (MORAIS, 2004, p.24).

O presente relatório representa o culminar de um percurso académico, centrando-se ao nível da área temática, Criança de Risco, e refletindo o desenvolvimento de competências na área de especialidade de saúde infantil e pediátrica de acordo com as competências preconizadas pela OE. Assenta ainda ao nível de contributos teóricos construtivos para a prática em Betty Neuman e Anne Casey.

A intervenção de enfermagem no âmbito da criança de risco de acordo com RIBEIRO (2008, p.95) é “ (...) *contribuir para o desenvolvimento de capacidades na criança e família para superar as adversidades e adquirir o máximo de autonomia.*”.

Ao nível de contributos profissionais de uma forma sistematizada poderei afirmar que este percurso me permitiu identificar com distinção os fatores de risco presentes na criança, jovem e família que justificam uma intervenção e identificação das intervenções sensíveis e eficazes na intervenção à criança/jovem em risco, possibilitando-me ainda a construção de instrumentos baseados na evidência científica no âmbito da criança/jovem em risco, assim como utiliza-los na minha prática quer académica, quer profissional, traduzindo este percurso num aumento da qualidade de vida da criança, jovem e família e um aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Considero que foram desenvolvidos os três níveis de saberes preconizados pela OE: saber, vertente cognitiva; saber-fazer, vertente psicomotora; saber-ser, vertente emocional, afetiva e ética. Deste modo, foram desenvolvidas as competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, no domínio da conceção, gestão e supervisão de cuidados, formação e investigação. Foram simultaneamente desenvolvidas as competências específicas na área da Saúde Infantil e Pediatria, demonstradas através da adequação dos cuidados de enfermagem às necessidades de saúde da criança, jovem e família.

Cada atividade desenvolvida trouxe contributos evidentes para a criança, jovem e família, pela maximização da sua saúde, para a equipa de enfermagem, através da elaboração de instrumentos que permitem melhorar a prática profissional e pela formação promovida no diversos contexto, e para mim, pelo desenvolvimento de competências necessária à prática como EESIP.

Fazendo parte do pensamento reflexivo encontrar alternativas considerei pertinente referir sugestões de melhoria assim como limitações encontradas. A existência e implementação de projetos em contexto de estágio representam um contributo tanto para os serviços como para as equipas de enfermagem, pelo que se sugere a sua continuação através de futuros mestrandos dando continuidade a estes projetos e amplificando-os. Como limitação o mais evidente foi a dificuldade em conjugar, simultaneamente a prática profissional com todas as exigências que projeto académico desta natureza implicou.

Importa ainda referir que o contacto com realidades diferentes da minha prática profissional possibilitou não só o enriquecimento dos meus conhecimentos como me permitiu uma visão mais ampla do papel do EESIP. O facto de ter exercido funções durante dois anos numa Unidade de Internamento de Pediatria Médica/Cirurgia Pediátrica e estar atualmente a desempenhar funções numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos possibilitou-me uma maior permeabilidade aos diferentes contextos, facilitando desta forma o desenvolvimento das minhas competências.

Em conclusão, o tema elegido constituiu um grande desafio, quer a nível pessoal, quer a nível profissional, possibilitando uma abordagem diversa das diferentes temáticas em cada contexto da prática do EESIP. Este foi um percurso que implicou uma vasta aprendizagem assim como uma mobilização de conhecimentos para a minha prática profissional e pessoal. Ao concluir este curso reconheço que este relatório foi a convergência da minha aprendizagem.

Termino com uma frase que me diz muito e que no fundo engloba todo o sentido de aprendizagem, desenvolvimento e crescimento: *“Somos o que fazemos, mas somos principalmente, o que fazemos para mudar o que somos”*. (Eduardo Galeano, s.d.)



#### 4.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGAIBI, W. - **Trauma, PTSD, and Resilience: A review of the literature.** Trauma, Violence & Abuse, 2005, 6(3), p.195-216.
- AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE GRANDE LISBOA IX - **Relatório de Atividades.** 2011. Rio de Mouro
- ANAUT, M. - **A resiliência: Ultrapassar os traumatismos.** Climepsi Editores. Lisboa: 2005, p.33.
- AZEVEDO, M. - *Teses Relatórios e Trabalhos Escolares: sugestões para a estruturação da escrita.* 7ªEdição, Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009.
- BAGDI, A., PFISTER, I. - **Childhood stressors and coping actions: A comparison of children and parents' perspectives.** Child and Youth Care Forum, 2006, 35(1), p.21-40.
- BARROS, I.; BOTELHO, T. - **Necessidades e Stress Parental nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais: Dissertação de Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade.** Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, 2009, p.81-84.
- BENNER, P. - **De iniciado a perito;** 1ª ed. Coimbra: Quarteto; 2001, p.61,200-214.
- BOSSE, S.; MCGINN, M. - **Child Welfare Professionals' Experiences of Childhood Exposure to Domestic Violence.** Child Welfare, 2009, 88, p.49-65.
- CASEY, A. - Development and Use of Partnership Model of Nursing Care. In: GLASPER, E. A.; TUCHER, A. *Advances in Child Health Nursing*, London, Scutari, 1993. p.182-233.
- CASEY, A. – *Partnership Nursing: Influences on involvement of informal carers.* Journal of Advance Nursing, 1995, 22, p.1058-1062.
- CASPE HEALTHCARE KNOWLEDGE SYSTEMS - **Programa de Acreditação Internacional para a Organizações de Saúde: Normas para Acreditação.** 3ªEdição, 2010, Versão 01.
- CATARINO, H. - **Intervenção de enfermagem na sinalização do mau-trato infantil e na promoção do bem-estar e segurança da criança.** Revista Enfermagem, Lisboa, 2009, 53, p.35-42.

- CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, EPE - **Pediatria**, Lisboa. Acedido em Setembro de 2012: <http://www.chlo.min-saude.pt/ServicosClinicos/Pediatria>.
- CIUFFO L., RODRIGUES R. E CUNHA M. - **The nurse facing childhood sexual abuse diagnosis**. Brazilian Journal of Nursing, 2008, (7)1.
- COLEMAN, J., HAGELL, A. - **The nature of risk and resilience in adolescence**. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd, 2007, p.74.
- COMISSÃO NACIONAL DE PROTEÇÃO DAS CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO - **Relatório Anual de Avaliação da Atividade das Comissões de Proteção da Criança e Jovem**. Lisboa, 2012, p.92-99.
- CONDLY, S. - **Resilience in children: A review of literature with implications for education**. Urban Education, 2006, 41(3), p.211-236.
- CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA. Adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas a 20 de Novembro de 1989 e Ratificada pela Resolução da Assembleia da República nº 20/90 de 12 de Setembro. *Diário da República nº211 – I Série A*. p.3738(2)-3738(20).
- DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA. Adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas nº1386 a 20 de Novembro de 1959.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Maus Tratos em Crianças e Jovens: Intervenção de Saúde**. Lisboa, 2008, p.7-9.
- ESTEVINHO, I. - **Enfermeiros e mães a caminho...da parceria ao empowerment no cuidado!** Servir, 2004, 15, p.151-156.
- FERREIRA, M.; COSTA, M. - **Cuidar em Parceria: Subsídio para a Vinculação Pais/Bebé Pré-Termo**. Escola Superior de Enfermagem de Viseu, Viseu, 2004, p.50-51.
- FINN, C. - **Forensic nurses' experiences of receiving child abuse disclosures**. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 2011, 16, p.252-262.
- GEORGE, J. - **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional**. 4ªEd, Porto Alegre: ArtMed editora, 2000, p.229.
- GUTMAN, L. - **Risk and resilience**. Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development, Oxford: Academic. 2008, p. 23-34.
- HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA - **Boletim Informativo 191/05 de 06 de Setembro**. Conselho de Administração, 2005.

- **HOSPITAL GARCIA DE ORTA - Centro de Desenvolvimento da criança Torrado da Silva.** Acedido em Abril de 2012: <http://www.cdc-hgo.com/?lop=>
- **KELLEHER, L.; CLEARY, M.; JACKSON, D. - Compulsory participation in a child protection and family enhancement program: Mothers' experiences.** Contemporary Nurse, 2012, 41(1), p.101–110.
- **KENNER, C. - Enfermagem Neonatal.** 2º Edição, Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2001, p.187.
- **KÉROUAC, S., PEPIN, J., DUCHARME, F., DUQUETTE, A., MAJOR, F. - El pensamiento enfermo.** Espanha:Masson, 1996, p.141-147.
- **KIMBERLY, H.; JEANNE, G. - The Role of Home-Visiting Programs in Preventing Child Abuse and Neglect.** The Future of Children, 2009, 19(2), p.122.
- **LAND, M.; BARCLAY, L. - Nurses' contribution to child protection.** Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing, 2008, 11(1), p.18-24.
- **LINDA; L. - Shaken Baby Syndrome: Facts, Education, and Advocacy.** Nursing for Women's Health, 2008, (12) 3, p.238.
- **MAIA, J., WILLIAMS, L. - Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área.** Temas em Psicologia, 2005, 13(2), p.91-103.
- **MAJOR, W. - Child sexual abuse: a new approach to professional education.** Nursing Standard, 2011, (25)37, p.35-40.
- **MARQUES & SÁ - Competências Maternas Auto-Percebidas no Contexto da Prematuridade.** Coimbra, 2004, p.34
- **MEGAN, M. - The physical manifestations of shaken baby syndrome.** Journal of Forensic Nursing, 2009, 5, p.30.
- **MELISSA, F.; KASEY, H.; JULIANNE, P.; KRISTIN, S.; JESSICA, T.; LINDA, H. - The Effect of Childhood Sexual Abuse on Adolescent Pregnancy: An Integrative Research Review.** JSPN, 2008, 13 (4), p. 248.
- **MORAIS, C. - Perspetivas das competências.** Nursing, 2004, 188, 23-24.
- **NEUMAN, B., FAWCETT, J. - The Neuman Systems Model.** 5ªEdition, United States of America, Pearson Education, , 2011, p.114-171.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS - Um novo modelo de desenvolvimento profissional: Certificação de Competências e individualização de especialidades em enfermagem.** Ordem dos Enfermeiros: Suplemento de Revista, 2007a, 26, p.19.

- **ORDEM DOS ENFERMEIROS – A Proteção de Crianças.** Ordem dos Enfermeiros: Enunciado de Posição, 2007b, 26, p.2.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS - Sistemas de Informação em Enfermagem– Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnicos - funcionais.** Ordem dos Enfermeiros, 2007c.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem.** Caderno Temático, 2009, 2, p.12-21.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e Jovem.** Diário da República, 2ªSérie, 2011a, n.º35:8653-8655.
- **ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem da Criança e do Jovem.**2011b.14p.
- **ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - Sociedade Internacional para a Prevenção do Abuso e Negligência de Crianças: Guia para Tomada de Medidas e Gestão de Evidências.** Geneve, 2010, p.92
- **PABIS, M.; WRONSKA, I.; SLUSARSKA, B; CUBER, T. - Paediatric nurses' identification of violence against children.** Journal of Advanced Nursing, 2011, 67(2), p.384–393.
- **PEARSON, A., VAUGHAN, B. – Modelos para o Exercício de Enfermagem.** Lisboa, Editora ACEPS, 1992, p.111-123.
- **PILTZ, A.; WACHTE, T. - Barriers that inhibit nurses reporting suspected cases of child abuse and neglect.** Australian Journal of Advanced Nursing, 2009, 26(3), p.93-100.
- **REGA, A. - O comportamento alimentar e o desenvolvimento da linguagem em crianças nascidas pré-termo: Estudo longitudinal com recém-nascidos pré-termo e recém-nascidos de termo ao longo dos primeiros 30 meses de vida.** Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia. Lisboa, 2012, p.26-31.
- **RIBEIRO, O. - Street children and their relationship with the police.** International, Nursing Review, 2008, 55, p. 95.
- **ROCHA, P.; PRADO; M., CARRARO T. - Nursing care model for children victims of violence.** Australian Journal Of Advanced Nursing, 2008, 25(3), p.80-85.
- **ROWSE, V. - Children's Nurses' Experiences of Child Protection: What Helps?** Child Abuse Review, 2009a, 18, p. 168-180.

- ROWSE, V. - **Support needs of children's nurses involved in child protection cases.** *Journal of Nursing Management*, 2009b, 17, p.659-666.
- SAMPAIO, D. - **Educação Sexual em Meio Escolar.** Lisboa, 2010. Acedido em Abril 2012: <http://pt.scribd.com/doc/40657887/Educacao-Sexual-Daniel-Sampaio>
- SAINT-EXUPÉRY, A. – **O Príncipezinho.** Editorial Presença, Lisboa, 2001.
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - **Regras para a Escrita de Dissertações/Relatórios de Mestrado.** Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa, 2012.
- TINGBERG, B.; BREDLOV B.; YGGE, B. - **Children and their parents: Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents.** *Journal of Clinical Nursing*, 2008, 17, p.2718–2724.
- TONMYR, L.; WILLIAMS, G.; JACK, S.; MACMILLAN, H. - **Infant Placement in Canadian Child Maltreatment-Related Investigations.** *Ment Health Addiction*, 2011, 9, p.441–459.
- TOOTEN, A.; HOFFENKAMP, H.; HALL, R.; WINKEL, F.; ELIËNS, M.; VINGERHOETS, A.; BAKEL, H. - **The effectiveness of video interaction guidance in parents of premature infants: A multicenter randomised controlled trial.** *BMC Pediatrics*, 2012, 12(76), p.1-9.
- WALSH, K.; BRANDON, L. - **Their Children's First Educators: Parents' Views About Child Sexual Abuse Prevention Education.** *J Child Fam Stud*, 2012, 21, p.734–746.

#### **Legislação:**

- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Aprovado pelo Decreto-Lei n°104/98 de 21 de Abril, alterado pela Lei n° 111/2009 de 16 de Setembro)
- Lei n°60/2009, de 6 de Agosto. *Diário da República n°151 – 1ª Série*, pp. 5097-5098
- Lei n° 147/99, de 1 de Setembro. *Diário da República n°204 – 1ª Série*, pp. 6115 – 6132



## **5.ANEXOS**



## **ANEXO I**

Relatório de Educação para a Saúde “Crescer e Ser Gostado!”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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

**RELATÓRIO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

**ACES Grande Lisboa IX - Algueirão/Rio de Mouro**



**RIO DE MOURO, Junho de 2012**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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

**RELATÓRIO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

**ACES Grande Lisboa IX - Algueirão/Rio de Mouro**



**CRESCER...GOSTAR E SER GOSTADO**

**Sob orientação de Enfermeira Especialista Lucinda Silva**

**Sob a tutoria de Professora Doutora Zaida Charepe**

**Por: Viviana Mourinho**

**RIO DE MOURO, Junho de 2012**

## ÍNDICE

<b>0.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>1.</b>	<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>4</b>
<b>1.1.</b>	<b>Educação Sexual</b>	<b>4</b>
<u>1.1.2</u>	<u>Enquadramento Legal</u>	<b>6</b>
<b>2.</b>	<b>PLANEAMENTO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</b>	<b>7</b>
<b>2.1.</b>	<b>Dados Preliminares</b>	<b>7</b>
<b>3.</b>	<b>REGISTO E AVALIAÇÃO DA SESSÃO</b>	<b>9</b>
<b>4.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>10</b>
<b>5.</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>11</b>
<b>6.</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>12</b>
6.1.	Anexo I: Plano de Sessão de Educação para a Saúde	13
6.2.	Anexo II: Diapositivos de Apresentação Oral	15
6.3.	Anexo III: Avaliação da Sessão - Crianças	33
6.4.	Anexo IV: Avaliação da Sessão - Professores	43
6.5.	Anexo V: Tabela de Dados Fatares	45
6.6.	Anexo VI: Tabela de Dados Rinchoa	47

## **0.INTRODUÇÃO**

A intervenção na área da promoção e da Educação para a Saúde é essencial, sendo importante destacar a Educação Sexual na Escolas, esta além da importância que assume no desenvolvimento das mesmas, apresenta-se como um direito das crianças e dos jovens, previsto na legislação portuguesa desde 1894.

Não há dúvidas da necessidade de uma abordagem à sexualidade na criança desde que ela começa a manifestar dúvidas e curiosidade sexual. No sentido que a falta da Educação Sexual pode provocar graves perturbações psicoafectivas. O afecto e a sexualidade não podem ser dissociados, pois são interdependentes. A sexualidade tem de ser entendida como um conceito amplo.

Desta forma torna-se crucial, para nós profissionais de saúde e educadores, falar com a criança e transmitir informação, sobre a sexualidade, sem constrangimentos, sendo que a criança é um ser sexuado e afetivo. Assim sendo o objetivo desta intervenção é dar à criança informação acessível e compreensível à sua idade, de forma a facilitar o seu crescimento da forma mais saudável e protege-la de futuros abusos, assegurando ainda os direitos de proteção á criança.

## 1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1.1. Educação Sexual

*“O conceito atual de educação para a saúde tem subjacente a ideia de que a informação permite identificar comportamentos de risco, reconhecer benefícios dos comportamentos saudáveis e suscitar comportamentos de prevenção.”*  
(Portaria nº196-A/2010, de 9 de Abril)

O Grupo de Trabalho de Educação Sexual (s.l.) desenvolveu a temática da Educação Sexual concluindo que a sexualidade infantil e a sexualidade adolescente devem ser consideradas como etapas preparatórias para a construção da sexualidade adulta.

“ A Educação Sexual em meio escolar é uma oportunidade para a Educação. Permite trabalhar, com os alunos, vetores fundamentais para o seu percurso como pessoas: o respeito pelo outro; a igualdade de direitos entre homens e mulheres; a recusa de todas as formas de violência, sobretudo a rejeição da violência no campo da sexualidade; a importância da comunicação e envolvimento afetivos; a promoção da saúde física e mental.” (Sampaio, 2010, s.p.)

Sampaio (2010), acrescenta ainda que falar de sexualidade na escola é falar de uma força estruturante que acompanha as nossas vidas desde que nascemos até que morremos. Uma vida sexual que nos forneça bem-estar contribui para o nosso equilíbrio.

De acordo com a Lei nº 60/2009, de 6 de Agosto, Artigo 3º, no ensino básico, a educação sexual integra-se no âmbito da educação para a saúde, nas áreas curriculares não disciplinares, nos termos a regulamentar pelo Governo.

A unidade de Saúde Pública é a responsável pela gestão do Programa Nacional de Saúde Escolar no agrupamento de centros de saúde. Deve ser com esta unidade de saúde que o agrupamento de escolas ou escola não agrupada deve estabelecer a parceria, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, para a concretização de projectos de promoção da saúde em meio escolar. (Decreto de Lei nº81/2009 de 2 de Abril)

A intervenção na área da Promoção e da Educação para Saúde é essencial, sendo importante destacar a Educação Sexual, uma área ainda tão delicada de abordar pelos tabus que a rodeiam, principalmente quando falamos com crianças.

A temática da sexualidade é relevante, na intervenção com as escolas para capacitar as crianças de competências preventivas de abuso e de comportamentos e estilos de vida saudáveis futuros. Está provado, que a escola ao integrar no seu currículo a temática da sexualidade, envolvendo a comunidade próxima e criando em parceria redes de apoio, contribui não só para cumprir a missão de preparar as crianças/jovens para o exercício de uma cidadania responsável, mas também para ganhos em saúde, bem-estar e capacidade de comunicação a nível global.

Neste âmbito os Professores da Escola Básica de Fitares, solicitaram a parceria da equipa de saúde escolar pertencentes à Unidade de Saúde Pública do ACES IX Algueirão/Rio de Mouro, para abordar a temática da Educação Sexual, dando especial ênfase à proteção do corpo e noção dos limites, após algumas situações sinalizadas de aproximações abusivas entre pares em duas turmas de 1ºCiclo.

Catarino (2009, p.35), refere que “ *para a melhoria da intervenção no mau trato infantil, sugerem: (...) promover a formação, promoção de saúde e a educação para a saúde.*”

Para dar então resposta a esta solicitação, planeei realizar e dinamizar uma sessão de educação para a saúde, para as turmas existentes de 1ºCiclo na Escola Básica de Fitares. Neste sentido como a Escola Básica da Rinchoa pertence ao mesmo agrupamento de escolas a intervenção teve que ser reproduzida também.

No âmbito da Educação Sexual tendo como base a Portaria nº196-A/2010, de 9 de Abril, que “ (...) *define as respetivas orientações curriculares adequadas para os diferentes níveis de ensino*”. Sendo os conteúdos preconizados a serem abordados no 1º ciclo (1º ao 4º anos): noção de corpo; o corpo em harmonia com a Natureza e o seu ambiente social e cultural; noção de família; diferenças entre rapazes e raparigas e proteção do corpo e noção dos limites, dizendo não às aproximações abusivas. Deste modo debruçei-me na minha intervenção fundamentalmente nos tópicos: noção de corpo, noção de família; diferenças entre rapazes e raparigas e proteção do corpo e noção dos limites, dizendo não às aproximações abusiva.

Em suma, a Educação Sexual surge como uma estratégia para a prevenção do abuso, proteção do corpo e noção de limites, justificando e integrando deste modo a intervenção planeada permitindo simultaneamente o desenvolvimento do objetivo geral traçado, assim como a aquisição e desenvolvimento das competências de EESIP.

### 1.2.1. Enquadramento Legal

O enquadramento legal da Educação Sexual em meio escolar apresenta-se nos seguintes termos:

- Lei nº120/99, de 11 de Agosto: Reforça Garantias do Direito à Saúde Reprodutiva;
- Decreto-Lei nº259/2000 de 17 de Outubro: que perspetiva a escola como entidade competente para integrar estratégias de promoção de saúde sexual, tanto no desenvolvimento do currículo como na organização de atividades de enriquecimento curricular, favorecendo a articulação escola-família;
- Decreto-Lei nº6/2001, de 18 de Janeiro: Reorganização curricular do Ensino Básico, introduzindo a educação sexual no seu currículo nacional (ensino básico)
- Lei nº60/2009, de 6 de Agosto: Estabelece o regime de aplicação da educação sexual nos estabelecimentos de ensino básico e do ensino secundário e define as respetivas orientações curriculares adequadas para os diferentes níveis de ensino;
- Portaria nº196-A/2010, de 9 de Abril: Regulamenta a lei nº60/2009, que estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar.

## **2.Planeamento da Sessão de educação para a saúde**

Para a realização da Sessão de Educação para a Saúde descrita no projeto, desenvolveram-se as seguintes atividades:

- Pesquisa bibliográfica sobre a temática;
- Realização de reuniões informais, de programação e definição de conteúdos com a Enfermeira Orientadora Lucinda Silva, responsável pelo programa de Saúde Escolar no ACES IX Algueirão/Rio de Mouro;
- Visitas às Escolas do 1ºciclo, onde se irá realizar as sessões, para programação de horários com os professores;

### **2.1. Dados Preliminares**

#### População Alvo

- Alunos do 1ºciclo
- Alunos do Jardim de Infância

#### Local

- EB1/JI de Fitares (12 turmas)
- EB1/JI da Rinchoa (14 turmas)

#### Tempo

- 60 minutos

#### Datas

- Fitares: 28 de Maio a 30 de Maio
- Rinchoa: 6 de Junho a 8 de Junho

### Objetivo geral

- No final da sessão, os alunos sejam capazes de compreender a temática da noção de corpo, distinção de géneros, crescimento e reprodução e proteção do corpo e limites.

### Objetivos Específicos

- Promover o desenvolvimento e consolidação dos conhecimentos acerca do significado afetivo e social da família, das diferentes relações de parentesco e da existência de vários tipos de relações, assim como da adequação das várias formas de contacto físico nos diferentes contextos de sociabilidade;
- Promover o desenvolvimento para atitudes de reconhecimento da importância das relações afetivas na família, e valorização das relações de cooperação e interajuda;
- No final da sessão, os alunos através da atividade de avaliação “**Que relação? Certo ou Errado?**”, sejam capazes de distinguir os diferentes níveis de relações afetivas e comportamentos correspondentes.

### **3.REGISTO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

As sessões de educação para a Saúde no âmbito da Saúde Escolar planeadas decorreram no tempo estipulado, abrangendo a totalidade das turmas de 1ºCiclo da área do Centro de Saúde Algueirão/ Rio de Mouro.

Neste sentido foram reproduzidas e dinamizadas em duas escolas, vinte e seis sessões em vinte e seis turmas de alunos com idade compreendida entre os cinco anos e doze anos. Em suma na Escola EB1/JI de Fitares foram abrangidas doze turmas numa totalidade de duzentos e sessenta e cinco alunos, duzentos e cinquenta e dois estiveram presentes, representando assim noventa e cinco por cento dos alunos. E na Escola EB1/JI da Rinchoa foram abrangidas catorze turmas numa totalidade de duzentos e noventa e três alunos, duzentos e setenta e um participaram, representando deste modo noventa e dois por cento dos alunos.

Em termos de material selecionado penso ter sido bastante adequado, foi verbalizado pelos professores a apropriação dos conteúdos, a atratividade das imagens à faixa etária assim como a utilização de linguagem acessível aos mesmos.

Foi notório as diferenças de interesse nas turmas de primeiro e segundos anos e terceiro e quarto, sendo que os primeiros as questões abrangiam essencialmente os afetos e comportamentos adequados, e os segundos questões relativamente á reprodução e ao corpo.

Em relação ao método selecionado para a avaliação das sessões de educação para a saúde das crianças, senti uma adequação para os primeiros e segundos anos, sendo que para os terceiros e quartos ao fim de dinamizar algumas sessões, senti que faria mais sentido uma avaliação mais desafiante, sentindo da parte deles algum desinteresse pela facilidade de resposta.

Penso que os objetivos foram alcançados na sua maioria, foi notório o interesse a curiosidade demonstrada pelos alunos, permitindo lhes ainda esclarecer dúvidas e refletir sobre comportamentos menos adequados e estruturar o pensamento na área, permitindo o enriquecimento da partilha e por sua vez da sessão.

#### **4.Considerações Finais**

Este projeto tem como objetivo primordial auxiliar e apoiar a construção de um longo percurso para uma prática diferenciada, complexa e avançada de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica, assim como possibilitar às crianças o desenvolvimento de competência psicossociais no relacionamento entre pares, e conseqüente para prevenção de abusos e proteção do corpo.

Em última análise, é de referir que as atividades traçadas, no presente projeto, estão sujeitas a modificações e adaptações, podendo não ser possível a execução na totalidade, quer por necessidade do Centro de Saúde, quer por imprevisibilidade no decorrer do Estágio ou mesmo pelas condições temporais, humanas e materiais.

## 5.Referências Bibliográficas

Catarino H. (2009). *Intervenção de enfermagem na sinalização do mau-trato infantil e na promoção do bem-estar e segurança da criança*. Revista Enfermagem. Lisboa. Nº53/54, p.35-42

Sampaio, D. (2010). *Educação Sexual em Meio Escolar*. Lisboa. Recuperado em 2012, Abril 22, de <<http://pt.scribd.com/doc/40657887/Educacao-Sexual-Daniel-Sampaio>>  
Sexual, Grupo de Trabalho de Educação. *Educação Sexual*. S.l: Direcção Geral de Saúde.

### Legislação:

*Estatuto da Ordem dos Enfermeiros* (Aprovado pelo Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro)

Lei nº120/99, de 11 de Agosto. *Diário da República nº186 – 1ªSérie -A*, pp. 5232-5234

Lei nº60/2009, de 6 de Agosto. *Diário da República nº151 – 1ªSérie*, pp. 5097-5098

Decreto-Lei nº6/2001, de 18 de Janeiro *Diário da República nº15 – 1ªSérie -A*, pp. 258-265

Decreto de Lei nº81/2009 de 2 de Abril. *Diário da República nº65 – 1ªSérie*, pp. 2058-2062

Decreto-Lei nº259/2000 de 17 de Outubro. *Diário da República nº240 – 1ªSérie -A*, pp. 5784-5786

Portaria nº196-A/2010, de 9 de Abril. *Diário da República nº69 – 1ªSérie*, pp. 1170-(2)-1170(4)

## 6.ANEXOS

**Anexo I**

**Plano de Sessão de Educação para a Saúde**

**Plano de Sessão de Educação para a Saúde  
Crescer...Gostar e ser Gostado!**



	<b>CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS</b>	<b>MÉTODOS PEDAGÓGICOS</b>	<b>RECURSOS DIDÁTICOS</b>	<b>TEMPO</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do formador.</li> <li>- Apresentação do tema.</li> <li>- Apresentação da metodologia da sessão.</li> <li>- Comunicação de objetivos da sessão.</li> </ul>	Método Expositivo	Data Show Computador Power Point	10 Minutos
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definição e diferenças de género, sexo masculino e sexo feminino.</li> <li>- Distinção dos diferentes tipos de relações interpessoais, e respetiva adequação das formas de contacto físico nos diferentes contextos de sociabilidade.</li> <li>- Processo de gravidez e crescimento.</li> </ul>	Método Expositivo Método Interrogativo	Data Show Computador Power Point	30 Minutos
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conclusão.</li> <li>- Espaço para questões.</li> <li>-Avaliação: Jogo em grupo “ Que tipo de relação? Certo ou Errado? Sobre os conteúdos apresentados.</li> </ul>	Método Expositivo Método Interrogativo Método Ativo ( Avaliação)	Data Show Computador Power Point	20 Minutos

**Anexo II**  
**Diapositivos de Apresentação Oral**

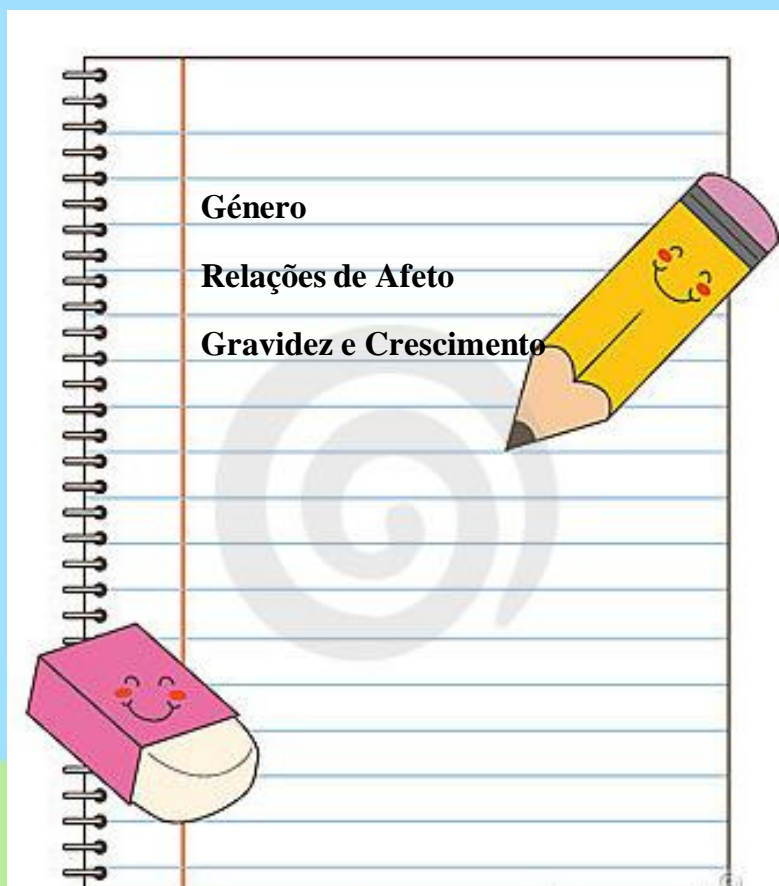


# **Crescer...Gostar e Ser Gostado!**

**Viviana Mourinho, Mestranda Universidade Católica Portuguesa**

**Mestre Lucinda Silva, Unidade de Saúde Pública, ACES IX**

## Conteúdos:



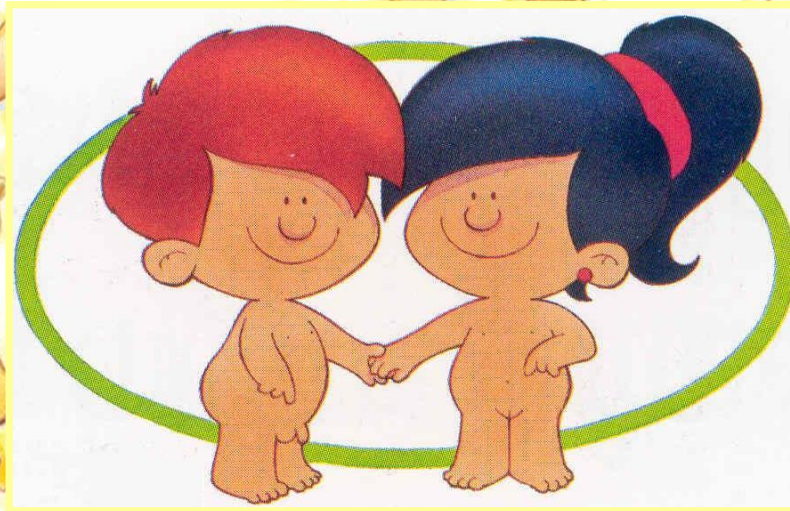
**Género**

**Relações de Afeto**

**Gravidez e Crescimento**



**Género (Sexo)?**



# Género



**Menino – Sexo Masculino**

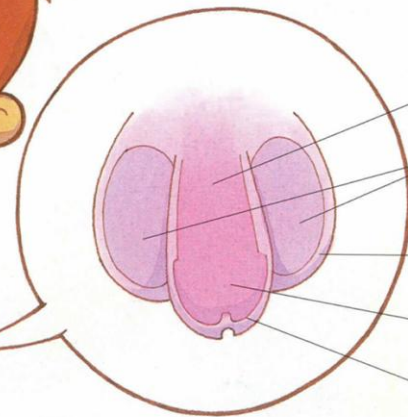
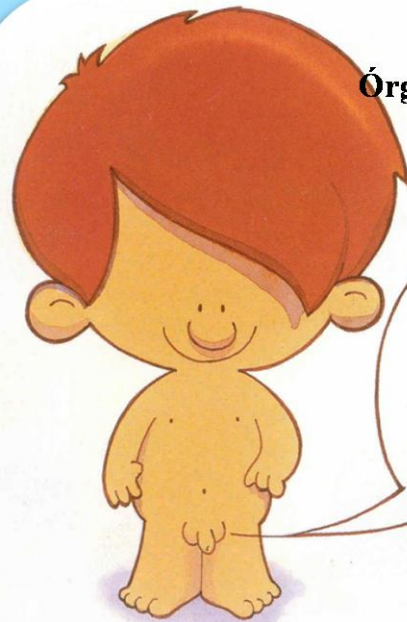
**Menina – Sexo Feminino**



## Género: Sexo Masculino



### Órgãos Sexuais Externos Masculinos



pénis

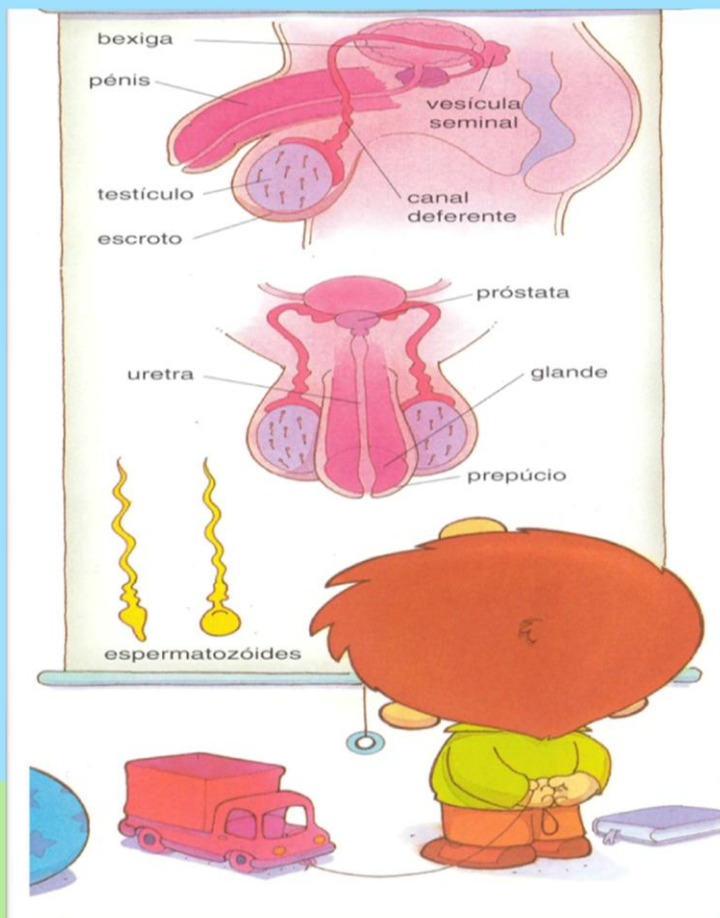
testículos

escroto

glande

prepúcio

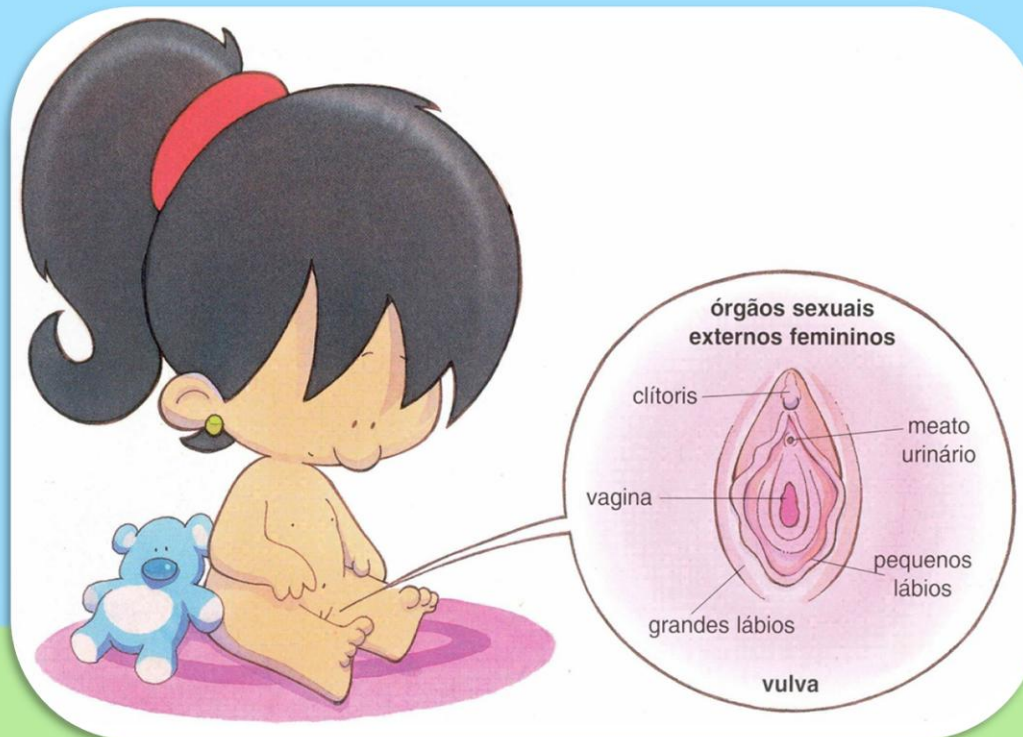
## Género: Sexo Masculino



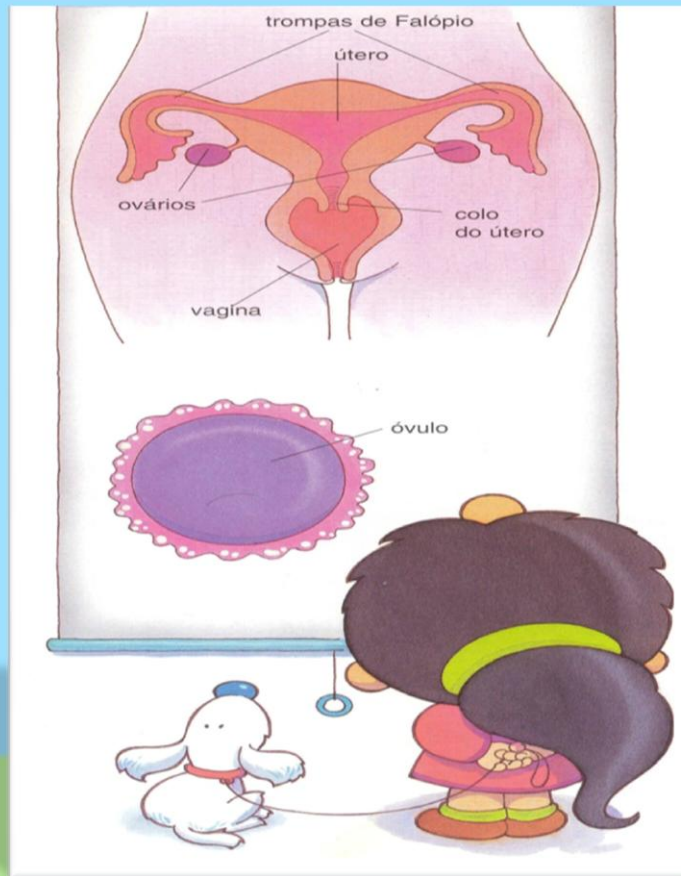
## Órgãos Sexuais Internos Masculinos



## Género: Sexo Feminino



## Género: Sexo Feminino



## Órgãos Sexuais Internos Femininos



# Relações de Afeto



**Afeto**



**Sentimento de carinho, amor, amizade e respeito.**



## Relações de AMIZADE



**AMIGO**



**PROTEGER**

**RESPEITAR**

**A INTIMIDADE**



**FAZER BEM**

**PARTILHAR**



**FAZER FELIZ**

## Relações de AMOR



**RESPEITAR**

**AMIGO**

**PROTEGER**

**FAZER BEM**



**PARTILHARE**

**RESPEITAR**

**A INTIMIDADE**

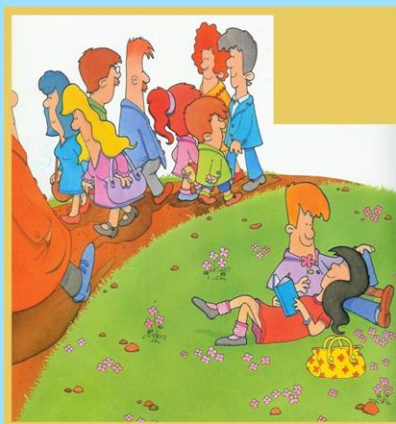


**FAZER FELIZ**



**É DIZER E SENTIR TODOS OS DIAS QUE O  
OUTRO É LINDO**

## Relações de FAMÍLIA



**AMOR E AMIZADE**

**AMIGO**

**FAZER BEM**

**PROTEGER**



**RESPEITAR E  
PARTILHAR  
A INTIMIDADE**

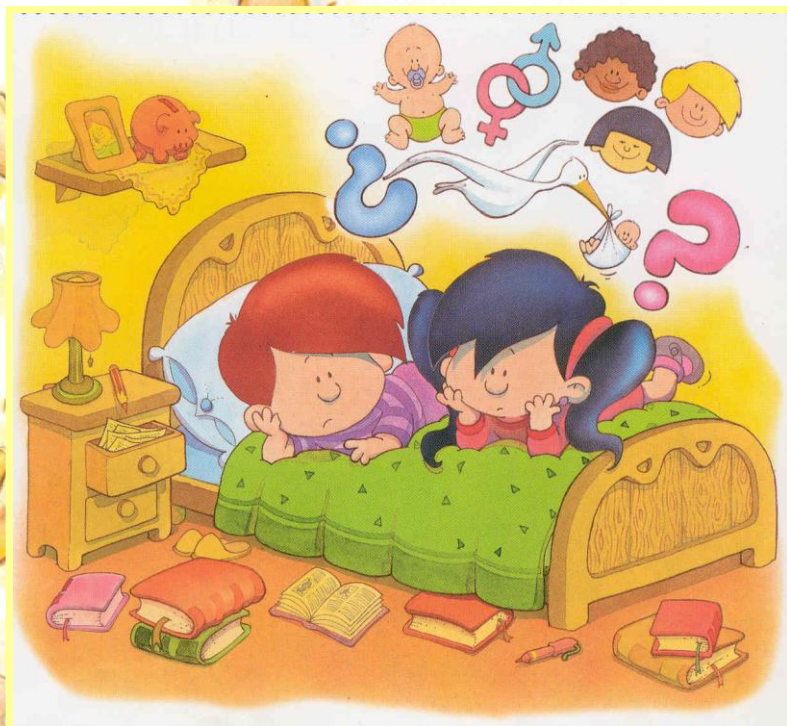


**FAZER FELIZ**

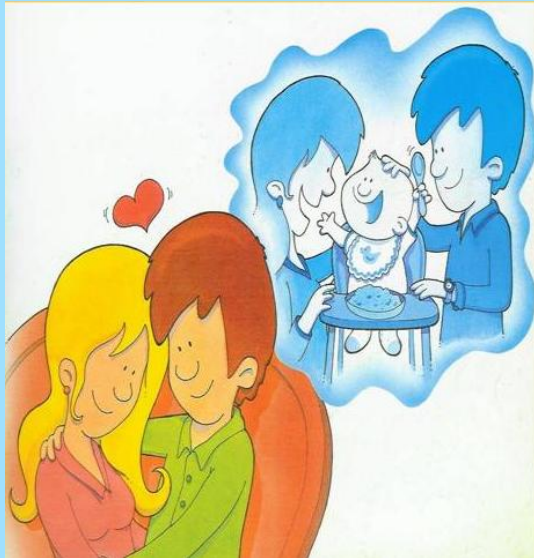


**CRESCER E APRENDER**

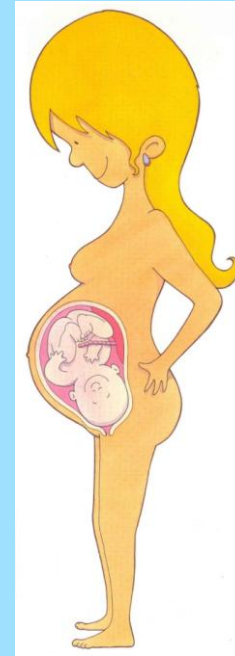
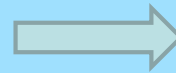
# Gravidez e Crescimento



## Gravidez e Nascimento



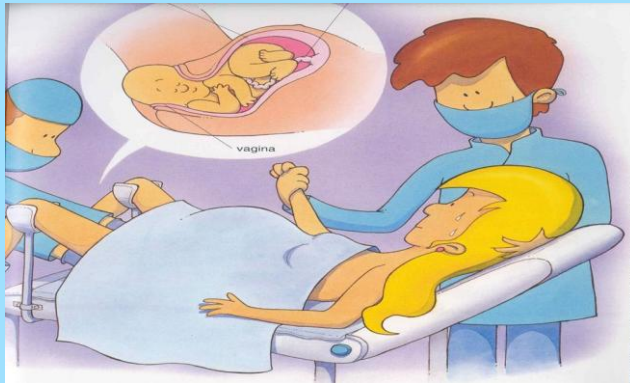
**Pais estão apaixonados, partilham momentos de amor, carinho e sonhos.**



**Mãe fica grávida.**



## Gravidez e Nascimento



Depois de 9 meses de amor, o bebê cresce na barriga da mãe e nasce.



