



CATÓLICA PORTO

CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Marlene Cristina de Sousa Fernandes

Abril de 2013



CATÓLICA PORTO
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Relatório de Estágio

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por: Marlene Cristina de Sousa Fernandes

Sob orientação de: Mestre Isabel Quelhas

Abril de 2013

*“O crescimento do Homem não se faz de baixo para cima,
mas do interior para o exterior”*

Franz Kafka (Rispaill, 2003)

Resumo

Este relatório de estágio insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa do Porto.

O presente documento corresponde à Unidade Curricular Estágio, incorporando três módulos de estágio, a saber: Módulo I – Saúde Infantil, realizado no Centro de Saúde Póvoa de Varzim; Módulo II – Serviço de Medicina e Cirurgia em contextos de Doença Aguda e Crónica, onde obtive a creditação por ser detentora de sete anos de exercício profissional em Pediatria; Módulo III – Neonatologia e Urgência Pediátrica, concretizados, no Hospital Pedro Hispano e no Hospital São João, num total de setecentos e cinquenta horas.

Este relatório, para além de retratar a minha experiência profissional na área do internamento em Pediatria, visa descrever, de forma refletida, as atividades desenvolvidas ao longo do estágio realizado, tendo subjacentes objetivos traçados para a aquisição de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Sendo as competências divididas em quatro domínios, respetivamente: Domínio da Prestação de Cuidados, Domínio da Gestão de Cuidados, Domínio da Formação e Domínio da Investigação.

A metodologia utilizada para a elaboração do presente documento foi descritiva e reflexiva. Considero que os objetivos estabelecidos pelo Plano de Estudos do Curso foram concretizados e me proporcionaram a efetiva aquisição de competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, indispensáveis para a minha formação pessoal e profissional como futura enfermeira especialista nesta área.

Palavras-Chave: Relatório de Estágio, Objetivos, Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Abstract

This internship report is within the scope of the Master's Degree in Nursing, Specialization in Pediatric and Child Health, the Catholic University of Porto.

This document corresponds to the Internship Course, incorporating three-stage modules, namely: Module I - Child Health, held at the Center for Health Póvoa de Varzim; Module II - Medical and Surgical Service in contexts of Acute and Chronic Disease, where got the accreditation as the holder of six years of professional experience in Pediatrics; Module III - Neonatology and Pediatric Emergency, met at the Hospital Pedro Hispano Hospital and St. John, a total of seven hundred and fifty hours.

This report, in addition to portray my professional experience in the internment in Pediatrics, aims to describe, so reflected the activities carried out along the stage, taking the underlying objectives established for the acquisition of skills inherent Nurse Specialist in Child Health and Pediatrics. Skills being divided into four areas, respectively: Care Provision Domain, Domain of Care Management, Domain Formation and Domain Research.

The methodology used for the preparation of this document was descriptive and reflective. I believe that the goals set by the Syllabus of the course were met and gave me the effective acquisition of skills inherent Nurse Specialist in Child Health and Paediatrics, essential to my personal and professional development as a future nurse specialist in this area.

Keywords: Internship Report, Goals, Nurse Specialist in Pediatric and Child Health.

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Isabel Quelhas, pela sua disponibilidade, apoio e orientação transmitidos ao longo deste curso.

A todas as crianças e familiares a quem prestei cuidados, que me proporcionaram experiências que me ajudaram a crescer pessoal e profissionalmente.

A todas as enfermeiras que contribuíram para o meu desenvolvimento como futura enfermeira especialista na área de saúde infantil e pediátrica.

Ao meu marido, José Carlos, pelo apoio incondicional, companheirismo, paciência e incentivo para que conseguisse concluir o curso.

Aos meus pais pela disponibilidade e paciência.

Aos colegas com que tive a sorte de me cruzar durante o curso da especialização e amigos que me transmitiram coragem para continuar.

À Vera, colega de trabalho, pela inestimável contribuição, paciência e dedicação.

Lista de Abreviaturas e Siglas

AES – Ação de Educação para a Saúde

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil

BCG – Bacilo Calmette e Guérin

BO – Bloco Operatório

CAFAP – Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental

CEF – Cursos de Educação e Formação

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHPV/VC, E.P.E. – Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E.

CHP – Centro Hospitalar do Porto

CPAPn – Pressão Positiva Contínua na Via Aérea nasal

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CTAS – Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale

CTV – Comissão Técnica de Vacinação

DGS – Direção Geral de Saúde

EESIP - Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

EDIN – Echeille de douleur et d'inconfort du nouveau-né

Enf.^a – Enfermeira

GIAA – Gabinetes de Informação de Apoio ao Aluno

HPH - Hospital Pedro Hispano

HSJ – Hospital São João

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OBS - Sala de Observação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-nascido

SAPE – Sistema de Apoio para a Prática de Enfermagem

SINUS – Sistema de Informação para Unidades de Saúde

SIP – Saúde Infantil e Pediátrica

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USFEQ – Unidade de Saúde Familiar Eça de Queirós

USFs – Unidades de Saúde Familiares

Índice

0 – Introdução	15
1 – Competências Previamente Desenvolvidas	17
2 – Competências A Desenvolver Em Estágio	31
2.1 – Domínio Da Prestação De Cuidados.....	31
2.2 – Domínio Da Gestão De Cuidados	63
2.3 – Domínio Da Formação	68
2.4 – Domínio Da Investigação	72
3 – Conclusão	77
4 – Referências Bibliográficas.....	79
ANEXOS	87
ANEXO I: Caraterização do Centro de Saúde	89
ANEXO II: Caraterização dos HPH e HSJ	93
ANEXO III: Quantificação de Crianças Consultadas e Vacinadas	97
ANEXO IV: Panfleto Higiene Oral	103
ANEXO V: Plano de Sessão da AES “Parentalidade”	107
ANEXO VI: AES “Parentalidade”	111
ANEXO VII: Genograma e Ecomapa	119
ANEXO VIII: Tabela sobre Consultas de Pediatria	123
ANEXO IX: Plano de Sessão AES “Protege-te e Protege os Outros”	127
ANEXO X: AES “Protege-te e Protege os Outros”	131
ANEXO XI: Plano de Sessão da AES “Eu sou Livre”	139
ANEXO XII: AES “Eu Sou Livre”	143
ANEXO XIII: Programa “Dia da Criança”	155
ANEXO XIV: Trabalhos Expostos no “Dia da Criança”	159
ANEXO XV: Peça de Teatro e Letra da Música	163
ANEXO XVI: Certificado do Simpósio	171
ANEXO XVII: Certificado do Encontro.....	175
ANEXO XVIII: Plano de Sessão “Abordagem ao Adolescente.....	179
ANEXO XIX: Formação “Abordagem ao Adolescente”	183
ANEXO XX: Questionário de Avaliação e Resultados	191

0 – Introdução

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito do Curso Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa do Porto, inserido na Unidade Curricular Relatório.

A sua elaboração decorre da Unidade Curricular Estágio e contempla três módulos: Módulo I – Saúde Infantil; Módulo II – Serviço de Medicina e Cirurgia em Contexto de Doença Aguda e Crónica e, Módulo III – Serviço de Neonatologia e Urgência Pediátrica. Cada Módulo de Estágio tem uma carga total de 250 horas, 180 horas de contacto direto e 70 horas de trabalho individual.