# Perguntas



**Anexo III**

**Avaliação da Sessão – Crianças**



# **Crescer...Gostar e Ser Gostado!**

**Jogo: Que relação? Certo ou Errado**

**Viviana Mourinho, Mestranda Universidade Católica Portuguesa**

**Mestre Lucinda Silva, Unidade de Saúde Pública, ACES IX**



**Relação de  
Amizade** 

**Relação de Amor**

**Relação de  
Família**



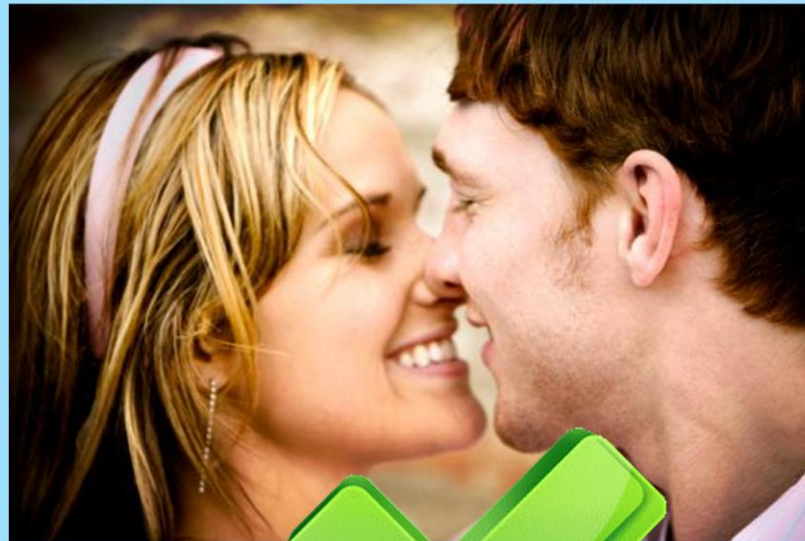


**Relação de  
Amizade**

**Relação de Amor**

**Relação de  
Família**





**Relação de  
Amizade**

**Relação de Amor**



**Relação de  
Família**





**Relação de  
Amizade**



**Relação de Amor**

**Relação de  
Família**





**Relação de  
Amizade**



**Relação de Amor**

**Relação de  
Família**





**Relação de Amizade** ✓



**Relação de Amor**

**Relação de Família** ✓





**Relação de Amizade** 

**Relação de Amor**

**Relação de Família**





**Relação de  
Amizade**



**Relação de Amor**

**Relação de  
Família**



**Anexo IV**

**Avaliação da Sessão – Professores**

Questionário aos Professores responsáveis pelas turmas, onde foi dinamizada a Sessão de Educação para a Saúde “*Crescer...Gostar e ser Gostado!*” realizado na Escola EB1/JI de Fitares.



Este questionário apresenta-se sob anonimato, apenas como uma forma de obter contributos para uma melhoria de práticas em futuras Sessões de Educação para a Saúde. Solicitamos assim a sua colaboração através do preenchimento do seguinte questionário, tendo em conta o seu grau de satisfação.

#### 1. Grau de Satisfação em relação à Sessão de Educação para a Saúde realizada:

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Correspondeu às expetativas?				
Deu resposta às necessidades nesta área?				
O tempo disponível foi o mais apropriado?				

#### 2. Organização da Ação:

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Metodologia utilizada na ação.				
Planificação e dinâmica.				
Desempenho da equipa de saúde.				
Organização e gestão da atividade.				

#### 3. Avaliação

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Avaliação geral.				

#### 4. Sugestões no sentido de melhorar:

**Anexo V**

**Tabela de Dados Fitares**

<b>Dia</b>	<b>Turma</b>	<b>Horário</b>	<b>Nº de Alunos Turma/Presentes</b>	<b>Percentagem de Alunos</b>	<b>Professor</b>
<b>28/05/2012</b>	PCA	9h00-10h00	11/11	100%	Professora Adelaide
	3ºA	11h00 - 12h00	23/23	100%	Professora Tânia
	4ºA	12h00 - 13h00	25/22	88%	Professora Helena
	4ºB	14h15 - 15h15	23/20	86,9%	Professora Ana
	3ºB	16h00 - 17h00	26/26	100%	Professora Aldina
<b>29/05/2012</b>	1ºC	9h00- 10h00	25/24	96%	Professora Raquel
	1ºB	11h00- 12h00	19/18	94,7%	Professora Rosa
	2ºA	12h00-13h00	21/20	95,2%	Professora Margarida
	2ºB	14h15- 15h15	24/23	95,8%	Professora Patrícia
	2ºC	16h00-17h00	25/25	100%	Professora Mara
<b>30/05/2012</b>	1ºA	14h15- 15h15	20/20	100%	Professora Paula
	2ºC	16h00-17h00	23/20	86,9%	Professora Paula
<b><u>Total</u></b>	<b><u>12 Turmas</u></b>	<b><u>12 Horas</u></b>	<b><u>265/252 Alunos</u></b>	<b><u>95,2% Alunos</u></b>	<b><u>12 Professores</u></b>

**Anexo VI**

**Tabela de Dados Rincho**

Dia	Turma	Horário	Nº de Alunos Turma/Presentes	Percentagem de Alunos	Professor
06/06/2012	4ºA	9h30-10h30	24/22	91,6%	Professora Sónia
	1ºB	11h00 - 12h00	25/18	72%	Professora Ana
	3ºA	12h00 - 13h00	26/25	96,1%	Professora Susana
	1º/2ºC	13h30 - 14h30	22/21	95,4%	Professora Maria
	2ºB	14h30 - 15h30	21/20	95,2%	Professora Sónia
	3ºB	16h00 - 17h00	19/19	100%	Professora Sandrina
	4ºD	17h00 - 18h00	9/9	100%	Professora Joana
08/06/2012	PCA	8h30- 09h30	10/9	90%	Professora Celeste
	1ºA	9h30-10h30	26/26	100%	Professora Marta
	4ºB	11h00 - 12h00	26/25	96,1%	Professora Dora
	2ºA	12h00 - 13h00	25/23	92%	Professora Teresa
	3ºD	13h30 - 14h30	21/19	90,4%	Professora Cláudia
	3ºC	14h30 - 15h30	19/18	94,7%	Professora Ana
	4ºC	16h00 - 17h00	20/17	85%	Professora Anabela
<u>Total</u>	<u>14 Turmas</u>	<u>14 Horas</u>	<u>293/271 Alunos</u>	<u>92,7% Alunos</u>	<u>14 Professores</u>

## **ANEXO II**

**Relatórios de Atividades: Saúde Escolar**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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

**ACES Grande Lisboa IX - Algueirão/Rio de Mouro**



**Por: Viviana Mourinho**

**RIO DE MOURO, Junho de 2012**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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

**ACES Grande Lisboa IX - Algueirão/Rio de Mouro**



**Sob orientação de Enfermeira Especialista Lucinda Silva  
Sob a tutoria de Professora Doutora Zaida Charepe**

**Por: Viviana Mourinho**

**RIO DE MOURO, Junho de 2012**

## ÍNDICE

<b>0.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>1.</b>	<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>4</b>
<b>1.1.</b>	<b>Programa Nacional de Saúde Escolar</b>	<b>4</b>
<b>1.2.</b>	<b>Papel da EESIP na Saúde Escolar</b>	<b>5</b>
<b>1.3.</b>	<b>Sessões de Educação para a Saúde Desenvolvidas</b>	<b>5</b>
<b>2.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>7</b>
<b>3.</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>8</b>
<b>4.</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>9</b>
4.1.	Anexo I: Diapositivos “Pais com Idade para Serem Filhos”	10
4.2.	Anexo II: Plano de Sessão “Pais com Idade para Serem Filhos”	46
4.3.	Anexo III: Relatório de Sessão de Educação para a Saúde “ Bento Bentinho”	48

## **LISTA DE SIGLAS**

**DGS** - Direção Geral de Saúde

**EESIP** - Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

## **0.INTRODUÇÃO**

A Unidade de Saúde Pública “ (...) *compete organizar e assegurar atividades no âmbito da proteção e promoção de saúde, dinamizar parcerias, incentivar estratégias conducentes a obter ganhos em saúde e assegurar a intervenção do Estado na defesa da saúde pública, bem como no controlo de fatores de risco e das situações suscetíveis de causarem ou acentuarem prejuízos graves à saúde dos cidadãos ou aglomerados populacionais, através da autoridade de saúde.*” (Agrupamento de Centros de Saúde Grande Lisboa IX, 2011, p.8)

É então responsável pela gestão do Programa Nacional de Saúde Escolar no agrupamento de centros de saúde. Deve ser com esta unidade de saúde que o agrupamento de escolas ou escola não agrupada deve estabelecer a parceria, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, para a concretização de projetos de promoção da saúde em meio escolar. (Decreto de Lei nº81/2009 de 2 de Abril)

Assim, sendo o Estágio realizado no contexto de uma Unidade de Saúde Pública, e fazendo parte dos objetivos inicialmente traçados, indo deste modo ao encontro da aquisição de competências de enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, ocorreu além da elaboração de um projeto individual de intervenção em meio escolar, também a oportunidade de participação e dinamização de sessões de educação para a saúde em meio escolar que estavam a decorrer no período de Estágio.

## **1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1.1.Programa Nacional de Saúde Escolar**

No Programa do XVIII Governo Constitucional Português 2009-2013 (p.69), encontra-se referenciadas diretrizes sobre a Escola Promotora de Saúde, esta “(...) *desempenha um papel primordial no processo de aquisição de hábitos de vida saudáveis, facilitando a apropriação de competências individuais essenciais para que os jovens participem ativamente na promoção da sua saúde*”.

No Programa Nacional de Saúde Escolar foram definidas áreas prioritárias para a promoção de estilos de vida saudáveis, assim como para a prevenção de consumos nocivos e de comportamentos de risco, são elas:

- Saúde mental;
- Saúde oral;
- Alimentação saudável;
- Atividade física;
- Ambiente e saúde;
- Promoção da segurança e prevenção de acidentes;
- Saúde sexual e reprodutiva;
- Educação para o consumo;
- Consumo de substâncias lícitas: tabaco, álcool e utilização indevida de medicamentos;
- Consumo de substâncias ilícitas;
- Doenças sexualmente transmissíveis;
- Violência em meio escolar, incluindo bullying e comportamentos autodestrutivos.

(DGS, 2007)

### **1.2.Papel do EESIP na Saúde Escolar**

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, “*Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar,*

*além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.”* (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 1998)

Neste âmbito, o EESIP tem a responsabilidade, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2009), de possuir competências na assistência da criança/jovem na maximização da sua saúde, gerindo programas de saúde escolar, estabelecendo e mantendo redes de recurso comunitários de suporte á criança e família, identificando estádios de processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis, procurando oportunidades para trabalhar com os mesmo, entre outros, assumindo deste modo a escola um local privilegiado.

### **1.3.Sessões de Educação para a Saúde Desenvolvidas**

No decorrer do período da Unidade Curricular Estágio – Módulo I, encontravam-se a ser desenvolvidos no ACES IX Algueirão/Rio de Mouro sob a responsabilidade da Enfermeira Lucinda Silva dois projetos distintos, um primeiro acerca da Educação Sexual para primeiro e terceiro ciclo, e um terceiro sobre Violência em Meio Escolar para jardim-de-infância.

O projeto de Educação para a Saúde alusivo á Educação Sexual em meio escolar para primeiro ciclo, foi elaborado e totalmente dinamizado por mim sob a orientação da enfermeira Lucinda, tendo participado na totalidade das sessões programadas e descrito posteriormente em relatório.

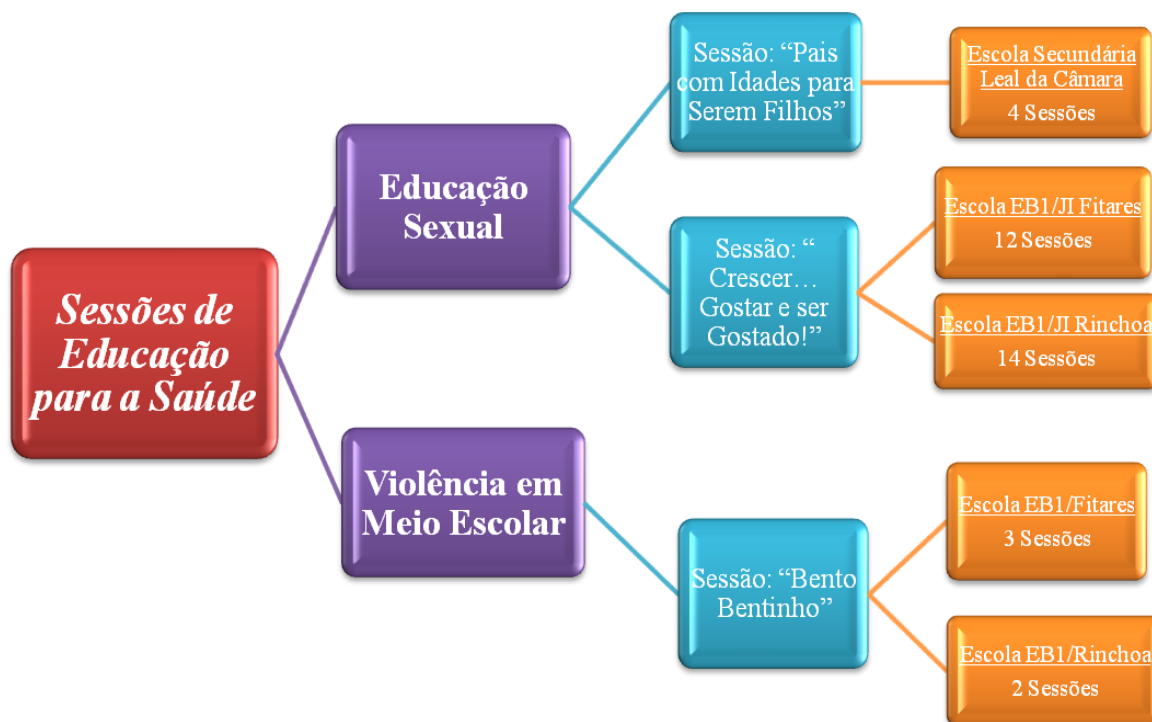
No entanto o projeto de educação para a saúde, com a mesma temática mas dirigido para terceiro ciclo, já se encontrava desenvolvido, no sentido de dar resposta às necessidades apontadas pelos alunos da Escola Secundária Leal da Câmara. Foi elaborado e aplicado pela Enfermeira Lucinda Silva. As sessões tinham a duração de uma hora e meia, e foram dirigidas a alunos do terceiro ciclo com idades compreendidas entre os quinze anos e vinte anos.

As temáticas abordadas foram: anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor feminino e masculino; processo de concepção; contraceptivos; gravidez na adolescência; interrupção voluntária da gravidez e início da atividade sexual.

Neste sentido, uma vez que o projeto já estava desenvolvido, o meu papel foi auxiliar na apresentação e dinamização das Sessões de Educação para a Saúde juntamente com a Enfermeira Lucinda Silva. Do total de dezasseis sessões, tive a oportunidade de dinamizar uma e participar em três. Em anexo encontra-se o material de apoio cedido pelo ACES IX Algueirão/Rio de Mouro e o respetivo plano de sessão elaborado por mim.

Por último, tive a oportunidade de juntamente com a Professora Albertina e Enfermeira Lucinda Silva, preparar uma Sessão de Educação para a Saúde contemplando a Violência em Meio Escolar destinada ao Jardim-de-Infância da escola EB1/JI de Fitares e EB1/JI da Rinchoa, utilizando como suporte o guião de uma história escrita pela Professora Albertina, em anexo encontra-se o relatório da sessão.

O esquema que se segue permite visualizar as sessões de educação para a saúde dinamizadas ao longo da Unidade Curricular Estágio, Módulo I.



## **2. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É de registrar o enriquecimento quer a nível profissional, quer a nível pessoal que me permitiu a participação nos presentes projetos de intervenção em meio escolar. Foi um percurso trabalhoso, no entanto estimulante, que me permitiu uma panóplia de experiências, apresentando-se como guião condutor na aquisição de novas competências.

### **3.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Agrupamento de Centros de Saúde Grande Lisboa IX (2011) – Algueirão/Rio de Mouro (ACES IX). *Relatório de Actividades 2011*. Rio de Mouro

Direção Geral de Saúde (2007). Programa nacional de Saúde Escolar. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Caderno Temático nº2.

Presidência do Conselho de Ministros (2009-2013). *Programa do XVIII Governo Constitucional*. Disponível:

<http://www.parlamento.pt/Documents/PROGRAMADOXVIII Governo.pdf>

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1998). Pub. L. No. 104/98.

#### **Legislação:**

Lei nº 81/2009, de 2 de Abril. *Diário da República nº65 – 1ª Série*, pp. 2058 – 2062

## 4.ANEXOS

**Anexo I**

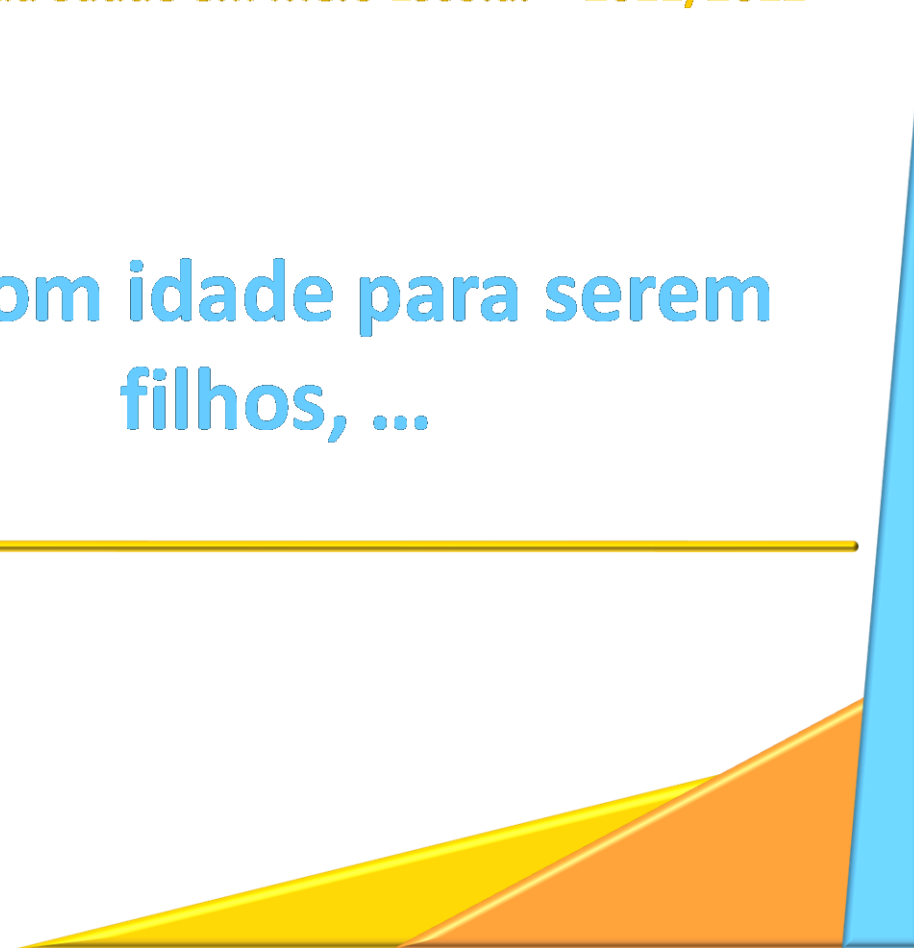
**Diapositivos “Pais com Idade para Serem Filhos”**

## Promoção da Saúde em Meio Escolar – 2011/2012



# Pais com idade para serem filhos, ...

Maio  
2012



# Adolescência, ...

## Introdução

## Reprodução

## Dados

## Porquê?

## Contraceção

## Grávida?

## Aborto

## 1ª vez...

## Conclusão



# Mulher

**Introdução**

**Reprodução**

**Dados**

**Porquê?**

**Contraceção**

**Grávida?**

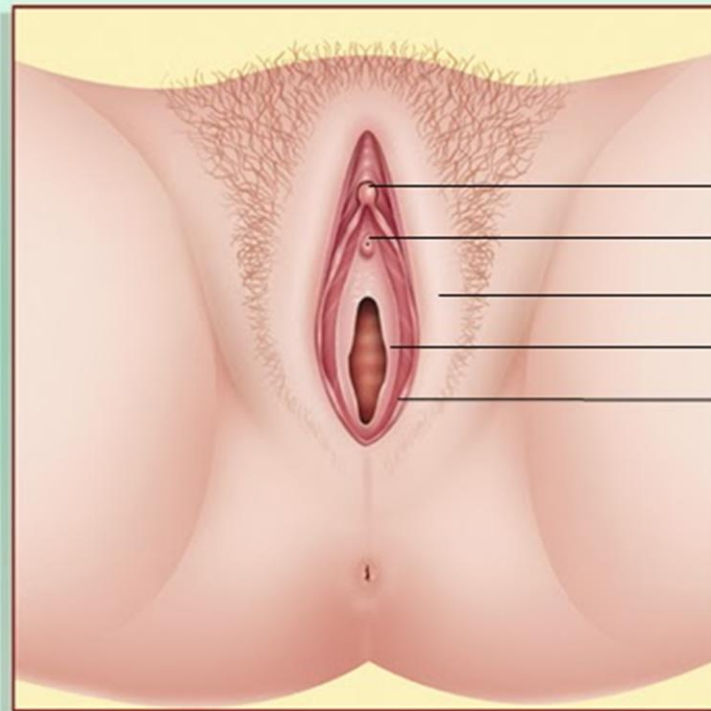
**Aborto**

**1ª vez...**

**Conclusão**

## APARELHO REPRODUTOR

## Órgãos Externos Femininos



Clitóris

Meato uretral

Grandes lábios

Hímen

Pequenos lábios

# Mulher

Introdução

**Reprodução**

Dados

Porquê?

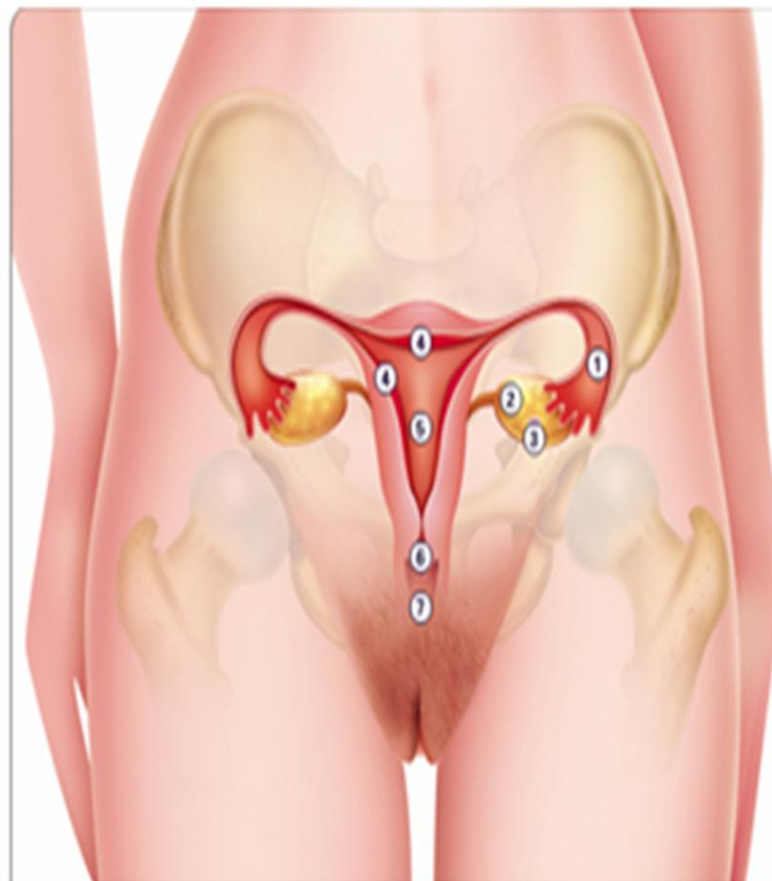
Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão



Vista Anterior

Vista Lateral

→ Órgãos genitais internos da mulher

① Trompa

② Ovário

③ Folículo

④ Endométrio

⑤ Útero

⑥ Colo do Útero

⑦ Vagina

→ Ver toda a legenda

(posicione o cursor sobre os botões)

🔍 A (Detalhe)

🔍 B (Detalhe)

# Mulher

Introdução

**Reprodução**

Dados

Porquê?

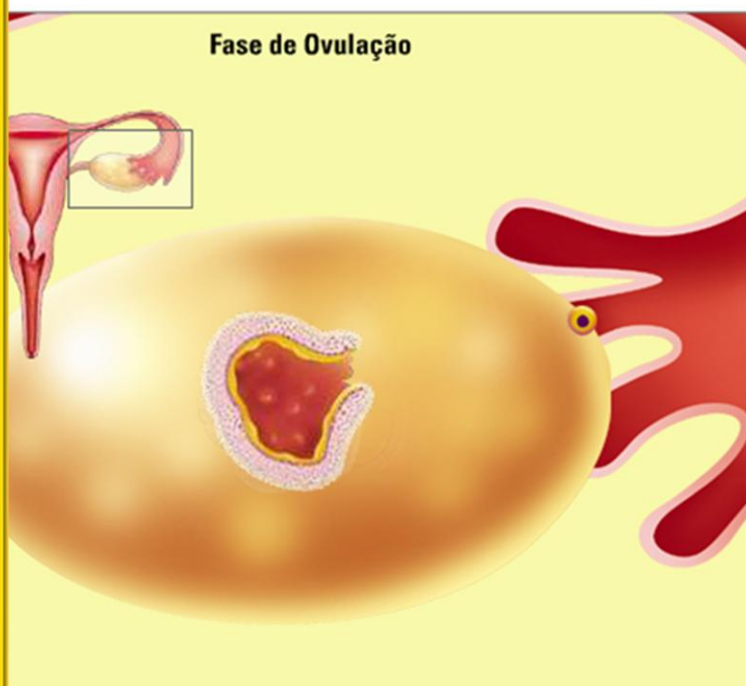
Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão



Os ciclos menstruais têm em média 28 dias de duração.

Podem todavia, variar de mulher para mulher.

**Período fértil** é aquele em que a concepção pode ocorrer imediatamente antes e depois da ovulação.

A **fase pré-ovulatória** é de duração variável.

A **fase pós-ovulatória** dura normalmente 13 ou 14 dias.

Quando a concepção não acontece, aparece a **menstruação** e um novo ciclo começa.

# Homem

**Introdução**

**Reprodução**

**Dados**

**Porquê?**

**Contraceção**

**Grávida?**

**Aborto**

**1ª vez...**

**Conclusão**

Corpos cavernosos

Corpo esponjoso

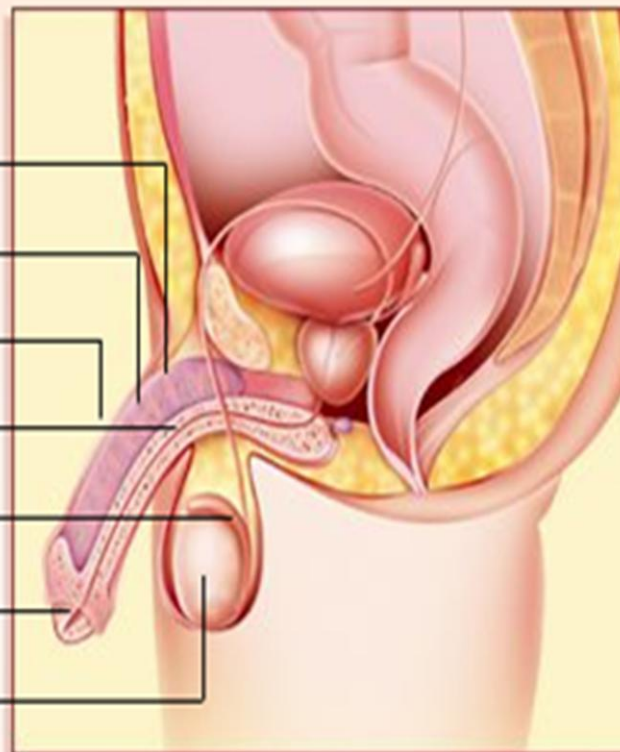
Pénis

Canal deferente

Epididímio

Glande

Testículos



# Homem

**Introdução**

**Reprodução**

**Dados**

**Porquê?**

**Contraceção**

**Grávida?**

**Aborto**

**1ª vez...**

**Conclusão**



# Dados epidemiológicos

Introdução

Reprodução

**Dados**

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- **2008**
  - **Total 7000**
  - **5800 tiveram os seus filhos**
  - **1 200 realizaram IVG**



## Gravidez na adolescência - Porquê?

**Introdução**

**Reprodução**

**Dados**

**Porquê?**

**Contraceção**

**Grávida?**

**Aborto**

**1ª vez...**

**Conclusão**

- Falta de informação sobre contraceção
- O não assumir diante dos pais uma vida sexual ativa leva a uma inadequada contraceção
- Crença de que a gravidez não irá acontecer leva a que não se protejam
- O desejo de autoafirmação como adulto
- O uso de drogas e bebidas alcoólicas

# Contraceção

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

**Contraceção**

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- **Quem deve usar métodos contraceptivos?**

→ **Qualquer pessoa antes de iniciar a sua vida sexual e que não deseje engravidar**



# Contraceção

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

**Contraceção**

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- **TIPOS:**

- **Abstinência**
- **Naturais**
- **Barreira**
- **Hormonais**
- **Cirúrgicos**
- **Emergência**



# Métodos Naturais

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

**Contraceção**

Grávida?

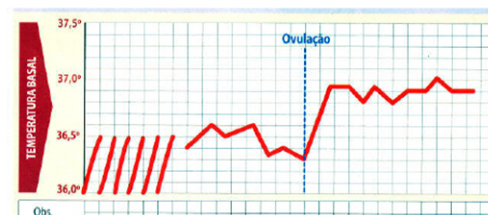
Aborto

1ª vez...

Conclusão

- Baseiam-se no conhecimento profundo das alterações do corpo feminino durante o ciclo menstrual

- Tipos:
  - Método do muco cervical
  - Método do calendário
  - Método da temperatura



- Têm que ser feitos de forma muito rigorosa
- Não são muito eficazes
- Não protege contra IST

# Métodos de Barreira

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

**Contraceção**

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- **Preservativo (masculino / feminino)**



# Métodos de Barreira

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

**Contraceção**

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão



# Métodos de Barreira

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

**Contraceção**

Grávida?

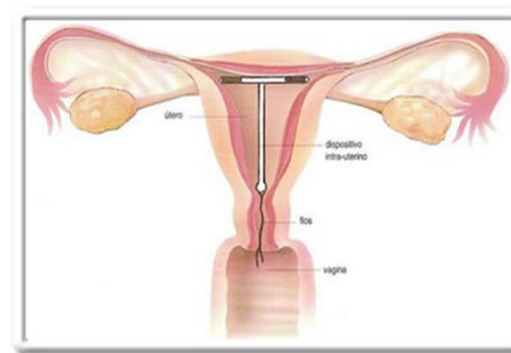
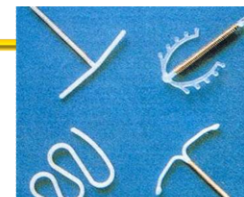
Aborto

1ª vez...

Conclusão

## DIU

- Tem a forma de um T e coloca-se dentro do útero
- Evita a gravidez
- Pode provocar irregularidades menstruais
- Habitualmente é colocado em mulheres que já tenham tido filhos



[www.mulhercriativa.com.br](http://www.mulhercriativa.com.br)

# Métodos Hormonais

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

**Contraceção**

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- **Previnem a gravidez**
- **NÃO PROTEGEM CONTRA AS IST**



# Métodos Hormonais

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

**Contraceção**

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- **Pílula**

- **Muito eficaz**



- **Depende de que a mulher não se esqueça de a tomar**

- **Diminui as dores menstruais e o acne**

# Métodos Hormonais

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

**Contraceção**

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- **Adesivo**

- **Substituir o adesivo a cada 7 dias, durante 3 semanas**

- **Muito eficaz**

- **Não se pode molhar!**



# Métodos Hormonais

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

**Contraceção**

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- **Anel Vaginal**

- **Eficaz**



- **Não exige o compromisso diário da mulher**

- **Iniciar o método até ao 5.º dia da menstruação, introduzindo o anel profundamente na vagina**

- **Retirar o anel ao final de 3 semanas**

# Métodos Hormonais

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

**Contraceção**

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- Implante



- Dura 3 anos
- Ideal para quem se esquece frequentemente de tomar a pílula
- Muito eficaz
- Diminui as dores menstruais
- Pode provocar irregularidade menstrual
- A colocação não é dolorosa
  - Executado por um profissional treinado

# Métodos Hormonais

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

**Contraceção**

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- **Injectável**

- **Pode ser usada em qualquer idade**

- **De 3 em 3 meses**

- **Podem provocar irregularidades menstruais**

- **É de longa duração, não exigindo o compromisso diário da mulher**



# Contraceção de Emergência

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

**Contraceção**

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- Único método que pode ser usado após a relação sexual desprotegida
- Previne a gravidez
- Não protege contra IST
- Previne apenas a ocorrência de gravidez resultante de um acto sexual ocorrido nos 3 dias anteriores
- Não previne a gravidez que possa resultar de uma relação sexual posterior à toma da CE
- Não deve ser usado com frequência!



# Contraceção de Emergência

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

**Contraceção**

Grávida?

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- Efeitos secundários

sangramentos vaginais, náuseas, vômitos, retenção de água no organismo, tonturas, desconforto mamário.

**Não devem ser utilizadas como método contraceptivo mas apenas numa situação de emergência, devido à elevada concentração hormonal.**

# Será que estou grávida?

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

**Grávida?**

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- **Refletir sobre a situação**  
→ teste de gravidez
- **CS → consulta de Planeamento Familiar**
- **Farmácia**



# Deu positivo, e agora?

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

**Grávida?**

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- **Tomada de decisão**
- **Apoio de uma ou mais pessoas**
- **Surgem perguntas como:**
  - **O que vão dizer os meus pais?**
  - **Como vai ser o meu futuro?**
  - **Será que devemos prosseguir com a gravidez?**
- **Qualquer que seja a decisão não é fácil**

# Opções

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

**Grávida?**

Aborto

1ª vez...

Conclusão

- **Prosseguir e assumir a maternidade/paternidade**
- **Prosseguir e colocar o bebé em instituição oficial para adopção**
- **Interromper a gravidez, tendo em conta a legislação em vigor**
  - (Lei nº 16/2007 - artigo 1º)
- **< 16A - consentimento pelo representante legal**

# O que é o aborto?

**Introdução**

**Reprodução**

**Dados**

**Porquê?**

**Contraceção**

**Grávida?**

**Aborto**

**1ª vez...**

**Conclusão**



# O que é o aborto?

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

**Aborto**

1ª vez...

Conclusão

- **“O aborto ou a interrupção voluntária da gravidez é a remoção ou expulsão prematura de um embrião ou feto do útero, resultando na sua morte. Provoca o fim da gestação e conseqüentemente o fim da vida do feto mediante técnicas médicas e cirúrgicas”.**

# Consequências Psicológicas

**Introdução**

**Reprodução**

**Dados**

**Porquê?**

**Contraceção**

**Grávida?**

**Aborto**

**1ª vez...**

**Conclusão**

**Trauma**

**Stress**

**Depressão, medos,  
pesadelos, tentativas  
de suicídio**

**Problemas em futuras  
relações**

**Remorsos**

**Arrependimento**

**Sentimento de culpa**

**Desamparo  
/desespero**

**Incapacidade de se  
auto-perdoar**

**Raiva, ansiedade**

**Disfunção sexual**

# Consequências Físicas

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

**Aborto**

1ª vez...

Conclusão

**-Dor intensa**

**-Morte**

**-Infecções**

**-Hemorragias**

**-Coágulos de sangue**

**-Endometrite (infl da mucosa uterina)**

**-Perda de peso e apetite, vômitos**

**-Choro, nervosismo**

**-Inflamações**

**-Esterilidade**

**-Choques e coma**

**-Exaustão e Insónias**

## Altura ideal para 1ª vez...

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

**1ª vez...**

Conclusão

- **Não existe uma idade, uma hora ou um espaço indicado ou aconselhado**
- **És tu que decides!**
- **Pára para pensar...**
- **Para ti a idade certa pode ser uma, para a(o) tua/teu amiga(o) outra**
- **Tudo depende dos teus sentimentos, do teu desejo, da tua segurança, do teu sentido de responsabilidade, da tua maturidade física e afetiva**

## Altura ideal para 1ª vez...

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

**1ª vez...**

Conclusão

- **As ideias ou os tempos das outras pessoas não te obrigam a nada**
- **Opções que deves tomar antes da decisão final:**
  - ✓ **falar com o teu parceiro sobre os vossos sentimentos e desejos, para saber se uma relação sexual é um desejo de ambos ou apenas de uma das partes;**
  - ✓ **informares-te sobre os métodos contraceptivos e as infecções sexualmente transmissíveis;**
  - ✓ **decidir em conjunto quais os métodos a usar.**

# Dizer não

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

**1ª vez...**

Conclusão

- Não faz mal dizer que não ao sexo com penetração
- Não faz mal dizer “sim” a alguns tipos de atividades sensuais e “não” a atividades mais arriscadas



## Conclusão

Introdução

Reprodução

Dados

Porquê?

Contraceção

Grávida?

Aborto

1ª vez...

**Conclusão**

- **O rapaz e a rapariga devem ser estimulados a pensar e a viver a sexualidade, não só como uma maneira de sentir prazer com as suas novas capacidades reprodutivas e sexuais, mas também acompanhadas de um conjunto de responsabilidades perante si e perante a sociedade**

## Quem podem contactar?

**Introdução**

**Reprodução**

**Dados**

**Porquê?**

**Contraceção**

**Grávida?**

**Aborto**

**1ª vez...**

**Conclusão**

- **Médico de Família/Enfermeiro**
- **Instituto Português da Juventude**  
– <http://juventude.gov.pt>
- **Linha da juventude**  
– **707 20 30 30**

**Anexo II**

**Plano de Sessão “Pais com Idade para Serem Filhos”**

**Plano de Sessão de Educação para a Saúde  
“Pais com Idades para serem Filhos”**



	<b>CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS</b>	<b>MÉTODOS PEDAGÓGICOS</b>	<b>RECURSOS DIDÁTICOS</b>	<b>TEMPO</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do(s) formador(es).</li> <li>- Apresentação do tema.</li> </ul>	Método Expositivo	Data Show Computador Power Point	10 Minutos
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação da anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor feminino e masculino.</li> <li>- Explicação de processo de concepção e gravidez.</li> <li>- Gravidez na adolescência, dados epidemiológicos, causas, e mitos.</li> <li>- Contraceção, tipos, utilização e eficácia.</li> <li>- Interrupção voluntária da gravidez, consequências físicas e psicológicas e enquadramento legal.</li> <li>- Abordagem á importância do início da atividade sexual, como decidir e como dizer não, que cuidados.</li> </ul>	Método Expositivo Método Interrogativo	Data Show Computador Power Point	60 Minutos
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conclusão.</li> <li>- Discussão de temática e espaço para dúvidas.</li> </ul>	Método Expositivo Método Interrogativo Método Ativo	Data Show Computador Power Point	20 Minutos

**Anexo III**

**Relatório de Sessão de Educação para a Saúde “ Bento Bentinho”**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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

**ACES Grande Lisboa IX - Algueirão/Rio de Mouro**



**Um Projeto de Prevenção da Violência em Meio Escolar**  
**“Bento Bentinho”**

**Por: Viviana Mourinho**

**RIO DE MOURO, Maio de 2012**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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

**ACES Grande Lisboa IX - Algueirão/Rio de Mouro**



**Um Projeto de Prevenção da Violência em Meio Escolar**

**“Bento Bentinho”**

**Sob orientação de Enfermeira Especialista Lucinda Silva**

**Sob a tutoria de Professora Doutora Zaida Charepe**

**Por: Viviana Mourinho**

**RIO DE MOURO, Maio de 2012**

## ÍNDICE

<b>1.</b>	<b>GUIÃO</b>	<b>4</b>
<b>1.1.</b>	<b>Canção</b>	<b>6</b>
<b>1.2.</b>	<b>Personagens</b>	<b>6</b>
<b>1.3</b>	<b>Orientações de Discussão</b>	<b>7</b>
<b>2.</b>	<b>PLANEAMENTO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</b>	<b>8</b>
<b>2.1.</b>	<b>Dados Preliminares</b>	<b>8</b>
<b>2.2.</b>	<b>Plano de Sessão de Educação para a Saúde</b>	<b>8</b>
<b>3.</b>	<b>REGISTO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO</b>	<b>9</b>

## ÍNDICE DE IMAGENS

1.	Imagem 1 – Fantoche Tia Ana das Courelas	6
2.	Imagem 2 – Fantoche Teresinha	6
3.	Imagem 3 – Fantoche Bentinho	7
4.	Imagem 4 – Fantoche Mariazinha	7
5.	Imagem 5 –Intervenção 1	10
6.	Imagem 6 –Intervenção 2	10
7.	Imagem 7 –Intervenção 3	10

## 1.GUIÃO

(Guião escrito por Albertina e cedido por ACES IX Algueirão/ Rio de Mouro)

### História da Tia Ana das Courelas

Era uma vez...era uma vez uma senhora muito, muito bem-disposta, que vivia numa aldeia onde todos as pessoas se conheciam e ajudavam entre si. Esta senhora era mesmo diferente de todas as outras na aldeia. Ela era muito, muito baixinha, com o cabelo todo branquinho, usava sempre um carrapito no cimo da cabeça. Trazia sempre um vestido preto que a tapava do pescoço aos pés e usava um cachecol encarnado. Nas mãos tinha um anel em cada dedo e nos pulsos umas pulseiras coloridas. Todos a tratavam por tia, e um dia perguntaram-lhe:

- Ó Tia Ana, por que anda sempre de preto e tem um cachecol encarnado?
- Porque o vermelho é a cor do amor e da alegria.
- E esses anéis todos e pulseiras coloridas, mais parece uma árvore de natal?!
- Ora, ora é para não me esquecer de usar bem as minhas duas fadas mágicas com cinco criados cada uma.
- Fadas mágicas! Cinco criados em cada uma! Coitada, não deve estar muito bem da cabeça. Onde já se vi tal coisa?

Todos os dias, a Tia Ana das Courelas espalhava alegria pela aldeia.

Passavam as pessoas para o campo e diziam:

- Bom dia Tia Ana! Sempre bem disposta!
- Claro! Vão com os anjos e não se esqueçam de usar bem a cabeça e as fadas mágicas.

Passavam os meninos para a escola e mais uma vez repetiam:

- Bom dia Tia Ana! Quem me dera a sua alegria.
- Vão, vão com os anjos e usem bem essa cabecinha, e as duas fadas mágicas vos acompanhem. Bem basta eu, olho para as letras e parece que sou cega. ( è que a Tia Ana não sabia ler nem escrever).

Nesse grupo de meninos, todos diferentes haviam três que se destacavam. Eram eles: A Teresinha, muito, muito sossegadinha e trabalhadora e o Bento Bentinho mais a Mariazinha muito reguilas e preguiçosos. Às vezes, faltavam á escola para irem destruir

os ninhos dos passarinhos. Dentro da turma, faziam correria, voavam as folhas de carteira em carteira e a pobre Teresinha levava uma rasteira.

A Teresinha chorava,

A professora ralhava,

E os dois meninos a Professora castigava.

Na hora do recreio reinava a confusão. Por onde passavam aqueles dois meninos haviam sempre um empurrão. Esta situação chegou aos ouvidos da Tia Ana, que resolveu arranjar um plano para acabar com o problema. Organizou um piquenique e convidou todos os meninos da escola. Todos levaram alguma coisa para partilhar e uma bola para jogar.

Na hora de comer, a Tia Ana resolveu contar uma história, onde falou das duas fadas mágicas e dos cinco criados sempre dispostos a ajudar-nos. Os meninos adoraram a história até o bento Bentinho e a Mariazinha estiveram sossegadinhos a ouvir a Tia Ana das Courelas. (Ela era mesmo, mesmo simpática) Á noitinha, todos regressaram cansados de tanto se divertirem e, mal se deitaram ficaram logo a dormir.

- Abracadabra, façam com que todos os meninos sejam amigos e sossegados para não serem mais castigados.

Todos os meninos acordaram á mesma hora naquele dia, e, ao chegarem á escola, na cara deles via-se uma grande alegria.

- Professora, professora eu tive um sonho muito engraçado!

Disseram todos os meninos ao mesmo tempo.

- Quem nos dera que fosse verdade – disseram o Bentinho e a Mariazinha.

Por estranho que pareça ouviu-se uma voz lá ao longe.

- Só depende da vossa vontade! Só depende da vossa vontade!

- Da nossa vontade? Da nossa vontade? E onde está ela?

- Está dentro de vós, dentro de vós!

- Dentro de nós? Dentro de nós? Mas que ideia genial! Será que de hoje em diante, basta eu querer para nunca mais me portar mal?

## 1.1.Canção

### Canção “Eu sou Pequenino” (Música da Machadadinha)

Ah, Ah, Ah eu sou pequenino  
Mas amanhã, serei crescidinho  
E ao mundo quero oferecer  
A minha força e o meu querer.

Ah, Ah, Ah eu vou sorrir  
Ah, Ah, Ah eu vou crescer  
Ah, Ah, Ah eu vou crescer  
E o mundo bom eu quero ter.

Ah, Ah, Ah eu serei feliz  
Ah, Ah, Ah eu serei feliz  
Ah, Ah, Ah e tu também.  
Ah, Ah, Ah e tu também  
Como me diz a minha mãe.

## 1.2.Personagens



1. Fantoche Tia Ana das Courelas



2. Fantoche Teresinha



3. Fantoche Bentinho



4. Fantoche Mariazinha

### 1.3. Orientações de Discussão

- Quem sabe a que fadas madrinhas se refere a Tia Ana?
- Os cinco criados, quem serão eles?
- Indicar coisas boas e coisas más que se pode fazer com as mãos.  
(Ex: abraçar, bater, chamar, afastar (...))

## **2. PLANEAMENTO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

### **2.1. Dados Preliminares**

#### População Alvo

- Alunos do Jardim de Infância

#### Local

- EB1/JI de Fitares
- EB1/JI da Rinchoa

#### Tempo

- 60 minutos

#### Objetivo geral

- Contribuir para a sensibilização de atitudes promotoras do bem-estar individual e coletivo, prevenindo a violência em meio escolar

#### Objetivos Específicos

- Promover o desenvolvimento para atitudes de reconhecimento da importância das relações afetivas, de cooperação e interajuda;
- Promover comportamentos geradores de atitudes corretas.
- Reforçar a individualidade e força de vontade de cada um.

### **3. REGISTO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

As intervenções decorreram como planeado nas respetivas escolas EB1/JI de Fitares e EB1/JI da Rinchoa, abrangendo as turmas de Jardim de Infância, turmas com aproximadamente vinte a vinte cinco alunos com idades compreendidas entre os cinco e sete anos.

Foi cumprido o Plano de Sessão de Educação para a Saúde previamente elaborado. Sendo o objetivo geral “Contribuir para a sensibilização de atitudes promotoras do bem-estar individual e coletivo, prevenindo a violência em meio escolar”, durante a dramatização, um dos instrumentos utilizados para dinamizar a Sessão de Educação para a Saúde, foi realçado os efeitos da violência entre as personagens, de forma a sensibilizar e permitir que entendessem na terceira pessoa as consequências desses mesmo atos.

Durante a discussão foi falado nas fadas mágicas e os seus cinco criados, que de uma forma figurada, simbolizam as mãos os dedos, foi explicado assim a importância das mesmas para o nosso dia-a-dia, desde as tarefas mais simples, até às mais complexas, foi chamado á atenção as coisas boas e más que se poderiam fazer. A importância reside no fato de se poder fazer o bem ou o mal mas que a nossa vontade é que reflète o resultado final dos nossos gestos.

Desta forma, foi possível transmitir a importância da força de vontade individual assim como a importância das relações de inter-ajuda, “por vezes para atingir um bom resultado são necessárias mais que duas fadas mágicas”.

Através das intervenções e observações da população alvo assim como as suas questões foi claro o entendimento do tema, assim como a sensibilização e vontade de alterar comportamentos e atitudes.

De uma forma geral, penso que os objetivos foram cumpridos, as Sessões foram bastantes positivas em termos de satisfação da população alvo, havendo constantes pedidos de retorno com novos temas. Assim como penso ter sido satisfatório e

enriquecedor para os dinamizadores, a adaptação, plasticidade e dinâmica necessária a cada grupo foi sem dúvida o mais desafiante.



Intervenção 1



Intervenção 2



Intervenção 3

### **ANEXO III**

**Sessão de Partilha: Consulta do Recém-Nascido**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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

**ACES Grande Lisboa IX - Algueirão/Rio de Mouro**



**Consulta do Recém-Nascido**

**Sessão de Partilha**

**Por: Viviana Mourinho**

**RIO DE MOURO, Junho de 2012**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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

**ACES Grande Lisboa IX - Algueirão/Rio de Mouro**



**Consulta do Recém-Nascido**

**Sessão de Partilha**

**Por: Viviana Mourinho**

**Sob orientação de Enfermeira Especialista Lucinda Silva**

**Sob a tutoria de Professora Doutora Zaida Charepe**

**RIO DE MOURO, Junho de 2012**

## **Contextualização da Atividade e Registo**

O projeto foi desenvolvido no âmbito da Consulta de Vigilância de Saúde Infantil da Unidade de Saúde Familiar, a pedido da Enfermeira Lucinda Silva, no sentido de proporcionar um espaço para partilha de experiências, consensos, e práticas entre os diversos profissionais de enfermagem.

Desta forma foi desenvolvido, como suporte, um Power Point abordando:

- Observação do Recém-Nascido;
- Cuidados Antecipatórios no Período Neonatal;
- Situações Frequentes no Neonato.

E posterior Plano de Sessão de forma a estruturar a apresentação e discussão.

A atividade decorreu no dia 15 de Junho pelas 8:30, estiveram presentes duas enfermeiras da Consulta de Saúde Infantil e Vacinação, a Enfermeira Lucinda e duas alunas de enfermagem de terceiro ano.

O suporte de power point foi apropriado, proporcionando como planeado, ponte para a discussão, os conteúdos selecionados abrangeram desta forma a totalidade da temática solicitada. Como limitação há a referir o tempo disponível para a atividade, que acabou não sendo suficiente, tendo havido a necessidade de terminar a discussão quando ainda existiam questões.

O feedback quer das enfermeiras presentes, quer das alunas de enfermagem foi bastante positivo, tendo sido referido como uma experiência enriquecedora e esclarecedora no sentido que permitiu a síntese da temática assim como a discussão de alguns tópicos e modificações na prática de enfermagem.

**Plano de Formação**  
**Consulta do Recém-Nascido**



	<b>CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS</b>	<b>MÉTODOS PEDAGÓGICOS</b>	<b>RECURSOS DIDÁTICOS</b>	<b>TEMPO</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação do formador.</li><li>- Apresentação do tema.</li><li>- Apresentação da metodologia da sessão.</li></ul>	Método Expositivo	Data Show Computador Power Point	5 Minutos
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Observação do Recém-Nascido.</li><li>- Cuidados Antecipatórios no Período Neonatal.</li><li>- Situações Frequentes do Neonato.</li></ul>	Método Expositivo Método Interrogativo	Data Show Computador Power Point	20 Minutos
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Conclusão.</li><li>- Espaço para partilha.</li></ul>	Método Expositivo Método Interrogativo Método Ativo	Data Show Computador Power Point	30 Minutos

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
*Instituto de Ciências da Saúde*



# Consulta do Recém-Nascido



Viviana Mourinho

# Observação do Recém-Nascido



# OBSERVAÇÃO DO RECÉM NASCIDO DE TERMO

Dados antropométricos:

- ✓ Peso (120-180 gr por semana)
- ✓ Comprimento ( $\pm 2,5$  cm / mês)
- ✓ Perímetro cefálico (= estatura:  $2 + 10$ , cresce 0,5 a 1,5 por semana até aos 3M)

## O Prematuro

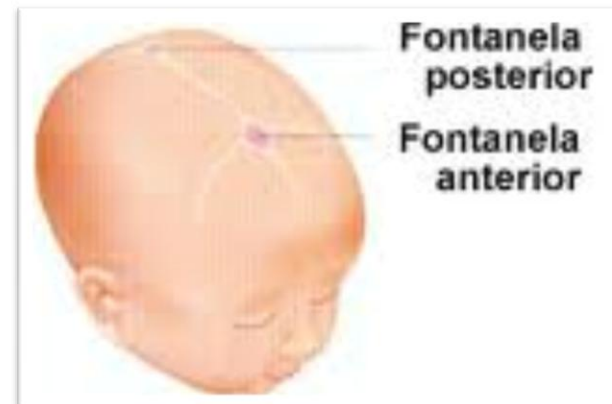
- ✓ A avaliação do crescimento é feita de acordo com a idade corrigida.
- ✓ O Peso e o Comprimento devem ser corrigidos até aos 24-36 meses
- ✓ O Perímetro cefálico deve ser corrigido até aos 18 meses

## Fontanelas

Fontanela anterior – tem o formato de losango, mede 4-5cm, fecha-se aos 12-18 meses;

Fontanela posterior – tem formato triangular, mede 0,5-1cm, ossifica até ao final do 2º mês.

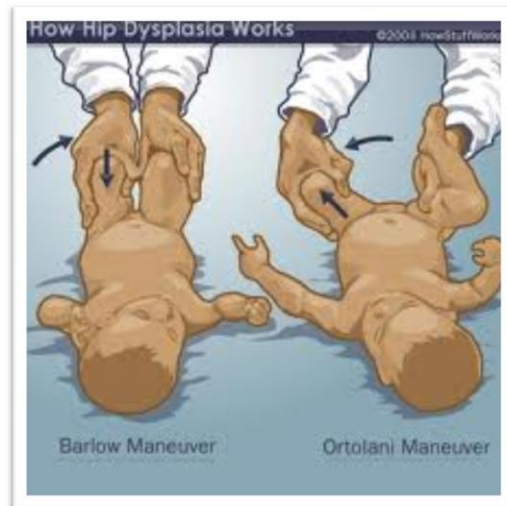
As fontanelas devem ser planas, firmes e bem demarcadas.



## Movimento Articular da Anca

### Manobras de Ortolani e Barrow

Estas duas provas clínicas visam a deteção das situações de luxação congénita da anca, um defeito em que esta luxa espontaneamente devido a alterações várias na congruência das superfícies articulares.



[http://youtu.be/V7\\_8yaggwxo](http://youtu.be/V7_8yaggwxo)

## Tônus Muscular

- ✓ RN prematuro – Tônus muscular diminuído, quando em decúbito dorsal fica com a pelve baixa e com os joelhos nas laterais do abdómen
- ✓ RN de termo – ao ser colocado em decúbito dorsal , fica com a pelve elevada e os joelhos puxados sobre o abdómen

## Reflexos

**Reflexo de moro** – resposta esperada: consiste na extensão, abdução e elevação de ambos os membros superiores, seguida de retorno à habitual atitude flexora em adução, esta resposta deve ser simétrica e completa (até 3 meses)



**Reflexo de sucção** – deve sugar a mama ou realizar movimentos de sucção com os lábios e língua ao ser estimulado com o dedo (até 9 meses)

**Reflexo córneo / palpebral** – deve piscar os olhos após bater as palmas a 30 cm de ambos ouvidos



**Babinski** - Quando um pé é pressionado, o recém-nascido hiper estende e afasta os dedos (até 6-9 meses)

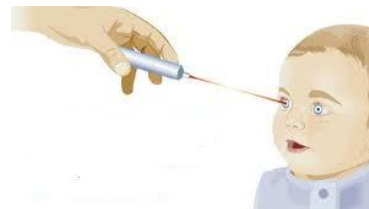


**Reflexo tônico-cervical** – reflexo postural em que quando em decúbito dorsal a cabeça vira para um lado e o braço e a perna do mesmo lado estendem-se, enquanto o braço e a perna do lado oposto ficam flexionados

**Reflexo de preensão** - nesta faixa etária as mãos estão fechadas, mas quando é colocado um dedo na palma da mão, agarra-o.

**Reflexo da marcha** – caminhar espontâneo que surge desde o nascimento

**Reflexo ocular vermelho** – a parte interna da retina quando submetida a fonte de luz.



A maioria dos RN aparenta ser estrábico, porque a coordenação muscular não está completamente desenvolvida

## Sinais de Alarme

- ✓ Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado
- ✓ Hiper e hipo tonicidade na posição de pé
- ✓ Nunca segue a face humana
- ✓ Não vira olhos nem cabeça para o som (voz humana)
- ✓ Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos
- ✓ Sexo Feminino: Presença de sinequias dos pequenos lábios
- ✓ Sexo Masculino: Vigiar descida de testículos

# Cuidados Antecipatórios no Período Neonatal



## AMBIENTE

- ✓ Providenciar ambiente normo térmico ( $\pm 26^{\circ}\text{C}$ ), bem iluminado
- ✓ Observar ....
- ✓ Despir apenas a área do corpo a ser examinada
- ✓ Prosseguir numa sequencia ordenada (Céfalo-caudal)
- ✓ Evitar stressar o recém-nascido
- ✓ Confortar durante e depois, falar calmamente

(Wong, 1999)

## VACINAS

Na maternidade são realizadas as primeiras vacinas:

- ✓ **B.C.G** (Tuberculose)
- ✓ **V.H.B** (Hepatite B – 1<sup>a</sup> dose)

## DIAGNOSTICO PRECOCE

O diagnostico Precoce (Teste de Guthrie) realiza-se entre o **3º e o 6º dia** de vida, tem como objectivo o diagnóstico de doenças hereditárias do metabolismo (fenilcetonúria, leucínose, ....) e hipotiroidismo congénito.



## ALIMENTAÇÃO DO RECÉM - NASCIDO

### Amamentação

- ✓ Horário
- ✓ Duração
- ✓ Intervalos
- ✓ Problemas associados (pega ineficaz ⇒ fissuras, gretas, baixa produção de leite)
- ✓ Medicamentos maternos ([www.e-lactancia.org](http://www.e-lactancia.org))
- ✓ Alimentação materna – mitos, crenças,.. (recomendamos: Dr. Carlos Gonzalez : “Manual Pratico do Aleitamento Materno”).



### **Aleitamento artificial**

- ✓ Tipo de leites artificiais
- ✓ Quantidades adequadas (25ml /kg peso)
- ✓ Preparação adequada (1 medida rasa por 30ml água fervida),
- ✓ Temperatura adequada (37°C),
- ✓ Esterilização de biberão, tetina e chupeta

## REPOUSO, HIGIENE, CONFORTO

- ✓ Roupa apropriada a cada estação do ano
- ✓ Banho, hidratação da pele, unhas
- ✓ Obstrução nasal
- ✓ Fraldas, toalhetes
- ✓ Uso de cotonetes
- ✓ Cuidados ao coto umbilical
- ✓ Dermatites (crosta láctea, fralda, calor)
- ✓ Cólicas: massagens, produtos no mercado

## PREVENÇÃO DE ACIDENTES

- ✓ Verificar a temperatura da água do banho;
- ✓ Verificar a temperatura dos biberões: cuidado: o micro-ondas não aquece de forma homogénea;
- ✓ O bebé nunca deve ser deixado sozinho, no banho, em cima da cama, da mesa ou do sofá sem protecções;
- ✓ Evitar o uso de fios ou fitas à volta do pescoço do bebé;
- ✓ Evitar o uso de almofadas, brinquedos, laços ou fitas na cama do bebé;
- ✓ Para dormir o bebé deve ser deitado de costas, sem almofadas, fraldas, brinquedos, gorros, laços ou fitas dentro da cama, para evitar a asfixia e o estrangulamento. A cama deve ser de estrutura rígida, com colchão rígido e deve ter protecções.



**Engasgamento:** actuação

Colocar o bebé de barriga para baixo no braço, com a cabeça mais baixa que o tronco e aplique-lhe cinco palmadas rápidas e suaves entre as omoplatas



**Automóvel:** cadeira adequada, posição, higiene

**Cadeiras 0-13 kg (Grupo 0+)**



São as cadeiras mais indicadas para recém-nascidos e bebés e são sempre instaladas voltadas para trás. São preferíveis em relação aos berços para automóvel, onde a criança viaja deitada, pois nestes, a maioria dos embates é transformada em choques laterais, que são mais perigosos. Algumas destas cadeiras têm um percurso alternativo para o cinto do carro, caso este seja curto. Verifique as instruções se necessário. Mesmo que os pés da criança batam no banco, não é razão para trocar de cadeira; enquanto a cabeça estiver bem apoiada, continue a utilizar esta cadeira sempre voltada para trás.

APSI

The complex block contains a diagram of a baby in a car seat, a title 'Cadeiras 0-13 kg (Grupo 0+)', and a detailed text block explaining the safety and use of these seats. The diagram shows a baby in a blue car seat with a black line indicating the harness. The text explains that these seats are for newborns and babies, should be installed facing backward, and are preferred over cradles for cars because they protect against lateral impacts. It also notes that some seats have an alternative harness path for shorter cars and that foot contact with the seat base is not a reason to switch seats as long as the head is supported.

# Situações Frequentes do Neonato



## Pápulas por Punção no Calcânhar

### Causa:

- ✓ Punções no calcânhar para colheita de sangue.

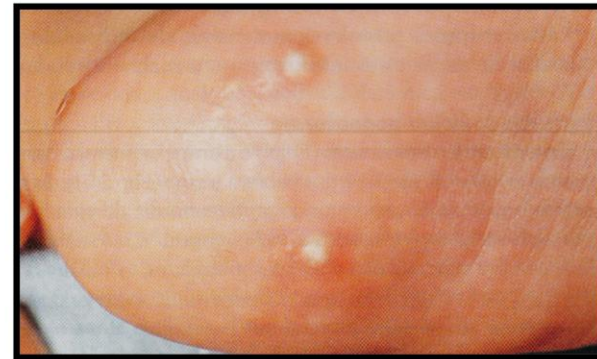
### Características:

- ✓ Pápulas → calcificam e desaparecem entre 18 a 30 meses (bebés assintomáticos)
- ✓ Pode evoluir para milhos.

### Intervenções de Enfermagem:

- ✓ Punção no calcânhar não afectado ou outro local.

Frequente nas unidades de Cuidados Intensivos



## Milhos

### Características:

- ✓ Pápulas peroláceas

### Local:

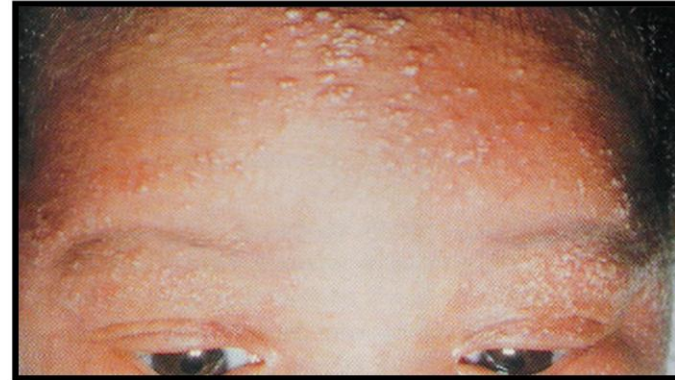
- ✓ Queixo e testa (50% dos neonatos)
- ✓ Tronco e extremidades (menos frequente)

### Duração:

- ✓ Pode desaparecer no 1º. Mês de vida (com tratamento) ou persistir durante vários meses.

### Intervenções de Enfermagem:

- ✓ Acalmar, Informar, tranquilizar, vigiar



## Eritema Tóxico do Neonato

### Características:

- ✓ Máculas e pápulas irregulares eritematosas → Pústulas
- ✓ (Pode surgir entre o 2º. e 3º. dias e desaparecem entre 5 a 7 dias)

### Local:

- ✓ Face
  - ✓ Tronco
  - ✓ Extremidades proximais
- Isoladamente ou em aglomeração

### Intervenções de Enfermagem:

- ✓ Informar, tranquilizar, vigiar (pois pode infectar)

Erupção postular mais comum (70% dos recém-nascidos de termo)



## Miliária

### Causa:

- ✓ Stress térmico → Obstrução do fluxo do suor e da rotura do ducto sudoríparo exócrino.

### Tipos e características:

- ✓ Cristalina: vesículas superficiais na pele não inflamada.
- ✓ Rubra: pequenas pápulas e pústulas (obstrução na parte intermediária da epiderme).
- ✓ Profunda: lesões papulopustulares profundas.

### Intervenções de Enfermagem:

- ✓ Adequar a roupa à estação do ano
- ✓ Incentivar a diminuição do uso de roupa no recém-nascido



## Acne Neonatal

### Características:

- ✓ Comedões fechados (cabeças brancas) ou abertos
- ✓ (cabeças negras)
- ✓ Pápulas vermelhas
- ✓ Pústulas
- ✓ Cistos (raramente)

Ocorre em  
20% dos  
recém-  
nascidos

### Duração:

- ✓ Pode estar presente desde o nascimento ou surgir durante a primeira infância.
- ✓ Desaparece sem tratamento entre 1 a 3 meses (pode ocorrer uma reincidência que desaparece entre os 3 e os 11 anos)



### Intervenções de Enfermagem:

- ✓ Informar, tranquilizar, vigiar



## Mancha Mongólica

### Características:

- ✓ Mácula congénita de cor cinza-ardósia ou azul esverdeada

### Local:

- ✓ Tronco e extremidades proximais

### Duração:

- ✓ Desaparecem (sem tratamento) aos 3 a 5 anos de idade

### Intervenções de Enfermagem:

- ✓ Informar, tranquilizar, vigiar

### Variantes:

- Nevo de Ota
- Nevo de Ito



## Dermatites

- ✓ Resultam do contacto com uma substância alérgena.
- ✓ Caracterizam-se por alterações agudas (eritema, edema e vesiculação) e/ou alterações crónicas (escamas, liquenificação e aumento ou redução da pigmentação) na pele.

### **Tipos de dermatites:**

- ✓ Contacto
- ✓ Alérgica
- ✓ Seborreica

## Contacto

### Características:

- ✓ Reacções irritantes avermelhadas e erosivas (ocasionalmente) e formação de escamas.

### Local:

- ✓ Perineo
- ✓ Parte inferior do abdómen
- ✓ Nádegas
- ✓ Zona proximal da coxa.

### Intervenções de Enfermagem:

- ✓ Limpeza suave da área afectada
- ✓ Aplicação de lubrificantes
- ✓ Cremes barreira
- ✓ Recomendar a troca da marca da fralda.

Dermatite  
da Fralda



## Alérgica

### Local:

- ✓ Área da fralda
- ✓ Tronco
- ✓ Extremidades

### Duração:

- ✓ Desaparece dentro de alguns dias

### Intervenções de Enfermagem:

- ✓ Identificar Agente causador
- ✓ Não utilização do agente agressor
- ✓ Uso frequente de emolientes



# Seborreica

## Características:

- ✓ Placas cor de salmão com escamas amarelas e gordurosas
- ✓ Fissuras, maceração e exsudado

## Local:

- ✓ Área da fralda, axilas, tronco
- ✓ Zona occipital → placas espessas e aderentes – crosta láctea

## Duração:

- ✓ Pode desaparecer (sem tratamento) por volta dos 2 a 3 meses de idade (pode persistir até aos 8 a 12 meses)

## Intervenções de Enfermagem:

- ✓ Piritiona de zinco.
- ✓ Emolientes e outros produtos existentes no mercado.



## Candidíase da fralda

### Causas:

- ✓ Antibioterapia sistêmica
- ✓ Dermatite seborreica
- ✓ Psoríase
- ✓ Dermatite por irritação crônica

### Características:

- ✓ Erupção vermelha brilhante com bordos nítidos
- ✓ Pápulas vermelhas
- ✓ Pústulas (principalmente presentes nas pregas cutâneas)

### Intervenções de Enfermagem:

- ✓ Antifúngicos tópicos (3 vezes/dia)
- ✓ Lavar as mãos antes e depois de manusear o bebê



## Candidíase oral

### Características:

- ✓ Lesões brancas que quando removidas deixam uma marca avermelhada
- ✓ Pequenas úlceras ou fissuras
- ✓ Falta de apetite e irritabilidade.

Aparece entre 5 a 30% dos recém-nascidos. Transmissão vertical.



### Local:

- ✓ Gengivas, palato, interior das bochechas e lábios

### Intervenções de Enfermagem:

- ✓ Antifúngicos
- ✓ Prevenção:
  - ✓ Chupetas e tetinas esterilizadas
  - ✓ Após a refeição limpar a boca do bebê com gaze embebida em água morna
  - ✓ Lavar as mãos antes e depois de manusear o bebê



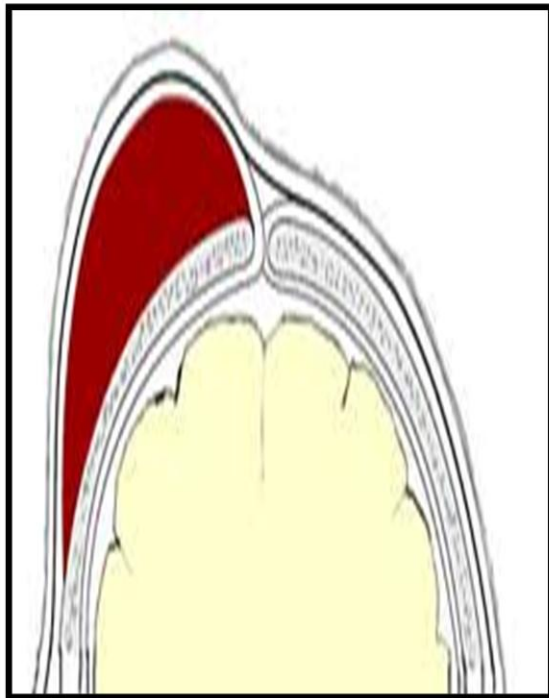
## Lanugo

- ✓ Pêlo fino e macio que pode cobrir o corpo do neonato, desaparece em 2 semanas.



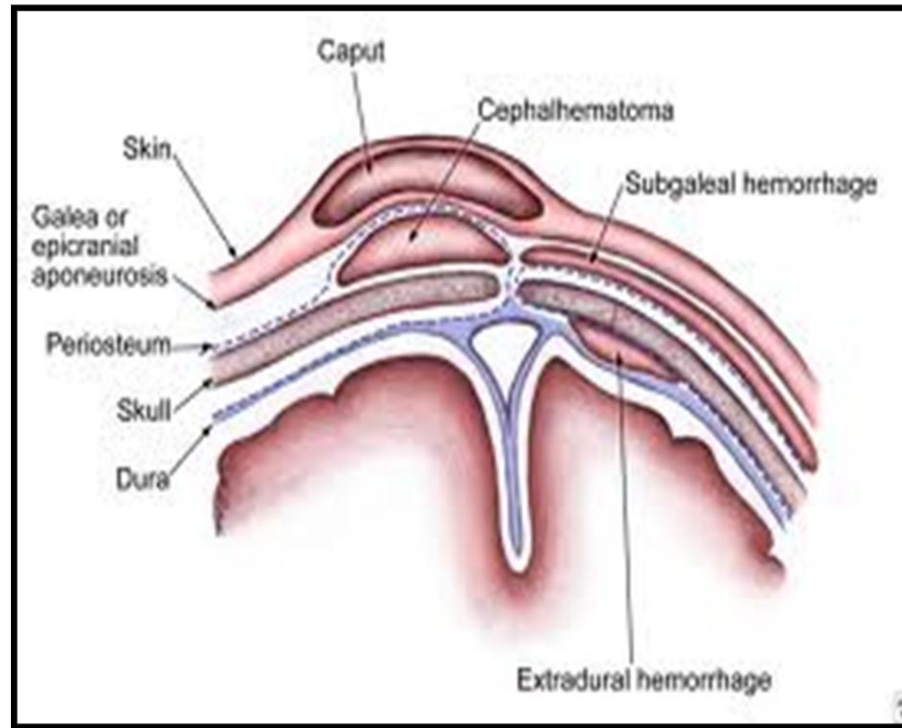
## Cefalohematoma

- ✓ É uma hemorragia limitada à superfície de um osso craniano (habitualmente o parietal)



## Caput Succedaneum

- ✓ Edema do couro cabeludo que cruza as linhas de sutura, surge por trauma mecânico durante o trabalho de parto ou por extração com ventosa.



# BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

COHEN, Bernard A. (2000) – Dermatologia Pediátrica. 2ª. Edição. Brasil: Editora Manole. ISBN 85-204-1008-1.

Consensos Nacionais em Neonatologia, Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004

GOMES, Ana Sofia da Silva – **A voz das famílias com crianças portadoras de doença crónica**. Évora:

Universidade de Évora, 2008. Tese de mestrado SAÚDE PÚBLICA (2011) – Saúde Infantil. Sintra: EuroImpala. ISBN 978-989-24-0220-8 [http://www.aidscongress.net/Modules/WebC\\_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=102](http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=102), acedido em 10.03.2012

<http://www.dgs.pt/> , acedido em 10.03.2012

<http://www.diagnosticoprecoce.org/>, acedido em 10.03.2012

<http://www.apsi.org.pt/>, acedido em 10.03.2012

[http://familia.sapo.pt/bebe/primeiros\\_dias/mama\\_papa\\_eu/825212.html](http://familia.sapo.pt/bebe/primeiros_dias/mama_papa_eu/825212.html), acedido em 15.03.2012

[http://familia.sapo.pt/bebe/primeiros\\_dias/mama\\_papa\\_eu/825212.html](http://familia.sapo.pt/bebe/primeiros_dias/mama_papa_eu/825212.html), acedido em 15.03.2012

#### **ANEXO IV**

Projeto “Promoção das Competências Parentais no Recém-Nascido”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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

**HOSPITAL S.FRANCISCO XAVIER, EPE  
Internamento de Pediatria Médica**

**PROMOÇÃO DA COMPETÊNCIAS PARENTAIS NO RECÉM-NASCIDO**



**Por: Viviana Mourinho**

**LISBOA, Outubro de 2012**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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

**HOSPITAL S.FRANCISCO XAVIER, EPE**  
**Internamento de Pediatria Médica**

**PROMOÇÃO DA COMPETÊNCIAS PARENTAIS NO RECÉM-NASCIDO**



**Sob orientação de Enfermeira Especialista Maria Pires**  
**Sob a tutoria de Professora Doutora Zaida Charepe**

**Por: Viviana Mourinho**

**LISBOA, Outubro de 2012**

## ÍNDICE

<b>0.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>1.</b>	<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>7</b>
<b>1.1.</b>	<b>Sistemas de Informação em Enfermagem</b>	<b>7</b>
<b>1.2.</b>	<b>Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem</b>	<b>8</b>
<b>1.3.</b>	<b>Prática Autónoma de Enfermagem</b>	<b>9</b>
<b>2.</b>	<b>PADRÃO DOCUMENTAL</b>	<b>11</b>
<b>2.1.</b>	<b>Promoção das Competências Parentais</b>	<b>11</b>
<b>2.2.</b>	<b>Fenómenos de Enfermagem</b>	<b>12</b>
<b>2.3.</b>	<b>Intervenções/ Status</b>	<b>13</b>
<b>2.4.</b>	<b>Instrumentos de Apoio na Promoção das Competências Parentais</b>	<b>14</b>
<b>3.</b>	<b>SESSÃO FORMATIVA</b>	<b>16</b>
<b>3.1.</b>	<b>Planeamento de Sessão</b>	<b>16</b>
<b>3.2.</b>	<b>Dados Preliminares</b>	<b>16</b>
<b>3.3.</b>	<b>Registo e Avaliação de Sessão</b>	<b>17</b>
<b>4.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>19</b>
<b>5.</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>20</b>
<b>6.</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>22</b>

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

<b>I</b>	Padrão Documental	<b>23</b>
<b>II</b>	Módulos de Ensino	<b>28</b>
<b>III</b>	Manual de Apoio SAPE	<b>52</b>
<b>IV</b>	Check-List Ensinos	<b>64</b>
<b>V</b>	Instrumento de Levantamento de Necessidade de Formação e Tabela de Resultados	<b>67</b>
<b>VI</b>	Plano de Sessão Formativa “Promoção das Competências Parentais no Recém-Nascido”	<b>70</b>
<b>VII</b>	Diapositivos de Sessão Formativa “Promoção das Competências Parentais no Recém-Nascido”	<b>73</b>
<b>VIII</b>	Instrumento de Validação de Padrão Documental e Tabela de Resultados	<b>101</b>
<b>IX</b>	Instrumento de Avaliação de Satisfação dos Enfermeiros e Tabela de Resultados	<b>110</b>

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**CIE** - Conselho Internacional de Enfermeiros

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

**EESIP** - Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**REPE** – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**RMDE** – Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem

**RN** – Recém-Nascido

**SAPE** - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

**SIE** - Sistema Nacional de Informação de Saúde

**TIS** - Tecnologias de Informação em Saúde

## 0.INTRODUÇÃO

Na sociedade atual é cada vez mais essencial o papel das Tecnologias de Informação em Saúde (TIS), tendo-se assistido ao seu desenvolvimento nos últimos anos, na prossecução do objetivo de melhorar o acesso, custo e qualidade dos cuidados de saúde, potenciando a produção de informação e a sua acessibilidade pelos diferentes tipos de utilizadores.

A integração do Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) no Sistema Nacional de Informação de Saúde, pela emergente necessidade de informatização dos serviços de saúde, levou a Ordem dos Enfermeiros (OE) em colaboração com o Ministério da Saúde, a definir em Abril de 2007, os “Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais dos SIE” a utilizar no nosso país, definindo a utilização obrigatória da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

*“Tendo em vista maximizar o potencial dos registos eletrónicos de saúde, designadamente a produção automática de indicadores, o desenvolvimento da investigação, a monitorização da qualidade, a formação, o financiamento e a tomada de decisão em relação às políticas de saúde, bem como a necessidade de reutilização de dados e comparabilidade a nível local, regional, nacional e internacional e ainda, os requisitos de uma prática cada vez mais baseada na evidência, o sistema de informação e os registos eletrónicos deverão contemplar a utilização obrigatória da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem”* (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p.2).

Em Outubro de 2007, a Ordem dos Enfermeiros definiu as linhas gerais do modelo, conteúdos e requisitos de comparabilidade para o Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) portugueses, core de indicadores e focos de enfermagem para o repositório central de dados de saúde, com o intuito de viabilizar a produção automática de um conjunto de indicadores de enfermagem, para diferentes níveis de utilizadores.

A parametrização dos conteúdos do SIE numa unidade de cuidados é fundamental na fase inicial, no entanto, há necessidade de os manter atualizados como reflexo permanente da necessidade de evolução qualitativa das práticas. *“Assim, a utilização regular dos SIE tornará necessária a adoção de medidas para manter atualizados os conteúdos parametrizados. Isto pode constituir-se num interessante instrumento face à*

*melhoria contínua da qualidade – baseada na reflexão sobre a ação”* (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p.3).

No contexto de estágio, correspondente ao Módulo II, encontro-me a estagiar no Hospital S. Francisco Xavier no Internamento de Pediatria Médica, neste sentido, foi-me permitido verificar ao longo do mesmo, que a equipa de enfermagem evoluiu qualitativamente no âmbito dos cuidados de enfermagem à criança/família, no sentido da “Promoção das Competências Parentais”, enquanto evidência promotora de qualidade dos cuidados. No entanto, a documentação da prática autónoma de enfermagem no Internamento de Pediatria Médica e respetiva parametrização, não é demonstrativa da qualidade global dos cuidados prestados na unidade, necessitando de uma reformulação/reparametrização de alguns conteúdos CIPE/SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem).

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte, das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; concebe, gere e colabora em programas da melhoria contínua da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Desta forma, o objetivo contempla a reformulação e atualização da documentação da prática autónoma de enfermagem à criança/família nos SIE e a utilização deste instrumento para a promoção de qualidade dos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica, no âmbito da promoção do Papel Parental no Recém-Nascido, traduzidas pelos diagnósticos, intervenções e resultados CIPE registados pelos enfermeiros na aplicação informática SAPE.

## 1.ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1.1. Sistemas de Informação em Enfermagem

A Ordem dos Enfermeiros elaborou em 2001 os Enunciados Descritivos de Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros, visando explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem, relevando a importância da *“existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente”* (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 15).

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde.

Os enfermeiros são o maior grupo profissional da área da saúde, produzindo, processando e utilizando uma enorme quantidade de informação disponibilizada nos SIE, conferindo deste modo uma clara e consensual importância para a governação na saúde. *“Não obstante tal reconhecimento, verifica-se que a visibilidade dos cuidados de enfermagem nas estatísticas, nos indicadores e nos relatórios oficiais de saúde é, de algum modo incipiente. Tal realidade impossibilita a descrição e verificação do impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações”* (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p. 1).

Em resposta a esta realidade e pela emergência da informatização dos serviços de saúde, a OE define em 2007, os princípios gerais a atender nos SIE, contemplando a utilização obrigatória da CIPE e estabelecendo as categorias de conteúdos e principais requisitos técnico-funcionais, intensidade de cuidados e sistemas de classificação de doentes e a partilha interinstitucional de informação de enfermagem.

Ainda neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros, no Inquérito Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem realizado em 2010, considera que os SIE constituem uma base fundamental para o registo e que *“ dificilmente se poderá*

*conseguir demonstrar de forma inequívoca a importância e impacto dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde do cliente, se os enfermeiros não tiverem ao seu dispor um SIE informático que processe os inputs e outputs do seu trabalho”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.8).

## **1.2. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**

Os enfermeiros têm tido dificuldade em traduzir objetivamente qual o seu contributo para os ganhos em saúde dos cidadãos, ou seja, há uma falta de indicadores relativos ao exercício profissional. Os resultados ou *outcomes* de enfermagem, não conseguem ser aferidos nos sistemas de informação em enfermagem, pela ineficiente documentação dos mesmos e principalmente pela documentação da prática de uma profissão construída e desenvolvida segundo diversos modelos e fundamentação conceptual de práticas de cuidados.

A produção de indicadores só é possível utilizando uma terminologia comum classificada para a descrição da prática de enfermagem, sendo critério essencial para os sistemas informatizados de informação em enfermagem, permitindo a mensurabilidade e comparabilidade dos dados.

A CIPE é um sistema de classificação para a prática de enfermagem desenvolvido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) desde 1989, visando o desafio de universalizar a sua linguagem e evidenciar elementos da sua prática. Em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a CIPE como membro da “ Família de Classificações Internacionais da OMS”, reconhecendo o trabalho do CIE e a importância de uma terminologia para o domínio de enfermagem como essencial para a documentação dos cuidados de saúde.

A CIPE apoia a missão do CIE de promover a enfermagem e a saúde em todo o mundo, ao facultar uma linguagem universal de enfermagem para a documentação da sua prática. *“À medida que a implementação da CIPE se continua a expandir em mais países e regiões, o conhecimento de enfermagem baseado em dados irá orientar as intervenções de enfermagem para otimizar os resultados nos clientes, para apoiar*

*decisões para a gestão, para a gestão de recursos de cuidados de saúde e para modelar a enfermagem e as políticas de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.11).*

Segundo a terminologia CIPE, uma intervenção autónoma de enfermagem é uma ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, de modo a originar um resultado de enfermagem. Os resultados de enfermagem CIPE são o resultado presumido das intervenções de enfermagem, medido ao longo do tempo enquanto mudanças efetuadas no status dos diagnósticos de enfermagem.

### **1.3.Prática Autónoma de Enfermagem**

As diferentes concepções de enfermagem e a forma com estas têm evoluído ao longo da história, a construção da imagem de autonomia e do seu papel nos diferentes contextos sociais e económicos, resultam num processo sistemático de desenvolvimento, proveniente de inúmeros conceitos, modelos e teorias, que constituindo uma base de conhecimentos próprios e singulares, se traduziram no reconhecimento da sua autonomia profissional.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), definido pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro e respetivas alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, considera no Artigo 9º sobre as intervenções do enfermeiro, que estas são autónomas e interdependentes:

- Consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem. (REPE, 1996)

O domínio das intervenções iniciadas pela prescrição do enfermeiro (autónomas) constitui logicamente a essência do SIE, adotando os princípios associados ao conceito de “Processo de Enfermagem”. Entendido como um processo que embora dinâmico, interativo e holístico, é também sistemático, engloba necessariamente dados da

Avaliação Inicial, Diagnósticos de Enfermagem/Evolução dos respectivos Status, Intervenções de Enfermagem e avaliação sistemática de resultados/evolução do cliente.

## **2.PADRÃO DOCUMENTAL**

### **2.1.Promoção das Competências Parentais**

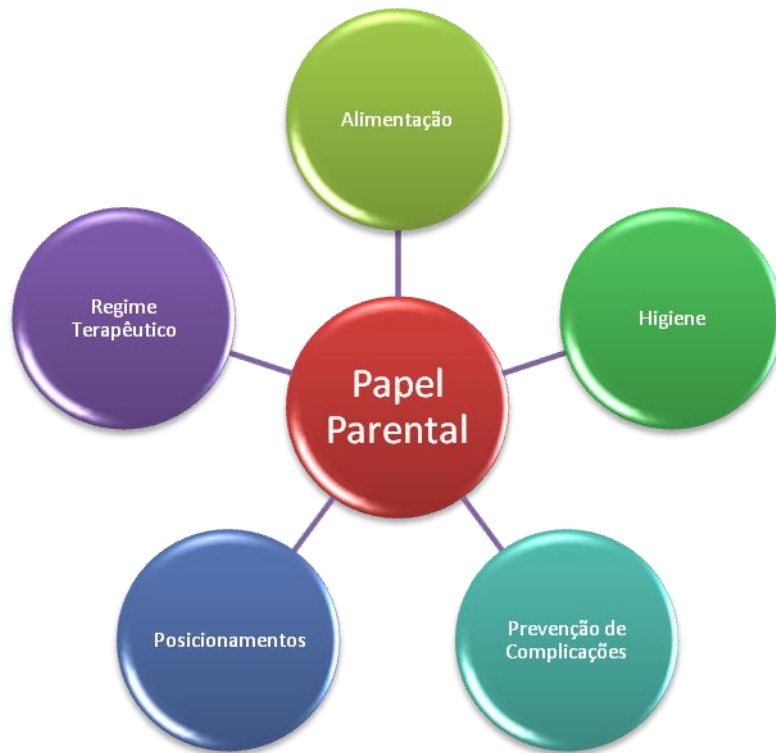
Embora a prática dos cuidados para o desenvolvimento do recém-nascido (RN) possa variar entre as unidades/serviços, o seu objetivo, é inquestionavelmente, fornecer um ambiente de cuidados estruturados que apoie, incentive e oriente o desenvolvimento do mesmo. Reconhecendo as vulnerabilidades físicas, psicológicas e emocionais dos mesmos e suas famílias, focando-se na minimização de complicações reais e potenciais, associadas ao processo de aquisição de competências parentais e consequente desenvolvimento saudável do RN.

Anne Casey defende que “(...)para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de proteção, estímulo e amor.”, assim sendo ninguém melhor que os pais para os prestar (Ferreira e Costa, 2004, p.51).

Num estudo realizado em Portugal por Barros e Botelho (2009), revelou as principais dificuldades dos pais no que diz respeito à prestação de cuidados ao RN, nomeadamente, nos cuidados de higiene, alimentação/amamentação, alívio das cólicas e despiste precoce de situações de risco, como as infeções. Os participantes deste estudo também referiram dificuldade em acalmar o RN, em comunicar com o RN, em identificar o motivo do choro e responder adequadamente às suas solicitações.

Neste sentido foi precisamente sobre estes temas que me centrei para atualizar e reformular o padrão documental atual, desenvolvendo assim módulos de ensinos que incidem sobre as necessidade básicas do RN no sentido de promoção de saúde e prevenção de doença, e métodos que facilitem à equipa de enfermagem uma melhor gestão, continuidade e registo no âmbito do Papel Parental.

Assim sendo as temáticas que me propus desenvolver no âmbito do Papel Parental, são as representadas pelo seguinte modelo:



## 2.2.Fenómenos de Enfermagem

Os Fenómenos de Enfermagem (CIPE), Papel Parental e Parentalidade, são a meu ver, considerados representativos da intervenção autónoma do enfermeiro no Internamento de Pediatria, constituindo os diagnósticos de enfermagem, intervenções e evolução dos clientes, a documentação da prática autónoma de enfermagem facilitadoras da Promoção das Competências Parentais.

### Diagnóstico de Papel Parental Alterado/ Não Adequado:

Papel Parental é um tipo de Interação de Papéis com as seguintes características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental para promover um crescimento e desenvolvimento ótimo da criança dependente. (CIPE, 2003, p.63)

Um fenómeno de enfermagem avaliado em relação a Alteração é um fenómeno de enfermagem com as seguintes características específicas: alteração, modificação ou ajustamento de alguma coisa. (CIPE, 2003, p.86)

Um fenómeno de enfermagem avaliado como Não Adequado é um fenómeno de enfermagem avaliado em relação à Adequação com as seguintes características específicas: nega-se a suficiência ou satisfação. (CIPE, 2003, p.86)

A classificação de Alterado ou Não Adequado estará relacionado se os pais já adquiriram as competências anteriormente e o estado da criança se alterou, ou se é uma aquisição inaugural.

#### Diagnóstico de Paternidade Comprometida:

Paternidade é um tipo de Processo Familiar com as seguintes características específicas: assumir as responsabilidades de ser pai(s); comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças, interiorizando as expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados. (CIPE, 2003, p.66)

Um fenómeno de enfermagem avaliado como Comprometido o é um fenómeno de enfermagem avaliado em relação a Compromisso com as seguintes características específicas: afirmação de que um fenómeno de enfermagem se expôs ou ficou aberto ao mal ou se colocou em perigo. (CIPE, 2003, p.88)

### **2.3.Intervenções/ Status**

As intervenções selecionadas relacionam-se com o status Conhecimento não Demonstrado e Aprendizagem Não Demonstrada, nas temáticas anteriormente referidas, sendo estas no âmbito do Ensinar respetivamente e Instruir e Treinar. Neste sentido parece-me pertinente fazer a distinção das mesma na linguagem CIPE:

- Conhecimento é um tipo de Pensamento com as seguintes características específicas: conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e competências aprendidas, domínio e reconhecimento da informação. (CIPE, 2003, p.45)
- Ensinar é uma forma de Informar com as seguintes características específicas: dar a alguém informação sistematizada sobre temas relacionados com a saúde. (CIPE, 2003, p.156)
- Aprendizagem é um tipo de Autoconhecimento com as seguintes características específicas: processo de adquirir conhecimentos ou competências por meio de estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência. (CIPE, 2003, p.46)
- Instruir é uma forma de Ensinar com as seguintes características específicas: dar a alguém informação sistemática sobre como fazer alguma coisa. (CIPE, 2003, p.156)
- Treinar é uma forma de Instruir com as seguintes características específicas: desenvolver as competências de alguém ou o funcionamento de alguma coisa. (CIPE, 2003, p.156)

O Padrão Documental atualizado e reformulado no âmbito do Papel Parental e Parentalidade encontra-se em Anexo I.

#### **2.4.Instrumentos de Apoio na Promoção das Competências Parentais**

Foram desenvolvidos três instrumentos de apoio no contexto da promoção das competências parentais, sendo estes os Módulos de Ensino, o Manual de Apoio à SAPE e uma Check-List de Ensinos.

O instrumento Módulos de Ensino tem como objetivo promover a uniformização, consistência e continuidade dos conteúdos abordados em cada intervenção. O mesmo apresenta as diretrizes segundo diversas referências em Pediatria relacionadas com cada

uma das temáticas identificadas como pertinentes no âmbito da promoção das competências parentais. O instrumento Módulos de Ensino encontra-se em anexo. (Anexo II)

O Manual de Apoio à SAPE visa a correta programação de diagnósticos, status, qualificadores e intervenções, permitindo assim a eficácia e clareza de registo pretendida. Encontra-se em anexo. (Anexo III).

Por fim a Check-List de Ensinos, foi proposto pela Enfermeira Especialista Maria Pires, no sentido de auxiliar a continuidade de ensinos e a rápida identificação do ponto atual de situação no processo de aquisição de competências parentais. O mesmo apresenta tópicos das temáticas abordadas, desenhando o processo desejado. Encontra-se em anexo. (Anexo IV).