O Módulo I foi desenvolvido no Centro de Saúde da Póvoa de Varzim, na Unidade de Cuidados na Comunidade e na Unidade Familiar Eça de Queirós, no período de 23 de abril de 2012 a 23 de junho de 2012 (Anexo I).

No Módulo II foi-me dada a creditação pelos sete anos de experiência profissional.

O Módulo III foi realizado em dois contextos diferentes, no Hospital Pedro Hispano e no Hospital São João, respetivamente nos períodos de 01 de outubro de 2012 a 27 de outubro de 2012, e de 29 de outubro de 2012 a 24 de novembro de 2012 (Anexo II).

Este relatório resulta de uma descrição e reflexão do meu percurso nos diferentes módulos de estágio perante os objetivos propostos, atividades e competências desenvolvidas, assim como, das competências previamente adquiridas pela minha experiência profissional.

Deste modo, tem como objetivos:

- Descrever as atividades desenvolvidas nos diversos módulos de forma a permitir o cumprimento dos objetivos autopropostos;

- Refletir sobre os objetivos, as atividades e as competências desenvolvidas em cada módulo de estágio e na minha experiência profissional;
- Servir como instrumento de avaliação.

A metodologia utilizada é descritiva e reflexiva com recurso à revisão da literatura.

A orientação pedagógica é da responsabilidade da Professora Isabel Quelhas.

O presente documento organiza-se em capítulos. Inicia-se, com a introdução, seguida de uma breve descrição e reflexão sobre as atividades realizadas e a experiência adquirida no Internamento de Pediatria onde tenho desenvolvido o meu percurso profissional. O terceiro capítulo refere-se à descrição e reflexão dos objetivos propostos, atividades realizadas e competências a desenvolver nos módulos I e III, estabelecidas pelo Plano de Estudos do Curso. Sendo este capítulo dividido em subcapítulos, por corresponder aos quatro domínios que o enfermeiro especialista atende na sua prática profissional, designadamente: Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Formação e Investigação. Na conclusão é feita uma breve reflexão sobre a evolução do estágio e deste trabalho.

I – Competências Previamente Desenvolvidas

Exerço funções no serviço de Pediatria e Neonatologia do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim /Vila do Conde, E.P.E. (CHPV/VC, E.P.E.) desde o dia 03 de abril de 2006. Tenho cerca de 7 anos de experiência profissional na área de enfermagem pediátrica que me facultou o desenvolvimento de algumas competências na área de SIP.

Tendo em conta esse percurso, vou descrever a minha atuação de forma global nos domínios de Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Formação e Investigação, refletindo sobre as competências que foram parcialmente adquiridas. Para essa reflexão serão expostas as atividades exercidas que me permitem alcançar as competências propostas.

Domínio da Prestação de Cuidados:

- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da Especialização em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP);
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica;
- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família especialmente na área da EESIP;
- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de EESIP;

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

Ⓢ Atividades:

- Realizar o processo de admissão da criança e da respetiva família;
- Identificar os principais diagnósticos de enfermagem alterados sensíveis aos cuidados de enfermagem;
- Utilizar a linguagem CIPE para documentar a assistência de enfermagem realizada;
- Assistir criança/família no processo de hospitalização;
- Minimizar efeitos negativos da hospitalização na criança/família;
- Implementar medidas não farmacológicas e farmacológicas no tratamento da dor na criança;
- Negociar criativamente com a criança/família os cuidados a prestar;
- Articular com outros recursos da comunidade.

Ⓢ Reflexão:

No âmbito do internamento de Pediatria, a minha atuação incide sobretudo na prestação direta de cuidados a crianças e famílias.

Quando os pais têm conhecimento que o seu filho tem que ficar internado ficam desolados e assustados, tal como acontece com as crianças, por permanecerem num ambiente desconhecido. A hospitalização é uma crise com que a criança se depara, envolvendo a saída do seu ambiente familiar e acolhedor para outro assustador e estranho, por encontrar pessoas desconhecidas que lhe infligem procedimentos dolorosos (Tavares, 2011). Além de se afastar dos seus familiares e amigos, também se separa “do seu mundo mágico da brincadeira”. (Tavares, 2011: 13). A notícia do internamento surge como um impacto para as crianças e família.

Aquando a admissão da criança/família, e mesmo durante a hospitalização, tento fomentar uma relação de respeito e de confiança, recorrendo a uma linguagem adequada e compreensiva e a estratégias de carácter lúdico, para preparar a criança/família para os procedimentos que serão realizados. Geralmente para proporcionar um bom acolhimento a esta díade criança e família apresento-me,

dizendo o meu nome e qual a minha atividade profissional, mantenho o sorriso nos lábios e estou atenta à linguagem não-verbal e ao tom de voz. Trato a criança pelo nome, mostro-me disponível aos pais, apresento as crianças internadas e o serviço aos pais e às crianças recém-chegadas, exceto quando são internamentos feitos de madrugada. Estas estratégias que aplico no acolhimento vão permitir que as crianças e os pais se sintam realmente acolhidos e estes,

“irão sentir-se mais à vontade para colocar as suas dúvidas relativamente à doença, ao serviço, aos procedimentos e assim, sentir-se-ão mais calmos e colaborantes em relação aos cuidados prestados, às restrições impingidas, entre outros aspetos” e porque [...] “o acolhimento tem como finalidade apoiar a criança e a família a diminuírem quaisquer sentimentos negativos que possam surgir, bem como dar oportunidade à enfermeira de desmistificar as questões que assolem a criança/família e aspetos do funcionamento do serviço e da própria hospitalização, com vista a transmitir segurança a quem é acolhido” (Tavares, 2011: 33).

Após estes procedimentos, explico as normas do serviço e faço uma recolha de informação para realizar a Avaliação Inicial. Esta avaliação inicial é de extrema importância, pois permite a colheita de dados pertinentes relativamente aos seguintes itens: antecedentes pessoais e familiares; hábitos de saúde; hábitos alimentares e intestinais; sinais vitais; dados antropométricos e características do desenvolvimento psíquico e físico da criança. A finalidade desta avaliação é permitir identificar os diagnósticos de enfermagem alterados na criança para definir e coordenar intervenções de Enfermagem adequadas a esses diagnósticos, de forma a prevenir complicações e a manter e potenciar as capacidades da criança.

Para documentar os registos de enfermagem utilizo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) através do Sistema de Apoio para a Prática de Enfermagem (SAPE), permitindo

“estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem que melhore a comunicação entre as enfermeiras e os outros; descrever os cuidados de enfermagem a pessoas numa diversidade de locais, institucionais e não institucionais; permitir a comparação dos dados de enfermagem entre populações clínicas, locais, áreas geográficas ou

tempos diferentes; demonstrar ou projetar tendências sobre a prestação de tratamentos e cuidados de enfermagem e sobre a afetação de recursos aos doentes, de acordo com as suas necessidades baseadas em diagnósticos de enfermagem; incentivar a investigação em enfermagem articulando dados disponibilizados por sistemas de informação em enfermagem e por sistemas de informação em saúde; e, fornecer dados da prática de enfermagem que possam influenciar as políticas de saúde” (ICN, 2000: 11).

Como já referi anteriormente, através do SAPE consegue-se obter os indicadores de qualidade, permitindo aos serviços fazerem uma síntese dos cuidados prestados aos clientes, possibilitando a minimização de complicações no seu estado de saúde. O SAPE encontra-se, neste momento, reestruturado e faculta a articulação com outras instituições por onde a criança teve internamentos e/ou consultas. Quando tenho dúvidas em relação à história clínica da criança, vou pesquisar informaticamente os seus antecedentes na nossa instituição e outras, designadamente o centro de saúde. Através da CIPE e do SAPE formulo os diagnósticos de enfermagem e estabeleço as intervenções de enfermagem em função destes, para atuar adequadamente, inclusive ao nível da área do informar.

No hospital assisto crianças desde os 0 dias de vida até aos 17 anos e 364 dias, de ambos os sexos e de todas as etnias e culturas. No meu dia-a-dia torna-se inevitável a realização de procedimentos dolorosos e invasivos, a saber: aspiração de secreções; algaliação; entubação oro e nasogástrica; punção venosa; cateterismo periférico venoso; administração de terapêutica intramuscular, endovenosa e oral; avaliação de sinais vitais e de dados antropométricos; vacinação de neonatos com vacinas anti-hepatite B, BCG e Palivizumab a grandes prematuros; realização de diagnósticos precoces e rastreios auditivos. Contudo, paralelamente a estas intervenções, pratico cuidados atraumáticos com o objetivo de promover o bem-estar da criança/família. Segundo Tavares (2011: 28) os cuidados atraumáticos são *“intervenções que eliminam ou minimizam o sofrimento psicológico ou físico vivenciado pela criança ou familiares”*. Estes cuidados consistem em acolher a criança/família adequadamente, incentivar a presença dos pais ou outros familiares para atenuar o impacto da hospitalização na criança, preparar a criança para procedimentos desconhecidos através do uso do brinquedo, minimizar a dor, promover

brincadeiras e jogos durante o internamento para a criança expressar os seus medos e estimular o sentido de controlo da situação às crianças (Winkelstein, 2006).

É impossível efetuar procedimentos sem estar presente a relação terapêutica e de ajuda que estabeleço com as crianças e família. Para mim, trabalhar com crianças não é cansativo fisicamente mas sim psicologicamente, pois tenho que lidar, com frequência, com a dor e o sofrimento das famílias e das crianças, muitas das quais, devido a sua tenra idade, nem sequer conseguem verbalizar os seus sentimentos e emoções. Por vezes é esgotante ver crianças e jovens a sofrerem. Perante situações que envolvem uma grande carga emocional, tento encontrar estratégias de coping de forma a conseguir ultrapassar estas barreiras que surgem no meu percurso profissional, nomeadamente não interiorizar essa realidade, para não comprometer a minha prestação assistencial a estas crianças e famílias. Tavares (2011: 26) considera *“que a arte e o sentimento devem ser essenciais no cuidar em pediatria, na relação que a enfermeira estabelece com a criança e os pais. É por meio destes que a enfermeira torna cada cuidado único, pessoal, adequado a cada criança, transpondo, assim, a barreira do cuidar transpessoal preconizada por Watson”*. Ou seja, são metas e barreiras entre enfermeira e cliente com vista a relação terapêutica.

No serviço de Pediatria surgem crianças com alterações no seu desenvolvimento, havendo necessidade de diagnosticar a causa dessas alterações, pois a montante estão, por vezes, associadas a componente genética ou metabólica que as justificam. Para os pais é muito complicado lidar com esta questão. Perante isto, tenho que ajudá-los a ultrapassar essas dificuldades, frequentemente, os pais concentram-se mais nas limitações dos seus filhos do que nas suas potencialidades. O enfermeiro tem que ajudar as famílias a derrubarem essas barreiras, fazendo um reforço positivo das competências e das qualidades da criança (OE, 2010). Estes doentes crónicos têm que ter um bom meio familiar, para atender às suas necessidades principais. São inevitáveis os internamentos recorrentes destas crianças, porque são mais suscetíveis a problemas respiratórios. O que verifico diariamente é que os pais destas crianças são os melhores cuidadores, são eles *“a principal fonte de apoio e segurança para a criança, devendo ser encorajados a acompanhá-la ativamente na situação de*

hospitalização, [...] são os principais conhecedores das suas preferências, comportamentos e hábitos (higiene, alimentação, eliminação), sendo essenciais para procurar estabelecer o bem-estar da criança” (Tavares, 2011: 56). Por este motivo, proporciono aos pais todas as oportunidades para prestarem os cuidados ao seu filho e para que me substituam na prestação dos cuidados, com a finalidade de minimizar o efeito da hospitalização na criança/família. Mas tento mostrar aos pais que não se devem privar dos seus hábitos diários, como a convivência com amigos e família, ou a prática de desporto. De acordo com a OE (2010: 95), o enfermeiro “deve sobretudo ajudar a família a encontrar recursos necessários e a forma mais adequada de os canalizar. Deve igualmente ajudar os pais a fomentarem as relações sociais, das quais muitas vezes se privam devido à situação do filho”.

Na minha prática diária, assisto crianças com diversas patologias, nomeadamente do foro respiratório, músculo-esquelético, gastrointestinal, entre outros. Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes são a febre e a dor. Quando a criança tem febre, faço a gestão da mesma, através de medidas que incluem o arrefecimento físico e/ou administração de terapêutica, para evitar que tenha complicações como convulsões e ensino aos pais os procedimentos a desencadear perante a febre, designadamente a importância do arrefecimento físico. Perante a dor, recorro a medidas farmacológicas (administração de analgesia como paracetamol, ibuprofeno, petidine, tramadol e EMLA) e não farmacológicas como: permitir a criança na manipulação do material, proporcionar a distração, uso de brinquedos e músicas, sucção não nutritiva, amamentação, reforço positivo, imaginação guiada, contenção manual, presença dos pais e aconchego dos pais através do colo destes. Aquando os procedimentos dolorosos, esclareço os pais em que consiste determinado ato e sobre o contributo dessa intervenção para a saúde do seu filho. Tento preparar a criança ou adolescente, recorrendo a uma linguagem e estratégias adequadas à sua idade e desenvolvimento cognitivo, para reduzir o medo desta sobre o que vai acontecer e para minimizar a ansiedade e stresse dos seus progenitores, porque segundo as orientações técnicas da DGS (2012a: 3) “o medo e a ansiedade das crianças e pais são fatores agravantes da dor, devendo a ansiedade antecipatória

ser minimizada através de uma correta abordagem da dor desde o primeiro contacto com os serviços de saúde”.

Muitas vezes tenho que acompanhar crianças e adolescentes ao bloco operatório (BO) e do BO ao meu serviço, devido a problemas músculo-esqueléticos e cirúrgicos. Nesta circunstância é meu objetivo minimizar a ansiedade da criança e da própria família através da distração. A hospitalização e a cirurgia são *“potenciadores de ansiedade e exacerbadores de medos e de ideias pré-concebidas (...)”* (OE, 2011a: 11). No período pré-operatório explico aos pais e às crianças para onde vão e o que vai acontecer, cuja finalidade é evitar que fiquem assustados e ansiosos, recorrendo muitas vezes à brincadeira lúdica como estratégia. Proporciono sempre a presença dos pais para o acompanhamento das crianças e adolescentes, respeitando obviamente a vontade de ambos.