### **3.SESSÃO FORMATIVA**

#### **3.1.Planeamento de Sessão**

Para a realização da Sessão Formativa “Promoção das Competências Parentais no Recém-Nascido”, desenvolveram-se as seguintes atividades:

- Pesquisa bibliográfica sobre a temática;
- Realização de reuniões informais, de programação e definição de conteúdos com a Enfermeira Chefe Rosário e com a Enfermeira Orientadora Maria Pires, responsável pela formação no Serviço de Internamento de Pediatria, Médica;
- Pedido formal de autorização para a realização de questionários à equipa de enfermagem para efeitos de levantamento de necessidade de formação no contexto do trabalho realizado para adequação da sessão, validação do padrão documental e avaliação da satisfação dos enfermeiros após formação. Autorização e instrumentos referidos anteriormente encontram-se em anexo. (Anexo V, VI, IX e X)
- Observação e análise do padrão documental correspondente ao Ensinar-Instruir-Treinar no âmbito da promoção do Papel Parental;
- Reformulação e validação do padrão documental no âmbito do Papel Parental;
- Realização de um documento de apoio ao registo SAPE, de Módulos de Ensino e Check-List de Ensinos, no âmbito do Papel Parental;
- Sugestão de padrão documental no âmbito da Paternidade Comprometida.

#### **3.2. Dados Preliminares**

##### População Alvo

- Enfermeiros do Serviço de Internamento de Pediatria Médica

##### Local

- Hospital S. Francisco Xavier, EPE : Serviço de Serviço de Internamento de Pediatria Médica ( dezasseis enfermeiros)

### Tempo

- 60 minutos

### Data

- 5 de Novembro de 2012

### Objetivo

- Apresentação, discussão e validação do Padrão Documental no âmbito dos Focos Papel Parental e Parentalidade.

O Plano de Sessão encontra-se em anexo. (Anexo VII)

### **3.3.Registo e Avaliação de Sessão**

A atividade decorreu no dia 5 de Novembro pelas 14:00, estiveram presentes dez enfermeiros do Serviço de Internamento de Pediatria Médica, incluindo a Enfermeira Maria Pires e a Enfermeira Chefe Rosário.

O feedback imediato da equipa de enfermagem foi bastante positivo, tendo sido referido como uma experiência enriquecedora e esclarecedora no sentido que permitiu a síntese da temática assim como a discussão de alguns tópicos e modificações na prática de enfermagem.

A avaliação da sessão foi realizada através da análise do Instrumento de Avaliação de Satisfação dos Enfermeiros, realizado após Sessão Formativa. Através da análise do mesmo, após tratamento de dados poder-se-á concluir sessenta por cento (60%) dos enfermeiros qualificaram como bastante ao nível da avaliação geral, sendo importante referir que também sessenta por cento (60%) classificaram igualmente de bastante a minha prestação como formadora na sessão formativa.

O suporte de power point foi apropriado, apresentando oitenta por cento (80%) de satisfação como metodologia utilizada, proporcionando como planeado, ponte para a discussão, os conteúdos selecionados abrangeram desta forma a totalidade da temática

solicitada. Como limitação há a referir o tempo disponível para a atividade, que acabou não sendo suficiente, tendo havido a necessidade de terminar a discussão quando ainda existiam questões.

Ao nível da validação do Padrão Documental reformulado e atualizado, após tratamento de dados, poder-se-à concluir que foi totalmente validado, exceto o status definido Papel Parental Não Adequado que ficou classificado com oitenta por cento (80%) em parcialmente adequado.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A CIPE é o instrumento definido como obrigatório para documentação da prática de enfermagem nos SIE, que progressivamente serão a realidade profissional de todos os enfermeiros no nosso país. A sua conceção é o resultado da tentativa de universalizar a linguagem em enfermagem, com o intuito de afirmar e evoluir a autonomia dos seus cuidados, dos seus “outcomes” e respetiva visibilidade.

A incorporação das TIS no Sistema Nacional de Saúde são essenciais para responder às necessidades de saúde no atual contexto socioeconómico, caracterizado por uma globalização de políticas de redução de custos, promovendo eficiência, eficácia e qualidade na prestação e gestão dos cuidados prestados.

A enfermagem deve conseguir contextualizar o seu papel no processo de permanente alteração das condições económicas e sociopolíticas que ditam inerentemente as políticas de saúde, no sentido de interpretar as melhores estratégias em resposta ao seu contexto de atuação e de responsabilidade assumida perante a sociedade.

Na minha opinião é essencial a formação de enfermeiros “especialistas” em CIPE que se constituam como elementos dinamizadores nas respetivas instituições e contextos clínicos, na continuação do objetivo da excelência do exercício profissional.

## 5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, I.; Botelho, T. (2009). *Necessidades e Stress Parental nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais: Dissertação de Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. . [Consulta 3 Outubro 2012]. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/977/1/DM%20BARR-I1.pdf>

Bobak; Lowdermilk; Jensen (2006). *Enfermagem na Maternidade*. 4ª Edição, Loures: Lusociência.

Ferreira, M.; Costa, M. (2004). *Cuidar em Parceria: Subsídio para a Vinculação Pais/Bebé Pré-Termo*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu, Viseu. [Consulta 2 Outubro 2012]. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/442/1/Cuidar%20em%20parceria.pdf>

International Council of Nurses. (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. 2ªEdição, Lisboa. Associação Portuguesa de Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Dezembro.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) – Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnicos - funcionais*. Abril 2007.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados de Saúde*. Outubro 2007.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Vol. 1)*. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*.

Ordem dos Enfermeiros (Conselho de Enfermagem) (2011). *Inquérito Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PPQCE)*.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*.

Promoção da Segurança Infantil (2009). *Vale a Pena crescer em segurança: Evitar os acidentes no primeiro ano de vida*. Lisboa. [Consulta 9 Outubro 2012]. Disponível em: <http://www.apsi.org.pt/downloads/folheto2009b.pdf>

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro- Decreto- lei nº 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril).

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2012). *A Síndrome de Morte Súbita do Lactente: DGS - Boletim individual de Saúde, Academia Americana de Pediatria, 2009*. [Consulta 12 Outubro 2012]. Disponível em: <http://www.spp.pt/UserFiles/File/Noticias/Document1.pdf>

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2012). *Consensos de Neonatologia (2004): Aleitamento Materno*. [Consulta 12 Outubro 2012]. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/File/Consensos\\_Nacionais\\_Neonatologia\\_2004/Aleitamento\\_Materno.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/File/Consensos_Nacionais_Neonatologia_2004/Aleitamento_Materno.pdf)

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2012). *Consensos de Neonatologia (2004): Cuidados Cutâneos ao Recém-Nascido*. [Consulta 12 Outubro 2012]. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/File/Consensos\\_Nacionais\\_Neonatologia\\_2004/Cuidados\\_Cutaneos\\_Recem-nascido.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/File/Consensos_Nacionais_Neonatologia_2004/Cuidados_Cutaneos_Recem-nascido.pdf)

UNICEF (2008). *Manual de Aleitamento Materno. Edição Revista*. Lisboa. [Consulta 11 Outubro 2012]. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/File/Publicacoes/manual\\_aleitamento\\_UNICEF.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/File/Publicacoes/manual_aleitamento_UNICEF.pdf)

Wong [et al] (2006). *Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva*. Lisboa : 6ª Edição: Guanabara Koogan..

## 6.ANEXOS

**Anexo I**  
**Padrão Documental**

Foco	Diagnóstico	Status/Qualificadores	Intervenções de Enfermagem
<b><i>Papel Parental</i></b>	<b><i>Papel Parental Alterado/Não Adequado</i></b>	Conhecimento dos pais sobre Alimentação da criança não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ensinar a mãe sobre sinais de fome do recém-nascido</li> <li>✓ Ensinar os pais a alimentar a criança (colocados módulos ”: Aquecimento e Descongelação de LM da Norma “Ensinar os pais sobre estimulação, recolha, conservação e transporte do Leite Materno).</li> <li>✓ Ensinar os pais sobre a preparação do biberão</li> </ul>
		Aprendizagem de Habilidades para alimentar a criança não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Instruir os pais sobre como alimentar a criança</li> <li>✓ Instruir os pais a preparar o biberão</li> <li>✓ Treinar os pais a alimentar a criança</li> <li>✓ Treinar os pais a preparar o biberão</li> </ul>
		Conhecimento dos pais sobre higiene da criança	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ensinar os pais sobre higiene da criança</li> <li>✓ Ensinar os pais sobre a troca de fralda</li> <li>✓ Ensinar os pais sobre os cuidados ao coto umbilical</li> </ul>

não demonstrado

---

Aprendizagem de  
Habilidades dos pais para  
realizar a higiene da  
criança não demonstrado

- ✓ Instruir os pais sobre como realizar a higiene da criança
  - ✓ Instrui os pais sobre a troca de fralda
  - ✓ Instruir os pais sobre os cuidados ao coto umbilical
  - ✓ Treinar os pais a realizar a higiene da criança
  - ✓ Treinar os pais sobre a troca de fralda
  - ✓ Treinar os pais sobre os cuidados ao coto umbilical
- 

Conhecimento dos pais  
sobre técnica de  
posicionamento não  
demonstrado

- ✓ Ensinar os pais sobre técnica de posicionamento
- 

Aprendizagem de  
habilidades dos pais para

- ✓ Instruir os pais sobre técnica de posicionamento
- ✓ Treinar os pais sobre técnica de posicionamento

execução da técnica do  
posicionamento não  
demonstrado

Conhecimentos dos pais  
sobre gestão do regime  
terapêutico não  
demonstrado

- ✓ Providenciar material de leitura sobre regime terapêutico
- ✓ Ensinar os pais sobre gestão do regime medicamentoso da criança

Aprendizagem de  
habilidades dos pais para  
gerir o regime terapêutico  
não demonstrado

- ✓ Instruir os pais sobre gestão do regime medicamentoso da criança
- ✓ Treinar os pais sobre gestão do regime medicamentoso da criança

Conhecimentos dos pais  
sobre prevenção de  
complicações não

- ✓ Ensinar os pais sobre monitorização da temperatura corporal
- ✓ Ensinar os pais sobre prevenção de complicações

demonstrado

---

Aprendizagem de  
habilidades dos pais para  
prevenir complicações  
não demonstrado

- ✓ Instruir os pais a monitorizar a temperatura corporal
- ✓ Treinar os pais a monitorizar a temperatura corporal

Conhecimento dos pais  
sobre a vigilância da saúde  
da criança não  
demonstrado

- ✓ Ensinar os pais sobre resposta à vacinação
- ✓ Ensinar os pais sobre vigilância de saúde após alta

Foco	Diagnóstico	Intervenções de Enfermagem
<i><b>Paternidade</b></i>	<i>Paternidade Comprometida</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Incentivar o envolvimento familiar</li><li>✓ Promover ligação mãe-filho</li><li>✓ Requerer presença mãe/pai</li><li>✓ Assistir os pais a tomar conta da criança</li><li>✓ Promover paternidade</li><li>✓ Encorajar os pais para o desempenho do papel parental</li><li>✓ Avaliar o comportamento da mãe durante a hospitalização</li><li>✓ Requerer serviço social</li></ul>

**Anexo II**  
**Módulos de Ensino**

## PAPEL PARENTAL ALTERADO / NÃO ADEQUADO

*Conhecimento dos pais sobre Alimentação da criança não demonstrado*

✓ **Ensinar a mãe sobre sinais de fome do recém-nascido**

### **Módulo I**

SINAIS DE FOME DO RECÉM-NASCIDO:

- Despertar;
- Reflexos de busca;
- Reflexos de sucção;
- Choro.

## PAPEL PARENTAL ALTERADO / NÃO ADEQUADO

### *Conhecimento dos pais sobre Alimentação da criança não demonstrado*

#### ✓ **Ensinar os pais a alimentar a criança**

##### **Módulo I**

##### ALIMENTAÇÃO POR COLHER:

- Referir qual o posicionamento correto da criança;
- Explicar os reflexos de deglutição e respiração e a sua correta coordenação;
- Articular com Fisioterapia.

##### **Módulo II**

##### ALIMENTAÇÃO POR TETINA:

- Referir qual o posicionamento correcto da criança;
- Referir a posição correcta do biberão para evitar entrada de ar;
- Explicar a melhor forma de promover a Eructação;
- Adequar a tetina.

##### **Módulo III**

##### DESCONGELAÇÃO de LM

- O LM é descongelado dentro do frigorífico;
- Descongelar a quantidade total (as gorduras separam-se ao congelar);
- Em caso de necessidade extrema e se necessário utilização imediata, poder-se-á descongelar rapidamente o LM colocando o recipiente sob água fria e depois morna.

##### **Módulo IV**

##### AQUECIMENTO de LM

- Deve ser efectuado em "Banho-Maria" a temperatura não superior a 40°C;
- Deve ser controlado, num máximo de 40 minutos, para que o leite fique apenas morno;
- O leite que não for utilizado, não deve ser reaquecido.

##### **Módulo V**

##### AMAMENTAÇÃO

- Uso de roupas confortáveis e práticas para a mãe;

- O posicionamento da mãe e da criança adequado e confortável;
- O bebê deve esvaziar totalmente uma mama pois o leite do final da mamada é mais calórico e saciador, contudo deve-se oferecer depois a outra mama, caso o bebê ainda não esteja satisfeito. Desta forma deverá iniciar-se a próxima mamada pela mama que foi oferecida em último lugar na mamada anterior;
- O tempo de permanência na mama em cada mamada não deve ser estabelecido uma vez que a habilidade do bebê em esvaziar a mama varia em cada bebê e em cada mamada;
- Não interromper a mamada, o bebê deve deixar a mama espontaneamente;
- Caso seja necessário interromper a mamada, introduzir um dedo, suavemente na boca do bebê de modo a interromper a sucção, prevenindo desta forma lesões da mama.

## PAPEL PARENTAL ALTERADO / NÃO ADEQUADO

*Conhecimento dos pais sobre Alimentação da criança não demonstrado*

*Aprendizagem de Habilidades para alimentar a criança não demonstrado*

- ✓ **Ensinar os pais sobre a preparação do biberão**
- ✓ **Instruir os pais a preparar o biberão**
- ✓ **Treinar os pais a preparar o biberão**

**Módulo I** ESTERILIZAÇÃO DOS BIBERÕES (informar os pais sobre diferentes tipos de esterilização):

*Esterilização convencional:*

- Lavar os biberões, roscas e tetinas;
- Colocar água a ferver em panela e introduzir o material. Manter fervura durante 10 minutos;
- Retirar o material (com a pinça).

**Módulo II** TIPO DE ÁGUA A UTILIZAR:

- Água da torneira deve ser fervida 10 minutos;
- Água engarrafada não necessita de ser fervida;
- Colocar primeiro a água morna no biberão e depois o leite em pó (1 medida rasa por cada 30 ml);
- Enroscar a tampa e agitar;
- Se for conservado no frigorífico após preparação (24 horas no máximo), aquecer em Banho- Maria.
- Desperdiçar o leite que sobrar.

## **PAPEL PARENTAL ALTERADO / NÃO ADEQUADO**

### ***Aprendizagem de Habilidades para alimentar a criança não demonstrado***

✓ **Instruir os pais sobre como alimentar a criança**

✓ **Treinar os pais sobre como alimentar a criança**

#### **Módulo I**

##### **ALIMENTAÇÃO POR COLHER:**

- Posicionamento correto da criança;
- Verificar temperatura na face interna do pulso antes de administrar;
- Supervisão dos reflexos de deglutição e respiração;
- Articular com a Fisioterapia.

#### **Módulo II**

##### **ALIMENTAÇÃO POR TETINA:**

- Posicionamento correto da criança;
- Verificar temperatura na face interna do pulso antes de administrar;
- Posição correta do biberão para evitar entrada de ar;
- Promover a Eructação.

#### **Módulo III**

##### **AMAMENTAÇÃO**

- Posicionamento adequado e confortável para a mãe e bebê;
- A boca do bebê deverá estar ao nível ou ligeiramente abaixo da mama da mãe, oferecendo toda a aréola para que ele abocanhe o mais possível;
- A mãe deve segurar a mama em forma de C, com o polegar colocado na parte superior e os quatro dedos na parte inferior da mama tendo o cuidado de deixar a aréola livre;
- Tocando o mamilo no lábio inferior do bebê este abre a boca;
- Levantar o bebê à mama e não o inverso;
- Observar sinais de pega adequada:
  - \* Boca do bebê bem aberta;
  - \* Mais aréola visível acima do lábio superior do que abaixo do lábio inferior;

- \* Ambos os lábios do bebê virados para fora especialmente o inferior;
- \* Mento bem encostado à mama materna;
- \* Cabeça e pescoço bem alinhados e nariz livre;
- \* Bochechas cheias;
- \* Deglutições lentas e profundas audíveis;
- \* A mãe não sente dor no mamilo (exceto no início).

## PAPEL PARENTAL ALTERADO / NÃO ADEQUADO

### *Conhecimento dos pais sobre higiene da criança não demonstrado*

#### ✓ Ensinar os pais sobre higiene da criança

##### **Módulo I**

##### BANHO

- O RN não necessita de tomar banho diariamente, no entanto as pregas do pescoço e braços, e da zona das fraldas necessitam de uma maior atenção;
- O banho não deve ser prolongado, devido ao risco de perda de calor;
- Manter ambiente aquecido (+/- 24°C) evitando correntes de ar.

##### **Módulo II**

##### CUIDADOS AOS OLHOS

- Limpeza uma vez por dia e sempre que necessário;
- Alertar os pais para sinais de infeção: lacrimejar, rubor, exsudado.

## PAPEL PARENTAL ALTERADO / NÃO ADEQUADO

*Conhecimento dos pais sobre higiene da criança não demonstrado*

✓ **Ensinar os pais sobre a troca de fralda**

### **Módulo I**

MUDANÇA DE FRALDA:

- Mudar a fralda sempre que necessário mantendo a pele limpa e seca.

## **PAPEL PARENTAL ALTERADO / NÃO ADEQUADO**

*Conhecimento dos pais sobre higiene da criança não demonstrado*

✓ **Ensinar os pais sobre os cuidados ao coto umbilical**

### **Módulo I**

#### **CUIDADOS AO COTO UMBILICAL:**

- Manter o coto umbilical seco, fora da fralda (ausência de contacto com líquidos orgânicos);
- Limpeza com soro fisiológico e/ou desinfecção com álcool a 70° quando necessário;
- Despistar sinais de possíveis complicações (hemorragia e/ou infecção).

## PAPEL PARENTAL ALTERADO / NÃO ADEQUADO

### *Aprendizagem de Habilidades dos pais para realizar a higiene da criança não demonstrado*

- ✓ **Instruir os pais sobre como realizar a higiene da criança**
- ✓ **Treinar os pais a realizar a higiene da criança**

#### **Módulo I**

##### **BANHO**

- Providenciar material necessário, dispondo o mesmo de forma acessível;
- Preparar a banheira colocando primeiro a água fria e só depois a quente. A água da banheira não deve exceder os 10 cm de profundidade
- Avaliar temperatura da água que deverá rondar 37°C através da submersão da face interna do punho ou cotovelo durante alguns segundos, ou utilizando termómetro adequado;
- Utilizar sabonete com pH neutro, incentivando a sua não utilização (banho apenas com água) até ao 4º dia de vida;
- Inserir o recém-nascido, suavemente na água, ligeiramente sentado e apoiado nos braços do prestador de cuidados, mantendo a cabeça e ombros fora de água;
- Lavar o recém-nascido em movimentos circulares, no sentido cefalo-caudal, dando especial atenção às pregas cutâneas e genitais, passando a água pelo recém-nascido suavemente;
- Envolver o bebé na toalha e secar a pele com movimentos suaves dedicando especial atenção às zonas de flexão, pavilhões auriculares e pregas cutâneas.
- Realizar massagem com creme hidratante adequado ao Ph da pele do bebé.

#### **Módulo II**

##### **CUIDADOS AOS OLHOS:**

- Utilizar compressas/ bolas de algodão, e soro fisiológico/ água fervida arrefecida;

- Limpar suavemente o olho do canto externo para o interno ou no sentido da zona mais limpa para a mais suja;
- Para cada movimento de limpeza descrito no ponto anterior deverá ser utilizada uma nova compressa/bola de algodão.

## PAPEL PARENTAL ALTERADO / NÃO ADEQUADO

*Aprendizagem de Habilidades dos pais para realizar a higiene da criança não demonstrado*

- ✓ **Instruir os pais sobre a troca de fralda**
- ✓ **Treinar os pais sobre a troca de fralda**

### **Módulo I**

#### **MUDANÇA DA FRALDA:**

- Limpar a pele perineal com água tépida, dando especial atenção às pregas cutâneas;
- Manter ambiente seco;
- Alertar para sinais de eritema (coloração avermelhada e erupção cutânea).

## PAPEL PARENTAL ALTERADO / NÃO ADEQUADO

*Aprendizagem de Habilidades dos pais para realizar a higiene da criança não demonstrado*

- ✓ **Instruir os pais sobre os cuidados ao coto umbilical**
- ✓ **Treinar os pais sobre os cuidados ao coto umbilical**

### **Módulo I**

#### **CUIDADOS AO COTO UMBILICAL:**

- Executar limpeza com soro fisiológico e/ou desinfecção com álcool a 70º do coto umbilical pelo menos 1 vez dia e sempre que apresentar exsudado;
- Para a desinfecção utilizar compressas/ bolas de algodão embebidas em álcool a 70ºC;
- Realizar pequenos toques ao longo do coto umbilical com a compressa embebida em álcool, envolvendo-o durante alguns segundos, retirando de seguida, evitando sempre a parede abdominal;
- Limpar com movimentos circulares desde a pele circundante ao coto até à mola;
- Usar uma nova compressa para cada movimento de limpeza;
- Após queda do coto manter desinfecção do local até à adequada cicatrização do mesmo.

## PAPEL PARENTAL ALTERADO / NÃO ADEQUADO

*Conhecimento dos pais sobre técnica de posicionamento não demonstrado*

✓ **Ensinar os pais sobre técnica de posicionamento**

### **Módulo I**

#### **POSICIONAMENTO:**

- Importância da adesão à técnica de posicionamento para dormir na Prevenção do Síndrome de Morte Súbita;
- Posicionamento recomendado (Decúbito dorsal) - DGS - Boletim individual de Saúde, Academia Americana de Pediatria, 2009);
- Recomendações adicionais na Prevenção do Síndrome de Morte Súbita;
  - Local para dormir,
  - Uso de almofada, fraldas, acessórios
  - Colchão
  - Sobreaquecimento

## PAPEL PARENTAL ALTERADO / NÃO ADEQUADO

*Aprendizagem de habilidades dos pais para execução da técnica do posicionamento não demonstrado*

- ✓ **Instruir os pais sobre técnica de posicionamento**
- ✓ **Treinar os pais sobre técnica de posicionamento**

### **Módulo I**

POSICIONAMENTO:

A execução da técnica:

- Verificação das condições do berço;
- Posicionamento da criança.

## PAPEL PARENTAL ALTERADO / NÃO ADEQUADO

### *Conhecimentos dos pais sobre gestão do regime terapêutico não demonstrado*

#### ✓ **Ensinar os pais sobre regime medicamentoso da criança**

##### **Módulo I**

##### **REGIME MEDICAMENTOSO:**

- Importância da adesão ao regime medicamentoso;
- Tipo de medicação
- Dose/Via/Horário
- Preparação/Administração da medicação (Material, Técnica, Posicionamento da criança)
- Efeitos secundários/reações adversas
- Higiene e cuidados do material
- Cuidados de armazenamento da medicação

## **PAPEL PARENTAL ALTERADO / NÃO ADEQUADO**

*Aprendizagem de habilidades dos pais para gerir o regime terapêutico não demonstrado*

- ✓ **Instruir os pais sobre regime medicamentoso da criança**
- ✓ **Treinar os pais sobre regime medicamentoso da criança**

### **Módulo I**

#### **REGIME MEDICAMENTOSO:**

- Identificar a medicação, tipo de terapêutica, dose, via;
- Identificar/ reunir o material necessário;
- Preparar a terapêutica;
- Posicionar a criança;
- Administrar a terapêutica;
- Vigiar a resposta/reação da criança.

## PAPEL PARENTAL ALTERADO / NÃO ADEQUADO

### *Conhecimentos dos pais sobre prevenção de complicações não demonstrado*

✓ **Ensinar os pais sobre monitorização da temperatura corporal**

#### **Módulo I**

##### MONITORIZAÇÃO DE TEMPERATURA:

- Importância da termorregulação; Valores de referência e sua interpretação
- Fatores que influenciam a termorregulação
- Técnica de monitorização:
- Locais anatómicos para a avaliação da temperatura corporal (axilar e outros);

#### **Módulo II**

##### TÉCNICA DE ARREFECIMENTO E AQUECIMENTO NATURAL:

- Alívio ou reforço do vestuário e/ou roupa da cama;
- Uso de água tépida no arrefecimento, com recurso a panos/toalhas/compressas;
- Se possível, condicionar a temperatura ambiente.

## PAPEL PARENTAL ALTERADO / NÃO ADEQUADO

### *Conhecimentos dos pais sobre prevenção de complicações não demonstrado*

#### ✓ **Ensinar os pais sobre prevenção de complicações**

##### **Módulo I**

##### ELIMINAÇÃO INTESTINAL:

- Características (cor, consistência, quantidade e cheiro);
- Frequência.

##### **Módulo II**

##### ELIMINAÇÃO URINÁRIA:

- Características (cor, quantidade e cheiro);
- Frequência.

##### **Módulo III**

##### HÁBITOS de SONO:

- Função que permite a reparação e a recuperação do organismo após atividade,
- Os padrões de sono vão-se alterando consoante a idade
- Durante um período de sono, a criança passa por diversos estados que caracterizam a sua interação com o meio ambiente.

##### **Módulo IV**

##### VESTUÁRIO:

- Roupa adequada à temperatura ambiente;
- Roupa preferencialmente de algodão, sem etiquetas em contacto directo com a pele;
- Tamanho adequado;
- Previamente lavada com detergente preferencialmente hipoalergénico e bem enxaguada.

##### **Módulo V**

##### PREVENÇÃO de ACIDENTES:

- Conceito de acidente;
  - Acidentes mais frequentes de acordo com a faixa etária:
- Informação sobre linhas de apoio: APSI; CIAV; Saúde 24; 112.

##### **Asfixia:**

- Sinais de Asfixia;
- Sinais de Engasgamento;
- Atuação na asfixia/engasgamento (desobstrução vias aéreas, estratégias adequadas à idade)
- Medidas de segurança:
  - Não colocar fios ao pescoço do bebê;
  - Ter cuidado com objetos pequenos suscetíveis de provocar engasgamento;
  - Posicionar corretamente criança durante a alimentação;
  - Adequar consistência dos alimentos à idade da criança;

Até ao 1 ano de idade:

- Dormir preferencialmente em decúbito dorsal, nunca em decúbito ventral;
- Não colocar almofadas, fraldas, brinquedos ou outros objetos no berço;
- Ao deitar, colocar o bebê com os pés a tocar no fundo da cama, não usar roupa pesada.

### **Quedas:**

- Tipo de quedas mais frequentes em cada faixa etária e respectivas medidas preventivas.

### **Queimaduras:**

- Verificar temperatura da água do banho (face interna do pulso ou termómetro);
- Verificar temperatura dos alimentos antes de os oferecer à criança (ex: colocar algumas gotas de leite na face interna do pulso);
- Manter líquidos quentes afastados da criança (água, café, chá, etc);
- Manter a criança afastada de fontes de calor (ex: fogões, lareiras, aquecedores);
- Proteger adequadamente do sol (protetor de fator elevado, roupa, hora de exposição ao sol).

**Afogamentos:**

- Não deixar a criança sozinha na banheira, piscina;
- Proporcionar ambiente seguro (não deixar recipientes com água abandonados, vedar piscinas).

**Intoxicações:**

- Optar por produtos com tampa de segurança;
- Guardar produtos químicos e medicamentos bem rotulados e fechados, em local fora do alcance e do olhar das crianças.

**ACIDENTES de VIACÃO:**

- Transportar a criança nos dispositivos adequados ao seu peso e idade, cumprindo as disposições legais (normas de segurança rodoviária).

## PAPEL PARENTAL ALTERADO / NÃO ADEQUADO

*Aprendizagem de habilidades dos pais para prevenir complicações não demonstrado*

- ✓ **Instruir os pais a monitorizar a temperatura corporal**
- ✓ **Treinar os pais a monitorizar a temperatura corporal**

### **Módulo I**

#### MONITORIZAÇÃO DE TEMPERATURA:

- Reunir o material necessário;
- Efetuar a avaliação;
- Interpretar o significado do valor obtido.

## PAPEL PARENTAL ALTERADO / NÃO ADEQUADO

*Conhecimento dos pais sobre a vigilância da saúde da criança não demonstrado*

✓ **Ensinar os pais sobre resposta à vacinação**

### **Módulo I**

#### VACINAÇÃO:

- Tipo de vacina;
- Locais anatómicos de administração;
- Importância do cumprimento do calendário de vacinação;
- Reações adversas associadas à vacinação (irritabilidade/mal-estar; febre; reação local; outras);
- Atuação face a reações adversas associadas à vacinação;
- Papel do centro de saúde na vacinação.

**Anexo III**  
**Manual de Apoio SAPE**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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

**HOSPITAL S.FRANCISCO XAVIER, EPE  
Internamento de Pediatria Médica**

**MANUAL DE APOIO AO REGISTO SAPE  
PAPEL PARENTAL & PARENTALIDADE**



**Por: Viviana Mourinho**

**LISBOA, Outubro de 2012**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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

**HOSPITAL S.FRANCISCO XAVIER, EPE**  
**Internamento de Pediatria Médica**

**MANUAL DE APOIO AO REGISTO SAPE**  
**PAPEL PARENTAL & PARENTALIDADE**



**Sob orientação de Enfermeira Especialista Maria Pires**  
**Sob a tutoria de Professora Doutora Zaida Charepe**

**Por: Viviana Mourinho**

**LISBOA, Outubro de 2012**

## **ÍNDICE**

<b>REGRAS GERAIS</b>	<b>3</b>
<b>PAPEL PARENTAL</b>	<b>4</b>
<b>Qualificadores/Status/Intervenções</b>	<b>5</b>
<b>Registo</b>	<b>7</b>
<b>PATERNIDADE</b>	<b>9</b>
<b>Intervenções</b>	<b>10</b>

## REGRAS GERAIS

☆ Nos *Diagnósticos de Enfermagem* quando temos que levantar Qualificadores/Status (conhecimento e/ ou aprendizagem) devemos identificar primeiro o **Diagnóstico de 1º Nível** (ex: papel parental não adequado) e só depois os **Diagnóstico de 2º Nível** (ex: conhecimento dos pais sobre...).

☆ Os qualificadores não devem aparecer com o **status demonstrado** sem primeiramente estar identificado o **não demonstrado**.

☆ Em situações de transferências de outros hospitais, em que somos informados de que os pais já prestam cuidados, os qualificadores no Papel Parental só devem ser abertos depois de devidamente validado com os pais. Os conhecimentos e/ou aprendizagens de habilidades já adquiridas, devem ficar registadas na Avaliação Inicial.

☆ Em relação à Prevenção de Complicações, pode-se passar a “Aprendizagem de prevenção de complicações de não demonstrada a demonstrada” sem o “Conhecimento sobre Prevenção de complicações estar demonstrado” (este qualificador só engloba a instrução/treino da monitorização da temperatura).

*Sugestão:* Em situações de gémeos, quando já foram efetuados ensinar/instruir/treinar, em relação a um bebé, registar na avaliação inicial, no item **Papel Parental** que os pais têm conhecimentos/aprendizagem **demonstrados** nessa área.

## PAPEL PARENTAL

Papel Parental é um tipo de Interação de Papéis com as seguintes características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental para promover um crescimento e desenvolvimento ótimo da criança dependente. (CIPE, 2003, p.63)

### Papel Parental Não Adequado

Um fenómeno de enfermagem avaliado como Não Adequado é um fenómeno de enfermagem avaliado em relação à Adequação com as seguintes características específicas: nega-se a suficiência ou satisfação. (CIPE, 2003, p.86)

### Papel Parental Alterado

Um fenómeno de enfermagem avaliado em relação a Alteração é um fenómeno de enfermagem com as seguintes características específicas: alteração, modificação ou ajustamento de alguma coisa. (CIPE, 2003, p.86)

**Nota:** A classificação de Alterado ou Não Adequado estará relacionado se os pais já adquiriram as competências anteriormente e o estado da criança se alterou, ou se é uma aquisição inaugural. (Ex: Bebé transferido da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – Papel Parental Não Adequado; Bebé vindo do domicílio por infeção, hiperbilirrubinémia, perda de peso ponderal, etc – Papel Parental Alterado, necessidade de adequar ensinamentos à situação atual do bebé.)

## **Qualificadores/Status/Intervenções**

### Conhecimento dos pais sobre Alimentação da criança não demonstrado

- ✓ Ensinar a mãe sobre sinais de fome do recém-nascido
- ✓ Ensinar os pais a alimentar a criança (colocados módulos ”: Aquecimento e Descongelação de LM da Norma “Ensinar os pais sobre estimulação, recolha, conservação e transporte do Leite Materno).
- ✓ Ensinar os pais sobre a preparação do biberão

### Aprendizagem de Habilidades para alimentar a criança não demonstrado

- ✓ Instruir os pais sobre como alimentar a criança
- ✓ Instruir os pais a preparar o biberão
- ✓ Treinar os pais a alimentar a criança
- ✓ Treinar os pais a preparar o biberão

### Conhecimento dos pais sobre higiene da criança não demonstrado

- ✓ Ensinar os pais sobre higiene da criança
- ✓ Ensinar os pais sobre a troca de fralda
- ✓ Ensinar os pais sobre os cuidados ao coto umbilical

### Aprendizagem de Habilidades dos pais para realizar a higiene da criança não demonstrado

- ✓ Instruir os pais sobre como realizar a higiene da criança
- ✓ Instrui os pais sobre a troca de fralda
- ✓ Instruir os pais sobre os cuidados ao coto umbilical
- ✓ Treinar os pais a realizar a higiene da criança
- ✓ Treinar os pais sobre a troca de fralda
- ✓ Treinar os pais sobre os cuidados ao coto umbilical

Conhecimento dos pais sobre técnica de posicionamento não demonstrado

- ✓ Ensinar os pais sobre técnica de posicionamento

Aprendizagem de habilidades dos pais para execução da técnica do posicionamento não demonstrado

- ✓ Instruir os pais sobre técnica de posicionamento
- ✓ Treinar os pais sobre técnica de posicionamento

Conhecimentos dos pais sobre gestão do regime terapêutico não demonstrado

- ✓ Providenciar material de leitura sobre regime terapêutico
- ✓ Ensinar os pais sobre regime medicamentoso da criança

Aprendizagem de habilidades dos pais para gerir o regime terapêutico não demonstrado

- ✓ Instruir os pais sobre regime medicamentoso da criança
- ✓ Treinar os pais sobre regime medicamentoso da criança

Conhecimentos dos pais sobre prevenção de complicações não demonstrado

- ✓ Ensinar os pais sobre monitorização da temperatura corporal
- ✓ Ensinar os pais sobre prevenção de complicações

Aprendizagem de habilidades dos pais para prevenir complicações não demonstrado

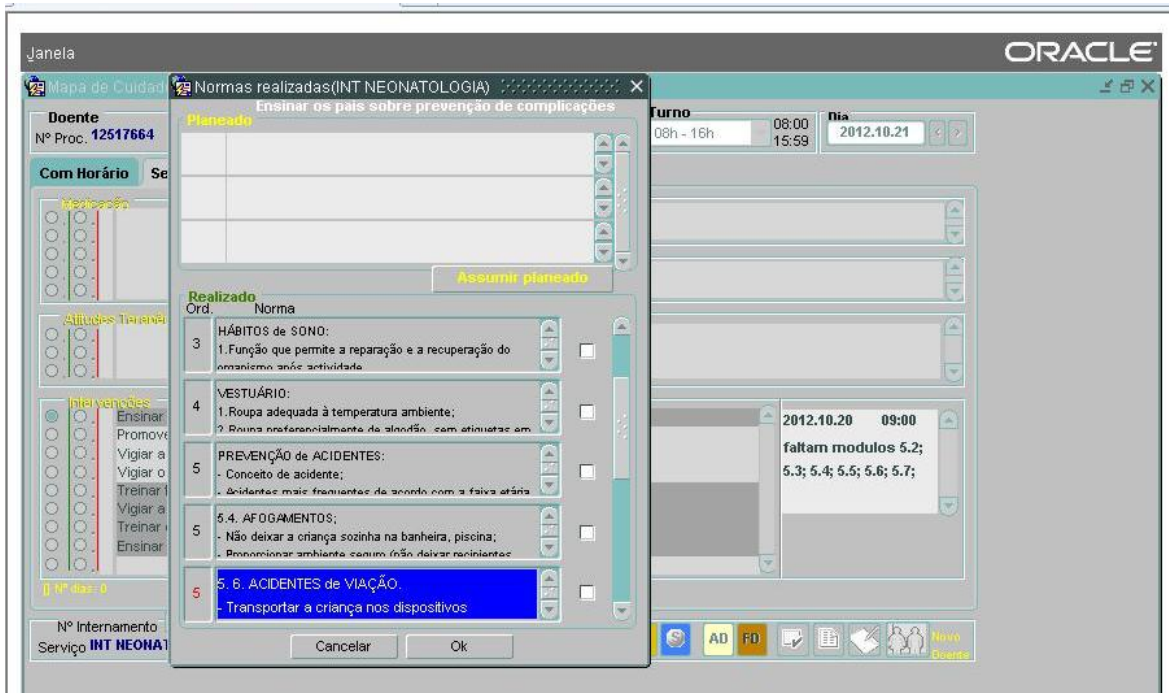
- ✓ Instruir os pais a monitorizar a temperatura corporal
- ✓ Treinar os pais a monitorizar a temperatura corporal

Conhecimento dos pais sobre a vigilância da saúde da criança não demonstrado

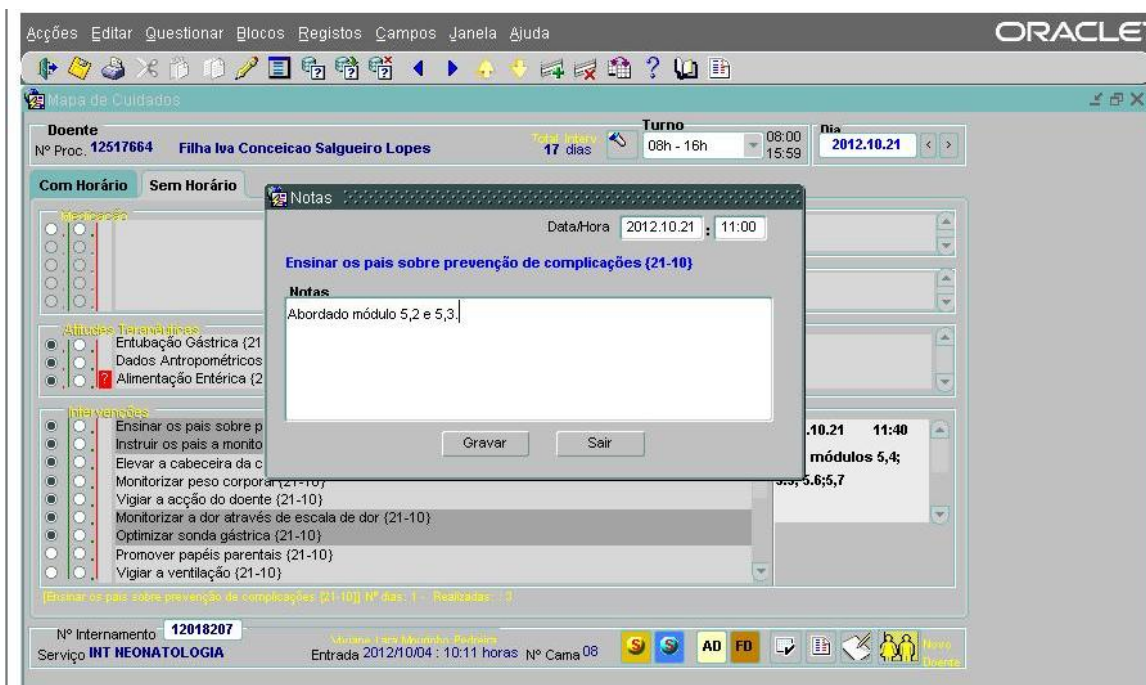
- ✓ Ensinar os pais sobre resposta à vacinação
- ✓ Ensinar os pais sobre vigilância de saúde após alta

## Registo

Para passar o **conhecimento e aprendizagem** dos pais/criança de não demonstrado para demonstrado, o enfermeiro valida os diversos itens de ensino.



O enfermeiro regista a evolução dos ensinos feitos aos pais, referenciando os itens em **nota associada**.



À medida que os diferentes aspetos do ensino vão sendo abordados, se necessário, regista nas **especificações**, os Módulos/ítems que faltam abordar.

The screenshot shows the Oracle software interface for patient interventions. The patient is identified as 'Filha Iva Conceicao Salgueiro Lopes' with process number 12517664. The interface includes a table for interventions with columns for Date, Start Time, and End Time. Below this, there are options for 'Horário' (Schedule) and 'Turnos Fixos' (Fixed Shifts).

Intervenções	Data	Início	Termino	Especificações
Promover papéis parentais	2012.10.04	10:44		2012.10.20 09:00
Ensinar os pais sobre prevenção de complicações	2012.10.20	10:18		faltam módulos 5.2, 5.3, 5.4; 5.5, 5.6, 5.7;
Instruir os pais a monitorizar a temperatura corporal	2012.10.20	10:18		
Treinar os pais a monitorizar a temperatura corporal	2012.10.20	10:19		
Ensinar os pais sobre regime medicamentoso da criança	2012.10.20	14:11		

Por fim mantendo atualizado o plano, verifica-se status e qualificadores, passando a demonstrado e fechando as correspondentes intervenções.

The screenshot shows a detailed view of a 'Fenómeno: Papel Parental' (Phenomenon: Parental Role) within the Oracle software. A dialog box is open for updating the status of various learning objectives. The dialog lists several objectives, each with a status indicator (e.g., 'Não Demonstrado', 'Demonstrado') and a date/time stamp. The user is prompted to 'Inserir Status' (Insert Status) or 'Fechar Status' (Close Status).

Objetivo	Status	Data/Hora
Aprendizagem de Habilidades dos pais para p...	Não Demonstrado	Sab, 20 Out 14:10 conhecimento dos pais sobre gestão do regime terapêutico da criança no papel parental não demonstrado
	Demonstrado	Sab, 20 Out 10:18 aprendizagem de habilidades dos pais para prevenir complicações no papel parental não demonstrado
	Não Demonstrado	Sab, 20 Out 10:16 conhecimento dos pais sobre prevenção de complicações no papel parental não demonstrado
	Demonstrado	Sab, 20 Out 10:13 aprendizagem de habilidades dos pais para executar técnica de posicionamento no papel parental não demonstrado
	Não Demonstrado	Qui, 18 Out 19:39 aprendizagem de habilidades dos pais para executar técnica de posicionamento no papel parental não demonstrado
	Demonstrado	Qui, 18 Out 19:38 conhecimento dos pais sobre técnica de posicionamento no papel parental não demonstrado
	Não Demonstrado	Qui, 18 Out 19:38 aprendizagem de habilidades dos pais para prevenir complicações no papel parental não demonstrado
	Demonstrado	Qui, 18 Out 19:38 conhecimento dos pais sobre prevenção de complicações no papel parental não demonstrado
	Não Demonstrado	Dom, 07 Out 17:23 aprendizagem de habilidades dos pais para interagir com a criança no papel parental demonstrado
	Demonstrado	Dom, 07 Out 12:33 conhecimento dos pais sobre a interação com a criança no papel parental demonstrado

## PATERNIDADE

Paternidade é um tipo de Processo Familiar com as seguintes características específicas: assumir as responsabilidades de ser pai(s); comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças, interiorizando as expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados. (CIPE, 2003, p.66)

### Paternidade Comprometida:

Um fenómeno de enfermagem avaliado como Comprometido o é um fenómeno de enfermagem avaliado em relação a Compromisso com as seguintes características específicas: afirmação de que um fenómeno de enfermagem se expôs ou ficou aberto ao mal ou se colocou em perigo. (CIPE, 2003, p.88)

São vários os fatores que podem comprometer a ligação entre a criança e os pais. Dos quais se destacam:

- ✓ Pais solteiros ou adolescentes;
- ✓ Pais emocionalmente perturbados e/ ou dependentes de substâncias;
- ✓ Pais com problemas sociais (problemas judiciais, prisão, carências económicas);
- ✓ Ambientes familiares alargados problemáticos com perturbação dos processos familiares (separação do núcleo familiar);

E poderão ter múltiplas manifestações:

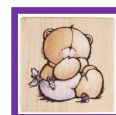
- ✓ Défice de interação com a criança (não chamar a criança pelo nome, não brincar e acarinhar a criança, evitar o contacto íntimo com o filho);
- ✓ Verbalização ou expressão de insatisfação e desapontamento com a criança;
- ✓ Verbalização do desagrado no desempenho do papel de pais;
- ✓ Evidência de abuso ou negligência da criança.

## **Intervenções**

- ✓ Incentivar o envolvimento familiar
- ✓ Promover ligação mãe-filho
- ✓ Requerer presença mãe/pai
- ✓ Assistir os pais a tomar conta da criança
- ✓ Promover paternidade
- ✓ Encorajar os pais para o desempenho do papel parental
- ✓ Avaliar o comportamento da mãe durante a hospitalização
- ✓ Requerer serviço social

**Anexo IV**  
**Check-List Ensinos**

Check-List de Ensinos  
Papel Parental



Alimentação

	Ensino	Instrução	Treino
Sinais de Fome do Recém-Nascido			
Alimentação por Colher			
Alimentação por Tetina			
Descongelamento de Leite Materno			
Aquecimento de Leite Materno			
Amamentação			
Preparação do Biberão			

Higiene

	Ensino	Instrução	Treino
Banho			
Cuidados aos Olhos			
Mudança de Fralda			
Cuidados ao Coto Umbilical			

**Posicionamento**

	<b>Ensino</b>	<b>Instrução</b>	<b>Treino</b>
Posicionamento			

**Regime  
Terapêutico**

	<b>Ensino</b>	<b>Instrução</b>	<b>Treino</b>
Regime Terapêutico			

**Prevenção  
Complicações**

	<b>Ensino</b>	<b>Instrução</b>	<b>Treino</b>
Monitorização da Temperatura Corporal			
Técnica de Arrefecimento e Aquecimento Corporal			
Eliminação Intestinal			
Eliminação Vesical			
Hábitos de Sono			
Vestuário			
Prevenção de Acidentes			

**Anexo V**

**Instrumento de Levantamento de Necessidade de Formação e Tabela de Resultados**

Questionário aos Enfermeiros do Serviço de Pediatria do Hospital São Francisco Xavier, no âmbito da Sessão Formativa a realizar “ *Promoção do Papel Parental – no recém-nascido*”.



Este questionário apresenta-se apenas como uma forma de obter contributos para uma melhor adequação de conteúdos na construção da Sessão Formativa “ *Promoção do Papel Parental – no recém-nascido*”, que irá realizar-se posteriormente como apoio à reformulação e atualização do padrão documental no âmbito do Foco Papel Parental. Solicito assim a sua colaboração através do preenchimento do seguinte questionário, tendo em conta as suas dificuldade/dúvidas.