Exerço funções na Pediatria com uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, pediatras, cirurgiões, ortopedistas, assistentes operacionais de ação médica, secretária de unidade e, por vezes, com a assistente social, psicóloga, pedopsiquiatra, entre outros. Considero que a minha equipa é dinâmica e pauta-se por cultivar um espírito de interajuda e cooperação. Nestes anos de exercício profissional em Pediatria articulei com outras instituições da comunidade, designadamente o centro de saúde, centros de acolhimento para crianças e jovens em risco e outros hospitais, cuja finalidade é dar continuidade aos cuidados de enfermagem. Contudo onde tenho mais articulação é na área social, por surgirem imensos casos de crianças que envolvem a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). Por vezes, existe a necessidade de pedir apoio à assistente social e aos psicólogos para assistirem famílias com escassos recursos económicos, disfunção familiar e com perturbações psíquicas. Se as famílias forem disfuncionais não permitem que as crianças e os adolescentes tenham o melhor desenvolvimento de competências e habilidades. Mais uma vez, torna-se primordial a preparação do regresso a casa desde a admissão da criança até ao momento da alta. Segundo a OE (2011b: 62) este planeamento considera *“a necessidade de apoio social, de equipamentos, de materiais e a ligação com quem na comunidade providencia o suporte necessário em cuidados e serviços”*. O enfermeiro contribui para a satisfação do cliente, quer no seu bem-estar, autonomia, autocuidado e qualidade de vida (OE, 2011b).

Domínio da Gestão:

- Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de EESIP;
- Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP;
- Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;
- Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP.

Ⓢ Atividades:

- Exercer funções como elemento responsável de turno;
- Colaborar com a Enf.^a Chefe na coordenação dos recursos humanos e recursos materiais;
- Gerir recursos materiais e medicação.

Ⓢ Reflexão:

Inevitavelmente os enfermeiros têm um papel fundamental no domínio da gestão, pois uma das funções é ser enfermeiro responsável de turno na ausência do enfermeiro chefe. No meu serviço tenho que ser detentora de competências eficazes para resolver situações referentes à gestão de recursos humanos, materiais e de cuidados. Essas competências foram desenvolvidas ao longo de sete anos de exercício profissional por participar de forma próxima e colaborativa nas funções desenvolvidas pela chefia do serviço. Frequentemente, é-me atribuída a função de ser responsável de turno, que me permite exercer funções do âmbito da gestão. Essa minha colaboração incide na elaboração do horário da equipa de enfermagem, no planeamento do plano de trabalho e na gestão de camas e equipamentos, tendo em conta a situação clínica de cada criança. Além das situações de resolução burocrática que necessitam de resposta, também é fundamental a responsabilização e supervisão de todos os cuidados prestados durante o turno. Como tal, responsabilizo-me pela atuação dos outros enfermeiros, tendo como dever supervisionar os cuidados da equipa, pois o aperfeiçoamento de práticas de liderança na promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros são *“essenciais para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados e das condições de trabalho”* (Correia et al., 2011: 537). Esta posição de responsável de turno é equiparada à posição de líder porque tenho que coordenar toda a equipa de enfermagem e de

auxiliares e gerir conflitos que possam surgir na equipa e/ou com as famílias das crianças. Assim sendo, tenho que tomar decisões e refletir sobre as minhas intervenções, zelando pelo bem-estar e segurança de todos os elementos da equipa e das crianças e familiares, tendo em consideração o conhecimento científico e aos princípios estabelecidos pelo código deontológico. Essas competências previamente desenvolvidas na área de gestão serão adaptadas às situações e ao contexto que for surgindo ao longo da minha experiência profissional.

A gestão de material e medicação também é uma tarefa que tenho de executar. Na gestão de medicação é fundamental avaliar os gastos e fazer uma boa gestão de stock. Não sendo um serviço em que a medicação é distribuída por unidose, é elementar o planeamento para que, principalmente durante o fim de semana, não haja falta de stock, visto não termos acesso à farmácia nesse período. Numa periodicidade semanal, é essencial rever os stocks para avaliar os possíveis gastos durante o fim de semana. Durante o fim de semana, se houver ruptura de stock, como enf.^a responsável, tenho que providenciar junto de outro serviço a medicação em falta. Se não for possível, devo comunicar ao médico de urgência para a resolução da situação. Todos os gastos de medicação são repostos semanalmente à quarta feira e, durante esse período, é fundamental a gestão realizada pelos enfermeiros. Quando reponho o material e a medicação tenho o cuidado de verificar a validade destes produtos, para zelar pela qualidade e gestão dos cuidados, uma vez que um dos nossos objetivos é gerir o material, para evitar desperdício e custos na saúde. *“A qualidade passou a ser virtude universalmente vigiada e todos somos, perante todos, responsáveis pela qualidade do que fazemos ou produzimos”* (Frederico e Leitão, 1999: 177).

Domínio da Formação:

- Colaborar na integração de novos profissionais;
- Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;

- Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.

Ⓢ Atividade:

- Cooperar na integração de novos enfermeiros no serviço;
- Orientar estudantes do Curso de licenciatura na sua formação prática;
- Frequentar cursos de formação profissional;
- Frequentar formação intra e extra hospitalar;
- Participar em Congressos/Encontros/Jornadas de Enfermagem com comunicações livres e pósteres;
- Realizar ações de formação à equipa de enfermagem.

Ⓢ Reflexão:

A equipa multidisciplinar do serviço de Pediatria e Neonatologia do CHPV/VC, E.P.E. encontra-se constantemente em mudança, com novas aquisições de profissionais de saúde. Desde que exerço funções neste serviço, colaborei na integração de cerca de oito enfermeiros. Sempre que realizo uma integração é fundamental esclarecer todas as dúvidas dos novos elementos, apresentar todo o serviço e os locais dos materiais e seu armazenamento. Também é essencial esclarecer sobre os procedimentos e atividades a realizar em cada turno. A maior dificuldade na integração de elementos reflete-se no facto da nossa população alvo não ser só a criança, que por si só já é um grande desafio, mas também os seus pais. É importante incutir-lhes que a área de saúde infantil e pediátrica (SIP) é muito específica, havendo necessidade de cuidar da criança, sendo ainda importante perceber o contexto familiar, para que se possa fomentar um desenvolvimento adequado e saudável na criança. O nosso foco de atenção não pode descurar esta díade, tão importante e fundamental para a prestação de cuidados de qualidade à criança. Sem a colaboração e compreensão por parte dos pais não é possível cuidar da criança. Na integração de novos profissionais é necessário consciencializá-los para a especificidade funcional do serviço que implica trabalhar a díade criança/pais. “[...] a integração visa fazer com que os

elementos recém admitidos adquiram ou aperfeiçoem determinados conhecimentos ou métodos de trabalho, de acordo com as funções que lhe são atribuídas e as necessidades das instituições” (Frederico e Leitão, 1999: 131). Outro aspeto que tenho em atenção é proporcionar-lhes momentos de reflexão, através de exemplos reais e atuais, pois a reflexão na prática torna-se um instrumento de trabalho primordial. O serviço onde presto cuidados de enfermagem é um local privilegiado relativamente à orientação de novos profissionais, já que é palco de ensino clínico ao longo de todo o ano. Tenho tido a oportunidade de orientar e de colaborar na orientação destes futuros profissionais, o que tem contribuído, sobremaneira, para o meu crescimento pessoal e profissional. Perante a integração dos novos colegas e a orientação dos estudantes de enfermagem, tenho uma atitude de companheirismo, de apoio e de compreensão para transmitir o meu conhecimento técnico e científico, de forma a prepará-los para a tomada de decisão autónoma, com o objetivo de estes assistirem as crianças e a família com segurança e qualidade nos cuidados.

Enfermagem é uma das profissões mais exigentes. Deste modo, sinto necessidade de atualizar o meu conhecimento, de modo a potenciar o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Para isso, sempre que possível, frequento cursos de formação profissional, ações de formação interna e extra hospitalar como jornadas, encontros e congressos de enfermagem. Por vezes, nestes momentos de aprendizagens aproveito a oportunidade para comunicar alguns resultados da minha prática através da exposição de pósteres e de comunicações livres sobre o meu contexto profissional. Outra atividade que desempenho como formadora são a realização de ações de educação para a saúde inseridas num projeto existente no serviço denominado por “Dia da Pediatria”. Neste projeto, a equipa de enfermagem desloca-se às escolas dos concelhos de Vila do Conde e Póvoa de Varzim, com o objetivo principal de desmistificar a hospitalização.

Outra atividade que tenho desempenhado no serviço de Pediatria, como formadora, é a realização de formação contínua do projeto “Método Mãe Canguru”. Tenho feito, juntamente com os outros elementos deste trabalho, a apresentação do método aos colegas para uma reciclagem dos conhecimentos e para dar a conhecer a técnica a novos elementos da equipa de enfermagem.

Domínio da Investigação:

- Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP;
- Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas.

Ⓢ Atividades:

- Realizar pesquisa bibliográfica;
- Partilhar experiências e conhecimentos com outros profissionais;
- Colaborar em projetos de investigação do serviço.

Ⓢ Reflexão:

No meu dia-a-dia, por vezes tenho que efetuar pesquisa bibliográfica para um aprofundamento e atualização de conhecimentos científicos, isto porque a área de Enfermagem Pediátrica é complexa, existindo sempre a necessidade de potenciar o bem-estar de todas as crianças e jovens, como também, de proporcionar uma diminuição da taxa de mortalidade infantil.

Outra forma de partilhar saberes é através do diálogo com outros profissionais. Para mim a passagem de turno, além de ser um momento de dar continuidade dos cuidados através da transmissão verbal de informação, é também um momento para refletir e partilhar conhecimentos com os outros elementos.

Ao longo da minha experiência profissional, participo e colaboro em jornadas de enfermagem com a elaboração de pósteres e a apresentação de comunicações livres, com recurso à pesquisa bibliográfica científica, contribuindo para a minha formação profissional. Outra forma de contribuir para a investigação é participar nos estudos de investigação elaborados por profissionais de saúde, através do preenchimento de questionários e inquéritos.

No serviço de Pediatria e Neonatologia tenho tido a oportunidade de colaborar em projetos de investigação, como por exemplo o “Método Mãe Canguru”. Para a implementação do “Método Mãe Canguru”, tive que fazer, juntamente com outros elementos da equipa de enfermagem, uma extensa revisão bibliográfica, com o objetivo de fundamentar a sua implementação e de proporcionar uma melhor qualidade de vida às crianças e família, por ser um método que contribui com

várias vantagens para as crianças/família. Sendo um método que iniciou a sua disseminação mundial em 1996, em Trieste, na Itália, numa reunião onde participaram 36 pessoas de 15 países. Nesta reunião, foram avaliados diversos estudos observacionais e experimentais, chegando-se à conclusão que o *Método Mãe Canguru* é eficaz porque permite atender às necessidades térmicas do recém-nascido, à latência materna e à proteção de infecções. Este método tornou-se numa técnica de estimulação, transmitindo segurança e amor (OMS, 2004), foi bem aceite pelas mães e profissionais de saúde e reduziu o custo de internamento hospitalar dos bebés com baixo peso e prematuros. Os resultados mostraram, também, que o *Método Mãe Canguru* pode diminuir a morbilidade e a mortalidade e melhorar o bem-estar dos recém-nascidos com baixo peso ao nascer, prevenindo a hipotermia e infecções, favorecendo o aleitamento materno e aumento considerável da capacidade e confiança das mães em cuidar dos seus bebés após a alta hospitalar (OMS, 2004; Hennig et al., 2006; Ministério da Saúde Brasileiro, 2009).

2 – Competências A Desenvolver Em Estágio

O Plano de Estudos do Curso de Mestrado visa um conjunto de vinte e nove competências que permite orientar o caminho para uma abordagem mais assertiva e especializada à criança/família.

Essas competências, por uma questão de organização do documento, serão agrupadas em quatro domínios de atuação: Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Formação e Investigação. Para cada área serão descritas as competências a desenvolver, os objetivos pessoais e as atividades realizadas para a concretização dos mesmos e uma reflexão.

2.1 – Domínio Da Prestação De Cuidados

A Prestação de Cuidados sempre foi a preocupação principal do desempenho do enfermeiro. Faz parte das suas funções incorporar as tomadas de decisões, os conhecimentos práticos e teóricos, indo ao encontro do *saber ser, saber fazer, saber saber*, de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida a toda a população em geral, com base na promoção da saúde, prevenção da doença, no tratamento, na reabilitação e reinserção social. *“Os enfermeiros têm presente que os bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas”* (OE, 2001: 10), e em pediatria não é exceção. As crianças não são apenas adultos em miniatura, mas sim seres humanos com muita complexidade e especificidade, que estão em fase de desenvolvimento e maturidade, conseguindo adquirir competências e habilidades para se tornarem adultos saudáveis e autónomos.

Ⓜ Competências a Desenvolver:

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

- Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica;
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP.

Ⓢ Objetivos:

- Compreender as competências do enfermeiro especialista na prestação de cuidados à criança e família;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à criança/família, segundo o processo de enfermagem, nos contextos de Neonatologia, Urgência Pediátrica e Cuidados de Saúde Primários;
- Adquirir conhecimentos e habilidades sobre o SINUS e SAPE;
- Desenvolver competências na promoção da Parentalidade.

Ⓢ Atividades:

- Integrar na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Analisar de forma crítica o papel da enfermeira especialista na prestação de cuidados na área SIP;
- Minimizar o impacto da Hospitalização na criança;
- Prestar cuidados ao RN e crianças/família nos contextos de Neonatologia, Urgência e Cuidados de Saúde Primários;
- Utilizar os programas SINUS e SAPE o maior número de experiências possíveis;
- Facilitar a vinculação entre criança e família;
- Estabelecer relação empática para com a família;
- Informar os pais sobre a/o: amamentação; prevenção e tratamento da maceração; desenvolvimento e competências da criança; gestão e administração de terapêutica; higiene e conforto da criança; prevenção de

acidentes na criança; febre/hipertermia; alívio de cólicas; cuidados com o sol; alimentação no 1º ano de vida; higiene oral;

- Desenvolver um panfleto sobre higiene oral;
- Realizar uma ação de educação para a saúde aos pais sobre a importância das consultas.

🕒 Reflexão:

Em todos os campos de estágio, no primeiro dia, fui apresentada à equipa multidisciplinar e interdisciplinar, o que me facilitou a integração. O facto de existir uma apresentação permite uma boa adaptação dos novos elementos. Um elemento para se sentir integrado e parte de uma equipa tem que se sentir bem recebido pelos restantes elementos, quer seja da equipa de enfermagem, quer seja da equipa multidisciplinar. A forma como a incorporação de um novo elemento é realizada numa equipa é fundamental para permitir a boa colaboração entre todos os elementos e permitir uma boa assimilação das práticas desenvolvidas no serviço pelo novo elemento.