**Nível de Dificuldade relativamente a:**

	Muita Dificuldade	Pouca Dificuldade	Sem Dificuldade
<b>Articulação de Focos com Status:</b>			
<b>Articulação de Status com Intervenções:</b>			
<b>Interdependência de intervenções no âmbito do Ensinar-Instruir-Treinar: (distinção de conceitos)</b>			
<b>Adequação e uniformização do conteúdo a abordar dentro de cada intervenção:</b>			

**Outras dificuldades ou dúvidas não contempladas anteriormente?**

Agradeço a disponibilidade e atenção.

Viviana Mourinho

## Resultados

	Muita Dificuldade	Pouca Dificuldade	Sem Dificuldade
<b>Articulação de Focos com Status:</b>	12%	40%	48%
<b>Articulação de Status com Intervenções:</b>	34,3%	36%	29,7%
<b>Interdependência de intervenções no âmbito do Ensinar-Instruir-Treinar: (distinção de conceitos)</b>	45%	42%	13%
<b>Adequação e uniformização do conteúdo a abordar dentro de cada intervenção:</b>	34%	30%	36%

**Anexo VI**

**Plano de Sessão Formativa “Promoção das Competências Parentais no Recém-Nascido”**

**Plano de Sessão de Sessão Formativa  
Promoção das Competências Parentais no Recém-Nascido**



	<b>CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS</b>	<b>MÉTODOS PEDAGÓGICOS</b>	<b>RECURSOS DIDÁTICOS</b>	<b>TEMPO</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do formador.</li> <li>- Apresentação do tema.</li> <li>- Apresentação da metodologia da sessão.</li> <li>- Comunicação de objetivos da sessão.</li> <li>- Importância de CIPE e Pareceres da Ordem dos Enfermeiros.</li> </ul>	Método Expositivo	Data Show Computador Power Point	10 Minutos
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do Padrão Documental atualizado no âmbito dos Focos Papel Parental e Parentalidade.</li> <li>- Apresentação do documento de apoio Módulos de Ensino.</li> <li>- Apresentação do documento de apoio Check-List de Ensinos.</li> <li>- Apresentação do documento de apoio Manual de Registo SAPE.</li> <li>- Registo SAPE, demonstração e explicação de regras gerais.</li> </ul>	Método Expositivo Método Interrogativo	Data Show Computador Power Point	30 Minutos

<p><b>Conclusão</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conclusão.</li> <li>- Espaço para questões.</li> <li>-Avaliação: Entrega de Instrumento de Avaliação de Sessão Formativa e entrega de Instrumento de Validação de Padrão Documental.</li> </ul>	<p>Método Expositivo Método Interrogativo Método Ativo ( Avaliação)</p>	<p>Data Show Computador Power Point</p>	<p>20 Minutos</p>
-------------------------	--	---	---	-------------------

**Anexo VII**

**Diapositivos de Sessão Formativa “Promoção das Competências Parentais no Recém-Nascido”**

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA & HOSPITAL S. FRANCISCO XAVIER

**PROMOÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS  
NO  
RECÉM-NASCIDO  
Papel Parental e Parentalidade**



**Viviana Mourinho**

**Sob orientação de EESIP Maria Pires**

**Sob a tutoria da Professora Doutora Zaida Charepe**



### Objetivo

**Contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica, no âmbito da promoção do Papel Parental no Recém-Nascido.**



2001

•Ordem dos Enfermeiros nos Enunciados Descritivos de Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros referiu a necessidade de “*existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente*”

2007

•Ordem dos Enfermeiros (OE) em colaboração com o Ministério da Saúde, a definir em Abril de 2007, os “Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais dos SIE” a utilizar no nosso país, definindo a utilização obrigatória da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

2008

•A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu a CIPE como membro da “ Família de Classificações Internacionais da OMS”

2010

•Inquérito Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem foi considerado pela OE que os SIE constituem uma base fundamental para o registo e que “ *difícilmente se poderá conseguir demonstrar de forma inequívoca a importância e impacto dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde do cliente, se os enfermeiros não tiverem ao seu dispor um SIE informático que processe os inputs e outputs do seu trabalho*”



## Padrão Documental

Foco	Diagnóstico	Status/Qualificadores	Intervenções de Enfermagem
Papel Parental	Apoio Parental Alterado/ Não Adequado	Conhecimento do pai sobre Alimentação da criança não desenvolvido	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ensinar a mãe sobre sinais de fome da criança saudável</li> <li>Ensinar ao pai a alimentar a criança (colocar a criança a Aguardar e Desempolgar de 1-3 de 30min) "Enxame ao pai sobre alimentação, trechos, conservação e transporte de Leite Materno"</li> <li>Ensinar ao pai sobre a preparação do biberão</li> </ul>
		Aprendizagem de Habilidades para alimentar com o biberão desenvolvido	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ensinar ao pai sobre como alimentar a criança</li> <li>Ensinar ao pai a preparar o biberão</li> <li>Treinar ao pai a alimentar a criança</li> <li>Treinar ao pai a preparar o biberão</li> </ul>
		Conhecimento do pai sobre higiene da criança não desenvolvido	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ensinar ao pai sobre higiene da criança</li> <li>Ensinar ao pai sobre a troca de fraldas</li> <li>Ensinar ao pai sobre os cuidados ao usar sanfonia</li> </ul>
		Aprendizagem de Habilidades para usar sanfonia, higiene da criança não desenvolvido	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ensinar ao pai sobre como realizar a higiene da criança</li> <li>Ensinar ao pai sobre a troca de fraldas</li> <li>Ensinar ao pai sobre os cuidados ao usar sanfonia</li> <li>Treinar ao pai a realizar a higiene da criança</li> </ul>

Foco	Diagnóstico	Intervenções de Enfermagem
Paternidade	Paternidade Comprometida	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar o nível de envolvimento familiar</li> <li>Promover ligação mãe-filho</li> <li>Requerer presença mãe-pai</li> <li>Apoiar ao pai a tomar conta da criança</li> <li>Promover paternidade</li> <li>Encorajar ao pai para o desempenho do papel parental</li> </ul>

## Documentos de Apoio

**PAPÉIS PARENTAL ALTERADO/ NÃO ADEQUADO**

**Aprendizagem de Habilidades dos pais para realizar a higiene da criança não desenvolvida**

- Ensinar ao pai sobre como realizar a higiene da criança
- Treinar ao pai a realizar a higiene da criança

**Módulo I** BANSO

Permite avaliar o estado nutricional, de acordo com o estado de forma actual. Procura a hidratação adequada presente a água fresca ao beber a água. A água da biberão não deve exceder a 37°C em de preferência.

Atenção especial para a água que deve ser a 70°C, sempre a ebulição de 10 minutos de ebulição. Deve-se evitar beber água quente, ou bebidas demasiado açucaradas.

Deve-se oferecer ao bebé água, concentrada e não ultra-pasteurizada (apenas com água) até ao 1º dia de vida.

Deve-se oferecer água, concentrada e não ultra-pasteurizada e água de cozimento de preferência, mantendo a água a ebulição por 10 minutos.

Deve-se oferecer água de cozimento de preferência, mantendo a água a ebulição por 10 minutos.

Deve-se oferecer água de cozimento de preferência, mantendo a água a ebulição por 10 minutos.

Deve-se oferecer água de cozimento de preferência, mantendo a água a ebulição por 10 minutos.

**Módulo II** CUIDADOS AO CUIDADO

Deve-se oferecer água de cozimento de preferência, mantendo a água a ebulição por 10 minutos.

Deve-se oferecer água de cozimento de preferência, mantendo a água a ebulição por 10 minutos.

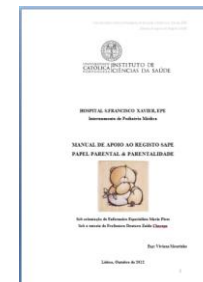
Deve-se oferecer água de cozimento de preferência, mantendo a água a ebulição por 10 minutos.

Deve-se oferecer água de cozimento de preferência, mantendo a água a ebulição por 10 minutos.

Check-list de BANSO

Papel Parental

Item	Realizado	Observações	Assinatura
1. Avaliar o estado nutricional			
2. Procurar a hidratação adequada			
3. Oferecer água de cozimento de preferência			
4. Oferecer água de cozimento de preferência			
5. Oferecer água de cozimento de preferência			
6. Oferecer água de cozimento de preferência			
7. Oferecer água de cozimento de preferência			
8. Oferecer água de cozimento de preferência			
9. Oferecer água de cozimento de preferência			
10. Oferecer água de cozimento de preferência			



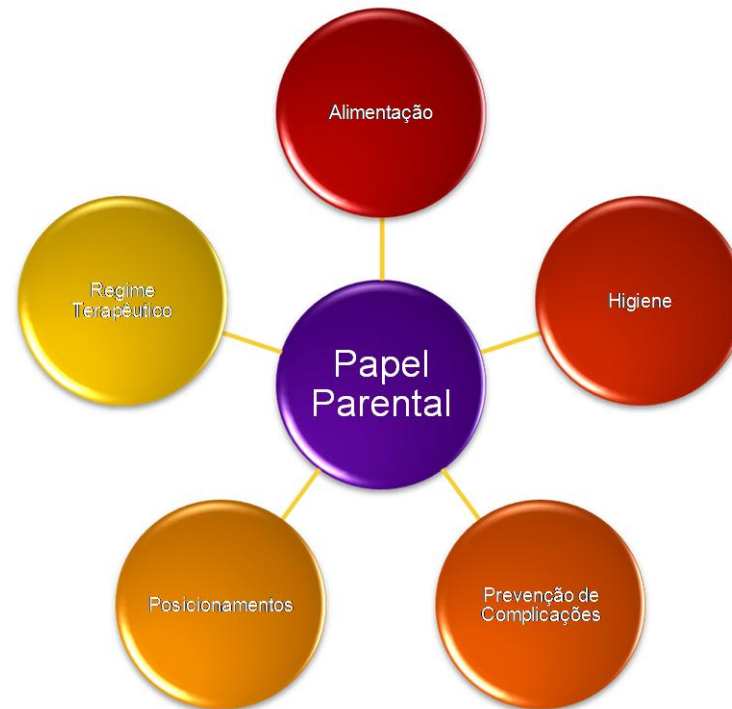
Módulos de Ensino

Check-List

Manual de Apoio



Padrão Documental





## Padrão Documental

**Papel Parental é um tipo de Interação de Papéis com as seguintes características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental para promover um crescimento e desenvolvimento ótimo da criança dependente. (CIPE, 2003, p.63)**

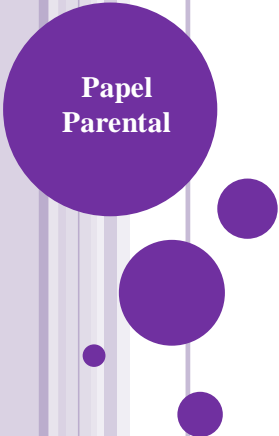
### Papel Parental

Um fenómeno de enfermagem avaliado em relação a Alteração é um fenómeno de enfermagem com as seguintes características específicas: alteração, modificação ou ajustamento de alguma coisa. (CIPE, 2003, p.86)

Um fenómeno de enfermagem avaliado como Não Adequado é um fenómeno de enfermagem avaliado em relação à Adequação com as seguintes características específicas: nega-se a suficiência ou satisfação. (CIPE, 2003, p.86)



**Padrão Documental**



**Papel Parental**

Foco	Diagnóstico	Status/Qualificadores	Intervenções de Enfermagem
<i>Papel Parental</i>	<i>Papel Parental Alterado/Não Adequado</i>	Conhecimento dos pais sobre Alimentação da criança não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ensinar a mãe sobre sinais de fome do recém-nascido</li> <li>✓ Ensinar os pais a alimentar a criança (colocados módulos "": Aquecimento e Descongelação de LM da Norma "Ensinar os pais sobre estimulação, recolha, conservação e transporte do Leite Materno).</li> <li>✓ Ensinar os pais sobre a preparação do biberão</li> </ul>
		Aprendizagem de Habilidades para alimentar a criança não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Instruir os pais sobre como alimentar a criança</li> <li>✓ Instruir os pais a preparar o biberão</li> <li>✓ Treinar os pais a alimentar a criança</li> <li>✓ Treinar os pais a preparar o biberão</li> </ul>
		Conhecimento dos pais sobre higiene da criança não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ensinar os pais sobre higiene da criança</li> <li>✓ Ensinar os pais sobre a troca de fralda</li> <li>✓ Ensinar os pais sobre os cuidados ao coto umbilical</li> </ul>
		<u>Aprendizagem de Habilidades dos pais para realizar a higiene da criança não demonstrado</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Instruir os pais sobre como realizar a higiene da criança</li> <li>✓ Instrui os pais sobre a troca de fralda</li> <li>✓ Instruir os pais sobre os cuidados ao coto umbilical</li> <li>✓ Treinar os pais a realizar a higiene da criança</li> </ul>



**Padrão Documental**

**Papel Parental**

	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Treinar os pais sobre a troca de fralda</li><li>✓ Treinar os pais sobre os cuidados ao coto umbilical</li></ul>
Conhecimento dos pais sobre técnica de posicionamento não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Ensinar os pais sobre técnica de posicionamento</li></ul>
Aprendizagem de habilidades dos pais para execução da técnica do posicionamento não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Instruir os pais sobre técnica de posicionamento</li><li>✓ Treinar os pais sobre técnica de posicionamento</li></ul>
<u>Conhecimentos dos pais sobre gestão do regime terapêutico não demonstrado</u>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <u>Providenciar material de leitura sobre regime terapêutico</u></li><li>✓ Ensinar os pais sobre gestão do regime medicamentoso da criança</li></ul>
<u>Aprendizagem de habilidades dos pais para gerir o regime terapêutico não demonstrado</u>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Instruir os pais sobre gestão do regime medicamentoso da criança</li><li>✓ Treinar os pais sobre gestão do regime medicamentoso da criança</li></ul>



## Padrão Documental

### Papel Parental

Conhecimentos dos pais sobre prevenção de complicações não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <u>Ensinar os pais sobre monitorização da temperatura corporal</u></li><li>✓ Ensinar os pais sobre prevenção de complicações</li></ul>
<u>Aprendizagem de habilidades dos pais para prevenir complicações não demonstrado</u>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <u>Instruir os pais a monitorizar a temperatura corporal</u></li><li>✓ <u>Treinar os pais a monitorizar a temperatura corporal</u></li></ul>
Conhecimento dos pais sobre a vigilância da saúde da criança não demonstrado	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Ensinar os pais sobre resposta à vacinação</li><li>✓ Ensinar os pais sobre vigilância de saúde após alta</li></ul>



## Padrão Documental

**Paternidade é um tipo de Processo Familiar com as seguintes características específicas: assumir as responsabilidades de ser pai(s); comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças, interiorizando as expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados. (CIPE, 2003, p.66)**

### Paternidade

Um fenómeno de enfermagem avaliado como Comprometido o é um fenómeno de enfermagem avaliado em relação a Compromisso com as seguintes características específicas: afirmação de que um fenómeno de enfermagem se expôs ou ficou aberto ao mal ou se colocou em perigo. (CIPE, 2003, p.88)



## Padrão Documental

São vários os fatores que podem comprometer a ligação entre a criança e os pais. Dos quais se destacam:

- ✓ Pais solteiros ou adolescentes;
- ✓ Pais emocionalmente perturbados e/ ou dependentes de substâncias;
- ✓ Pais com problemas sociais (problemas judiciais, prisão, carências económicas);
- ✓ Ambientes familiares alargados problemáticos com perturbação dos processos familiares (separação do núcleo familiar);

Paternidade

E poderão ter múltiplas manifestações:

- ✓ Défice de interação com a criança (não chamar a criança pelo nome, não brincar e acarinhar a criança, evitar o contacto íntimo com o filho);
- ✓ Verbalização ou expressão de insatisfação e desapontamento com a criança;
- ✓ Verbalização do desagrado no desempenho do papel de pais;
- ✓ Evidência de abuso ou negligência da criança.



## Padrão Documental

Foco	Diagnóstico	Intervenções de Enfermagem
<i>Paternidade</i>	<i>Paternidade Comprometida</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Incentivar o envolvimento familiar</li><li>✓ Promover ligação mãe-filho</li><li>✓ Requerer presença mãe/pai</li><li>✓ Assistir os pais a tomar conta da criança</li><li>✓ <u>Promover paternidade</u></li><li>✓ <u>Encorajar os pais para o desempenho do papel parental</u></li><li>✓ Avaliar o comportamento da mãe durante a hospitalização</li><li>✓ Requerer serviço social</li></ul>

Paternidade



## Módulos de Ensino

O instrumento Módulos de Ensino tem como objetivo promover a uniformização, consistência e continuidade dos conteúdos abordados em cada intervenção. O mesmo apresenta as diretrizes segundo diversas referências em Pediatria relacionadas com cada uma das temáticas identificadas como pertinentes no âmbito da promoção das competências parentais.

Papel  
Parental



## Módulos de Ensino

### Papel Parental

#### PAPEL PARENTAL ALTERADO / NÃO ADEQUADO

##### *Conhecimento dos pais sobre Alimentação da criança não demonstrado*

##### ✓ Ensinar os pais a alimentar a criança

###### Módulo I

###### ALIMENTAÇÃO POR COLHER:

- Referir qual o posicionamento correcto da criança;
- Explicar os reflexos de deglutição e respiração e a sua correcta coordenação;
- Articular com Fisioterapia.

###### Módulo II

###### ALIMENTAÇÃO POR TETINA:

- Referir qual o posicionamento correcto da criança;
- Referir a posição correcta do biberão para evitar entrada de ar;
- Explicar a melhor forma de promover a Eructação;
- Adequar a tetina.

###### Módulo III

###### DESCONGELAÇÃO de LM

- O LM é descongelado dentro do frigorífico;
- Descongelar a quantidade total (as gorduras separam-se ao congelar);
- Em caso de necessidade extrema e se necessário utilização imediata, poder-se-á descongelar rapidamente o LM colocando o recipiente sob água fria e depois morna.

###### Módulo IV

###### AQUECIMENTO de LM

- Deve ser efectuado em "Banho-Maria" a temperatura não superior a 40°C;
- Deve ser controlado, num máximo de 40 minutos, para que o leite fique apenas morno;
- O leite que não for utilizado, não deve ser reaquecido.

###### Módulo V

###### AMAMENTAÇÃO

- Uso de roupas confortáveis e práticas para a mãe;
- O posicionamento da mãe e da criança adequado e confortável;
- O bebé deve esvaziar totalmente uma mama pois o leite do final da mamada é mais calórico e saciador, contudo deve-se oferecer depois a outra mama, caso o bebé ainda não esteja satisfeito. Desta forma deverá iniciar-se a próxima mamada pela mama que foi oferecida em último lugar na mamada anterior;
- O tempo de permanência na mama em cada mamada não deve ser estabelecido uma vez que a habilidade do bebé em esvaziar a mama varia em cada bebé e em cada mamada;



## Módulos de Ensino

### Papel Parental

#### PAPEL PARENTAL ALTERADO/NÃO ADEQUADO

##### Aprendizagem de Habilidades dos pais para realizar a higiene da criança não demonstrado

- ✓ Instruir os pais sobre como realizar a higiene da criança
- ✓ Treinar os pais a realizar a higiene da criança

##### Módulo I

##### BANHO

- Providenciar material necessário, dispondo o mesmo de forma acessível;
- Preparar a banheira colocando primeiro a água fria e só depois a quente. A água da banheira não deve exceder os 10 cm de profundidade
- Avaliar temperatura da água que deverá rondar 37°C através da submersão da face interna do punho ou cotovelo durante alguns segundos, ou utilizando termómetro adequado;
- Utilizar sabonete com pH neutro, incentivando a sua não utilização (banho apenas com água) até ao 4º dia de vida;
- Inserir o recém-nascido, suavemente na água, ligeiramente sentado e apoiado nos braços do prestador de cuidados, mantendo a cabeça e ombros fora de água;
- Lavar o recém-nascido em movimentos circulares, no sentido ~~cefalo~~-caudal, dando especial atenção às pregas cutâneas e genitais, passando a água pelo recém-nascido suavemente;
- Envolver o bebé na toalha e secar a pele com movimentos suaves dedicando especial atenção às zonas de flexão, pavilhões auriculares e pregas cutâneas.
- Realizar massagem com creme hidratante adequado ao Ph da pele do bebé.

##### Módulo II

##### CUIDADOS AOS OLHOS:

- Utilizar compressas/ bolas de algodão, e soro fisiológico/ água fervida arrefecida;
- Limpar suavemente o olho do canto externo para o interno ou no sentido da zona mais limpa para a mais suja;
- Para cada movimento de limpeza descrito no ponto anterior deverá ser utilizada uma nova compressa/bola de algodão.



## Módulos de Ensino

### Papel Parental

PAPEL PARENTAL ALTERADO / NÃO ADEQUADO	
<i>Conhecimento dos pais sobre técnica de posicionamento não demonstrado</i>	
✓ <b>Ensinar os pais sobre técnica de posicionamento</b>	
<b>Módulo I</b>	<b>POSICIONAMENTO:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Importância da adesão à técnica de posicionamento para dormir na Prevenção do Síndrome de Morte Súbita;</li><li>- Posicionamento recomendado (Decúbito dorsal) - DGS - Boletim individual de Saúde, Academia Americana de Pediatria, 2009);</li><li>- Recomendações adicionais na Prevenção do Síndrome de Morte Súbita;</li><li>- Local para dormir,</li><li>- Uso de almofada, faldas, acessórios</li><li>- Colchão</li><li>- Sobreaquecimento</li></ul>



## Módulos de Ensino

### Papel Parental

PAPEL PARENTAL ALTERADO / NÃO ADEQUADO	
<i>Conhecimentos dos pais sobre prevenção de complicações não demonstrado</i>	
✓ <b>Ensinar os pais sobre prevenção de complicações</b>	
<b>Módulo I</b>	<b>ELIMINAÇÃO INTESTINAL:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Características (cor, consistência, quantidade e cheiro);</li> <li>- Frequência.</li> </ul>
<b>Módulo II</b>	<b>ELIMINAÇÃO URINÁRIA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Características (cor, quantidade e cheiro);</li> <li>- Frequência.</li> </ul>
<b>Módulo III</b>	<b>HÁBITOS de SONO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Função que permite a reparação e a recuperação do organismo após atividade;</li> <li>- Os padrões de sono vão-se alterando consoante a idade</li> <li>- Durante um período de sono, a criança passa por diversos estados que caracterizam a sua interação com o meio ambiente.</li> </ul>
<b>Módulo IV</b>	<b>VESTUÁRIO:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Roupa adequada à temperatura ambiente;</li> <li>- Roupa preferencialmente de algodão, sem etiquetas em contacto <u>directo</u> com a pele;</li> <li>- Tamanho adequado;</li> <li>- Previamente lavada com detergente preferencialmente hipoalergénico e bem enxaguada.</li> </ul>
<b>Módulo V</b>	<b>PREVENÇÃO de ACIDENTES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conceito de acidente;</li> <li>- Acidentes mais frequentes de acordo com a faixa etária;</li> <li>- Informação sobre linhas de apoio: APSI; CIAV; Saúde 24; 112.</li> </ul> <p><b>Asfixia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinais de Asfixia;</li> <li>- Sinais de Engasgamento;</li> <li>- Atuação na asfixia/engasgamento (desobstrução vias aéreas, estratégias adequadas à idade)</li> <li>- Medidas de segurança:</li> <li>- Não colocar fios ao pescoço do bebé;</li> <li>- Ter cuidado com objetos pequenos suscetíveis de provocar engasgamento;</li> </ul>

- Posicionar corretamente criança durante a alimentação;
- Adequar consistência dos alimentos à idade da criança;
- Até ao ano de idade:
  - Dormir preferencialmente em decúbito dorsal, nunca em decúbito ventral;
  - Não colocar almofadas, fraldas, brinquedos ou outros objetos no berço;
  - Ao deitar, colocar o bebé com os pés a tocar no fundo da cama, não usar roupa pesada.

**Quedas:**

- Tipo de quedas mais frequentes em cada faixa etária e respetivas medidas preventivas.

**Queimaduras:**

- Verificar temperatura da água do banho (face interna do pulso ou termómetro);
- Verificar temperatura dos alimentos antes de os oferecer à criança (ex: colocar algumas gotas de leite na face interna do pulso);
- Manter líquidos quentes afastados da criança (água, café, chá, etc);
- Manter a criança afastada de fontes de calor (ex: fogões, lareiras, aquecedores);
- Proteger adequadamente do sol (protetor de fator elevado, roupa, hora de exposição ao sol).

**Aforamentos:**

- Não deixar a criança sozinha na banheira, piscina;
- Proporcionar ambiente seguro (não deixar recipientes com água abandonados, vedar piscinas).

**Intoxicações:**

- Optar por produtos com tampa de segurança;
- Guardar produtos químicos e medicamentos bem rotulados e fechados, em local fora do alcance e do olhar das crianças.

**ACIDENTES de VIACÃO:**

- Transportar a criança nos dispositivos adequados ao seu peso e idade, cumprindo as disposições legais (normas de segurança rodoviária).



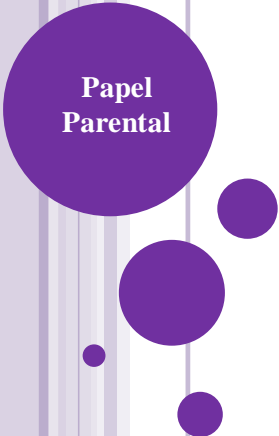
## Check-List

A **Check-List de Ensinos**, tem como objetivo, ser um instrumento transitório, no sentido de auxiliar a continuidade de ensinos e a rápida identificação do ponto atual de situação no processo de aquisição de competências parentais. O mesmo apresenta tópicos das temáticas abordadas, desenhando o processo desejado.

Papel  
Parental



Check-List



Papel Parental

**Check-List de Ensinos**  
**Papel Parental**

**Alimentação**

	Ensino	Instrução	Treino
Sinais de Fome do Recém-Nascido			
Alimentação por Colher			
Alimentação por Tetina			
Descongelação de Leite Materno			
Aquecimento de Leite Materno			
Amamentação			
Preparação do Biberão			

**Higiene**

	Ensino	Instrução	Treino
Banho			
Cuidados aos Olhos			
Mudança de Fralda			
Cuidados ao Coto Umbilical			

**Posicionamento**

	Ensino	Instrução	Treino
Posicionamento			

**Regime Terapêutico**

	Ensino	Instrução	Treino
Regime Terapêutico			

**Prevenção de Complicações**

	Ensino	Instrução	Treino
Monitorização da Temperatura Corporal			
Técnica de Arefecimento e Aquecimento Corporal			
Eliminação Intestinal			
Eliminação Vesical			
Hábitos de Sono			
Vestúário			
Prevenção de Acidentes			



## Manual de Apoio

O Manual de Apoio à SAPE visa a correta programação de diagnósticos, status, qualificadores e intervenções, permitindo assim a eficácia e clareza e uniformização do registo pretendida.

Papel  
Parental



## Registo Regras Gerais

- ☆ Nos *Diagnósticos de Enfermagem* quando temos que levantar Qualificadores/Status (conhecimento e/ ou aprendizagem) devemos identificar primeiro o Diagnóstico de 1º Nível (ex: papel parental não adequado) e só depois os Diagnóstico de 2º Nível (ex: conhecimento dos pais sobre...).
- ☆ Os qualificadores não devem aparecer com o status demonstrado sem primeiramente estar identificado o não demonstrado.

*Sugestão:* Em situações de gémeos (...)

Papel  
Parental



## Registo Regras Gerais

Para passar o conhecimento e aprendizagem dos pais/criança de não demonstrado para demonstrado, o enfermeiro valida os diversos itens de ensino.

Papel  
Parental

Janela

Mapa de Cuidado

Normas realizadas(INT NEONATOLOGIA)

Doente  
Nº Proc. 12517664

Com Horário Se

Medicação

Atividades Terapias

Intervenções

Ensinar  
Promover  
Vigiar a  
Treinar a  
Vigiar a  
Treinar a  
Ensinar

Nº Internamento  
Serviço INT NEONAT

Turno 08h - 16h Dia 2012.10.21

Assumir planeado

Realizado

Ord.	Norma	Realizado
3	HÁBITOS de SONO: 1. Função que permite a reparação e a recuperação do organismo, após atividade	
4	VESTUÁRIO: 1. Roupa adequada à temperatura ambiente; 2. Roupa preferencialmente de algodão, com botões em	
5	PREVENÇÃO de ACIDENTES: - Conceito de acidente; - Acidentes mais frequentes de acordo com a faixa etária	
5.4	AFOGAMENTOS: - Não deixar a criança sozinha na banheira, piscina; - Prevenir ambiente seguro (não deixar brinquedos	
5.6	ACIDENTES de VIAÇÃO: - Transportar a criança nos dispositivos	

2012.10.20 09:00  
faltam modulos 5.2;  
5.3; 5.4; 5.5; 5.6; 5.7;

Cancelar Ok

Oracle

AD FO

Novo Escrita



## Registo Regras Gerais

O enfermeiro regista a evolução dos ensinos feitos aos pais, referenciando os itens em nota associada.

Papel  
Parental

The screenshot displays the Oracle nursing system interface. At the top, there is a menu bar with options: 'Acções', 'Editar', 'Questionar', 'Blocos', 'Registos', 'Campos', 'Janela', and 'Ajuda'. Below the menu is a toolbar with various icons. The main window shows patient information: 'Doente' (Patient) with 'Nº Proc.' 12517664, 'Turno' (Shift) 08h - 16h, and 'Dia' (Date) 2012.10.21. A 'Nota' dialog box is open, titled 'Ensinar os pais sobre prevenção de complicações (21-10)'. The dialog contains a text area with the note: 'Abordado módulo 5,2 e 5,3'. Below the text area are 'Gravar' (Save) and 'Sair' (Exit) buttons. The background interface shows a list of interventions under 'Intervenções' (Interventions), including 'Ensinar os pais sobre p', 'Instruir os pais a monito', 'Elevar a cabeceira da c', 'Monitorizar peso corpora', 'Vigiar a acção do doente (21-10)', 'Monitorizar a dor através de escala de dor (21-10)', 'Optimizar sonda gástrica (21-10)', 'Promover papéis parentais (21-10)', and 'Vigiar a ventilação (21-10)'. The bottom status bar shows 'Nº Internamento' 12018207, 'Serviço' INT NEONATOLOGIA, and 'Entrada' 2012/10/04 : 10:11 horas Nº Cama 08.



## Registo Regras Gerais

À medida que os diferentes aspetos do ensino vão sendo abordados, se necessário, regista nas especificações, os Módulos/itens que faltam abordar.

### Papel Parental

Oracle

Intervenções de Enfermagem

Doente: Rita Susana Pinheiro Silva  
Nº Processo: 12517664  
Idade: 0 anos

Intervenções	Data	Início	Termo	Especificações
Promover papéis parentais	2012.10.04	10:44		2012.10.20 09:00
Ensinar os pais sobre prevenção de complicações	2012.10.20	10:18		faltam módulos 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7,
Instruir os pais a monitorizar a temperatura corporal	2012.10.20	10:18		
Treinar os pais a monitorizar a temperatura corporal	2012.10.20	10:19		
Ensinar os pais sobre regime medicamentoso da criança	2012.10.20	14:11		

Horário

Turnos Fixos

Turnos	Data	Início	Termo
08h - 16h	2012.10.20	10:18	
16h - 23h	2012.10.20	10:18	

Nº Internamento: 12018207  
Serviço: INT NEONATOLOGIA  
Data/Hora Entrada: 2012/10/04 : 10:11 horas  
Nº Cama: 08



## Registo Regras Gerais

Por fim mantendo atualizado o plano, verifica-se status e qualificadores, passando a demonstrado e fechando as correspondentes intervenções.

### Papel Parental

The screenshot displays the Oracle Health Information System (HIS) interface. The main window is titled "Processo de Enfermagem" and shows a patient's care plan for the phenomenon "Papel Parental". The interface includes a menu bar (Ações, Editar, Questionar, Blocos, Registos, Campos, Janela, Ajuda) and a toolbar. The patient's name is "Doente" and the process number is "Nº Process...".

The care plan is organized into a tree structure with the following items:

- ↳ Não Demonstrado
  - Aprendizagem de Habilidades dos pais para p...
    - ↳ Demonstrado
  - ↳ Não Demonstrado
- Conhecimento dos pais sobre vacinação da c...
  - ↳ Demonstrado
  - ↳ Não Demonstrado
- Conhecimento dos pais sobre a interação co...
  - ↳ Demonstrado
  - ↳ Não Demonstrado
- Aprendizagem de Habilidades dos pais para i...
  - ↳ Demonstrado

The right pane shows a list of interventions with their status and dates:

Data	Intervenção	Status
Sab, 20 Out 14:10	conhecimento dos pais sobre gestão do regime terapêutico de crianças no papel parental não	
Sab, 20 Out 10:18	aprendizagem de habilidades dos pais para prevenir complicações no papel parental não	
Sab, 20 Out 10:16	conhecimento dos pais sobre prevenção de complicações no papel parental não	
Sab, 20 Out 10:13	aprendizagem de habilidades dos pais para avaliar técnicas de posicionamento no papel parental	
Qui, 18 Out 19:39	aprendizagem de habilidades dos pais para avaliar técnicas de posicionamento no papel parental	
Qui, 18 Out 19:39	conhecimento dos pais sobre técnica de posicionamento no papel parental não demonstrado	
Qui, 18 Out 19:38	aprendizagem de habilidades dos pais para prevenir complicações no papel parental não	X
Qui, 18 Out 19:38	conhecimento dos pais sobre prevenção de complicações no papel parental não demonstrado	X
Dom, 07 Out 17:23	aprendizagem de habilidades dos pais para inferir com a criança no papel parental demonstrado	
Dom, 07 Out 12:33	conhecimento dos pais sobre a interação com a criança no papel parental demonstrado	

At the bottom of the window, the name "Rita Susana Pinheiro Silva" is visible.



### Considerações Finais

A CIPE é o instrumento definido como obrigatório para documentação da prática de enfermagem nos SIE, que progressivamente serão a realidade profissional de todos os enfermeiros no nosso país. A sua conceção é o resultado da tentativa de universalizar a linguagem em enfermagem, com o intuito de afirmar e evoluir a autonomia dos seus cuidados, dos seus “outcomes” e respetiva visibilidade.

A enfermagem deve conseguir contextualizar o seu papel no processo de permanente alteração das condições económicas e sociopolíticas que ditam inerentemente as políticas de saúde, no sentido de interpretar as melhores estratégias em resposta ao seu contexto de atuação e de responsabilidade assumida perante a sociedade.

Deste modo, é essencial a formação de enfermeiros “especialistas” em CIPE que se constituam como elementos dinamizadores nas respetivas instituições e contextos clínicos, na continuação do objetivo da excelência do exercício profissional.



## Referências Bibliográficas

Barros, I.; Botelho, T. (2009). *Necessidades e Stress Parental nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais: Dissertação de Mestrado em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. . [Consulta 3 Outubro 2012]. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/977/1/DM%20BARR-II.pdf>

Bobak; Lowdermilk; Jensen (2006). *Enfermagem na Maternidade*. 4ª Edição, Loures: Lusociência.

Ferreira, M.; Costa, M. (2004). *Cuidar em Parceria: Subsídio para a Vinculação Pais/Bebé Pré-Termo*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu, Viseu. [Consulta 2 Outubro 2012]. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/442/1/Cuidar%20em%20parceria.pdf>

International Council of Nurses. (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. 2ª Edição, Lisboa. Associação Portuguesa de Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Dezembro.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) – Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnicos e funcionais*. Abril 2007.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados de Saúde*. Outubro 2007.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Vol. 1)*. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*.

Ordem dos Enfermeiros (Conselho de Enfermagem) (2011). *Inquérito Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PPQCE)*.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*.

Promoção da Segurança Infantil (2009). *Vale a Pena crescer em segurança: Evitar os acidentes no primeiro ano de vida*. Lisboa. [Consulta 9 Outubro 2012]. Disponível em: <http://www.apsi.org.pt/downloads/folheto2009b.pdf>

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro- Decreto- lei nº 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril).

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2012). *A Síndrome de Morte Súbita do Lactente: DGS - Boletim individual de Saúde, Academia Americana de Pediatria*, 2009. [Consulta 12 Outubro 2012]. Disponível em: <http://www.spp.pt/UserFiles/File/Noticias/Document1.pdf>

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2012). *Consensos de Neonatologia (2004): Aleitamento Materno*. [Consulta 12 Outubro 2012]. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/File/Consensos\\_Nacionais\\_Neonatologia\\_2004/Aleitamento\\_Materno.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/File/Consensos_Nacionais_Neonatologia_2004/Aleitamento_Materno.pdf)

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2012). *Consensos de Neonatologia (2004): Cuidados Cutâneos ao Recém-Nascido*. [Consulta 12 Outubro 2012]. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/File/Consensos\\_Nacionais\\_Neonatologia\\_2004/Cuidados\\_Cutaneos\\_Recem-nascido.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/File/Consensos_Nacionais_Neonatologia_2004/Cuidados_Cutaneos_Recem-nascido.pdf)

UNICEF (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Edição Revista. Lisboa. [Consulta 11 Outubro 2012]. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/File/Publicacoes/manual\\_aleitamento\\_UNICEF.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/File/Publicacoes/manual_aleitamento_UNICEF.pdf)

Wong [et al] (2006). *Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva*. Lisboa : 6ª Edição: Guanabara Koogan..

**Anexo VIII**

**Instrumento de Validação de Padrão Documental e Tabela de Resultados**

Questionário aos Enfermeiros do Serviço de Pediatria do Hospital São Francisco Xavier, no âmbito da Sessão Formativa a realizada “ *Promoção do Papel Parental – no recém-nascido*”.



Este questionário apresenta-se como uma forma de Validação do Padrão Documental no âmbito dos Focos Papel Parental e Parentalidade apresentado. Permitindo, deste modo, a sua validação ou nova reformulação se necessário. Solicito assim a sua colaboração através do preenchimento do seguinte questionário.

**1.No Foco Papel Parental, ao nível dos Status definidos considera:**

	Não Adequado	Parcialmente Adequado	Adequado
<b>Papel Parental Alterado</b>			
<b>Papel Parental Não Adequado</b>			

Se considerou Não Adequado ou Parcialmente Adequado, justifique e/ou apresente a sua sugestão:

**2.Ao nível dos qualificadores sugeridos no Foco Papel Parental considera:**

	<b>Não Adequado</b>	<b>Parcialmente Adequado</b>	<b>Adequado</b>
<b>Conhecimento dos pais sobre Alimentação da criança não demonstrado</b>			
<b>Aprendizagem de Habilidades para alimentar a criança não demonstrado</b>			
<b>Conhecimento dos pais sobre higiene da criança não demonstrado</b>			
<b>Aprendizagem de Habilidades dos pais para realizar a higiene da criança não demonstrado</b>			
<b>Conhecimento dos pais sobre técnica de posicionamento não demonstrado</b>			
<b>Aprendizagem de habilidades dos pais para execução da técnica do posicionamento não demonstrado</b>			
<b>Conhecimentos dos pais sobre gestão do regime terapêutico não demonstrado</b>			
<b>Aprendizagem de habilidades dos pais para gerir o regime terapêutico não demonstrado</b>			
<b>Conhecimentos dos pais sobre prevenção de complicações não demonstrado</b>			
<b>Aprendizagem de habilidades dos pais para prevenir complicações não demonstrado</b>			
<b>Conhecimento dos pais sobre a vigilância da saúde da criança não demonstrado</b>			

Se considerou Não Adequado ou Parcialmente Adequado, justifique e/ou apresente a sua sugestão:

**3. Ao nível das intervenções sugeridas no Foco Papel Parental em cada qualificador considera:**

	<b>Não Adequado</b>	<b>Parcialmente Adequado</b>	<b>Adequado</b>
<b>Conhecimento dos pais sobre Alimentação da criança não demonstrado</b>			
<b>Aprendizagem de Habilidades para alimentar a criança não demonstrado</b>			
<b>Conhecimento dos pais sobre higiene da criança não demonstrado</b>			
<b>Aprendizagem de Habilidades dos pais para realizar a higiene da criança não demonstrado</b>			
<b>Conhecimento dos pais sobre técnica de posicionamento não demonstrado</b>			
<b>Aprendizagem de habilidades dos pais para execução da técnica do posicionamento não demonstrado</b>			
<b>Conhecimentos dos pais sobre gestão do regime terapêutico não demonstrado</b>			
<b>Aprendizagem de habilidades dos pais para gerir o regime terapêutico não demonstrado</b>			
<b>Conhecimentos dos pais sobre prevenção de complicações não demonstrado</b>			
<b>Aprendizagem de habilidades dos pais para prevenir complicações não demonstrado</b>			
<b>Conhecimento dos pais sobre a vigilância da saúde da criança não demonstrado</b>			

Se considerou Não Adequado ou Parcialmente Adequado, justifique e/ou apresente a sua sugestão:

**4.No Foco Paternidade, ao nível do Status definidos considera:**

	Não Adequado	Parcialmente Adequado	Adequado
<b>Paternidade Comprometida</b>			

Se considerou Não Adequado ou Parcialmente Adequado, justifique e/ou apresente a sua sugestão:

**5.Ao nível das intervenções sugeridas no Foco Paternidade considera:**

	Não Adequado	Parcialmente Adequado	Adequado
<b>Incentivar o envolvimento familiar</b>			
<b>Promover ligação mãe-filho</b>			
<b>Requerer presença mãe/pai</b>			
<b>Assistir os pais a tomar conta da criança</b>			
<b>Promover paternidade</b>			
<b>Encorajar os pais para o desempenho do papel parental</b>			
<b>Avaliar o comportamento da mãe durante a hospitalização</b>			
<b>Requerer serviço social</b>			

Se considerou Não Adequado ou Parcialmente Adequado, justifique e/ou apresente a sua sugestão:

## Resultados

1.No Foco Papel Parental, ao nível dos Status definidos considera:

	Não Adequado	Parcialmente Adequado	Adequado
<b>Papel Parental Alterado</b>			100%
<b>Papel Parental Não Adequado</b>	20%	80%	

2.Ao nível dos qualificadores sugeridos no Foco Papel Parental considera:

	Não Adequado	Parcialmente Adequado	Adequado
<b>Conhecimento dos pais sobre Alimentação da criança não demonstrado</b>			100%
<b>Aprendizagem de Habilidades para alimentar a criança não demonstrado</b>		10%	90%
<b>Conhecimento dos pais sobre higiene da criança não demonstrado</b>			100%
<b>Aprendizagem de Habilidades dos pais para realizar a higiene da criança não demonstrado</b>		10%	90%
<b>Conhecimento dos pais sobre técnica de posicionamento não demonstrado</b>			100%
<b>Aprendizagem de habilidades dos pais para execução da técnica do posicionamento não demonstrado</b>			100%
<b>Conhecimentos dos pais sobre gestão do regime terapêutico não demonstrado</b>			100%
			100%

<b>Aprendizagem de habilidades dos pais para gerir o regime terapêutico não demonstrado</b>		
		<i>100%</i>
<b>Conhecimentos dos pais sobre prevenção de complicações não demonstrado</b>		
	<i>10%</i>	<i>90%</i>
<b>Aprendizagem de habilidades dos pais para prevenir complicações não demonstrado</b>		
		<i>100%</i>
<b>Conhecimento dos pais sobre a vigilância da saúde da criança não demonstrado</b>		

**3. Ao nível das intervenções sugeridas no Foco Papel Parental em cada qualificador considera:**

	<b>Não Adequado</b>	<b>Parcialmente Adequado</b>	<b>Adequado</b>
<b>Conhecimento dos pais sobre Alimentação da criança não demonstrado</b>			<i>100%</i>
		<i>10%</i>	<i>90%</i>
<b>Aprendizagem de Habilidades para alimentar a criança não demonstrado</b>			
			<i>100%</i>
<b>Conhecimento dos pais sobre higiene da criança não demonstrado</b>			
		<i>10%</i>	<i>90%</i>
<b>Aprendizagem de Habilidades dos pais para realizar a higiene da criança não demonstrado</b>			
			<i>100%</i>
<b>Conhecimento dos pais sobre técnica de posicionamento não demonstrado</b>			
			<i>100%</i>
<b>Aprendizagem de habilidades dos pais para execução da técnica do posicionamento não demonstrado</b>			
			<i>100%</i>
<b>Conhecimentos dos pais sobre gestão do regime terapêutico não demonstrado</b>			
			<i>100%</i>

<b>Aprendizagem de habilidades dos pais para gerir o regime terapêutico não demonstrado</b>		
	<i>10%</i>	<i>90%</i>
<b>Conhecimentos dos pais sobre prevenção de complicações não demonstrado</b>		
	<i>20%</i>	<i>80%</i>
<b>Aprendizagem de habilidades dos pais para prevenir complicações não demonstrado</b>		
		<i>100%</i>
<b>Conhecimento dos pais sobre a vigilância da saúde da criança não demonstrado</b>		

**4.No Foco Paternidade, ao nível do Status definidos considera:**

	<b>Não Adequado</b>	<b>Parcialmente Adequado</b>	<b>Adequado</b>
<b>Paternidade Comprometida</b>			<i>100%</i>

**5.Ao nível das intervenções sugeridas no Foco Paternidade considera:**

	<b>Não Adequado</b>	<b>Parcialmente Adequado</b>	<b>Adequado</b>
<b>Incentivar o envolvimento familiar</b>		<i>10%</i>	<i>90%</i>
<b>Promover ligação mãe-filho</b>			<i>100%</i>
<b>Requerer presença mãe/pai</b>		<i>10%</i>	<i>90%</i>
<b>Assistir os pais a tomar conta da criança</b>			<i>100%</i>
<b>Promover paternidade</b>			<i>100%</i>
<b>Encorajar os pais para o desempenho do papel</b>			<i>100%</i>

<b>parental</b>		
<b>Avaliar o comportamento da mãe durante a hospitalização</b>		<i>100%</i>
<b>Requerer serviço social</b>	<i>10%</i>	<i>90%</i>

**Anexo IX**

**Instrumento de Avaliação de Satisfação dos Enfermeiros e Tabela de Resultados**

Questionário aos Enfermeiros do Serviço de Pediatria do Hospital São Francisco Xavier, no âmbito da Sessão Formativa realizada “ *Promoção do Papel Parental – no recém-nascido*”.



Este questionário apresenta-se apenas como uma forma de obter contributos para uma melhoria de práticas em futuras Sessões Formativas. Solicito assim a sua colaboração através do preenchimento do seguinte questionário, tendo em conta o seu grau de satisfação.

#### 1. Grau de Satisfação em relação à Sessão Formativa realizada:

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Correspondeu às expetativas?				
Deu resposta às necessidades nesta área?				
O tempo disponível foi o mais apropriado?				