Durante o meu percurso pelos estágios fui observando o papel do enfermeiro especialista relativamente à prestação de cuidados às crianças/famílias. Constatei que os enfermeiros especialistas sentem a necessidade de aumentar o seu conhecimento específico, através da formação especializada e da investigação produzida na área da SIP, com o objetivo de: “ [...] apoiar os pais na sua parentalidade [...], [...] assistir crianças até aos 18 anos [...], [...] evitar o internamento da criança e aumentar a esperança média de vida da criança com doença crónica [...], e consequentemente [...] preparar e acompanhar os pais no cuidar da sua criança em casa” (Quelhas, 2009: 3). Nessa observação pude constatar que os especialistas preocupam-se continuamente em potenciar e maximizar o desenvolvimento da criança.

“O enfermeiro especialista em SIP, poderá então ser entendido como um perito na conceção e gestão dos cuidados à criança/família, já que detém um entendimento profundo sobre as respostas da criança aos processos de vida e problemas de saúde. Neste sentido, é capaz de implementar soluções com elevada adequação às necessidades da criança/família,

efetuando o diagnóstico, prescrevendo as intervenções e avaliando a sua eficácia” (Quelhas, 2009: 5).

As Unidades de Saúde, nomeadamente os Hospitais, são locais que transmitem ansiedade e inquietação, quer aos pais, quer às crianças, levando a um desequilíbrio familiar. Esse desequilíbrio é evidente, sobretudo quando no Hospital os profissionais de saúde dão a notícia aos pais que a criança necessita de ser internada. A criança fica restrita a um espaço reduzido, sujeitando-se aos procedimentos estabelecidos pelos médicos e enfermeiros. Ela sente-se insegura e desconfortável por ser afastada dos amigos, dos brinquedos e da casa. Para minimizar o impacto da hospitalização, proporcionei o envolvimento dos pais nos cuidados; incentivei a permanência dos pais junto da criança; permiti atividades lúdicas, recorrendo maioritariamente ao uso do seu próprio brinquedo ou outros recursos lúdicos, como livros, porque *“as atividades do brincar são recursos terapêuticos importantes durante a hospitalização infantil, pois auxiliam na recuperação, possibilitam a compreensão e elaboração da situação de hospitalização, promovem a humanização do ambiente hospitalar e amenizam os prejuízos que a hospitalização pode causar no desenvolvimento da criança”* (Parcianello e Felin, 2008: 159). Intervi deste modo para tornar o ambiente hospitalar mais humano e acolhedor, evitando assim um trauma e comprometimento da auto-estima da criança. Segundo Gomes e Erdmann (2005: 24), *“a presença da família, junto da criança, além de possibilitar condições emocionais mais satisfatórias para ambas [...], cria um relacionamento mais próximo e intenso com a equipa [...], a criança pode ser mais prontamente atendida e ter seu período de internamento reduzido”*. Ao favorecer o envolvimento da família no cuidado à criança, os enfermeiros estão a incentivar a família no *“exercício de sua cidadania e no desenvolvimento de competências e habilidades enquanto cuidadoras de suas crianças”* (Gomes e Erdmann, 2005: 27).

Nos diferentes contextos utilizei o processo de enfermagem, por ser considerado uma ferramenta importante para a minha prática de cuidados, atendendo às suas cinco etapas: colheita de dados, análise e interpretação de dados, planificação dos cuidados, execução e documentação dos dados e avaliação.

Na Neonatologia prestei cuidados especializados a cerca de **16 recém-nascidos/famílias**, onde colhi dados para realizar a avaliação inicial, identifiquei diagnósticos de enfermagem, planeei o plano de cuidados individualizado, elaborei e implementei estratégias e efetuei os registos e a avaliação dos resultados obtidos. Desses 16 RN/famílias, assisti a 4 RN de alto risco e a 12 RN de risco intermédio, das quais foram feitas 2 admissões e foi preparado o regresso a casa de 3 RN e família. O diagnóstico predominante foi a prematuridade, seguindo-se a hipoglicemia, convulsões e hipotonia. Os focos de atenção mais usuais neste contexto, foram: **Papel Parental, Amamentar, Conforto, Ingestão Nutricional, Serviços de Saúde, Mamar, Ferida Umbilical, Eliminação Intestinal, Eliminação Urinária e Dor.**

Na admissão do RN preparei de imediato o material e o equipamento. Os primeiros procedimentos de assistência consistiram na estabilização térmica do RN e no suporte ventilatório. Realizei outros procedimentos desde a monitorização de sinais vitais, colheita de espécimens, administração de terapêutica, entre outros. Após a assistência ao RN, proporcionei o máximo de conforto ao RN e fiz o acolhimento aos pais. Ao longo do internamento, foi minha preocupação detetar o mais precocemente as necessidades, preocupações e anseios dos pais para orientá-los e prepará-los para uma melhor assistência ao seu filho no domicílio, aquando do regresso a casa do RN.

Os cuidados que prestei ao RN foram diversos, desde a avaliação dos sinais vitais, dar o banho, mudar a fralda, desinfeção do coto umbilical, preparação e administração de terapêutica oral e endovenosa, alimentar o RN por gavagem e/ou copo, aspiração de secreções oro e nasofaríngeo, massagem abdominal, entre outros. Na prestação de cuidados, tive em consideração aspetos relacionados com a regulação térmica do RN, designadamente a sua temperatura corporal e da incubadora. Para evitar a hipotermia e conseqüentemente, gastos de energias que podem pôr em causa o aumento de ganho ponderal do RN, tive que gerir a temperatura e o ambiente físico com as intervenções: vestir ou despir a roupa, aumentar ou diminuir a temperatura da incubadora.

Outra preocupação que tive, foi recorrer a medidas não farmacológicas, tais como: a sucção não nutritiva e o contacto materno, porque a dor é reduzida com a

mediação do sistema opióide endógeno (DGS, 2012b: 9). Através do método canguru, como é um *“contacto pele a pele é uma intervenção multissensorial que envolve o tato, o olfato, a estimulação vestibular e o reconhecimento auditivo”* (DGS, 2012b: 9), atendi aos posicionamentos de conforto, aconcheguei o bebê e proporcionei o colo dos pais. Também recorri a intervenções farmacológicas, como a administração de sacarose, cuja finalidade é minimizar a dor em procedimentos dolorosos, por estimulação oro-gustativa ativando o sistema opióide endógeno (DGS, 2012b: 9). A dor foi avaliada pela escala de EDIN, em todos os momentos que manipulei o RN porque *“a avaliação da dor permite identificar e reconhecer a criança com dor, objetivar um fenómeno por natureza subjetivo, uniformizar a linguagem dentro da equipa de saúde facilitando a tomada de decisões homogêneas, adaptar de forma personalizada o seu controlo e avaliar a eficácia das intervenções e sua correção em tempo útil”* (DGS, 2010: 4). Por vezes, fiz a massagem abdominal a bebês com abdómen distendido para auxiliar o bebê na eliminação de flatos e fezes, com a finalidade de promover o conforto ao RN. Para facilitar o desenvolvimento do RN, atendi a determinadas estratégias como: abrir e fechar as portas da incubadora suavemente, colocar mantas ou lençóis sobre as incubadoras e usar um tom de voz calmo e baixo perante os bebês, pois os *“recém-nascidos, principalmente os prematuros, estão expostos a múltiplos eventos stressantes ou dolorosos, incluindo excesso de luz, ruídos fortes e muitas manipulações. O que resulta em desorganização fisiológica comportamental”* (Crescêncio et al., 2009: 65). Daí a minha constante preocupação em controlar a luz e o ruído ambiental, agrupar os cuidados para manipular o RN minimamente, respeitar os ciclos de sono-vigília e envolver os pais nos cuidados.

Tive a oportunidade de acompanhar um RN ao BO para corrigir cirurgicamente a retinopatia resultante da prematuridade. Quando ficou marcado o dia da cirurgia, comuniquei aos pais sobre a intervenção cirurgica prevista, o procedimento pré-operatório e esclerei-os quanto às suas dúvidas. Senti que estes pais foram recetivos a toda a informação, por já terem falado com os médicos e outros enfermeiros. Ao chegar ao BO, juntamente com a enf.^a especialista, demonstrei o funcionamento da incubadora aos enfermeiros do BO, cuja preocupação foi a de proporcionar o conforto físico ao prematuro, através da regulação térmica da

incubadora. Após a demonstração, monitorizei o RN e posicionei-o de forma adequada e confortável.

Durante este módulo, colaborei com a enf.^a especialista na assistência ao RN com Pressão Positiva Contínua na Via Aérea (CPAP) nasal. Na assistência a RN de alto risco são necessários dois enfermeiros para prestar cuidados com qualidade. Tive em conta a manipulação mínima e evitei fazer ruído para manter o maior conforto. Os prongs do CPAP nasal foram mudados, sempre que possível, para evitar a acumulação de secreções e as narinas humidificadas com cloreto de sódio para desobstruir a via aérea superior. Aspirei as secreções nasofaríngeas o menos possível para evitar traumatismo da mucosa. Foi importante estimular a sucção do RN com a chupeta no sentido de evitar perdas de pressão pela boca. Para Nona et al. (2004: 65) *“a eficácia do CPAP nasal nos países nórdicos está amplamente demonstrada [...], diminui a necessidade de ventilação mecânica e conseqüentemente as transferências para os hospitais de apoio perinatal diferenciado e diminui o tempo de internamento e a morbidade”*.

Relativamente ao Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), foram prestados os cuidados a cerca de **40 crianças/famílias** de várias faixas etárias desde o mês de idade até aos 17 anos e 364 dias. As razões que motivaram o recurso ao SUP da criança/família foram: dificuldade respiratória, antecedentes de asma, tosse, febre, traumatismos crânio-encefálicos por quedas e atropelamento, desidratação, vômitos, diarreia, dor abdominal, tentativas de suicídio por intoxicações medicamentosas, exantemas, dor localizada, fraturas ósseas, entre outras. Para assistir a esta panóplia de situações, tive que prestar cuidados nos diversos setores da urgência, nomeadamente na sala da triagem, na sala de pequena cirurgia, na sala de OBS e na sala de emergência/reanimação. Nestas salas, os procedimentos adotados foram: administração de terapêutica endovenosa, oral e inalatória; aspiração de secreções; cateterismo venoso periférico; algalias; avaliação de sinais vitais; registos em suporte informático e em papel; esclarecimento dos pais sobre inaloterapia, aspiração de secreções, arrefecimento físico, gestão de terapêutica, amamentação/alimentação, hábitos intestinais e alimentares, reforço da hidratação oral, entre outros. Registei as intervenções e notas de enfermagem em suporte informático, com recurso ao programa desenvolvido pelo Hospital São João (HSJ) denominado por J ONE.

Este programa ainda se encontra em fase experimental, havendo necessidade de duplicar a informação em suporte papel. Contudo, o foco da minha atuação e assistência centrou-se essencialmente na dispneia, limpeza das vias aéreas, expetorar, febre, dor, vômito, desidratação, diarreia, exantema, maceração, autocuidado: ansiedade, papel parental e alteração do comportamento.

Observei e colaborei na triagem CTAS (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale) a cerca de **58 crianças** com atribuição de cores, desde o verde até ao laranja, sendo raros os casos de cor laranja, porque são situações que requerem assistência médica e de enfermagem imediata. Este modelo de triagem canadiano avalia a criança em 3 parâmetros: aparência, circulação e respiração. Quando este triângulo de avaliação não tem nenhum dos parâmetros alterados, atende-se à etapa seguinte. Nesta etapa é dada prioridade à queixa principal e avaliam-se as constantes fisiológicas e/ou sinais vitais, caso seja inconclusivo o motivo da ida ao SUP. Ao efetuar a triagem, realizei intervenções autónomas antes da avaliação médica, para proporcionar conforto e prevenir complicações à criança. Essas intervenções foram: administração de antipiréticos, arrefecimento físico a crianças com febre, gestão da analgesia de acordo com a monitorização de dor, iniciação da hidratação oral a doentes com diarreia e/ou vômitos, solicitação da presença do assistente operacional para encaminhar crianças com sinais de dificuldade respiratória, avaliação de sinais vitais, transmissão de conhecimentos à família sobre a gestão terapêutica, prevenção da maceração, arrefecimento físico, hidratação oral, amamentação e alívio de cólicas.

Em termos de execução de técnicas não tive dificuldade, uma vez que as realizo diariamente no meu contexto profissional, as dificuldades prendem-se mais com a forma como os familiares e crianças nos abordam no SUP. Fernandes (2008) alude no seu trabalho, que é curioso os utentes manifestarem o seu desagrado, com diálogos agressivos e desentendimentos, apenas aos enfermeiros que os atende em primeiro contacto, mesmo quando o enfermeiro na triagem tem a sensibilidade de explicar que o tempo de espera se prende com o atendimento médico. Para os pais é sobretudo complicado presenciar as suas crianças a serem submetidas a intervenções que originam dor e sofrimento. A minha prestação incidiu-se mais nessa perspetiva, explicando aos pais e às crianças tudo o que se ia fazer, em prol de garantir o bem-estar da criança, através de uma

atitude calma para amenizar a situação. Fernandes (2008: 41), no seu trabalho, concluiu que *“o apoio afetivo, abertura e disponibilidade demonstrados pelos enfermeiros provocaram níveis elevados de satisfação. Uma atmosfera acolhedora, um ambiente de bom humor também aumenta os níveis de satisfação parental”*. Penso que a minha interposição foi positiva, pois observo que os pais abordados por mim evidenciaram serenidade e uma atitude de compreensão perante os profissionais de saúde.