#### 2. Organização da Sessão:

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Metodologia utilizada na acção.				
Planificação e dinâmica.				
Desempenho da equipa de saúde.				
Organização e gestão da atividade.				

#### 3. Avaliação

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Avaliação geral.				

#### 4. Sugestões no sentido de melhorar:

## Resultados

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
<b>Correspondeu às expetativas?</b>			50%	50%
<b>Deu resposta às necessidades nesta área?</b>		10%	40%	50%
<b>O tempo disponível foi o mais apropriado?</b>		40%	40%	20%
<b>Metodologia utilizada na ação.</b>			20%	80%
<b>Planificação e dinâmica.</b>			60%	40%
<b>Desempenho da equipa de saúde.</b>		10%	50%	40%
<b>Organização e gestão da atividade</b>			60%	40%
<b>Avaliação geral.</b>		10%	60%	30%

**ANEXO V**

**Portefólio de Ensinos aos Pais**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

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

**CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE**  
**HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA**

**Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

**PORTEFÓLIO DE ENSINOS**



**Por: Viviana Mourinho**

**LISBOA, Novembro de 2012**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE  
HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA**

**Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

### **PORTEFÓLIO DE ENSINOS**



**Sob orientação de Enfermeira Especialista Djenane Silva**

**Sob a tutoria de Professora Doutora Zaida Charepe & Professora Doutora**

**Margarida Lourenço**

**Por: Viviana Mourinho**

**LISBOA, Novembro de 2012**

## ÍNDICE

<b>Ficha de Ensino n°1</b>	Banho
<b>Ficha de Ensino n°2</b>	Desinfecção do Coto Umbilical
<b>Ficha de Ensino n°3</b>	Mudança de Fralda
<b>Ficha de Ensino n°5</b>	Massagem Global
<b>Ficha de Ensino n°5</b>	Cuidados à Pele

<b>Ficha de Ensino n°6</b>	Lactação, Amamentação e Vigilância
<b>Ficha de Ensino n°7</b>	Extração de LM
<b>Ficha de Ensino n°8</b>	Conservação, Descongelamento e Aquecimento de LM
<b>Ficha de Ensino n°9</b>	Amamentação
<b>Ficha de Ensino n°10</b>	Preparação e Administração de Biberões
<b>Ficha de Ensino n°11</b>	Alimentação por Sonda

<b>Ficha de Ensino n°12</b>	Temperatura Corporal
<b>Ficha de Ensino n°13</b>	Posicionamentos
<b>Ficha de Ensino n°14</b>	Vestuário
<b>Ficha de Ensino n°15</b>	Eliminação Intestinal

<b>Ficha de Ensino n°16</b>	Vacinação
<b>Ficha de Ensino n°17</b>	Diagnóstico Precoce
<b>Ficha de Ensino n°18</b>	Progressão Ponderal
<b>Ficha de Ensino n°19</b>	Transporte no Carro

<b>Ficha de Ensino n°20</b>	Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida
<b>Ficha de Ensino n°21</b>	Situações de Alerta

## Ficha de Ensino N°1

### Banho



#### Auto-Cuidado do Banho:

Banho é um tipo de Autocuidado: Higiene com as seguintes características específicas: enxaguar o próprio corpo, total ou parcialmente, por exemplo entrando e saindo da banheira, juntando todos os objetos necessários ao banho, obtendo água ou abrindo as torneiras, lavando e secando o corpo. (CIPE, 2003, p.83)

#### ENSINO

- O RN pode, ou não tomar banho diariamente, no entanto as pregas do pescoço e braços, e da zona das fraldas necessitam de uma maior atenção;
- O banho não deve ser prolongado, devido ao risco de perda de calor;
- Manter ambiente aquecido (+/- 24°C) evitando correntes de ar.

#### CUIDADOS AOS OLHOS

- Limpeza uma vez por dia e sempre que necessário;
- Estar atento a sinais de infecção: lacrimejar, rubor, exsudado.

#### INSTRUÇÃO E TREINO

- Providenciar material necessário, dispondo o mesmo de forma acessível;
- Preparar a banheira colocando primeiro a água fria e só depois a quente. A água da banheira não deve exceder os 10 cm de profundidade
- Avaliar temperatura da água que deverá rondar 33°C/34°C através da submersão da face interna do punho ou cotovelo durante alguns segundos, ou utilizando termómetro adequado;
- Utilizar sabonete com pH neutro, incentivando a sua não utilização (banho apenas com água) até ao 4º dia de vida;
- Inserir o recém-nascido, suavemente na água, ligeiramente sentado e apoiado nos braços do prestador de cuidados, mantendo a cabeça e ombros fora de água;
- Lavar o recém-nascido em movimentos circulares, no sentido cefalo-caudal, dando especial atenção às pregas cutâneas e genitais, passando a água pelo recém-nascido suavemente;

- Envolver o bebê na toalha e secar a pele com movimentos suaves dedicando especial atenção às zonas de flexão, pavilhões auriculares e pregas cutâneas.
- Realizar massagem com creme hidratante adequado ao Ph da pele do bebê.

#### CUIDADOS AOS OLHOS

- Utilizar compressas/ bolas de algodão, e soro fisiológico/ água fervida arrefecida;
- Limpar suavemente o olho do canto externo para o interno ou no sentido da zona mais limpa para a mais suja;
- Para cada movimento de limpeza descrito no ponto anterior deverá ser utilizada uma nova compressa/bola de algodão.

#### CORTAR AS UNHAS:

- Para cada movimento de limpeza descrito no ponto anterior deverá ser utilizada uma nova compressa/bola de algodão.
- Lavar as mãos;
- Cortar as unhas enquanto o RN estiver a dormir, evitando acidentes uma vez que ele não reage tanto;
- Isolar o dedo da unha a cortar dos restantes dedos, para evitar acidentes;
- Evitar cortar as unhas demasiado curtas porque estas retraem-se e ao crescer podem encravar na pele, causando infeção e dor;
- Cortar a unha a direito e limar o ângulo reto de ambos os lados (utilizar uma lima de cartão);
- Limar também os bordos das unhas, evitando que o bebê se arranhe;

## Ficha de Ensino N°2

### Desinfecção do Coto Umbilical



#### Desinfetar:

Desinfetar é uma forma de Purificar com as seguintes características específicas: libertar alguma coisa de microrganismos patogénicos. (CIPE, 2003, p.197)

#### ENSINO

- Manter o coto umbilical seco, fora da fralda (ausência de contacto com líquidos orgânicos);
- Limpar com soro fisiológico e/ou desinfecção com álcool a 70<sup>o</sup> quando necessário;
- Despistar sinais de possíveis complicações (hemorragia e/ou infecção).

#### INSTRUÇÃO E TREINO

- Providenciar material necessário, dispondo o mesmo de forma acessível;
- Executar limpeza com soro fisiológico e/ou desinfecção com álcool a 70<sup>o</sup> do coto umbilical pelo menos 1 vez dia e sempre que apresentar exsudado;
- Para a desinfecção utilizar compressas/ bolas de algodão embebidas em álcool a 70°C;
- Realizar pequenos toques ao longo do coto umbilical com a compressa embebida em álcool, envolvendo-o durante alguns segundos, retirando de seguida, evitando sempre a parede abdominal;
- Limpar com movimentos circulares desde a pele circundante ao coto até à mola;
- Usar uma nova compressa para cada movimento de limpeza;
- Após queda do coto manter desinfecção do local até à adequada cicatrização do mesmo.

## Ficha de Ensino N°3

### Mudança da Fralda



#### ENSINO

- Mudar a fralda sempre que necessário mantendo a pele limpa e seca

#### INSTRUÇÃO E TREINO

- Providenciar material necessário, dispondo o mesmo de forma acessível;
- Limpar a pele perineal com água tépida, dando especial atenção às pregas cutâneas;
- Manter ambiente seco;
- Estar atento a sinais de eritema (coloração avermelhada e erupção cutânea).

## Ficha de Ensino N°4

### Massagem Global



#### Massajar:

Massajar é uma forma de Manipular com as seguintes características específicas: pressionar e esfregar o corpo ou partes do corpo. (CIPE, 2003, p.198)

#### ENSINO

- A massagem ao bebé deve ser iniciada quando este está mais estável e é capaz de tolerar o toque positivo, deve ser introduzida nas rotinas do bebé de acordo com a sua tolerância.
- A massagem deverá ser realizada num ambiente calmo, com ausência de ruídos. As mãos devem estar quentes, e humedecidas com creme ou óleo. A IAIM recomenda o uso de óleos vegetais
- A massagem ao RN resulta em mudanças fisiológicas e bioquímicas que promovem o crescimento normal, proporcionando:
  - Estimulação da produção das hormonas de crescimento;
  - Facilita a libertação das hormonas de absorção dos alimentos (e.g. insulina);
  - Implemento da eficácia metabólica;
  - Aumenta oxigenação dos tecidos;
  - Favorece a respiração;
  - Atua sobre o desenvolvimento psicomotor;
  - Contribui para o contacto afetivo;
  - Ação relaxante.

#### INSTRUÇÃO E TREINO

- Retirar todas as jóias;
- Lavar as mãos, enxugue-as e esfregue-as, para as aquecer;
- O ambiente deve ser calmo, e o local aquecido;
- Antes ou depois do banho é um bom horário. (evitar as horas da alimentação)
- Os movimentos são sempre suaves, começam na cabeça e vão descendo até aos pés. São simétricos e feitos primeiro na frente e depois atrás;

### **Massagem Abdominal:**

- Colocar óleo nas mãos, esfregando-as para o aquecer.
- Pedir permissão
- Pousar das mãos no abdómen
- Pás de Moinho



Massajar o abdómen do bebê, deslizando as mãos alternadamente desde a base do tórax até às virilhas

- Pás do Moinho com pernas levantadas



Com uma mão elevar e segurar as pernas, enquanto a outra executa o movimento anterior.

- Afastar Polegares



Abraçar a região abdominal com ambas as mãos, com os polegares posicionados a meio, afastá-los para ambos os lados ao mesmo tempo. Repetir o movimento até percorrer todo o abdómen (da base do tórax até às virilhas).

- Sol e Lua



Uma mão desenha um círculo completo no sentido do ponteiro dos relógios, enquanto a outra desenha um semi-círculo no mesmo sentido, desde o terço médio do flanco direito até ao terço inferior do flanco esquerdo.

- I LOVE YOU



Começar no flanco esquerdo, deslizando as pontas dos dedos desde a base do tórax até à virilha como se desenhássemos um “I”, fazendo o movimento 3 vezes. De seguida desenharmos um L invertido, inicia-se este movimento colocando os dedos no terço superior do flanco direito e deslizando-os até ao terço superior do flanco esquerdo, prosseguir deslizando os dedos até à virilha, faz-se uma vez. Por último desenharmos um “U” invertido, movimento este que se inicia na virilha direita e termina na virilha esquerda, uma vez. Em todos os movimentos respeita-se o sentido do “trânsito intestinal”.

- Caminhar dos dedos:

Com as pontas dos dedos Caminhar suavemente como se tocássemos piano no abdómen iniciando no flanco direito e terminando no flanco esquerdo.



- Para limpeza usar sempre que necessário água ou soro fisiológico, leites de limpeza lavando bem com água em seguida;
- Perante dermatites irritativas utilizar cremes hidratantes e emolientes;
- Nas zonas do períneo usar cremes de barreira ou óxido de zinco (especialmente se lesões exsudativas);
- São recomendados sempre produtos sem detergente, sem perfume, sem conservantes (parabenos) pelos riscos de toxicidade e alergia (local e sistémica);

**Listagem não exaustiva de produtos dermatológicos que preenchem os requisitos para utilização neonatal de acordo com a Sociedade Portuguesa de Pediatria:**

Loções de banho/limpeza

Aveeno Dermo-oil baby Aveeno

Banholeum Dermosofex

Ictyane duche Ducray/Pierre-Fabre

Oleobam Medinfar

Stelatopia-creme lavante Pharmascience/Mustela

Stelatopia-óleo para o banho Pharmascience/Mustela

Trixera banho Avène

Cremes hidratantes/emolientes

Cold cream - Gel surgras Ducray/Pierre-Fabre

Cold cream - Pain Ducray/Pierre-Fabre

Ictyane creme Avène

Ictyane leite corporal Avène

Oleobam gel Medinfar

Stelatopia-creme emoliente Pharmascience/Mustela

Trixera creme emoliente Avène

Uriage emoliente Uriage/Saninter

Dermite das fraldas

Cytelium Aderma

Oleodermosina simples Dávi

## Ficha de Ensino N°6

### Lactação, Amamentação e Vigilância



#### Lactação:

Lactação é um tipo de Secreção com as seguintes características específicas: processo de síntese e secreção do leite materno pelas glândulas mamárias da mulher; o leite humano, que contém hidratos de carbono, proteínas, gordura em suspensão, vitaminas e minerais, é o alimento base para recém nascidos e lactentes. (CIPE, 2003, p.32)

#### Amamentar:

Amamentar é um tipo de Ligação Mãe-Filho com as seguintes características específicas: estabelecimento de uma relação maternal adequada com a criança enquanto a alimenta dando-lhe leite do peito ao mesmo tempo que a encoraja, estabelece contacto e vai compreendendo o temperamento da criança e os sinais precoces de fome. (CIPE, 2003, p.102)

## ENSINO

#### **Lactação e Estilos de Vida:**

- Alimentação deve ser equilibrada, contendo todos os constituintes da pirâmide alimentar, com especial atenção para os alimentos mais ricos em vitaminas (legumes, frutas...);
- Manter uma boa hidratação, para garantir a produção de leite;
- Evitar ingestão de bebidas alcoólicas, bebidas com cafeína, tabaco e auto-medicação;
- Realizar períodos de sono e repouso no intervalo das mamadas;
- Realizar atividades agradáveis e ao ar livre (passeios a pé, ginástica pós-parto, desportos moderados ao ar livre), evitando atividades que envolvam grandes esforços físicos.

#### **Vantagens da Amamentação:**

##### Benefícios para o RN:

- Satisfaz as necessidades do RN durante os primeiros 6 meses de vida (contém todos os nutrientes de que o RN precisa, promove a hidratação adequada, é de fácil digestão, fornecido à temperatura ideal e isento de microorganismos);

- Fornece proteção imunológica ao bebé (redução significativa na incidência de algumas doenças e alergias).

#### Benefícios para a mãe:

- Os órgãos maternos retornam mais facilmente à sua condição anterior à gravidez;
- Proteção contra cancro da mama, menor risco de cancro do ovário, e contribui para a prevenção de Osteoporose.

#### Benefícios psicológicos:

- Estabelece os primeiros contactos de interação mãe/filho, que são fundamentais para o equilíbrio e desenvolvimento emocional do bebé;
- Desenvolve o vínculo entre mãe/filho e satisfaz as necessidades afetivas de ambos.

#### Benefícios socioeconómicos:

- Não requer utensílios de apoio e não apresenta custo de aquisição

### **Auto-Vigilância da Mama:**

#### Cuidados gerais à mama para a prevenção de complicações

- Cuidados de higiene à mama devem ser realizados uma vez por dia, durante o banho, secando bem com uma toalha macia;
- Utilizar soutien adequado à amamentação (de algodão, com alças largas, de forma a manter as mamas confortáveis);
- Manter os mamilos e zona aréolar seca utilizando dispositivos existentes no mercado (ex: discos protetores), e sempre que possível expondo as mamas ao ar;
- Aplicar, antes e após cada mamada, uma gota de leite nos mamilos e aréolas e deixar secar;
- Ensinar a mulher a reconhecer sinais de uma boa pega;
- Alertar sobre sinais de mastite: dor, rubor e calor.

#### Procedimento em situação de complicações (fissuras nos mamilos)

- Evitar a utilização de produtos que possam ter um efeito secante sobre o mamilo (sabão, álcool);
- Se houver a necessidade de interromper a mamada ensinar a mãe a colocar o 5º dedo da mão no canto da boca do bebé, para permitir a libertação do mamilo sem tração;
- Aplicar agentes tópicos tais como lanolina anídrica modificada nos mamilos ou discos de silicone (promovem a cicatrização do mamilo) se surgirem macerações ou fissuras da pele;
- Expor os mamilos ao ar livre ou à luz solar (5 minutos por dia);
- Alternar as posições das mamadas procurando aquela que for mais confortável;

- Deixar o mamilo lesado em repouso (se mamilo sagrante ou doloroso) durante algumas mamadas, e a extrair o leite em excesso de forma manual ou com bomba (se tolerar);

#### Procedimento em situação de complicações (ingurgitamento mamário)

- Massagem suave das mamas, antes das mamadas, para ajudar o leite a fluir mais facilmente;
- Colocar o bebé à mama. Se a mama se apresentar demasiado cheia e o mamilo tiver perdido a sua flexibilidade, dar indicação à mãe para realizar massagem com os dedos (juntos e estendidos) em torno da mama, com movimentos circulares, no sentido dos ponteiros do relógio, e assim que sentir a mama um pouco mais mole e o leite começar a fluir, deve efectuar expressão manual e esvaziar a mama, até a zona do mamilo e da aréola terem recuperado a sua flexibilidade. Só depois poderá colocar o bebé à mama;
- Verificar sinais de boa pega, para que o bebé realize um esvaziamento mamário eficaz;
- Realizar massagem na mama enquanto o bebé mama para facilitar o esvaziamento;
- Realizar a palpação da mama após a amamentação. Se a mulher ainda sente a mama ingurgitada e dolorosa deve proceder ao esvaziamento. Para tal deverá aplicar gelo (devidamente protegido) na (s) mama(s) durante quinze minutos, com movimentos circulares, depois massajar suavemente e finalmente extrair o leite da mama, até esta ficar novamente flexível e confortável, sem sinais inflamatórios;
- Aplicar gelo (de 2 em 2 horas) nos casos mais graves. Este provoca uma vasoconstrição e consequentemente diminuição do fluxo sanguíneo e da produção de leite. Nesta fase a aplicação de calor é desaconselhada, uma vez que este aumenta a produção do leite e o ingurgitamento mamário

## Ficha de Ensino N°7

### Extração de LM



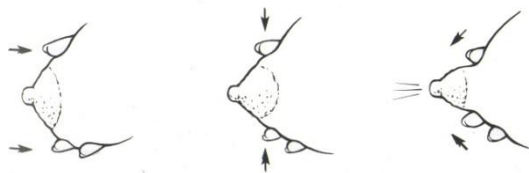
#### ENSINO

Qualquer que seja o método a utilizar, a mãe deve:

- Lavar as mãos antes de proceder à extração do leite ou tocar em qualquer material a ser utilizado;
- Procurar um local sossegado onde esteja confortável e descontraída;
- Ter o bebé perto, ou olhar para uma fotografia dele;
- Colocar uma música relaxante;
- Fazer uma suave massagem no peito, de forma circular, com a ponta dos dedos, para ajudar o leite a fluir. Pode-se utilizar uma toalha com água morna alguns minutos antes de iniciar a extração;
- Estimular suavemente os mamilos rodando-os entre os dedos;
- Fazer a extracção do leite com intervalos de 2 a 3 horas durante o dia;
- Não ultrapassar o tempo de extracção (expressão ou utilização da bomba) que deve ser cerca de 15 minutos em cada mama, devendo a mãe evitar estar mais de 4 horas sem tirar leite;
- Relativamente à higiene da mama, efectua-la diariamente (apenas uma vez), evitando esfregar com a toalha, usar cremes, óleos ou sabão, pois estes alteram a humedificação da pele e mamilos, propiciando o aparecimento de lesões. Antes e após a extracção humedecer o mamilo e aréola mamária com o próprio leite.

#### Extração Manual

- Colocar o polegar sobre a parte superior da auréola e o indicador sob a auréola mamária; pressionar em direção ao tórax (costelas). Pressionar o polegar e os outros dedos, de forma a apertar o seio. Fazer pressão em direção ao mamilo;
- O leite deve começar a sair, primeiro em pequena quantidade e depois em maior quantidade;
- Rodar a mão à volta da auréola, de forma a alcançar todas as partes da mama. Retire primeiro de uma mama e depois da outra;



Extraído de LEVY, Leonor; BÉRTOLO, Helena, 2008

### Extração com Bomba

- A extração com bomba é adequada para a recolha do leite, numa altura em que se tenha ocasionalmente de separar do bebé e também no caso de voltar ao trabalho.
- A bomba deverá ser pequena e de fácil lavagem, poderá ser elétrica, a pilhas ou manual;
- As peças da bomba e o frasco ou biberão onde vão armazenar o leite, devem ser lavados com água quente e detergente e esterilizados.

## Ficha de Ensino N°8

### Conservação, Descongelção e Aquecimento de LM



#### ENSINO

##### Conservação

- 2 dias em frigorífico se fresco a uma temperatura de 1- 4°;
  - 2 semanas no congelador, se este se situar dentro do compartimento do frigorífico;
  - 3 a 6 meses se o congelador se situar fora do compartimento do frigorífico (combinado);
  - 1 dia após descongelar em frigorífico;
  - 6 a 12 meses em arca congeladora se temperatura de 19° negativos.
- 
- Transferir o leite extraído para um biberão de plástico ou saco especial para o efeito (à venda nas farmácias);
  - Colocar uma etiqueta no recipiente, com a data e a hora a que o leite foi recolhido, de forma a poder utilizar primeiro, o leite mais antigo;
  - Fracionar as quantidades de leite de acordo com as necessidades nutricionais do bebé, para 24 horas;
  - O leite materno acabado de extrair contém fatores antibacterianos, que permitem a sua conservação à temperatura ambiente durante 6 horas.

##### Descongelção

- O LM é descongelado dentro do frigorífico;
- Descongelar a quantidade total (as gorduras separam-se ao congelar).
- Em caso de necessidade extrema e se necessário utilização imediata, poder-se-á descongelar rapidamente o LM colocando o recipiente sob água fria e depois morna;

##### Aquecimento

- Deve ser efetuado em “Banho-Maria” a temperatura não superior a 40°C.
- Deve ser controlado, num máximo de 40 minutos, para que o leite fique apenas morno.
- O leite que não for utilizado, não deve ser reaquecido.
- Não utilizar o micro-ondas para descongelar ou aquecer o leite materno. O leite, que não seja aquecido uniformemente poderá conter pontos quentes, que poderão queimar o bebé. Além disso o micro-ondas pode alterar as proteínas e destruir alguns componentes protetores do leite.

## Transporte

- O transporte do leite materno, para a UCIN, em viagens ou passeios, deve fazer-se em saco térmico com placas, ou cubos de gelo.

## Ficha de Ensino N°9

### Amamentação



#### Amamentar:

Amamentar é um tipo de Ligação Mãe-Filho com as seguintes características específicas: estabelecimento de uma relação maternal adequada com a criança enquanto a alimenta dando-lhe leite do peito ao mesmo tempo que a encoraja, estabelece contacto e vai compreendendo o temperamento da criança e os sinais precoces de fome. (CIPE, 2003, p.102)

#### Mamar:

Mamar é um tipo de Amamentar com as seguintes características específicas: estabelecimento, por parte do bebé, de laços adequados com a mãe enquanto mama no peito dela e é alimentado, estabelecendo contacto, desenvolvendo a compreensão dos sinais recebidos da mãe, da maneira adequada de agarrar a aréola, de chupar e de colocar a língua, deglutindo de forma audível durante 5-10 minutos em cada seio e largando a aréola quando satisfeito. (CIPE, 2003, p.102)

### ENSINO

- Os três principais reflexos do bebé intervenientes na amamentação são: O reflexo de busca e apreensão, o de sucção e o de deglutição.
- Busca e apreensão – quando alguma coisa toca nos lábios ou bochechas do bebé, ele abre a boca e pode virar a cabeça à procura daquilo que lhe tocou. O bebé põe a língua para baixo e para fora.
- Sucção e deglutição – quando alguma coisa toca o palato do bebé, ele começa a sugar e quando a sua boca se enche de leite, ele engole. Estes são reflexos que acontecem automaticamente, sem que o bebé tenha de os aprender.
- Uso de roupas confortáveis e práticas para a mãe;
- O posicionamento da mãe e da criança adequado e confortável;
- O bebé deve esvaziar totalmente uma mama pois o leite do final da mamada é mais calórico e saciador, contudo deve-se oferecer depois a outra mama, caso o bebé ainda não esteja satisfeito. Desta forma deverá iniciar-se a próxima mamada pela mama que foi oferecida em último lugar na mamada anterior;
- O tempo de permanência na mama em cada mamada não deve ser estabelecido uma vez que a habilidade do bebé em esvaziar a mama varia em cada bebé e em cada mamada;
- Não interromper a mamada, o bebé deve deixar a mama espontaneamente;

- Caso seja necessário interromper a mamada, introduzir um dedo, suavemente na boca do bebê de modo a interromper a sucção, prevenindo desta forma lesões da mama.

## INSTRUÇÃO E TREINO

- A boca do bebê deverá estar ao nível ou ligeiramente abaixo da mama da mãe, oferecendo toda a aréola para que ele abocanhe o mais possível;
- A mãe deve segurar a mama em forma de C, com o polegar colocado na parte superior e os quatro dedos na parte inferior da mama tendo o cuidado de deixar a aréola livre;
- Tocando o mamilo no lábio inferior do bebê este abre a boca;
- Levar o bebê à mama e não o inverso;
- Observar sinais de pega adequada:
- Boca do bebê bem aberta;
- Mais aréola visível acima do lábio superior do que abaixo do lábio inferior;
- Ambos os lábios do bebê virados para fora especialmente o inferior;
- Mento bem encostado à mama materna;
- Cabeça e pescoço bem alinhados e nariz livre;
- Bochechas cheias;
- Deglutições lentas e profundas audíveis;
- A mãe não sente dor no mamilo (exceto no início).

### Posicionamentos:

#### Posição sentada (tradicional)



Nesta posição o corpo do bebê deverá estar de frente para a mãe de modo a que o abdómen do bebê esteja o mais próximo possível do abdómen da mãe

#### Posição sentada cruzada



Nesta posição o corpo do bebê deverá estar debaixo da axila materna com o ventre apoiado sobre a grelha costal materna. A mãe suspende o corpo do bebê com o seu braço e a cabeça do bebê com a sua mão.

## Ficha de Ensino N°10

### Preparação e Administração de Biberões



#### Sucção:

Sucção é um tipo de Digestão com as seguintes características específicas: ingestão de líquidos pela boca utilizando os músculos dos lábios e a língua, por exemplo, o leite por mama ou por tetina. (CIPE, 2003, p.28)

### ENSINO

#### Preparação de Biberões

- Lavar os biberões, roscas e tetinas;
- Colocar água a ferver em panela e introduzir o material. Manter fervura durante 10 minutos;
- Retirar o material;
- Água da torneira deve ser fervida 10 minutos;
- Água engarrafada não necessita de ser fervida;
- Colocar primeiro a água morna no biberão e depois o leite em pó (1 medida rasa por cada 30 ml);
- Enroscar a tampa e agitar;
- Se for conservado no frigorífico após preparação (24 horas no máximo), aquecer em Banho- Maria;
- Desperdiçar o leite que sobrar.

### INSTRUÇÃO E TREINO

- Posicionamento correto da criança, sentado ou semi-sentado;
- Adequar a tetina;
- Verificar temperatura na face interna do pulso antes de administrar;
- Posição correta do biberão, tetina deve estar sempre cheia de leite para evitar entrada de ar, prevenindo as cólicas;
- Supervisão dos reflexos de deglutição e respiração, promovendo pausas;
- Promover a Eructação, colocando o RN em posição vertical, dando leves pancadas ao nível das costas.

## Ficha de Ensino N°11

### Alimentação por Sonda



#### ENSINO

- Preparar o material necessário;
- Preparar o alimento a ser administrado de forma a permitir a sua fácil progressão pela sonda;
- Colocar RN deitado com cabeceira elevada a 30 graus, ou semi-sentado ao colo, de forma a prevenir a aspiração, diminuir o refluxo gastro-esofágico e facilitar o esvaziamento gástrico.

#### INSTRUÇÃO E TREINO

- Colocar o RN em posição adequada para prevenir a aspiração de possível vômito, diminuir o refluxo gastroesofágico e facilitar o esvaziamento gástrico;
- Confirmar o correto posicionamento da sonda gástrica;
- Adaptar a seringa e aspirar o conteúdo gástrico, avaliando as características e quantidade;
- Verificar temperatura na face interna do pulso antes de administrar;
- Retirar o êmbolo da seringa e adaptá-la à sonda, colocar o leite para dentro da mesma e elevá-la a uma altura não superior a 20 cm. Se necessário ajudar a progressão do leite pela sonda, fazendo pressão lentamente com o êmbolo na seringa;
- No final da alimentação administrar água em quantidade adequada ao volume da sonda ou, em caso de recém-nascido, uma pequena quantidade de ar (1 a 2 ml) antes de a clampar;
- Após a refeição manter O RN em posição de semi-sentado;
- Despistar sinais de aspiração durante e após a alimentação.

## Ficha de Ensino N°12

### Temperatura Corporal



#### Temperatura Corporal:

Temperatura Corporal é um tipo de Função com as seguintes características específicas: calor corporal relacionado com o metabolismo do corpo mantido a um nível constante com uma ligeira subida na temperatura corporal durante o período diurno em comparação com a temperatura corporal durante o sono e em repouso. (CIPE, 2003, p.24)

#### Termorregulação:

Termorregulação é um tipo de Temperatura Corporal com as seguintes características específicas: controlo da produção de calor e da perda de calor através de mecanismos fisiológicos ativados pelo hipotálamo, pele e temperatura corporal. (CIPE, 2003, p.24)

### ENSINO

- Valores de referência: Normotérmico: 36/37 graus; Hipotérmico: inferior a 36 graus; Febre: Superior a 38 graus
- Fatores que influenciam a termorregulação: temperatura externa, vestuário, atividade, presença de infeção.

### INSTRUÇÃO E TREINO

- Locais anatómicos para a avaliação da temperatura corporal: Axilar, retal e auricular.

#### **Técnica de arrefecimento e aquecimento natural**

- Alívio ou reforço do vestuário e/ou roupa da cama;
- Uso de água tépida no arrefecimento, com recurso a panos/toalhas/compressas;
- Se possível, condicionar a temperatura ambiente

## Ficha de Ensino N°13

### Posicionamentos



#### Conforto:

Conforto é um tipo de Sensação com as seguintes características específicas: sensação de tranquilidade física e bem estar corporal. (CIPE, 2003, p.57)

#### Posicionar:

Posicionar é uma forma de Executar com as seguintes características específicas: pôr alguém ou alguma coisa em determinada posição. (CIPE, 2003, p.198)

### ENSINO

- Importante a adesão à técnica de posicionamento para dormir na Prevenção do Síndrome de Morte Súbita;
- Posicionamento recomendado (Decúbito dorsal) - DGS - Boletim individual de Saúde, Academia Americana de Pediatria, 2009);
- São raras as situações clínicas onde esteja contra-indicado o decúbito dorsal, como é o caso de algumas malformações oro-faciais e casos excepcionalmente graves de refluxo gastro-esofágico. O decúbito ventral só deverá ser adotado por uma prescrição médica.
- Se o seu filho é ou foi pré-termo e esteve internado numa unidade de cuidados intensivos ou intermédios, pode acontecer tê-lo visto por vezes em decúbito ventral. Essa posição é por vezes usada na unidade para estabilizar a respiração se o bebé é muito pequeno, mesmo quando está ventilado. Contudo, na unidade, o seu filho estava monitorizado e qualquer diminuição da frequência respiratória seria logo detetada. A monitorização no domicílio só terá lugar em casos criteriosamente selecionados pois é um fator de stress para a família, e não permite a deteção das apneias obstrutivas. Os monitores em casa não diminuem o risco de morte súbita. Em casa, na ama ou na creche, não esqueça, o seu filho deve ser sempre deitado de costas para dormir. Procure manter o bebé na posição vertical um quarto de hora após ter mamado, especialmente se for um bebé bolsador.
- Quando está acordado pode colocar o bebé de barriga para baixo para brincar. Isto fortalece os músculos do pescoço e das costas e contraria posições preferenciais da cabeça e a ocorrência de deformações (plagiocefalia posicional). Ensine o seu bebé a dormir de barriga para cima e a brincar de barriga para baixo;
- Não devem ser utilizados sistemas de contenção, como rolos, faixas, etc;

- Sobreaquecimento, adequar a temperatura do quarto, a roupa do bebê e a roupa da cama à estação do ano e ao lugar que habita. A temperatura ideal do quarto deverá estar entre 18-21 °C.

## Ficha de Ensino N°14

### Vestuário



#### Auto-Cuidado: Colocar Roupas:

Colocar as Roupas é um tipo de Autocuidado: Vestir-se com as seguintes características específicas: escolher e ir buscar a roupa, vestir, abotoar e apertar os fechos na parte superior e inferior do corpo, usar os fechos, peúgas, meias e calçado como, por exemplo, sapatos e botas. (CIPE, 2003, p.83)

#### Vestir:

Vestir é uma forma de Cobrir com as seguintes características específicas: pôr ou tirar as roupas de alguém. (CIPE, 2003, p.198)

### ENSINO

- Colocar roupas confortáveis;
- Roupa adequada à temperatura ambiente;
- Roupa preferencialmente de algodão, sem etiquetas em contacto direto com a pele;
- Tamanho adequado;
- Previamente lavada com detergente preferencialmente hipoalergénico e bem enxaguada
- Não agasalhar demasiado o RN;
- Lavar as roupas do RN separadamente das roupas dos adultos;
- Se possível, as roupas devem ser secas ao sol;
- Passar sempre a ferro a roupa do RN;

## Ficha de Ensino N°15

### Eliminação Intestinal



#### Eliminação Intestinal:

Eliminação Intestinal é um tipo de Eliminação com as seguintes características específicas: movimento e evacuação das fezes pela defecação, habitualmente uma vez por dia e em fezes moles e moldadas. (CIPE, 2003, p.33)

#### **ENSINO**

- O RN por norma apresenta pelo menos uma dejeção por dia, sendo habitual 3 a 4 dejeções dia;
- As características habituais das dejeções do RN são: amareladas a acastanhadas e granulosas ou moldadas;
- Considera-se que o RN está obstipado quando não evacua à mais de 48h (2 dias), tendo sempre em atenção o padrão habitual de eliminação do RN.

#### **ISNTRUÇÃO E TREINO**

Para a estimulação da eliminação do RN poderá utilizar diferentes técnicas:

##### **Técnica de massagem abdominal**

- Massagem lateral do abdómen – colocar mão num dos lados do abdómen, com os dedos para baixo, e pressionar. Repetir com a outra mão, e assim sucessivamente de forma ritmada. Proceder da mesma forma, do outro lado do abdómen.
- Massagem circular do abdómen – massajar suavemente o abdómen com movimentos circulares amplos, no sentido do ponteiro dos relógios. À massagem pode ser associada a flexão das pernas sobre o abdómen.

##### **Técnica de estimulação rectal**

- Providenciar um dispositivo específico com gel rectal;
- Desperdiçar o gel;
- Estimular suavemente a região anal, com pequenos movimentos circulares.

##### **Utilização de gel rectal**

- O gel rectal deve ser utilizado quando as técnicas de estimulação intestinal descritas não surtiram o efeito esperado, ou quando o estado clínico da criança é impeditivo da aplicação das mesmas.

## Ficha de Ensino N°16

### Vacinação



#### ENSINO

- As vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico;
- O Programa Nacional de Vacinação (PNV) é um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal. Apresenta esquemas de vacinação aconselhados, constituindo cada um deles uma “receita universal”. (DGS, 2012)
- Para evitar eventuais traumatismos por queda, a vacinação deve ser efetuada com os indivíduos em posição sentada ou deitada;
- Após a injeção deve ser respeitado um tempo de vigilância de cerca de 30 minutos;
- De acordo com o esquema preconizado pela Direção Geral de Saúde, aos 6 e aos 12 meses de idade completa-se a primovacinação respetivamente para sete e para onze infeções/doenças das doze abrangidas pelo PNV. Aos 13 anos é administrada às raparigas, a vacina HPV. Para garantir uma proteção mais efetiva e duradoura, são aconselhadas, para algumas vacinas, doses de reforço ou doses adicionais;
- Nas crianças pré-termo (nascidas antes das 37 semanas de gestação), os anticorpos maternos estão presentes em níveis mais baixos e durante um período de tempo inferior ao das crianças de termo. Assim, a morbilidade e/ou gravidade das doenças evitáveis pela vacinação pode ser superior nesta população, pelo que a vacinação de crianças pré-termo não deve ser adiada;
- As crianças pré-termo cuja situação clínica seja estável, devem ser vacinadas de acordo com o esquema recomendado no PNV, com as mesmas doses e na mesma idade cronológica que as crianças de termo, independentemente do peso à nascença, exceto para a BCG e para a VHB.

#### Vacinas do Plano Nacional de Vacinação

Sigla	Vacina Contra:
BCG	Tuberculose
DTPa ( <i>pertussis</i> acelular)	Difteria-Tétano-Tosse convulsa ( <i>pertussis</i> )
DTPaHib ( <i>pertussis</i> acelular)	Difteria-Tétano-Tosse convulsa-doença invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i> do serotipo b
DTPaHibVIP	Difteria-Tétano-Tosse convulsa-doença invasiva

	por <i>Haemophilus influenzae</i> do serotipo b- Poliomielite
<b>DTPaVIP</b>	Difteria-Tétano-Tosse convulsa-Poliomielite
<b>Hib</b>	Doença invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i> do serotipo b ( <b>ou</b> <i>Haemophilus influenzae</i> b)
<b>HPV</b>	Infecção por vírus do Papiloma humano
<b>MenC</b>	Doença invasiva por <i>Neisseria meningitidis</i> do serogrupo C ( <b>ou</b> meningococo C)
<b>VAR</b>	Rubéola
<b>VAS</b>	Sarampo
<b>VASPR</b>	Sarampo-Parotidite epidémica-Rubéola
<b>VHB</b>	Hepatite b
<b>VAP (vírus vivos atenuados)</b>	Poliomielite
<b>VIP (vírus inactivados)</b>	
<b>Td (difteria em dose de adulto)</b>	Tétano-Difteria

### Esquema de Vacinação

Vacina	Idades								
	0 Nasci- mento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5-6 anos	10-13 anos	Toda a vida 10/10 anos
<b>Tuberculose</b>	BCG								
<b>Hepatite B</b>	VHB 1	VHB 2		VHB 3					
<b>Haemophilus influenzae b</b>		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4			
<b>Difteria - Tétano - Tosse Convulsa</b>		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5	Td	Td
<b>Poliomielite</b>		VIP 1	VIP 2	VIP 3			VIP 4		
<b>Meningococo C (a)</b>					MenC 1				
<b>Sarampo - Parotidite epidémica -</b>					VASPR 1		VASPR 2		

Rubéola									
Infecções por vírus do Papiloma humano								HPV	

## Vacinas não incluídas no PNV

### Rotavírus

- Rotavírus (RV) é o agente causal mais frequente em todo o mundo. Estima-se que, por ano, cerca de 600.000 crianças com menos de 5 anos de idade morram devido, devido a Gastroenterite Aguda provocada por este vírus e que mais de 80% destas mortes ocorram em países em vias de desenvolvimento; (SPP, 2009)
- Nos países de clima temperado as Gastroenterites Agudas devidas a Rotavírus predominam no Inverno e na Primavera;
- A infeção pode atingir qualquer criança e a grande maioria das crianças aos 5 anos de idade já têm tido pelo menos um episódio de infeção ocorrendo na maioria dos casos entre os 6 e os 26 meses; A primeira dose de vacina contra Rotavírus deve ser administrada entre as 6 e as 12 semanas de vida e o esquema vacinal deve estar completo pelos 6 meses de idade;
- Em crianças prematuras ou com infeção pelo VIH a vacina contra Rotavírus pode ser considerada para administração pelo médico assistente, de acordo com as recomendações para crianças saudáveis.

### Vacina anti-pneumocócica

- Streptococcus pneumoniae é uma bactéria que pode causar um espectro amplo de doença, desde otite média aguda, pneumonia, meningite e/ou sépsis. A nível mundial estas infeções são frequentes em idade pediátrica, particularmente abaixo dos 2 anos de idade. O aumento de estirpes resistentes aos antimicrobianos veio colocar problemas adicionais de tratamento;
- De momento estão comercializadas duas vacinas anti-pneumocócias conjugadas: Vacina anti-pneumocócica 7 valente, (VCP7, Prevenar, Wyeth, comercializada em 2001): inclui os serotipos 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F e Vacina anti-pneumocócica 10-valente, (VCP10, Synflorix, GSK, comercializada em 2009): inclui os serotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F, 23FA vacina VPC10 que inclui três novos serotipos não incluídos na PCV7 (1, 5 e 7F);
- As vacinas pneumocócicas conjugadas ou polissacarídea podem ser administradas simultaneamente com outras vacinas do PNV;
- O esquema de administração das vacinas conjugadas varia de acordo com a idade da criança:

- Quando a vacinação se inicia entre os 2 e os 6 meses de idade, são necessárias 3 doses. A primeira é administrada a partir dos dois meses de idade, com um intervalo mínimo de um mês entre cada dose. Recomenda-se uma quarta dose (reforço) no segundo ano de vida.
- Quando a vacinação se inicia entre os 7 e os 11 meses de idade, são necessárias 2 doses administradas com um intervalo mínimo de um mês. Recomenda-se uma terceira dose no segundo ano de vida.
- Quando a vacinação se inicia entre os 12 e os 23 meses de idade necessitam de 2 doses administradas com um intervalo mínimo de 2 meses.

#### Vacina Palivizumab (VSR)

- O vírus sincicial respiratório (VSR) é a principal causa de infecção do aparelho respiratório nos dois primeiros anos de vida;
- Os recém-nascidos pré-termo com idade gestacional inferior ou igual a 35 semanas, com ou sem displasia broncopulmonar e os lactentes com cardiopatia congênita grave são considerados uma população de alto risco para infecção grave e hospitalização por VSR. O sistema imunitário dos prematuros com idade gestacional inferior ou igual a 28 semanas não produz IgA durante os primeiros meses, sendo mais reduzido o tempo de imunodeficiência se a idade gestacional se situa entre as 29-32 semanas; (SPP, 2007)
- A prevenção da infecção por VSR baseia-se na adoção de medidas higiénicas preventivas e na utilização do palivizumab, anticorpo IgG monoclonal humanizado que inibe especificamente o sítio antigénico A da glucoproteína F, muito estável em todos os serotipos do vírus;
- Recomenda-se o início da profilaxia em Outubro com uma administração mensal até ao fim do período epidémico para conseguir uma cobertura imunitária até Março.

## Ficha de Ensino N°17

### Diagnóstico Precoce



### ENSINO

- O teste do pezinho é uma forma de deteção precoce de várias doenças que poderão interferir na qualidade de vida do bebé. No teste são pesquisados a fenilcetonúria e o hipotiroidismo congénito, entre outras, no total são pesquisadas vinte e três doenças:
- A fenilcetonúria é uma doença genética caracterizada pela ausência de uma enzima responsável pelo processamento de um aminoácido essencial, a fenilalanina. Por não ser processado, este aminoácido acumula-se no organismo, provocando assim atrasos no desenvolvimento físico e mental das crianças afetadas;
- O hipotiroidismo diagnosticado por este teste deve-se a uma deficiência parcial ou total na produção das hormonas da tiróide. A falta destas hormonas origina deficiências de crescimento do bebé, podendo também resultar em deficiência mental. O diagnóstico precoce, ao qual se segue o tratamento fazem com que os sintomas não cheguem a manifestar-se;
- O teste do pezinho deve ser feito entre o quarto e o sétimo dia de vida, período em que deverá levar o seu bebé ao centro de saúde mais próximo da sua residência. A colheita deverá ser feita com uma lanceta não reutilizável, nas faces laterais do calcanhar;
- Os testes são enviados para o [Instituto de Genética Médica Jacinto Guimarães](http://www.instituto-genetica-medica-jacinto-guimaraes.pt). Os resultados saem após aproximadamente 4 semanas, os pais apenas serão contatos caso existam alterações, no entanto podem consultar no site <http://www.diagnosticoprecoce.org> os resultados, mediante a introdução número do código de barras dado na altura da colheita.



## Ficha de Ensino N°18

### Progressão Ponderal



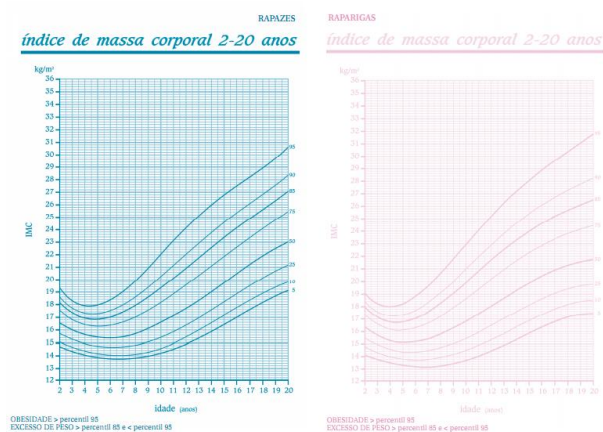
## ENSINO

- Os parâmetros somatométricos não devem ser utilizados como único instrumento na avaliação do crescimento, no entanto, constituem de fato bons indicadores do estado de saúde e de desenvolvimento.

### Parâmetros Somatométricos

- Peso:** O recém-nascido deverá ser pesado sem roupa e sem fralda e as crianças ou jovens com a menor quantidade de roupa possível.
- Estatura / Comprimento:** A determinação da estatura passa a ser realizada em ortostatismo quando a criança se segura em pé. Os instrumentos deverão estar adequadamente calibrados.
- Índice de Massa Corporal (IMC ou BMI):** O índice de massa corporal mostra a proporção relativa entre o peso da criança e o quadrado da altura.

### Tabelas de Percentis



- Os traçados que se encontram no Boletim de Saúde Infante-Juvenil são desenhados com base em dados estatísticos recolhidos de muitos milhares de crianças, em vários países. O registo da evolução do peso e estatura de todas essas crianças dá origem a curvas de crescimento, que permitem analisar o padrão de crescimento de cada criança;
- O padrão de crescimento individual é identificado após avaliações seriadas. O conhecimento desse padrão, ou da velocidade de crescimento ajuda o médico a detetar situações de doença. Contudo, uma

criança que cresça no percentil 5 (P5) será tão normal como uma criança que cresce no percentil 95 (P95). Desta forma, é possível introduzir o conceito de canal de crescimento, ou seja, o padrão individual de crescimento da criança, o qual poderá estimar a estatura alvo;

- As tabelas de percentis acima descritas poderão igualmente servir para estimar a estatura alvo de uma criança, a partir do momento em que ela estabiliza no seu canal de crescimento. Este método baseia-se no paralelismo das curvas de crescimento, sendo que a extrapolação direta para a idade em que cessará o crescimento permite encontrar um valor aproximado para a estatura alvo.

### Progressão estaturó-ponderal

- O crescimento da criança é pulsátil e sazonal, por outras palavras, significa que poderá não objetivar qualquer crescimento na criança durante algumas semanas ou meses e, depois, num curto espaço de tempo, verificar um momento de crescimento acelerado;
- Progressão estatural: O comprimento médio de um recém-nascido é de 50 cm. Aos 24-30 meses de idade é atingida metade da estatura final;
- Progressão Ponderal: O peso ao nascer habitualmente diminui nos primeiros dias de vida, pelo que será normal o seu bebé perder algum peso após o nascimento. O peso ao nascer deverá duplicar aos 4 meses e triplicar aos 12 meses de idade.

IDADE	GANHO PONDERAL DIÁRIO (g)	GANHO PONDERAL MENSAL (g)	CRESCIMENTO EM COMPRIMENTO/ ALTURA (cm/mês)	CRESCIMENTO DO PERÍMETRO CEFÁLICO (cm/mês)
0-3 M	30	900	3,5	2,0
3-6 M	20	560	2,0	1,0
6-9 M	15	450	1,5	0,5
9-12 M	12	360	1,2	0,5
1-3 A	8	220	1,0	0,25
4-6 A	6	170	0,25	0,08
6 A-Pub		2 kg/ano	5-7 cm/ano	
Pico pubert.			8-11 cm/ano (M) 7-10 cm/ano (F)	

<http://www.arsalgarve.min-saude.pt/pais/biblioteca/Desenvolvimen>

## Ficha de Ensino N°19

### Transporte no Carro



#### ENSINO

- Para oferecer segurança, a cadeira tem que estar aprovada pelas normas internacionais, procure sempre pela “Etiqueta E” e verifique se o número de aprovação começa por 03 ou 04;
- A etiqueta revela também o tipo de cadeira, no entanto o peso não pode ser tomado como o único fator de seleção, há que ter em atenção também o tamanho e idade da criança.

#### Até aos 18 Meses



- O bebé tem o pescoço muito frágil e a cabeça grande e pesada, neste sentido, deve viajar sempre com a cadeira voltada para trás, permitindo, caso haja um choque frontal, que as costas, cabeça e pescoço do bebé sejam amparados uniformemente. É preferível a colocação da cadeira no banco de trás do automóvel, nunca poderão ser colocadas no banco da frente caso haja um air bag frontal. O bebé não deve viajar voltado para a frente antes dos 18 meses de vida, mesmo que peso superior a 9 kg.

#### Depois dos 18 Meses

- Viajar voltado para trás mantém-se a forma mais segura de viajar com a criança, devendo manter-se até o mais tarde possível, recomendável até aos 2 ou 3 anos. Depois dessa idade, para viajar voltada para a frente, é preferível usar uma cadeira de apoio, mais leve e fácil de instalar.





- Verificar temperatura dos alimentos antes de os oferecer à criança (ex: colocar algumas gotas de leite na face interna do pulso);
- Manter líquidos quentes afastados da criança (água, café, chá, etc);
- Manter a criança afastada de fontes de calor (ex: fogões, lareiras, aquecedores);
- Proteja as Lareiras, radiadores e outras fontes de aquecimento;
- Proteger adequadamente do sol (protetor de fator elevado, roupa, hora de exposição ao sol).

### **Afogamentos**

- Não deixar a criança sozinha na banheira, piscina;
- As "cadeiras de banho" para bebês são instáveis e podem voltar-se pelo que não devem ser utilizadas;
- Coloque um tapete anti-derrapante no fundo da banheira e lembre-se que os bebês ficam mais "escorregadios" com o sabonete e os óleos de limpeza;
- Proporcionar ambiente seguro (não deixar recipientes com água abandonados, vedar piscinas).

### **Intoxicações**

- Optar por produtos com tampa de segurança;
- Guardar produtos químicos e medicamentos bem rotulados e fechados, em local fora do alcance e do olhar das crianças;
- Em caso de intoxicação ligue de imediato para o Centro de Informação Antivenenos, 808 250 143, para saber o que fazer em cada situação.

## Ficha de Ensino N°21

### Situações de Alerta



#### ENSINO

- Existem inúmeras doenças “próprias” das crianças e é importante que os pais saibam atuar em algumas situações de alerta, bem como reconhecer sinais de alerta que podem ser indicativos de que a criança está ou vai ficar doente.

#### Febre

- A febre é um sinal/sintoma importante porque é muito frequente e é indicador de doença. Considera-se febre um aumento de temperatura corporal, mediada pelo Sistema Nervoso Central, como resposta a um estímulo patológico. A febre parece desempenhar um papel importante como mecanismo de defesa contra a infecção; sabe-se que vários processos envolvidos no combate à infecção têm maior atividade a uma temperatura acima do normal. A febre é usualmente definida como uma temperatura axilar igual ou superior a 38°C.

#### Causas mais frequentes:

-sobreaquecimento (ambiente e vestuário); grande atividade física e emocional (choro ou irritabilidade);infecção (virais e bacterianas) desidratação

#### Sintomas:

- diminuição da vitalidade; vômito aparentemente inexplicável; perda de apetite; dor de cabeça; dor abdominal; dor muscular

#### Sinais de Alerta:

- Lactente com menos de três meses de idade;
- Se a febre persistir além de 48 horas e não ceder aos cuidados em casa;
- Se após a febre ter desaparecido há mais de 24 horas, voltar de novo a subir;
- Aparecimento de algumas manchas na pele (ex. pintas vermelhas do tamanho da cabeça de um alfinete);
- Se a criança “ficar caída” ou sonolenta, mesmo quando a febre desce;
- Vômitos incoercíveis;
- Desidratação;
- Dificuldade respiratória,

#### Atuação:

- Dar antipirético de acordo com indicação do médico assistente;
- Se ao fim de 30 minutos de ter dado antipirético, a febre se mantiver alta (superior a 39°C), proceder a arrefecimento.
- Aliviar a roupa da cama e da criança;
- Reforçar a ingestão de líquidos;

## **Convulsão**

- Uma convulsão é definida como uma contração muscular involuntária seguida de relaxamento. As convulsões são causadas por um mau funcionamento do sistema elétrico do cérebro, devido a descargas neuronais corticais. As manifestações convulsivas são determinadas pelo local de origem, e podem incluir inconsciência ou consciência alterada, movimentos involuntários e alterações na percepção, comportamento, sensações e postura. As convulsões são a disfunção neurológica mais vulgarmente observada em crianças e pode ocorrer em uma ampla variedade de condições envolvendo o Sistema Nervoso Central. O início de uma convulsão é súbito, paroxístico e transitório.
- **Convulsões febris** são distúrbios transitórios de crianças que ocorrem associados a febre são um dos mais comuns distúrbios neurológicos da infância, a maioria ocorre após os 6 meses de idade e geralmente antes dos 3 anos. A maior parte das convulsões febris é generalizada e dura menos de 5 minutos. A sua causa ainda é incerta. Na maioria das crianças, a intensidade, mas não a rapidez da elevação da temperatura parece ser um fator importante. A febre geralmente excede 38,8°C e ocorre durante a elevação da temperatura, e não após a febre prolongada. Trata-se diminuindo a temperatura com antipiréticos. As convulsões febris são de natureza benigna. Os pais precisam de ser tranquilizados e ser-lhes dito que o seu filho não corre risco de vida durante uma convulsão febril.

### Cuidados a ter durante a convulsão:

- Não tentar conter a criança pela força;
- Proteger a criança para evitar que se lesione, deitá-la na cama/chão;
- Manter ambiente calmo, obscuro e confortável;
- Não coloque nada na boca da criança;
- Não ofereça qualquer líquido ou comida.

### Atuação:

- Verifique a posição da cabeça e da língua;
- Coloque a criança em decúbito lateral;
- Permaneça com a criança.

### *Chame o 112 se:*

- A criança parar de respirar;
- A convulsão durar mais de 5 minutos;
- As pupilas estiverem assimétricas;

- A criança vomitar continuamente 30 minutos após o final da convulsão;
- A criança não acorda e não responde a estímulos dolorosos;
- Se for a primeira convulsão da criança.

Após uma crise convulsiva os pais devem dirigir-se ao Hospital.

### **Erupções Cutâneas**

- As lesões da pele originam-se de diversos fatores etiológicos, tais como: contacto com agentes nocivos (microrganismos infecciosos e substâncias químicas tóxicas); fatores hereditários; fatores externos (alérgenos) ou doenças sistémicas (sarampo, rubéola,...).
- Um fator importante na origem das manifestações cutâneas é a idade da criança, os bebés estão sujeitos a ter malformações por “marcas de nascença” e dermatite atópica que aparecem no início da vida. As lesões cutâneas assumem características distintas de acordo com o processo patológico.
- As alterações cutâneas costumam ser reversíveis a menos que surjam complicações como ulceração, arranhadura e infeção. As erupções cutâneas podem também surgir como sintoma de infeções passageiras ou devido a temperaturas ambientais elevadas (transpiração). O vulgar eritema das nádegas aparece na região nadequeira na forma de borbulhas vermelhas ou placas vermelhas e ásperas. A causa é devido à humidade e contacto de urina e fezes sobre a pele fina do bebé. As crostas do couro cabeludo que aparecem nos primeiros meses são uma forma de seborreia vulgar, zonas do couro cabeludo aparecem cobertas de escamas com aspecto sujo.

#### Atuação:

- . Lave a lesão com água e sabão neutro ou soro fisiológico;
- Se eritema das nádegas, aplicar um creme protetor;
- Se seborreia no couro cabeludo, aplicar óleo de amêndoas doces;
- Se outro tipo de erupção, não coloque nenhum medicamento e consulte Médico Assistente.

### **Infeção Respiratória**

- As infeções respiratórias são responsáveis pela maior parte das doenças agudas em crianças. A etiologia é predominantemente viral. Localizam-se nas vias aéreas superiores, só atingindo as vias aéreas inferiores 5% dos casos são habitualmente doenças benignas e auto limitadas.
- As infeções respiratórias manifestam-se por um conjunto de sintomas gerais e sinais e sintomas mais específicos do aparelho respiratório como a tosse associada ou não a um síndrome de dificuldade respiratória – polipneia, adejo nasal, tiragem, cianose.

- A **bronquiolite**, inicia-se com sintomas ligeiros de infeção viral, rinorreia, tosse e por vezes febre baixa. Em 1-2 dias a situação agrava-se, surgindo taquipneia, tiragem e pieira. Pode haver irritabilidade, recusa alimentar ou vómitos.

Sinais de Alerta:

- Falta de ar;
- Lábios azulados;
- Tosse;
- Pieira;
- Febre difícil de controlar;
- Febre que desaparece e surge novamente ao fim de 24 horas;
- Dificuldade ou intolerância alimentar;

Na presença de algum destes sinais contacte o Centro de Saúde, Médico Assistente ou Saúde 24.

Atuação:

- Reforçar a ingestão de líquidos;
- Colocar soro fisiológico nas narinas, gota a gota;
- Se necessário desobstruir as narinas com aparelho próprio;
- Fazer atmosfera húmida;
- Elevar a cabeceira da cama;
- Em caso de febre, dar antipirético (respeitando as doses recomendadas).

**Cólicas**

- A cólica é descrita como uma dor aguda nos intestinos (dores abdominais paroxísticas) que se manifesta através de um choro intenso após a mamada e ao fim do dia, com movimentos das pernas sobre o abdómen. O abdómen do lactente fica mais volumoso e com gases. A cólica é uma situação muito frequente, que aparece geralmente entre o 3º e o 10º dia de vida, desaparecendo no fim do 1º trimestre. Muitas vezes, é um choro difícil de acalmar, o que provoca grande ansiedade nos pais. As causas potenciais são: alimentar-se muito rapidamente, excesso de alimento, deglutição de ar em excesso, técnica de alimentação inadequada, stress e ansiedade entre a mãe e o bebé. Em alguns lactentes, a cólica pode ser um sinal de alergia ou intolerância ao leite de vaca.

Sinais de Alerta:

- Choro forte que persiste, sem parar, para além de 4 horas;
- Recusa alimentar.

Na presença de algum destes sinais contacte o Centro de Saúde, Médico Assistente ou Saúde 24.

#### Atuação:

- Manter aleitamento (rever alimentação materna);
- Diminuir a ingestão de ar (desobstrução nasal, rever técnica de amamentação/alimentação);
- Aumentar a expulsão de ar (eructação);
- Massajar a barriga com movimentos circulares;
- Mover as pernas do bebé fazendo movimentos suaves tipo “bicicleta”.

#### **Vómitos**

- O vómito define-se como a expulsão, voluntária ou involuntária, do conteúdo gástrico, pela boca acompanhado pela contração dos músculos abdominais. Envolve um processo complexo sob o controle do sistema nervoso central, provocando salivação, palidez, sudorese, e taquicardia; geralmente acompanhados por náusea. O vómito é um sintoma mais comum na idade pediátrica, embora a causa mais frequente seja a gastroenterite aguda, o vómito pode também ser a manifestação de patologia grave.
- **Bolsar** é a emissão de pequena quantidade de leite pela boca (e algumas vezes pelo nariz), após a refeição, que não interfere no estado geral do bebé nem no aumento de peso.

#### Sinais de Alerta:

- Vómitos persistentes, para além de 48 horas;
- Sinais de desidratação como pele e mucosas (lábios e língua) secas, prega na pele da barriga, olhos encovados e muita sede;
- Febre difícil de controlar;
- Vómitos esverdeados ou com sangue;
- Aparecimento de diarreia;
- Urinar menos ou mais que o habitual;
- Criança “caída”, sonolenta ou irritada;
- Vómito em jacto.

Na presença de algum destes sinais contacte o Centro de Saúde, Médico Assistente ou Saúde 24.

#### Atuação:

##### **Lactentes** (com menos de 1 ano):

- Manter aleitamento (no caso de aleitamento artificial, rever preparação dos biberões);
- Recorrer ao médico, se os vómitos persistirem.

##### **Crianças** (com mais de 1 ano):

- Insistir para que a criança beba líquidos em pequena quantidade, repetidamente: água ou chá fraco levemente açucarado. Oferecer uma ou duas colheres das de chá, com intervalos de 5 minutos;
- Retomar a alimentação habitual, em pequena quantidade quando tolerar os líquidos.

## **Diarreia**

- A diarreia define-se como o aumento da frequência das dejeções e diminuição da consistência das fezes. Resulta de um aumento da excreção intestinal de água e solutos. Pode acompanhar-se de vômitos e febre. A diarreia é uma doença auto limitada, mas pode conduzir a desidratação e desnutrição, sobretudo nos lactentes e nas crianças mal nutridas.

### Sinais de Alerta:

- Idade inferior a 3 meses
- Persistência de diarreia além de 48 horas;
- Presença de muco ou sangue nas fezes;
- Febre difícil de controlar;
- Diminuição da quantidade de urina;
- Sinais de desidratação como pele e mucosas (lábios e língua) secas, prega na pele da barriga, olhos encovados e muita sede;

Na presença de algum destes sinais contacte o Centro de Saúde, Médico Assistente ou Saúde 24.

### Atuação:

#### **Lactentes** (com menos de 1 ano):

- Manter aleitamento (rever alimentação materna);
- No caso de aleitamento artificial (rever preparação dos biberões);
- Reforçar a ingestão de líquidos.

#### **Crianças** (com mais de 1 ano):

- Não deixar a criança ficar com sede. Oferecer líquidos como: chá fraco levemente açucarado ou soluções de rehidratação na quantidade que ela desejar;
- Oferecer alimentação simples e que a criança tolere;
- Em caso de febre, dar antipirético nas doses recomendadas.

## **Obstipação**

- A obstipação é mais frequente em crianças alimentadas com leite artificial e caracteriza-se por dejeções em pequena quantidade, de consistência dura, eliminação difícil e com intervalos superiores a 1 ou 2 dias.

### Sinais de Alerta:

- Obstipação prolongada, além de 4 dias;
- Dor ao evacuar;
- Sangue nas fezes.

Na presença de algum destes sinais contacte o Centro de Saúde, Médico Assistente ou Saúde 24.

### Atuação:

**Lactentes** (com menos de 1 ano):

- Manter aleitamento (rever alimentação materna);
- Reforçar a ingestão de líquidos, no caso de aleitamento artificial (rever preparação de biberões);
- Fazer massagem abdominal;
- Estimulação suave com a cânula do “Bebégel”.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOBAK; LOWDERMILK; JENSEN - **Enfermagem na Maternidade**. 4ª Edição, Loures, 2006, Lusociência.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE - **Plano Nacional de Vacinação 2012.2012** [Consulta 25 Novembro 2012]. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos\\_Manuais\\_DGS/PNV2012.pdf2.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_Manuais_DGS/PNV2012.pdf2.pdf)

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Cólica do bebé**. Documento elaborado pelo Grupo Local de Acompanhamento da Reestruturação das Urgências Pediátricas, 2003. Revisto pela UCF de Almada.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Diarreia**. Documento elaborado pelo Grupo Local de Acompanhamento da Reestruturação das Urgências Pediátricas, 2003. Revisto pela UCF de Almada.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Desenvolvimento Estaturó-Ponderal da Criança**. 2008. [Consulta 16 Novembro 2012]. Disponível em <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/pais/biblioteca/Desenvolvimento.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Urgências no ambulatório em idade pediátrica – Orientações Técnicas**. Lisboa, 2008, Direção Geral de Saúde, Volume I.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Infeção Respiratória**. Documento elaborado pelo Grupo Local de Acompanhamento da Reestruturação das Urgências Pediátricas, 2003. Revisto pela UCF de Almada

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Febre**. Documento elaborado pelo Grupo Local de Acompanhamento da Reestruturação das Urgências Pediátricas, 2003. Revisto pela UCF de Almada;

INSTITUTO DOUTOR RICARDO JORGE - **Diagnóstico Precoce**. Lisboa, 2012. [Consulta 9 Novembro 2012]. Disponível em <http://www.diagnosticoprecoce.org/crono06.htm>

INTERNATIONAL COUCIL OF NURSES - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. 2ª Edição, Lisboa, 2003. Associação Portuguesa de Enfermeiros

PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL - **Vale a Pena crescer em segurança: Evitar os acidentes no primeiro ano de vida**. Lisboa, 2009. [Consulta 9 Outubro 2012]. Disponível em: <http://www.apsi.org.pt/downloads/folheto2009b.pdf>

PROMOÇÃO DA SEGURANÇA INFANTIL - **Crianças no Automóvel**. Lisboa, 2007. [Consulta 21 Novembro 2012]. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/File/Pais/cadeirinhas\\_folheto\\_pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/File/Pais/cadeirinhas_folheto_pdf).

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA - **A Síndrome de Morte Súbita do Lactente: DGS - Boletim individual de Saúde, Academia Americana de Pediatria**, 2009. [Consulta 12 Outubro 2012]. Disponível em: <http://www.spp.pt/UserFiles/File/Noticias/Document1.pdf>

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA - **Consensos de Neonatologia (2004): Aleitamento Materno**. [Consulta 12 Outubro 2012]. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/File/Consensos\\_Nacionais\\_Neonatologia\\_2004/Aleitamento\\_Materno.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/File/Consensos_Nacionais_Neonatologia_2004/Aleitamento_Materno.pdf)

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA - **Consensos de Neonatologia (2004): Cuidados Cutâneos ao Recém-Nascido**. [Consulta 12 Outubro 2012]. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/File/Consensos\\_Nacionais\\_Neonatologia\\_2004/Cuidados\\_Cutaneos\\_Recem-nascido.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/File/Consensos_Nacionais_Neonatologia_2004/Cuidados_Cutaneos_Recem-nascido.pdf)

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA - **Recomendações para a Vacinação Anti-Pneumococo**. 2009 [Consulta 12 Novembro 2012]. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/File/Seccao\\_Infecciologia/Recomendacoes\\_vacinacao\\_%20antipneumococica.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/File/Seccao_Infecciologia/Recomendacoes_vacinacao_%20antipneumococica.pdf)

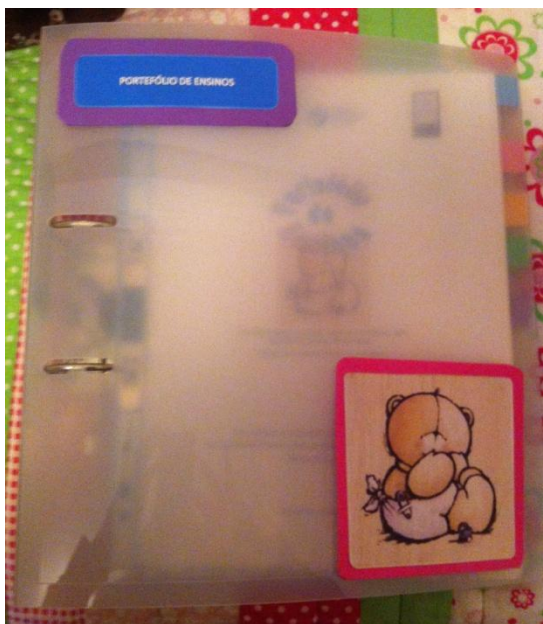
SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA - **Recomendações para a Vacina Contra o Rotavírus**. 2009. [Consulta 12 Novembro 2012]. Disponível em: [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/14/20090601151538\\_VOL40\\_N1\\_SPP\\_CR.pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/14/20090601151538_VOL40_N1_SPP_CR.pdf)

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA - **Recomendações para a Prevenção da Infecção por Vírus Sincicial Respiratório (VSR)**. 2007. [Consulta 12 Novembro 2012]. Disponível em: [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/3/20080220121750\\_app\\_384\\_consenso.pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/3/20080220121750_app_384_consenso.pdf)

UNICEF - **Manual de Aleitamento Materno**. Edição Revista. Lisboa, 2008. [Consulta 11 Outubro 2012]. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/File/Publicacoes/manual\\_aleitamento\\_UNICEF.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/File/Publicacoes/manual_aleitamento_UNICEF.pdf)

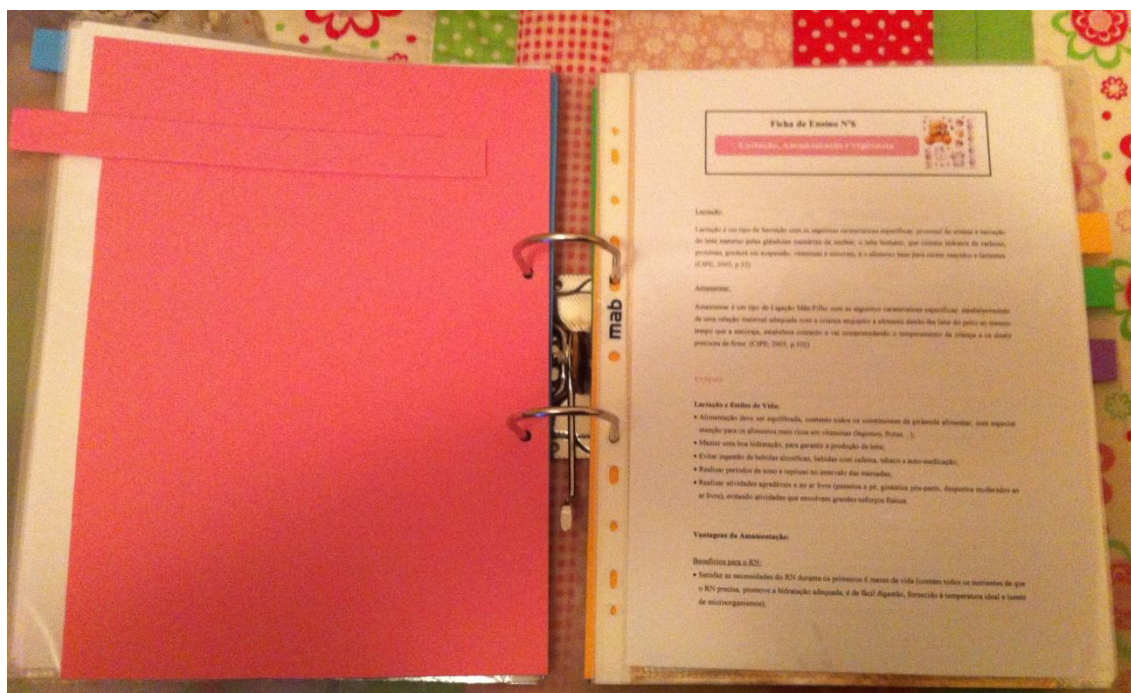
WONG [et al]. - **Enfermagem Pediátrica: Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva**. Lisboa : 6º Edição: Guanabara Koogan, 2006.

# PORTEFÓLIO DE ENSINOS



**ÍNDICE**

Ficha de Ensino nº1	Batido
Ficha de Ensino nº2	Preparação de Leite Ubatizado
Ficha de Ensino nº3	Tratamento de Leite
Ficha de Ensino nº4	Molhos e Cebola
Ficha de Ensino nº5	Leitinho e Fala
Ficha de Ensino nº6	Lactação, Amamentação e Vigilância
Ficha de Ensino nº7	Estimulação da LM
Ficha de Ensino nº8	Controlo, Descontrolo e Aquecimento da LM
Ficha de Ensino nº9	Amamentação
Ficha de Ensino nº10	Preparação e Administração de Alimentos
Ficha de Ensino nº11	Alimentação por Sonda
Ficha de Ensino nº12	Temperatura Corporal
Ficha de Ensino nº13	Pulsometria
Ficha de Ensino nº14	Ventilação
Ficha de Ensino nº15	Diagnóstico Primário
Ficha de Ensino nº16	Progressão Primária
Ficha de Ensino nº17	Resposta do Lactante
Ficha de Ensino nº18	Ventilação
Ficha de Ensino nº19	Diagnóstico Primário
Ficha de Ensino nº20	Progressão Primária
Ficha de Ensino nº21	Resposta do Lactante
Ficha de Ensino nº22	Prevenção de Acidentes no 1º Ano de Vida
Ficha de Ensino nº23	Atividade de Fala



**ANEXO VI**

**Plano de Cuidados CIPE/SAPE**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



**Sob orientação de Enfermeira Especialista Djenane Silva**

**Sob a tutoria de Professora Doutora Zaida Charepe & Professora Doutora Margarida Lourenço**

**Por: Viviana Mourinho**

**LISBOA, Dezembro de 2012**

**Legenda:**



<b>Hospital Dona Estefânia</b> Avaliação Inicial	Procº: 1251852 0 Idade:            Dias	<b>20</b>	<i>Novembro 2012</i>
<b>INT NEONATOLOGIA</b>			

#### Data de Nascimento

» [Data de Nascimento](#)

**Data de Nascimento: 20/11/2012**

**Hora de Nascimento 10:30**

**Data de Admissão: 20/11/2012**

**Hora de Admissão: 17:30**

#### Neonatologia

» [Neonatologia](#)

**Sexo: Feminino**

**Idade Gestacional (Dias): 6 dias**

**Idade Gestacional (Semanas): 33 semanas**

**Motivo de Internamento: Prematuridade + Outros: BPN + DPN de dilatação intestinal**

#### História Obstétrica Relevante

» [Índice Obstétrico](#)

**Nº Gestas: 1**

**Nº Paras: 1**

**Abortos: 0**

**Filhos Vivos: 1**

#### História Obstétrica Relevante

» [História Obstétrica Relevante](#)

**História Relevante: Gravidez vigiada. RBA às 33 semanas + 6 dias, início de TP, por sofrimento fetal fez cesariana.**

#### Dados do Parto

» [Dados do Parto](#)

**Tipo de Parto: Distócico**

**Tipo de Distócia: Cesariana**

**Índice de Apgar - 1º Minuto: 9**

**Índice de Apgar - 5º Minuto: 10**

**Peso ao Nascer (gramas): 1965**

**Estatura (cm): 42**

**Perímetro Cefálico (cm): 32**

## História da Doença Actual

### » História da Doença Actual

**História:** Internamento por suspeita de dilatação intestinal, distensão duodenal e obstrução ileon-terminal.

## Alergias Conhecidas

### » Alergias Conhecidas

**Alimentares :** Não se aplica

**Medicamentosos:** Não se aplica

## Respiração

### » Respiração

**Frequência Respiratória:** 62

**Características da Respiração:** Superficial Toraco-Abdominal

## Catéteres

### » Catéteres Centrais

**Localização Cat.:** Umbilical

**Nº Lúmens Cat.:** 1

**Data Cat.:** 20/11/2012

## Temperatura

### » Temperatura

**Temperatura Axilar:** 36,2

## Metabolismo

### » Metabolismo

**Glicémia:** 87

## Dados Gerais // Dados da Família

### » Mãe

**Nome:** R.G.

**Idade:** 29

**Profissão:** (...)

**Contacto:** 000000000

**País de Origem:** Portugal

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Horário	Data de Abertura:	Data de Termo:
Papel Parental Perturbado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promover papel parental</li> </ul>	1x Turno	20/11/2012	
<b>Data de Abertura:</b>			20/11/2012	
<b>Data de Termo:</b>				

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Horário	Data de Abertura:	Data de Termo:
<p data-bbox="271 549 465 580"><b>Risco Aspiração</b></p> <p data-bbox="185 715 405 740"><b>Data de Abertura:</b></p> <p data-bbox="185 767 331 793"><b>20/11/2012</b></p> <p data-bbox="185 850 376 876"><b>Data de Termo:</b></p>	<ul data-bbox="577 485 797 510" style="list-style-type: none"> <li>• Elevar cabeceira</li> </ul>	1x Turno	20/11/2012	
	<ul data-bbox="577 644 882 670" style="list-style-type: none"> <li>• Otimizar sonda gástrica</li> </ul>	1x Turno	20/11/2012	

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Horário	Data de Abertura:	Data de Termo:
Risco Dor	• Monitorizar dor através de escala de dor	1x Turno	20/11/2012	
	• Vigiar dor	1x Turno	20/11/2012	
	• Vigiar ação do doente	1x Turno	20/11/2012	
	• Executar técnica de posicionamento	4/4h	20/11/2012	
	• Otimizar sensores	1x Turno	20/11/2012	
Data de Abertura:				
20/11/2012				
Data de Termo:				

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Horário	Data de Abertura:	Data de Termo:
Risco Perfusão de Tecidos no Corpo como um todo (CUV)	• Otimizar cateter central	1x Turno	20/11/2012	21/11/2012
	• Vigiar local de inserção de cateter central	1x Turno	20/11/2012	21/11/2012
	• Fazer tratamento no local de inserção de cateter central	1x Turno	20/11/2012	21/11/2012
<b>Data de Abertura:</b> <b>20/11/2012</b>				
<b>Data de Termo: 21/11/2012</b>				

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Horário	Data de Abertura:	Data de Termo:
Risco Metabolismo Energético [alterado]	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar glicémia capilar</li> </ul>	1x Turno	20/11/2012	
Data de Abertura:				
20/11/2012				
Data de Termo:				

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Horário	Data de Abertura:	Data de Termo:
<b>Risco Hipotermia</b>	• Monitorizar temperatura	4/4h	20/11/2012	
	• Monitorizar temperatura da incubadora	4/4h	20/11/2012	
	• Otimizar incubadora	1x Turno	20/11/2012	
	• Executar técnica de aquecimento natural	SOS	20/11/2012	
<b>Data de Abertura:</b> 20/11/2012				
<b>Data de Termo:</b>				

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Horário	Data de Abertura:	Data de Termo:
<b>Risco Ventilação</b> <b>[interrompida]</b>  <b>Data de Abertura:</b> <b>20/11/2012</b>  <b>Data de Termo: 21/11/2012</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar frequência respiratória</li> </ul>	4/4h	20/11/2012	21/11/2012
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar respiração</li> </ul>	1x Turno	20/11/2012	21/11/2012

Atitude Terapêutica	Intervenções de Enfermagem	Horário	Data de Abertura:	Data de Termo:
<b>Balço Hídrico</b>  <b>Data de Abertura:</b> <b>20/11/2012</b>  <b>Data de Termo:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorizar entradas e saídas</li></ul>	1x Turno	20/11/2012	

Atitude Terapêutica	Intervenções de Enfermagem	Horário	Data de Abertura:	Data de Termo:
Cateterismo Central (CUV)	• Otimizar cateter central	1x Turno	20/11/2012	21/11/2012
	• Vigiar local de inserção de cateter central	1x Turno	20/11/2012	21/11/2012
	• Fazer tratamento no local de inserção de cateter central	1x Turno	20/11/2012	21/11/2012
<b>Data de Abertura:</b> <b>20/11/2012</b>				
<b>Data de Termo: 21/11/2012</b>				

Atitude Terapêutica	Intervenções de Enfermagem	Horário	Data de Abertura:	Data de Termo:
<b>Cateterismo Periférico</b>	• Inserir cateter periférico	Agora	20/11/2012	20/11/2012
	• Otimizar cateter periférico	1x Turno	20/11/2012	21/11/2012
	• Vigiar local de inserção de cateter periférico	1x Turno	20/11/2012	21/11/2012
	• Fazer tratamento no local de inserção de cateter periférico	SOS	20/11/2012	21/11/2012
<b>Data de Abertura:</b> <b>20/11/2012</b>				
<b>Data de Termo: 21/11/2012</b>				

Atitude Terapêutica	Intervenções de Enfermagem	Horário	Data de Abertura:	Data de Termo:
<b>Entubação Gástrica</b>	• Inserir sonda gástrica	Agora	20/11/2012	20/11/2012
	• Otimizar sonda gástrica	1x Turno	20/11/2012	
	• Trocar sonda gástrica	5/5dias	20/11/2012	
	• Monitorizar conteúdo gástrico	1x Turno	20/11/2012	
	• Vigiar conteúdo gástrico	1x Turno	20/11/2012	
	• Drenar conteúdo gástrico através de sonda gástrica	1x Turno	20/11/2012	
<b>Data de Abertura:</b> <b>20/11/2012</b>				

---

**Data de Termo:**

---

<b>Atitude Terapêutica</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Horário</b>	<b>Data de Abertura:</b>	<b>Data de Termo:</b>
<b>Avaliação da Glicémia Capilar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitorizar glicemia capilar</li></ul>	1x Turno	20/11/2012	
<b>Data de Abertura:</b> 20/11/2012				
<b>Data de Termo:</b>				

Atitude Terapêutica	Intervenções de Enfermagem	Horário	Data de Abertura:	Data de Termo:
Incubadora	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar temperatura da incubadora</li> </ul>	4/4h	20/11/2012	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otimizar incubadora</li> </ul>	1x Turno	20/11/2012	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trocar incubadora</li> </ul>	5/5dias	20/11/2012	
<b>Data de Abertura:</b> <b>20/11/2012</b>				
<b>Data de Termo:</b>				

Atitude Terapêutica	Intervenções de Enfermagem	Horário	Data de Abertura:	Data de Termo:
<b>Dados Antropométricos</b>	• Monitorizar peso	Turno Fixo: Manhã	20/11/2012	
	• Monitorizar comprimento	30/30d	20/11/2012	
	• Monitorizar perímetro cefálico	7/7d	20/11/2012	
	• Monitorizar perímetro abdominal	Turno Fixo: Manhã 1x Turno	20/11/2012	
<b>Data de Abertura:</b> 20/11/2012				
<b>Data de Termo:</b>				

Atitude Terapêutica	Intervenções de Enfermagem	Horário	Data de Abertura:	Data de Termo:
Parâmetros Vitais	• Monitorizar frequência cardíaca	4/4h	20/11/2012	
	• Monitorizar frequência respiratória	4/4h	20/11/2012	
	• Monitorizar saturação de O2	4/4h	20/11/2012	
	• Monitorizar tensão arterial	4/4h	20/11/2012	
	• Monitorizar temperatura corporal	4/4h	20/11/2012	
Data de Abertura: 20/11/2012				
Data de Termo:	• Monitorizar dor	4/4h	20/11/2012	

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Horário	Data de Abertura:	Data de Termo:
<b>Ferida Cirúrgica no Abdómen</b>      <b>Data de Abertura:</b> <b>21/11/2012</b>  <b>Data de Termo:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar ferida</li> </ul>	Turno Fixo: Manhã	21/11/2012	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar penso</li> </ul>	1x Turno	21/11/2012	24/11/2012
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Executar tratamento à ferida cirúrgica</li> </ul>	1x Turno	21/11/2012	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar abdómen</li> </ul>	SOS	21/11/2012	

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Horário	Data de Abertura:	Data de Termo:
<p data-bbox="203 584 535 616">Expetorar Ineficaz em Grau Reduzido</p> <p data-bbox="185 746 409 831">Data de Abertura: 21/11/2012</p> <p data-bbox="185 855 528 887">Data de Termo: 23/11/2012</p>	<ul data-bbox="577 531 831 568" style="list-style-type: none"> <li>• Aspirar secreções</li> </ul>	1x Turno	21/11/2012	23/11/2012
	<ul data-bbox="577 651 815 687" style="list-style-type: none"> <li>• Vigiar secreções</li> </ul>	1x Turno	21/11/2012	23/11/2012

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Horário	Data de Abertura:	Data de Termo:
<b>Risco de Úlcera de Pressão</b> <b>Boca à Direita</b>  <b>Data de Abertura:</b> <b>21/11/2012</b>  <b>Data de Termo: 23/11/2012</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar risco de úlcera de pressão</li> </ul>	Turno Fixo: Manhã	21/11/2012	23/11/2012
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otimizar tubo traqueal</li> </ul>	1x Turno	21/11/2012	23/11/2012

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Horário	Data de Abertura:	Data de Termo:
Risco Perfusão de Tecidos no braço esquerdo (epicutâneo)	• Otimizar cateter central	1x Turno	21/11/2012	
	• Vigiar local de inserção de cateter central	1x Turno	21/11/2012	
	• Fazer tratamento no local de inserção de cateter central	SOS	21/11/2012	
Data de Abertura:				
21/11/2012				
Data de Termo:				

Atitude Terapêutica	Intervenções de Enfermagem	Horário	Data de Abertura:	Data de Termo:
Fototerapia	• Otimizar fototerapia	1x Turno	22/11/2012	23/11/2012
			24/11/2012	25/11/2012
<b>Data de Abertura:</b> 22/11/2012 24/11/2012				
<b>Data de Termo:</b> 23/11/2012 25/11/2012				

Atitude Terapêutica	Intervenções de Enfermagem	Horário	Data de Abertura:	Data de Termo:
Ventilação Invasiva	• Monitorizar condição de ventilador, através de ventilador	4/4h	21/11/2012	23/11/2012
	• Otimizar tubo traqueal	1x Turno	21/11/2012	23/11/2012
	• Trocar traqueias	5/5d	21/11/2012	23/11/2012
	• Monitorizar frequência respiratória	4/4h	21/11/2012	23/11/2012
	• Vigiar respiração	1x Turno	21/11/2012	23/11/2012
<b>Data de Abertura:</b>				
21/11/2012				
<b>Data de Termo: 23/11/2012</b>				

Atitude Terapêutica	Intervenções de Enfermagem	Horário	Data de Abertura:	Data de Termo:
Cateterismo Central (epicutâneo)	• Otimizar cateter central	1x Turno	21/11/2012	
	• Vigiar local de inserção de cateter central	1x Turno	21/11/2012	
	• Fazer tratamento no local de inserção de cateter central	SOS	21/11/2012	
<b>Data de Abertura:</b> <b>21/11/2012</b>				
<b>Data de Termo:</b>				

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Horário	Data de Abertura:	Data de Termo:
S/Focus	• Vigiar eliminação intestinal	1x Turno	20/11/2012	
	• Vigiar eliminação vesical	1x Turno	20/11/2012	
	• Vigiar pele	1x Turno	20/11/2012	
	• Vigiar mucosas	1x Turno	20/11/2012	
	• Vigiar coto umbilical	1x Turno	21/11/2012	
	• Desinfetar coto umbilical	1x Turno	21/11/2012	

- Trocar dispositivos (NPT)

Turno


21/11/2012

Fixo:

Tarde

## **ANEXO VII**

Norma: Apoio à Criança/Jovem Vítima de Maus-Tratos

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	Procedimento Multissetorial	<b>TRC.106</b>
	APOIO À CRIANÇA/ JOVEM VÍTIMA DE MAUS-TRATOS	

## 1. OBJECTIVO

- Identificar os procedimentos relacionados com o apoio a dar à criança/jovem vítima de maus-tratos.
- Proporcionar assistência célere e humanizada à criança/jovem vítima de maus-tratos:
  - Diagnosticar e tratar lesões resultantes de maus-tratos;
  - Minimizar o trauma físico e psicológico;
  - Recolher evidências que possam ter valor legal.

## 2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Serviço de Urgência, Unidades de Internamento, Consultas Externas e Serviço Social, do Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE.

## 3. RESPONSABILIDADES

- **Pela implementação do Procedimento:** Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco do H.D.E.
- **Pela revisão do procedimento:** Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco do H.D.E.

## 4. DEFINIÇÕES

**Criança ou jovem** - Pessoa com menos de 18 anos.

**Maus-tratos** - Qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima. (DGS, 2011)

## 5. SIGLAS E ABREVIATURAS


**CPCJ** - Comissão de Proteção das Crianças e Jovens

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**HDE** - Hospital de Dona Estefânia

**IML** - Instituto de Medicina Legal

**NHACJR** - Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	Procedimento Multisectorial	<b>TRC.106</b>
	APOIO À CRIANÇA/ JOVEM VÍTIMA DE MAUS-TRATOS	


## 6. REFERENCIAS

- Lei nO147/99 de 1 de Setembro - Lei de protecção de crianças e jovens em perigo.
- Despacho nO31292/2008 de 5 de Dezembro, Diário da Republica 23 serie - nO236.
- **Direção Geral de Saúde. Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. 2011**
- Hobbs C. J., Hanks H. G. I. , Wynne J. M.- Child Abuse and Neglect, a Clinician's Handbook, Churchill Livingstone, 1st edition 1993.
- Norma 46 do Manual Internacional de Acreditação
- Defining the Children the Children's Hospital Role in Child Maltreatment. NACHRI - National Association of Children's Hospitals and Related Institutions, US 2004
- Child Abuse and Neglect. Child Trends, Media Handbook, publication 2004-01
- Jeni Canha. Criança maltratada, o papel de uma pessoa de referência na sua recuperação. Estudo prospetivo de 5 anos. 23 ed. Quarteto Editora, 2003
- Teresa Magalhães. Maus-tratos em Crianças e Jovens. 33ed. Quarteto Editora, 2004.
- Promotion and Protection of the Rights of Children. General Assembly of United Nations, 61st session, Aug 2006
- Vários autores. Direitos das Crianças. Coimbra Editora, 2005
- Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2006:
- **World Health Organization, International Society for prevention of child abuse and neglect– Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneve: World Health Organization, 2006. 92 p. ISBN 92 4 159436 5**

## 7. DESCRIÇÃO

### 7.1. Orientações Gerais

- ⇒ Os maus-tratos tem um profundo impacto no desenvolvimento físico, cognitivo, emocional, comportamental e social da criança/jovem. A duração e intensidade dos efeitos obrigam a um forte investimento, por parte dos serviços de saúde, na deteção e intervenção atempada destas situações.
- ⇒ A situação do Abuso Sexual, pela sua especificidade, encontra-se protocolada em procedimento independente, que se encontra no Serviço de Urgência, em dossier devidamente identificado.
- ⇒ O profissional de saúde tem por dever do tratamento da criança/jovem, sempre que necessário, e a sinalização do caso a quem de direito; cabe-lhe ainda proporcionar um ambiente seguro até completo esclarecimento da situação.

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	Procedimento Multisectorial	TRC.106
	APOIO À CRIANÇA/ JOVEM VÍTIMA DE MAUS-TRATOS	

⇒ Para o diagnóstico de maus-tratos é essencial uma correta colheita de dados anamnesicos. É fundamental um elevado índice de suspeita perante sinais e sintomas, que quando conjugados, deverão conduzir a um inquérito sobre a situação social, física e psicológica da criança. Durante a entrevista o profissional de saúde deve:

- Assegurar a privacidade e confidencialidade;
- Não culpabilizar a família;
- Não fazer juízos valorativos;
- Tratar dignamente a família, mesmo nos casos mais complexos;
- É importante que o profissional de saúde informe a criança, se em idade de entender, com linguagem adequada e perceptível:

que ninguém merece ser maltratado ou negligenciado

que ela não tem culpa

que a equipa vai proporcionar ajuda para ela e para a sua família

- A observação é outra etapa fundamental para o diagnóstico de situações de maus-tratos.
- É importante estar atento a expressão comportamental da criança mas também a interação que esta estabelece com os pais/acompanhantes. A observação deverá incluir uma avaliação:

- 1) do estado físico da criança (pele, cabelo, unhas, roupa, etc.),
- 2) do crescimento e desenvolvimento,
- 3) do estado emocional da criança
- 4) do estado emocional dos pais (relação pais/filho).

- Perante uma criança com 0 diagnóstico de maus-tratos o enfermeiro que recebe a criança devera orientá-lo para um dos médicos mais graduados da equipa de urgência. O caso deverá ser comunicado aos chefes da equipa medica e de enfermagem.

- O Médico e o enfermeiro devem seguir as orientações do presente protocolo, que se encontra no Serviço de Urgência, em dossier devidamente identificado. A principal preocupação da equipa deve ser proporcionar uma atitude de ajuda e contenção da grande ansiedade que rodeia o acontecimento.


- Após receção e abordagem inicial, O medico deve começar por preencher a 13ª pagina do documento de sinalização ao NHACJR do HDE.

- No caso de maus-tratos físicos, O registo fotográfico devera ser ponderado, para a preservação da prova.

- Deverá ser contactado o perito de escala do Instituto de Medicina Legal. em caso de:

- 1) situação clinicamente muito grave, situação em que devera também ser contactada a Policia Judiciaria;
- 2) quando há queixa já efetuada a agente de autoridade;
- 3) quando se inicia simultaneamente um processo-crime;

Contactar Pedopsiquiatra, em caso de:

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	Procedimento Multisectorial	<b>TRC.106</b>
	APOIO À CRIANÇA/ JOVEM VÍTIMA DE MAUS-TRATOS	

- Grande ansiedade,
- Angústia,
- Agressividade,
- Situação de conflito familiar.

O Pedopsiquiatra deverá referenciar a situação a uma equipa de Pedopsiquiatria para posterior acompanhamento em colaboração com a Consulta de Pediatria Especial do H.DE.

Após completado o exame objetivo e a avaliação global da criança, terminar o preenchimento do documento de sinalização (Mod. 5853 - C.!.) ao NHACJR, a enviar de imediato ao Serviço Social (durante o horário de funcionamento) em envelope fechado e protocolado ou entregue ao chefe de equipa de enfermagem, para envio, protocolado, na manhã seguinte, ao Serviço Social.

Esta sinalização devera ser sempre efetuada, mesmo que exista processo no IML ou haja sinalização anterior a outras entidades judiciais ou de apoio social na comunidade. o preenchimento devera ser feito com letra legível, e com os dados preenchidos na totalidade, sendo da extrema importância o conhecimento do nome e contactos dos acompanhantes, assim como a identificação do profissional que notifica o caso.


No caso da observação por vários técnicos, esse(s) dado(s) e respetiva identificação dos vários profissionais envolvidos, deve constar do documento de sinalização. Os dados do exame objetivo, sempre que possível, devem ser confirmados por mais que um técnico.

As situações sinalizadas ao Núcleo Hospitalar de Apoio a Criança e Jovem em Risco são, regra geral, consideradas de risco por todos os médicos e enfermeiros envolvidos no processo. Salienta-se, contudo, que em caso de não concordância na interpretação da situação, qualquer técnico de saúde deve proceder à sinalização ao Núcleo.

## **7.2. Algumas particularidade nas tipologias de maus-tratos**

### **7.2.1 - Negligência**

- ⇒ A negligência e uma forma muito insidiosa de abuso e de diagnóstico difícil.
- ⇒ Entende-se por negligência a incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados. Regra geral, é continuada no tempo, pode manifestar-se de forma ativa, em que existe intenção de causar

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	Procedimento Multisectorial	TRC.106
	APOIO À CRIANÇA/ JOVEM VÍTIMA DE MAUS-TRATOS	


dano à vítima, ou passiva, quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar tais necessidades (DGS, 2011)

- ⇒ Inclui o dano físico (acidente) e a ausência de cuidados; implica a falha dos pais ou de quem os substitua no cumprimento dos direitos da criança, nomeadamente, em relação aos cuidados de saúde, segurança, bem-estar físico e afetivo. As situações de negligência são mais comuns em crianças com idade inferior a 5 anos, mas podem estender-se até a adolescência. Nos casos de negligência, a criança encontra-se privada das suas necessidades emocionais, físicas e sociais, fundamentais ao seu desenvolvimento. Sendo a infância um período muito vulnerável da vida, a privação destes direitos pode ter consequências muito graves de morbilidade e mortalidade.
- ⇒ A negligência surge muitas vezes associada a circunstâncias sociais adversas, podendo estar presentes alguns dos seguintes aspetos do contexto familiar: pais negligenciados; desemprego ou precariedade profissional; ausência de projetos de vida definidos para os próprios e para os filhos; condições precárias e pouco seguras de habitabilidade; relutância em aceitar ajuda.
- ⇒ Os padrões de negligência podem ser avaliados através de exame físico, mas também através da expressão comportamental da criança. A observação das interações com os acompanhantes pode dar algumas informações sobre o registo em que a família funciona.
- ⇒ Os acidentes múltiplos são frequentes em casos de negligência, refletindo a falta de cuidado com a segurança da criança.

### Sinais

O diagnóstico desta situação só é geralmente possível com a conjugação de dados anamnesicos, físicos e psicológicos. Isoladamente, os dados são dificilmente valorizáveis.

- ⇒ Sinais físicos de negligência prolongada (*após a investigação médica/clinica que exclua qualquer razão patológica para tal*): atraso ou baixo crescimento; cabelo fino; abdómen proeminente; arrefecimento persistente; mãos e pés avermelhados; atraso no desenvolvimento sexual.
- ⇒ Carência de higiene (*tendo em conta as normas culturais e a meio familiar*): evidência de maus cuidados de higiene corporal e do vestuário; eritema do períneo.
- ⇒ Alimentação e/ou horários inadequados; vestuário desadequado em relação à estação do ano e lesões consecutivas a exposições climáticas adversas.
- ⇒ **Inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília);**
- ⇒ Intoxicações acidentais repetidas ou outra doença crónica sem cuidados adequados; hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas.

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	Procedimento Multisectorial	TRC.106
	APOIO À CRIANÇA/ JOVEM VÍTIMA DE MAUS-TRATOS	


- ⇒ Precariedade no cumprimento do Programa Nacional de Vacinação e ausência de registo dos acontecimentos importantes no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil.

### Sintomas

- ⇒ Atraso nas aquisições sociais e em todas as áreas da maturidade: linguagem, motricidade e socialização.
- ⇒ Perturbações do apetite e comportamentos estranhos (por exemplo, roubar alimentos ou comer em demasia).
- ⇒ Perturbações do sono, sonolência, apatia, depressão, hiperatividade, agressividade.
- ⇒ Problemas de aprendizagem e absentismo escolar.
- ⇒ Relacionamento pobre com outras crianças e comportamentos antissociais.

### 7.2.2 – Maus-Tratos Físicos

- ⇒ O mau trato físico resulta de qualquer ação não accidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa vir a provocar) dano físico. (DGS, 2011)
- ⇒ Nas situações de maus-tratos físicos o perigo está diretamente associado com a idade da criança. Uma pequena equimose num lactente pode ser um fator de risco para abusos posteriores que podem ser graves ou mesmo fatais. Ainda que, regra geral, os pais não pretendam causar lesões graves, a situação deve ser avaliada tendo em atenção a vulnerabilidade da criança (a maioria das crianças maltratadas tem entre 0 e 4 anos; 70% das lesões da cabeça graves ou fatais ocorre em crianças com idade inferior a 1 ano – o *síndrome da criança abandonada*).
- ⇒ A maioria das situações de maus-tratos físicos ocorre quando os pais perdem o controlo das suas emoções, mas outras correspondem a comportamentos sádicos e premeditados (por exemplo; marcas do objeto agressor, queimaduras com pontas de cigarro, equimoses com a forma de cinto ou fivela, etc).
- ⇒ É importante ter em atenção que a negação do abuso físico pode, também, constituir um mecanismo de defesa psicológico para reduzir o sentimento de culpa do agressor/a perante o diagnóstico.
- ⇒ Em relação aos maus-tratos físicos há alguns indicadores da anamnese que aumentam o índice de suspeita, nomeadamente:
  - História incongruente, inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão.
  - Explicações contraditórias ou discordantes.
  - Demora na procura de cuidados médicos (especialmente em casos de fraturas ou queimaduras).
  - Negação dos sintomas (ou dor) por parte dos adultos.
  - Criança com lesões repetidas, registo de múltiplos internamentos e acidentes.

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	Procedimento Multisectorial	<b>TRC.106</b>
	APOIO À CRIANÇA/ JOVEM VÍTIMA DE MAUS-TRATOS	

- Faltas frequentes a escola (para dar tempo a que as lesões desapareçam).
- Família em situação de crise;
- Alterações graves do estado nutricional.
- Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem, ...).


### Sinais

As lesões acidentais são muito frequentes na crianças o que dificulta por vezes o diagnóstico diferencial. As lesões decorrentes de maus-tratos físicos podem ser:

- ⇒ **Superficiais**, nomeadamente sufocações, equimoses (por vezes com formas bizarras provocadas com cinto ou chinelo), queimaduras (provocadas por ponta de cigarro, ferro de engomar ou sugestivas de imersão forçada em água quente). Para validar a veracidade da historia clínica fornecida e importante fazer uma avaliação da evolução das lesões superficiais e determinar a idade das mesmas.
- ⇒ **Profundas**, nomeadamente hematomas (cefalohematomas)
- ⇒ **Fraturas**: uma fratura é sempre dolorosa e leva a uma perda de função, pelo menos no início. Se a criança não se queixa pode estar assustada ou instruída para não demonstrar dor o que pode sugerir que a lesão resultou de mau trato. O diagnóstico de fraturas pode ser dificultado pelo facto de, em muitos casos, se tratar de fraturas sem lesão superficial ou fraturas incompletas ("em ramo verde"); nestas situações podem não estar presentes os sinais clássicos. Muitas vezes estas fraturas só são detetadas mais tarde, no decurso de exames radiológicos (calo ósseo em estádios diferentes d evolução).
- ⇒ **Lesões intra – cranianas**: são a primeira causa de morte resultante do abuso físico. As mais frequentes são a hemorragia sub-dural e a hemorragia retiniana (síndrome da criança abandonada).
- ⇒ **Lesão intra – abdominal**: com perfuração do estomago ou do intestino, com laceração ou contusão do fígado, baço ou rim representa a segunda causa de morte em situações de abuso físico; estas situações são de diagnóstico muito difícil.

Em termos práticos devemos suspeitar de maus-tratos físicos quando observamos:

- Lesões com diferentes estados de evolução (por exemplo, equimoses com diferentes colorações).
- Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fratura).
- Lesões em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo acidental (equimoses ou outros ferimentos na face ou na parte proximal das extremidades, por exemplo, a volta dos olhos, orelhas, boca, pescoço, genitais e nádegas).
- Lesões com diferentes localizações.

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	Procedimento Multissetorial	<b>TRC.106</b>
	APOIO À CRIANÇA/ JOVEM VÍTIMA DE MAUS-TRATOS	

- Lesões desenhando marcas de objetos (por exemplo, marcas de fivela, corda ou régua).
- Queimaduras ou cicatrizes com localização diversa (por exemplo, queimadura de cigarro na palma da mão, na planta do pé, genitais e nádegas).
- Alopecia traumática.
- Outras lesões de diagnóstico mais complexo (neurológicas, oftalmológicas e viscerais).

**Não esquecer que a conjugação dos dados é mais importante que a observação de um sinal ou sintoma isoladamente.**


### **7.2.3. Maus-tratos psicológicos/ emocional**

- ⇒ O mau trato psicológico resulta da privação de um ambiente de segurança e de bem-estar afetivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/jovem. (DGS, 2011)
- ⇒ Este tipo de maus-tratos engloba diferentes situações, desde a ausência ou precariedade de cuidados adequados a idade e situação pessoal, até a completa rejeição afetiva, passando pela depreciação frequente da criança ou do jovem, que podem repercutir-se, por exemplo, no sono, no controlo dos esfíncteres, no comportamento, no rendimento escolar.
- ⇒ Os maus tratos psicológicos tem implicações no desenvolvimento físico e psicossocial da criança/jovem e na estabilidade das suas competências emocionais e sociais.
- ⇒ É de realçar que, em virtude dos sinais e sintomas serem muitas vezes sobreponíveis aos de outras situações de maus-tratos, este tipo nem sempre é identificado na avaliação dos casos. No entanto qualquer **tipo de maus-tratos inclui, também, maus-tratos psicológicos.**
- ⇒ Pode considerar-se maus-tratos psicológicos: abandono temporário; insultos verbais; abandono afetivo; ausência de afeto; ridicularização e desvalorização; hostilização e ameaças; indiferença; discriminação; rejeição; culpabilização; humilhação; envolvimento em situações de violência doméstica.

### **Sinais e sintomas**

Para além das perturbações abaixo descritas estas crianças apresentam por vezes deficiências não orgânicas de crescimento, com baixa estatura e história de automutilação.


- ⇒ **Perturbações funcionais:** apetite (anorexia, bulimia); sono (terrores noturnos, falar em voz alta durante o sono, posição fetal); ausência do controlo dos esfíncteres (enurese, encompresse); fala (gaguez); tonturas; cefaleias, mialgias e dor abdominal sem causa orgânica aparente; alterações menstruais, nomeadamente interrupção da menstruação na adolescência.

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	Procedimento Multisectorial	TRC.106
	APOIO À CRIANÇA/ JOVEM VÍTIMA DE MAUS-TRATOS	

- ⇒ **Perturbações cognitivas:** atraso no desenvolvimento da linguagem; baixa auto-estima e sentimentos de inferioridade; alterações da memória, concentração e atenção; dificuldades de aprendizagem com diminuição do rendimento e retenções de ano frequentes.
- ⇒ **Perturbações afetivas:** choro incontrolável; sentimentos de vergonha e culpa; medos concretos e/ou indeterminados; inadequação na maturidade (excessivamente infantil ou excessivamente adulto); dificuldade para lidar com situações de conflito.
- ⇒ **Perturbações do comportamento:** desinteresse total pela imagem (higiene, roupa, aspeto); falta de curiosidade (ausência de comportamento exploratório); défice na capacidade de brincar, jogar e divertir-se; excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas interpessoais (isolamento, afastamento dos amigos e familiares, hostilidade, falta de confiança nos adultos, agressividade, manifestações de raiva contra pessoas específicas); relações sociais passivas, escassas ou conflituosas e ausência de resposta perante estímulos sociais; fugas de casa ou relutância em regressar a casa; comportamentos de evitação, docilidade excessiva, passividade ou comportamentos negativistas e/ou violentos (com agressões físicas a outras crianças ou adultos, incluindo o maltratante e a família); comportamentos bizarros (por exemplo, colocar brinquedos e móveis diante da porta do quarto como para se protegerem de possíveis agressões); acidentes muito frequentes; problemas escolares (faltas e/ou fugas); comportamentos desviantes (delinquência, abuso de álcool ou drogas, prostituição).
- ⇒ **Alterações do foro psiquiátrico:** agitação/hiperatividade; ansiedade; depressão; mudanças súbitas de comportamento e humor; comportamento obsessivo-compulsivo e/ou de auto-mutilação (ideação e/ou tentativa de suicídio); neuroses graves (fobias ou manias, como lavar-se constantemente); alterações da personalidade e psicoses; regressões no comportamento (por exemplo, voltar a chupar no dedo, a falar como os mais pequenos ou a querer a chupeta); falta de integração entre o pensamento e a linguagem.

#### 7.2.4. Síndrome de munchausen por procuração

- ⇒ O Síndrome de Munchausen por Procuração diz respeito à atribuição à criança, por parte de um elemento da família ou cuidador, de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando, por vezes, procedimentos de diagnóstico exaustivos, incluindo o recurso a técnicas invasivas e hospitalizações frequentes. (DGS, 2011)
- ⇒ Trata-se de uma forma rara de maus tratos, mas que coloca grandes dificuldades de diagnóstico, dado que sintomas, sinais e forma de abuso são inaparentes ou foram provocados subrepticiamente.
- ⇒ São indicadoras de Síndrome Munchausen por Procuração situações como, por exemplo, as seguintes: ministrar à criança/jovem uma droga/medicamento para provocar determinada

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	Procedimento Multissetorial	TRC.106
	APOIO À CRIANÇA/ JOVEM VÍTIMA DE MAUS-TRATOS	

sintomatologia; adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina da vítima; provocar semi-sufocação de forma repetida antes de acorrer ao serviço de urgência anunciando crises de apneia.

### Sinais e sintomas

- ⇒ Doença inexplicada, prolongada, recorrente ou extremamente rara;
- ⇒ Discrepância entre a observação clínica e a história;
- ⇒ Doença que não responde ao tratamento;
- ⇒ Sinais e sintomas que ocorrem apenas na presença dos pais;
- ⇒ Conhecimento dos pais sobre a doença, procedimentos e tratamentos;
- ⇒ Pais muito interessados em relacionar-se com a equipa de saúde;
- ⇒ Pais muito atentos com a criança (recusam-se a deixar o hospital);
- ⇒ Familiares com sintomas semelhantes;

Nota: Os sintomas dependem das situações provocadas.


### 7.3. Seguimento do Processo



#### 7.3.1. Critérios para Internamento

- ⇒ Lesões físicas evidentes que justifiquem tratamento/vigilância;
- ⇒ Suspeita fundamentada de maus-tratos em ambiente familiar de risco;
- ⇒ Maus-tratos em criança trazida por outrem que não os pais ou o responsável legal da criança/jovem. (Ver 7.3.2. o papel das equipas de emergência);
- ⇒ Situações de litígio judicial (divórcio, regulação ou alteração do poder paternal, com atribuição de culpa de um ao outro cônjuge ou companheiro(a): avaliar o risco e decidir caso a caso. (Ver 7.3.2.0 papel das equipas de emergência);
- ⇒ Oposição à intervenção por parte de pais/cuidadores;
- ⇒ Quadro clínico pós-stress traumático.

Face à recusa do internamento por oposição de quem exerça o poder paternal em situação de perigo iminente para a integridade física da criança:

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	Procedimento Multisectorial	TRC.106
	APOIO À CRIANÇA/ JOVEM VÍTIMA DE MAUS-TRATOS	

- Contactar o Serviço Social (durante o horário de funcionamento), de preferência a Assistente Social afeta ao NHACJR do HDE, que contactará a Comissão de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (CPCJ). A CPCJ contactará de novo quem exerce o poder paternal, e com o seu consentimento reconhece a guarda de fato ao Hospital. A partir daí o processo segue os tramites normais no sentido da deliberação de uma medida de promoção e proteção a favor da criança.
- No caso de não consentimento de intervenção da CPCJ (que também comunicará o sucedido ao Tribunal de Família e Menores) e fora das horas normais de funcionamento do Serviço Social, fins-de-semana e feriados contactar o Tribunal de Família e Menores através de Fax (ANEXO 1.4) para o procurador de turno que se encontra de serviço. A comunicação ao Tribunal de Menores vem reforçar o sentido da decisão tomada pelo médico na proteção da criança.
- Proceder ao internamento mesmo que não haja resposta imediata do Tribunal de Família e Menores (noite, fins-de-semana e feriados).
- Em casos extremos pode ser necessário solicitar a presença de uma autoridade policial.

### **7.3.2 O papel das equipas de emergência:**

Se a criança não apresenta critérios de internamento hospitalar, mas não há hipótese de assegurar um ambiente seguro no domicílio, e no sentido de evitar o internamento, deverá ser contactada a autoridade policial, no sentido de desencadear o processo tendente a entrada da criança num acolhimento de emergência.


Quando este processo é ativado, deve ser contactado o Tribunal de Família e Menores através do FAX (ANEXO 1.4). A comunicação ao Tribunal de Família e Menores vem reforçar o sentido da decisão tomada pelo médico na proteção da criança.

A criança pode seguir para o acolhimento de emergência mesmo que não haja resposta imediata do Tribunal de Família e Menores (noite, fins-de-semana e feriados), como medida de proteção e promoção dos direitos das crianças e jovens, da responsabilidade das autoridades policiais, envolvidas na solução do problema.

Caso este procedimento não consiga ser concretizado a criança deverá ser internada no Hospital, para sua proteção (7.3.1- Critérios de internamento).

### **7.3.2. Critérios de ida para o Domicilio**

- ⇒ Criança trazida por ambos os pais que se apresentem securizantes para a criança.
- ⇒ Suspeita em relação a terceiros que não coabitam regularmente com a criança.
- ⇒ Exame objetivo sem alterações, ou alterações que não impliquem cuidados médicos imediatos, em criança com ambiente seguro.

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	Procedimento Multisectorial	<b>TRC.106</b>
	APOIO À CRIANÇA/ JOVEM VÍTIMA DE MAUS-TRATOS	

⇒ Nestes casos deve ser dado o telefone do Serviço Social do HDE, solicitando ao acompanhante que estabeleça o contacto telefónico com a Assistente Social do Núcleo, no dia seguinte ou na 2ª feira imediata, quando a situação ocorre durante o fim-de-semana.

### **7.3.2. Orientação posterior destas situações pelo Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco**

Para além da avaliação social e respetiva orientação, as crianças/adolescentes referenciadas ao NHACJR, tem uma orientação multidisciplinar, que inclui avaliação e quando necessário, seguimento por Pedopsiquiatra, ou consulta de Pediatria Especial (efetuada por, pediatra e assistente social do NHACJR).

### **8.1 Impressos**

Documento de Notificação – Situações de Maus Tratos - Mod. 5853 - C.I.

Pedido de observação por médico legista - Mod. 5853 - A - C.I.


### **8.2 Outros**

ANEXO 1 - Contactos



## **ANEXO VIII**

Norma: Apoio à Criança/Jovem com Suspeita de Abuso Sexual

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	Procedimento Multisectorial	<b>TRC.114</b>
	APOIO À CRIANÇA/ JOVEM COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL	

## 1. OBJECTIVO

- Identificar os procedimentos relacionados com o apoio a dar à criança/jovem com suspeita ou vítima de abuso sexual.
- Proporcionar assistência célere e humanizada à criança/jovem com suspeita ou vítima de abuso sexual:
  - Diagnosticar e tratar lesões resultantes do abuso com particular atenção ao rastreio de doenças sexualmente transmissíveis (DST);
  - Minimizar o trauma físico e psicológico;
  - Recolher evidencias que possam ter valor legal.

## 2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Serviço de Urgência, Unidades de Internamento, Consultas Externas e Serviço Social, do Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE.

## 3. RESPONSABILIDADES


- **Pela implementação do Procedimento:** Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco do H.D.E.
- **Pela revisão do procedimento:** Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco do H.D.E.

## 4. DEFINIÇÕES

**Criança ou jovem** - Pessoa com menos de 18 anos.

**Suspeita ou vítima de abuso sexual** – O abuso sexual corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha. Baseia-se numa relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança/adolescente, em função do estágio de desenvolvimento:

- Não tem capacidade para compreender que delas é vítima;
- Percebendo que o é, não tem capacidade para nomear o abuso sexual;
- Não se encontra estruturalmente preparada;
- Não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido. (DGS, 2011)
- Que violam os tabus sociais e familiares

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	Procedimento Multisectorial	<b>TRC.114</b>
	APOIO À CRIANÇA/ JOVEM COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL	

### **Sinais e Sintomas**

- Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infeção);
- Presença de esperma no corpo da criança/jovem;
- Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais;
- Leucorreia persistente ou recorrente;
- Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal;
- Lesões no pénis ou região escrotal;
- Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração do freio dos lábios;
- Laceração do hímen;
- Infeções de transmissão sexual;
- Gravidez.

### **5. SIGLAS E ABREVIATURAS**

**AS** - Abuso Sexual

**CMV** - Citomegalovírus

**CPCJ** - Comissão de Proteção das Crianças e Jovens

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**DST** - Doença sexualmente transmissível

**DIG** - Diagnóstico Imunológico de gravidez

**HDE** - Hospital de Dona Estefânia

**IML** - Instituto de Medicina Legal

**NHACJR** - Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco

**VHB** - Vírus da Hepatite B

**VIH** - Vírus da Imunodeficiência Humana

### **6. REFERÊNCIAS**

- Direção Geral de Saúde. Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. 2011


- Lei nº147/99 de 1 de Setembro- Lei de proteção de crianças e jovens em perigo.

- Despacho nº31292/2008 de 5 de Dezembro, Diário da Republica 2a serie – nº236.

- Hobbs C. J., Hanks H. G. I. , Wynne J. M.- Child Abuse and Neglect, a Clinician's Handbook, Churchill Livingstone, 1st edition 1993.

- Procedimento de Apoio a Criança/Jovem com Suspeita de Abuso Sexual publicado nº 81 309/05 de 30/12/2005.

- Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2006:


 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	Procedimento Multisectorial	<b>TRC.114</b>
	APOIO À CRIANÇA/ JOVEM COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL	

- World Health Organization, International Society for prevention of child abuse and neglect—  
Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneve:  
World Health Organization, 2006. ISBN 92 4 159436 5

## 7. DESCRIÇÃO

### 7.1. Abordagem Inicial

- ⇒ A criança/jovem e acompanhantes deverão permanecer em ambiente calmo. Sempre que possível, a colheita de dados devera ser feita separadamente, primeiro com os acompanhantes e depois com a criança/jovem.
- ⇒ O enfermeiro que recebe a criança/adolescente devera orientá-lo para um dos médicos mais graduados da equipa de urgência. O caso devera ser comunicado aos chefes da equipa médica e de enfermagem.
- ⇒ O médico deve seguir as orientações do presente protocolo, que se encontra no Serviço de Urgência, em dossier devidamente identificado. Neste dossier constam os contatos (ANEXO 3) mais importantes para uma resolução célere da situação.
- ⇒ Após receção e abordagem inicial, o médico deve começar por preencher a 1ª página do documento de referenciação ao NHACJR do H.D.E.
- ⇒ Contactar Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, para colheita de produtos biológicos (ANEXO 1) a efetuar durante o exame objetivo. Os resultados devem ser enviados ao Serviço Social ou para a consulta de Pediatria Especial ao cuidado do NHACJR do H.D.E.
- ⇒ Contatar o perito de escala do Instituto de Medicina Legal em caso de:
  - Abuso sexual confirmado
  - Suspeita fundamentada de abuso sexual
  - Contato com agente de autoridade já efetuado pelo(s) acompanhante(s).
- ⇒ Nas outras situações e em caso de impossibilidade de observação por perito de IML:
  - Contactar cirurgião para observação e descrição conjunta de exame objetivo, e preenchimento do documento de referenciação:
    - criança/jovem do sexo masculino
    - criança/jovem do sexo feminino antes da menarca.
  - Contactar ginecologista para observação e descrição do exame objetivo no documento de notificação e programar seguimento:
    - jovem após menarca, situação em que deve ser sempre requisitado teste de gravidez.
- ⇒ Contactar Pedopsiquiatra, em caso de:
  - Grande ansiedade,

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	Procedimento Multisectorial	<b>TRC.114</b>
	APOIO À CRIANÇA/ JOVEM COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL	

- Angustia,
- Agressividade,
- Situação de conflito familiar.

O *Pedopsiquiatra* devesse referenciar a situação a uma equipa de *Pedopsiquiatria* para posterior acompanhamento em colaboração com a *Consulta de Pediatria Especial do H.D.E.*.

⇒ Após completado o exame objetivo e a avaliação global da criança, deve proceder ao preenchimento do documento de sinalização (Mod. 5853 - C.I.) e se necessário (Mod. 5853-A - C.I.) ao NHACJR, a enviar de imediato ao Serviço Social (durante o horário de funcionamento) em **envelope fechado e protocolado** ou entregue ao chefe de equipa de enfermagem, para envio protocolado, na manhã seguinte ao serviço Social (ANEXO 3.2).

Esta sinalização devesse ser **sempre efetuada**, mesmo que exista processo no IML ou haja referência anterior a outras entidades judiciais ou de apoio social na comunidade.

O preenchimento devesse ser feito com letra legível, e com os dados preenchidos na totalidade, sendo da extrema importância o conhecimento do nome e contactos dos acompanhantes, assim como a identificação do profissional que notifica o caso.


No caso de haver necessidade de observação por vários técnicos, esses dados e respetiva identificação dos vários profissionais envolvidos, devem constar do documento de sinalização. Os dados do exame objetivo, sempre que possível, devem ser confirmados por mais que um técnico.

As situações referenciadas ao NHACJR são, regra geral, consideradas de risco por todos os médicos e enfermeiros envolvidos no processo. Salienta-se, contudo, que em caso de não concordância na interpretação da situação, qualquer profissional de saúde deve proceder a sinalização ao Núcleo.

## 7.2. EXAMES LABORATORIAIS

### Princípios Orientadores

- O exame objetivo e as colheitas de produtos para o laboratório do H.D.E. e IML (quando consideradas necessárias) devem efetuar-se simultaneamente, a fim de evitar sucessivas observações.
- É necessário o contato prévio com o Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (Serviço de Patologia Clínica), para preparação imediata do material necessário (que se encontra devidamente identificado e separado).
- No Serviço de Urgência as colheitas deverão ser efetuadas pelos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, sempre na presença de médico, em sala adequada do Serviço de Urgência. Nos

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	Procedimento Multissectorial	<b>TRC.114</b>
	APOIO À CRIANÇA/ JOVEM COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL	

casos mais graves é necessária a ida ao Bloco Operatório para observação ou tratamento sob anestesia, situação em que se deverão efetuar as colheitas com a criança/jovem ainda anestesiada. Em todas os outros casos deverão ser efetuadas no local em que a criança se encontra internada ou na consulta.

- Os exames a efetuar encontram-se definidos no ANEXO 1.

### 7.3.SEGUIIMENTO DO PROCESSO



#### 7.3.1. Critérios para Internamento


- ⇒ Lesões físicas evidentes que justifiquem tratamento/vigilância;
- ⇒ Suspeita fundamentada de abuso sexual/abuso sexual confirmado em ambiente familiar de risco (coabitação com o suspeito, pais toxicodependentes ou doentes com perturbações do comportamento);
- ⇒ Suspeita de abuso sexual/abuso sexual confirmado em criança trazida por outrem que não os pais ou o responsável legal da criança/jovem.
- ⇒ Situações de litígio judicial (divórcio, regulação ou alteração do poder paternal, com atribuição de culpa de um ao outro cônjuge ou companheiro(a): avaliar o risco e decidir caso a caso.
- ⇒ Oposição à intervenção por parte de pais/cuidadores;
- ⇒ Quadro clínico pós-stress traumático.

##### 7.3.1.1. Face à recusa do internamento quando este se justificar:

- Contactar o Tribunal de Menores através de Fax. (ANEXO 3.4) A comunicação ao Tribunal de Menores vem reforçar o sentido da decisão tomada pelo médico na proteção da criança.
- Proceder ao internamento mesmo que não haja resposta imediata do Tribunal de Menores (noite, fins-de-semana e feriados).
- Em casos extremos pode ser necessário solicitar a presença de uma autoridade policial.

#### 7.3.2. Critérios de ida para o Domicílio

- ⇒ Criança trazida por ambos os pais que se apresentem securizantes para a criança.
- ⇒ Suspeita em relação a terceiros que não coabitam regularmente com a criança.

 <b>CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA</b> CENTRAL, EPE	Procedimento Multisectorial	<b>TRC.114</b>
	APOIO À CRIANÇA/ JOVEM COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL	

- ⇒ Exame objetivo sem alterações, ou alterações que não impliquem cuidados médicos imediatos, em criança com ambiente seguro.
- ⇒ Nestes casos deve ser dado o telefone do Serviço Social do HDE, solicitando ao acompanhante que estabeleça o contacto telefónico com a Assistente Social do Núcleo, no dia seguinte ou na 2ª feira imediata, quando a situação ocorre durante o fim-de-semana.
- ⇒ Deve também ser solicitada a morada e o contato telefónico atualizado ao(s) acompanhante(s) para o Serviço Social desencadear os contatos com os mesmos, se estes o não fizeram espontaneamente.

### **7.3.3. Protocolo de Atuação Terapêutica (Suspeita de Exposição ao VIH)**

- ⇒ Em crianças/adolescentes com história de abuso sexual fortemente suspeito ou confirmado e cujo perpetrador pode ser muito provavelmente um individuo de alto risco para transmissão de vírus VIH (risco a avaliar e valorizar caso a caso) deve ser iniciado de imediato o Protocolo de Atuação Terapêutica (**ANEXO 2**).
- ⇒ Nestes casos a criança/adolescente deve ser sinalizado, por escrito, ao NHACJR ou para a Consulta de Pediatria Especial (**ANEXO 3.6**), para orientação e seguimento. Esta sinalização deve ser feita no dia seguinte, ou quando ocorre no fim-de-semana, para a 2ª feira imediata, casos em que deve ser fornecida a medicação necessária ate ao contato com os elementos já referidos.
- ⇒ Deve ser verificada a vacinação contra a hepatite B, e nos casos de crianças/adolescentes não vacinados deve ser administrada a 1ª dose de vacina e imunoglobulina específica.

### **7.3.4. Orientação Posterior destas Situações pelo NHACJR**

Para além da avaliação social e respetiva orientação, as crianças/adolescentes referenciadas ao NHACJR, tem uma orientação multidisciplinar, que inclui avaliação e quando necessária, seguimento por Pedopsiquiatra, assim como avaliação e controlo laboratorial em Consulta de Pediatria Especial (efetuada por pediatra e assistente social do Núcleo Hospitalar de Apoio a Criança e Jovem em Risco) (**ANEXO 3.6**).

## **8. ANEXOS**

### **8.1 Impressos**

Documento de Notificação – Situações de Maus Tratos - Mod. 5853 - C.I.

Pedido de observação por médico legista - Mod. 5853 - A - C.I.

### **8.2 Outros**

ANEXO 1 - Exames Laboratoriais

ANEXO 2 - Protocolo de Atuação Terapêutica



## **ANEXO IX**

**Projeto de Sessão Formativa: Contributos do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil  
e Pediátrica no âmbito dos Maus-Tratos**

**Plano de Sessão de Sessão Formativa  
Contributos do EESIP no âmbito dos Maus-Tratos**



	<b>CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS</b>	<b>MÉTODOS PEDAGÓGICOS</b>	<b>RECURSOS DIDÁTICOS</b>	<b>TEMPO</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do formador.</li> <li>- Apresentação do tema.</li> <li>- Apresentação da metodologia da sessão.</li> <li>- Comunicação de objetivos da sessão.</li> <li>- Importância da temática.</li> </ul>	Método Expositivo	Data Show Computador Power Point	5 Minutos
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação da proposta de atualização/ reformulação da Norma Apoio à Criança/Jovem Vítima de Maus-Tratos (TRC.106).</li> <li>- Apresentação da proposta de atualização/ reformulação da Norma Apoio à Criança/Jovem com Suspeita de Abuso Sexual (TRC.114).</li> </ul>	Método Expositivo Método Interrogativo	Data Show Computador Power Point	10 Minutos
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conclusão.</li> <li>- Espaço para questões.</li> <li>-Avaliação: Entrega de Instrumento de Avaliação de Sessão Formativa.</li> </ul>	Método Expositivo Método Interrogativo Método Ativo ( Avaliação)	Data Show Computador Power Point	5 Minutos

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA & HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA

**CONTRIBUTOS DO EESIP NO ÂMBITO DOS  
MAUS-TRATOS**  
**Atualização e Reformulação de Normas**



**Viviana Mourinho**  
**Sob orientação de EESIP Fátima Silva**  
**Sob a tutoria de Professora Elizabete Nunes**



### Objetivo

- **Contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica, no âmbito da criança de risco/perigo, com especial enfoque à criança vítima de maus-tratos.**



## Diagnóstico da Situação

A Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (2012), refere que no ano de 2011, 684789 situações de perigo motivaram a intervenção das comissões.



Fonte: [http://www.portugal.gov.pt/media/602408/rel\\_actividade\\_cpcj\\_2011.pdf](http://www.portugal.gov.pt/media/602408/rel_actividade_cpcj_2011.pdf)

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA & HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA

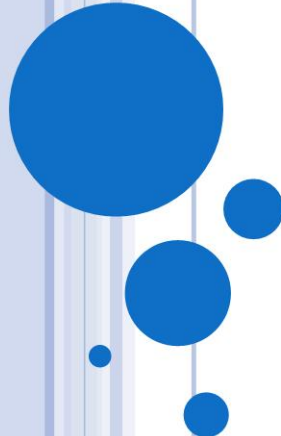


		Procedimento Multissetorial <b>APOIO À CRIANÇA/JOVEM VÍTIMA DE MAUS-TRATOS</b>		TRC-106
APROVAÇÃO O CA aprovou [Signatures: António Trigueiros, Decilinda Barata, Jorge Mendes, Leonor Sasseti, Enf. Paula Silva, Rute Santos, Manuel Brito, Ana Soares]				
<b>1 OBJECTIVO</b> • Identificar os procedimentos relacionados com o apoio a dar à criança/jovem vítima de maus-tratos. • Proporcionar assistência célere e humanizada à criança/jovem vítima de maus-tratos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosticar e tratar lesões resultantes de maus-tratos</li> <li>• Minimizar o trauma físico e psicológico</li> <li>• Recolher evidências que possam ter valor legal</li> </ul>				
<b>2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO</b> Serviço de Urgência, Unidades de Internamento, Consultas Externas e Serviço Social, do Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE.				
<b>3 RESPONSABILIDADES</b> • <b>Pela implementação do Procedimento:</b> Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco do H.D.E. • <b>Pela revisão do procedimento:</b> Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco do H.D.E.				
<b>4 DEFINIÇÕES</b> Criança ou jovem - Pessoa com menos de 18 anos. Maus-tratos - Qualquer forma de tratamento físico e (ou) emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder. (Teresa Magalhães in Maus tratos em crianças e jovens (2004)).				
Dr. António Trigueiros Dra. Decilinda Barata Dr. Jorge Mendes Dra. Leonor Sasseti Enf. Paula Silva Dra. Rute Santos [Signatures]				
COSD [Signature]				
EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	N.º PÁGS	
A	Mar 2010	N.º 205	Mar 2013	110


Apoio à Criança/Jovem Vítima de Maus-Tratos TRC 106

		Procedimento Multissetorial <b>APOIO À CRIANÇA/JOVEM COM SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL</b>		TRC-114
APROVAÇÃO O CA aprovou [Signatures: António Trigueiros, Decilinda Barata, Jorge Mendes, Leonor Sasseti, Enf. Paula Silva, Rute Santos, Manuel Brito, Ana Soares]				
<b>1 OBJECTIVO</b> • Identificar os procedimentos relacionados com o apoio a dar à criança/jovem com suspeita ou vítima de abuso sexual. • Proporcionar assistência célere e humanizada à criança/jovem com suspeita ou vítima de abuso sexual: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosticar e tratar lesões resultantes do abuso com particular atenção ao rastreio de doenças sexualmente transmissíveis (DST)</li> <li>• Minimizar o trauma físico e psicológico</li> <li>• Recolher evidências que possam ter valor legal</li> </ul>				
<b>2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO</b> Serviço de Urgência, Unidades de Internamento, Consultas Externas e Serviço Social, do Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE.				
<b>3 RESPONSABILIDADES</b> • <b>Pela implementação do Procedimento:</b> Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco do H.D.E. • <b>Pela revisão do procedimento:</b> Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco do H.D.E.				
Dr. António Trigueiros Dra. Decilinda Barata Dr. Jorge Mendes Dra. Leonor Sasseti Enf. Paula Silva Dra. Rute Santos [Signatures]				
COSD [Signature]				
EDIÇÃO	CIRCULAR INFORMATIVA	PRÓXIMA EDIÇÃO	N.º PÁGS	
A	Mar 2010	N.º 120	Mar 2013	16

Apoio à Criança/Jovem com suspeita de Abuso Sexual TRC 114





 CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL EPE	Procedimento Multissetorial	TRC106
	APOIO A CRIANÇA/ JOVEM VITIMA DE MAUS-TRATOS	

#### 1. OBJECTIVO

- Identificar os procedimentos relacionados com o apoio a dar à criança/jovem vítima de maus-tratos.
- Proporcionar assistência célere e humanizada à criança/jovem vítima de maus-tratos:
  - Diagnosticar e tratar lesões resultantes de maus-tratos;
  - Minimizar o trauma físico e psicológico;
  - Recolher evidências que possam ter valor legal.

#### 2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Serviço de Urgência, Unidades de Internamento, Consultas Externas e Serviço Social, do Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE.

#### 3. RESPONSABILIDADES

- Pela implementação do Procedimento: Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco do H.D.E.
- Pela revisão do procedimento: Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco do H.D.E.

#### 4. DEFINIÇÕES

Criança ou jovem - Pessoa com menos de 18 anos.

**Maus-tratos** - Qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima. (DGS, 2011)

Apoio à  
Criança/Jovem  
Vítima de  
Maus-Tratos  
TRC 106



## 7.2. Algumas particularidade nas tipologias de maus-tratos

### 7.2.1 - Negligência

⇒ A negligência é uma forma muito insidiosa de abuso e de diagnóstico difícil.

⇒ Entende-se por negligência a incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados. Regra geral, é continuada no tempo, pode manifestar-se de forma ativa, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou passiva, quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar tais necessidades (DGS, 2011)

### 7.2.2 – Maus-Tratos Físicos

⇒ O mau trato físico resulta de qualquer ação não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa vir a provocar) dano físico. (DGS, 2011)

### 7.2.3. Maus-tratos psicológicos/emocional

⇒ O mau trato psicológico resulta da privação de um ambiente de segurança e de bem-estar afetivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/jovem. (DGS, 2011)



#### 7.2.4. Síndrome de Munchausen por procuração

- ⇒ O Síndrome de Munchausen por Procuração diz respeito à atribuição à criança, por parte de um elemento da família ou cuidador, de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando, por vezes, procedimentos de diagnóstico exaustivos, incluindo o recurso a técnicas invasivas e hospitalizações frequentes. (DGS, 2011)
- ⇒ Trata-se de uma forma rara de maus tratos, mas que coloca grandes dificuldades de diagnóstico, dado que sintomas, sinais e forma de abuso são inaparentes ou foram provocados subrepticiamente.
- ⇒ São indicadoras de Síndrome Munchausen por Procuração situações como, por exemplo, as seguintes: administrar à criança/jovem uma droga/medicamento para provocar determinada sintomatologia; adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina da vítima; provocar semi-sufocação de forma repetida antes de acorrer ao serviço de urgência anunciando crises de apneia.

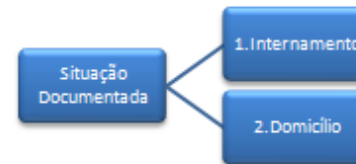
#### Sinais e sintomas

- ⇒ Doença inexplicada, prolongada, recorrente ou extremamente rara;
- ⇒ Discrepância entre a observação clínica e a história;
- ⇒ Doença que não responde ao tratamento;
- ⇒ Sinais e sintomas que ocorrem apenas na presença dos pais;
- ⇒ Conhecimento dos pais sobre a doença, procedimentos e tratamentos;
- ⇒ Pais muito interessados em relacionar-se com a equipa de saúde;
- ⇒ Pais muito atentos com a criança (recusam-se a deixar o hospital);
- ⇒ Familiares com sintomas semelhantes;

Nota: Os sintomas dependem das situações provocadas.



### 7.3. Seguimento do Processo



#### 7.3.1. Critérios para Internamento

- ⇒ Lesões físicas evidentes que justifiquem tratamento/vigilância;
- ⇒ Suspeita fundamentada de maus-tratos em ambiente familiar de risco;
- ⇒ Maus-tratos em criança trazida por outrem que não os pais ou o responsável legal da criança/jovem. (Ver 7.3.2. o papel das equipas de emergência);
- ⇒ Situações de litígio judicial (divórcio, regulação ou alteração do poder paternal, com atribuição de culpa de um ao outro cônjuge ou companheiro(a): avaliar o risco e decidir caso a caso. (Ver 7.3.2.0 papel das equipas de emergência);
- ⇒ **Oposição à intervenção por parte de pais/cuidadores;**
- ⇒ Quadro clínico pós-stress traumático.



#### 4. DEFINIÇÕES

Criança ou jovem - Pessoa com menos de 18 anos.

**Suspeita ou vítima de abuso sexual** – O abuso sexual corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha. Baseia-se numa relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança/adolescente, em função do estágio de desenvolvimento:

- Não tem capacidade para compreender que delas é vítima;
- Percebendo que o é, não tem capacidade para nomear o abuso sexual;
- Não se encontra estruturalmente preparada;
- Não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido. (DGS, 2011)
- Que violam os tabus sociais e familiares

#### Sinais e Sintomas

- Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão,

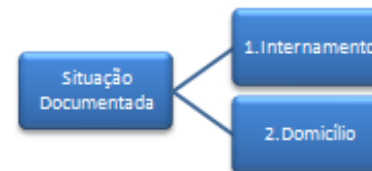
infecção);

- Presença de esperma no corpo da criança/jovem;
- Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais;
- Leucorreia persistente ou recorrente;
- Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal;
- Lesões no pênis ou região escrotal;
- Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração do freio dos lábios;
- Laceração do hímen;
- Infecções de transmissão sexual;
- Gravidez.



Apoio à  
Criança/Jovem  
com  
suspeita de  
Abuso  
Sexual  
TRC 114

### 7.3. SEGUIMENTO DO PROCESSO



#### 7.3.1. Critérios para Internamento

- ⇒ Lesões físicas evidentes que justifiquem tratamento/vigilância;
- ⇒ Suspeita fundamentada de abuso sexual/abuso sexual confirmado em ambiente familiar de risco (coabitação com o suspeito, pais toxicodependentes ou doentes com perturbações do comportamento);
- ⇒ Suspeita de abuso sexual/abuso sexual confirmado em criança trazida por outrem que não os pais ou o responsável legal da criança/jovem.
- ⇒ Situações de litígio judicial (divórcio, regulação ou alteração do poder paternal, com atribuição de culpa de um ao outro cônjuge ou companheiro(a): avaliar o risco e decidir caso a caso.
- ⇒ Oposição à intervenção por parte de pais/cuidadores;
- ⇒ Quadro clínico pós-stress traumático.



## Referências Bibliográficas

CHKS (2010). *Programa de Acreditação Internacional para a Organizações de Saúde: Normas para Acreditação*. 3ª Edição: Versão 01.

Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco (2012). *Relatório Anual de Avaliação da Atividade das Comissões de Proteção da Criança e Jovem*. Lisboa

- Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro - Lei de proteção de crianças e jovens em perigo.

- Despacho n.º 31292/2008 de 5 de Dezembro, Diário da República 23 série - n.º 236.

- Direção Geral de Saúde. Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção. 2011

- Hobbs C. J., Hanks H. G. I., Wynne J. M.- Child Abuse and Neglect, a Clinician's Handbook, Churchill Livingstone, 1st edition 1993.

- Norma 46 do Manual Internacional de Acreditação

- Defining the Children's Hospital Role in Child Maltreatment. NACHRI - National Association of Children's Hospitals and Related Institutions, US 2004

- Child Abuse and Neglect. Child Trends, Media Handbook, publication 2004-01

- Jeni Canha. Criança maltratada, o papel de uma pessoa de referência na sua recuperação. Estudo prospetivo de 5 anos. 23 ed. Quarteto Editora, 2003

- Teresa Magalhães. Maus-tratos em Crianças e Jovens. 33ed. Quarteto Editora, 2004.

- Promotion and Protection of the Rights of Children. General Assembly of United Nations, 61st session, Aug 2006

- Vários autores. Direitos das Crianças. Coimbra Editora, 2005

- Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2006:

- World Health Organization, International Society for prevention of child abuse and neglect – Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization, 2006. 92 p. ISBN 92 4 159436 5

Questionário aos Enfermeiros da Urgência Pediátrica do Hospital D.Estefânia, no âmbito da Sessão Formativa realizada “ *Contributos do EESIP no âmbito dos Maus-Tratos*”.



Este questionário apresenta-se apenas como uma forma de obter contributos para uma melhoria de práticas em futuras Sessões Formativas. Solicito assim a sua colaboração através do preenchimento do seguinte questionário, tendo em conta o seu grau de satisfação.

**1.Grau de Satisfação em relação à Sessão Formativa realizada:**

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Correspondeu às expetativas?				
Deu resposta às necessidades nesta área?				
O tempo disponível foi o mais apropriado?				

**2. Organização da Sessão:**

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Metodologia utilizada na acção.				
Planificação e dinâmica.				
Desempenho da equipa de saúde.				
Organização e gestão da atividade.				

**3.Avaliação**

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
Avaliação geral.				

**4.Sugestões no sentido de melhorar:**

## Resultados:

	Pouco	Razoável	Bastante	Completamente
<b>Correspondeu às expetativas?</b>		15,3%	69,2%	<b>15,3%</b>
<b>Deu resposta às necessidades nesta área?</b>			84,6%	15,3%
<b>O tempo disponível foi o mais apropriado?</b>		61,5%	38,4%	
<b>Metodologia utilizada na ação.</b>				100%
<b>Planificação e dinâmica.</b>			46,1%	53,8%
<b>Desempenho da equipa de saúde.</b>		15,3%	38,4%	46,1%
<b>Organização e gestão da atividade</b>			30,7%	69,2%
<b>Avaliação geral.</b>		7,7%	46,1%	46,1%