No centro de saúde, na Unidade de Saúde Familiar Eça de Queirós (USFEQ), realizei cerca de **44 consultas de Saúde Infantil a crianças** com idades compreendidas entre os 8 dias de vida e os 17 anos de idade, segundo as orientações da DGS descritas no Programa Tipo de Atuação de Saúde Infantil e Juvenil, estando a sua distribuição clarificada no Anexo III. A minha atuação nas consultas foi de encontro aos objetivos propostos pela DGS. Avaliei o crescimento e o desenvolvimento de cada criança, cujos dados antropométricos foram registados no SAPE e no próprio Boletim Individual de Saúde Infantil e Juvenil. Incentivei pais e crianças a adquirirem hábitos de vida saudáveis, ou seja, como ter uma alimentação equilibrada e adequada às diferentes idades, praticar regularmente exercício físico e evitar o consumo de substâncias nocivas. Ao apoiar e estimular a função parental, transmiti conhecimentos sobre a saúde oral, a prevenção de acidentes, a exposição solar, a alimentação no 1º ano de vida e o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação. No final da consulta forneci, aos pais e crianças, panfletos, elaborados pela unidade de saúde, de forma a complementar a informação dada. Nas consultas, aproveitei a presença das crianças para proceder à sua vacinação, contribuindo, deste modo, para rentabilizar a disponibilidade dos pais e garantir o acesso gratuito a todos, com a finalidade de diminuir a morbilidade e mortalidade da criança. *“As vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico e da forma mais económica. Os elevados valores percentuais de crianças vacinadas são uma realidade atual e este facto deve-se muito ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros”* (OE, 2010: 82). Vacinei **cerca de 20 crianças** com idades compreendidas entre os 8 dias de vida e os 13 anos e fiz o seu registo no Sistema SINUS e no Boletim Individual de Vacinas, a sua clarificação encontra-se descrita no Anexo III. Como o Plano Nacional de

Vacinação sofreu alterações em 2012, achei conveniente dinamizar a sala de consulta infantil. Foi realizado um trabalho didático, em forma de largatixa colorida, cujas partes deste ser vivo expõe os diferentes tipos de vacinas preconizadas pelo Plano Nacional de Vacinação para cada faixa etária. O trabalho ficou exposto na parede, tornando-se visível a todas as pessoas que entram na sala, com a finalidade de esclarecer todo o público alvo sobre as vacinas a serem administradas em cada idade.

No 1º ano de vida, e na faixa etária de 1-3 anos, tive como intervenções: verificar se o boletim de vacinas se encontrava atualizado, com as vacinas registadas no sistema informático; monitorizar os parâmetros Peso, Comprimento, Perímetro Cefálico; avaliar o desenvolvimento psicomotor em cada idade, segundo a avaliação do desenvolvimento Mary Sheridan.

Dos 4-9 anos, continuei as mesmas intervenções anteriores, apenas na avaliação dos parâmetros antropométricos e dos sinais vitais, avaliei a tensão arterial em substituição do perímetro cefálico. Todas as crianças faziam o rastreio visual com a escala adequada à sua idade. Aos 5/6 anos e aos 11/13 anos fiz o exame global de saúde, uma vez que estas faixas etárias coincidem com o ingresso da criança no 1º e 2º ciclo de escolaridade, respetivamente. Na idade pré-escolar, que corresponde às crianças com idades compreendidas entre os 4/5 anos, pedia-lhes para saltitarem num só pé, para copiarem o círculo e a cruz e nomearem as 4 cores básicas, para comprovar se eram dotadas das competências expectáveis para iniciar o ensino escolar.

Relativamente à consulta dos adolescentes, desenvolvi a sua auto-estima e respeitei a vontade e opinião do próprio, tal como a sua privacidade e confidencialidade. Muitos adolescentes foram às consultas para obterem os métodos contraceptivos, designadamente preservativos e pílula. Nestes contactos, a pedido dos mesmos, esclareci questões sobre a sexualidade. Inicialmente abordei conteúdos neutros, isto é, assuntos sobre a sexualidade que são comuns a todos os adolescentes, tais como a puberdade associada às alterações físicas que ocorrem no seu corpo. Após esta abordagem, o adolescente sentiu-se mais à vontade e mostrou-se curioso em obter mais conhecimentos. Aproveitei a oportunidade para enfatizar que o ato sexual envolve duas pessoas, de acordo

com a sua orientação sexual, sendo este momento de caráter íntimo e privado proveniente da decisão de ambas. Alerttei-os para se consciencializarem que desse ato podem advir consequências, nomeadamente uma gravidez precoce ou transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e que ambos devem partilhar as suas responsabilidades. Daí a importância de orientá-los para o método anticoncepcional mais adequado à sua condição e para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Nestes contactos, também abordei o tema sobre o consumo de substâncias nocivas. Esta minha intervenção teve o objetivo de os elucidar sobre os riscos que o consumo de substâncias nocivas tem para a sua saúde e para o seu desenvolvimento. Tive esta preocupação porque o uso e abuso de substâncias psicoativas tem vindo a aumentar na adolescência. Nas raparigas fiz referência à importância do auto-exame da mama, pois o cancro mamário é uma realidade que atualmente está presente em mulheres muito jovens.

Neste módulo de estágio, os focos de enfermagem que mais frequentemente formulei foram: **Desenvolvimento Infantil, Adesão à Vacinação, Papel Parental, Amamentação, Precaução de Segurança, Autocuidado: higiene oral e atividade física, Infecção e Maturação Sexual**, em função da faixa etária de cada criança/jovem.

Para realizar os registos de enfermagem recorri aos programas SAPE e SINUS, utilizando sempre a linguagem CIPE. A CIPE, segundo a ICN (2000: 11), *“é uma classificação de fenómenos de enfermagem, ações de enfermagem e resultados de enfermagem que descreve a prática de enfermagem”*. A CIPE é documentada através do programa informático – SAPE. Em contexto hospitalar utiliza-se o programa informático SAPE, tal como nos cuidados de saúde primários, enquanto o programa SINUS apenas existe nos cuidados primários. Estes programas são primordiais para documentar os registos, quer as intervenções, quer os diagnósticos de enfermagem, porque utilizam a CIPE como linguagem. Essa linguagem comum *“permite uma comunicação adequada entre todos os profissionais [...], facilita o desenvolvimento da investigação e dá uma nova dinâmica à formação. [...] é essencial para o desenvolvimento de uma profissão”* (ICN, 2000: 4). Para a marcação de consultas opta-se pelos dois programas, mas os profissionais estão mais habituados ao SINUS, sendo este programa a única

forma de registar as vacinas realizadas às crianças e aos jovens. Durante a minha passagem pela Unidade Cuidados na Comunidade (UCC) foram detetadas algumas crianças com alteração do desenvolvimento infantil, não estando devidamente registadas no SAPE. Na minha perspetiva esta situação é preocupante pelo facto de estas crianças não estarem sinalizadas para se realizar uma intervenção precoce e adequada, de forma a permitir que tenham os melhores cuidados para se tornarem adultos autónomos e responsáveis.

Os pais são os responsáveis pela educação dos seus filhos, estabelecendo padrões de comportamentos e regras de acordo com a sua ideologia e cultura. São os pais, os encarregados de promover o desenvolvimento das crianças, para que estas sejam integradas na sociedade como futuros adultos conscientes dos seus atos. Quando as crianças são vítimas de maus tratos e negligenciadas, é importante intervir na Parentalidade para informar, educar ou apoiar os pais na educação dos filhos. Para isso, *“os enfermeiros devem ser capazes de avaliar os obstáculos pelos quais os pais estão a passar e ser capazes de dar resposta às mais diversas dificuldades que os pais sentem e auxiliá-los a encontrar soluções no sentido de promover uma boa parentalidade”* (Nunes, 2007: 14). Perante estas situações de maus tratos e de negligência, é necessário o profissional de saúde ou até mesmo o cidadão comum, referenciar estes casos às entidades responsáveis, tais como o Núcleo de Apoio à Criança e Jovens em Risco (NACJR) e a CPCJ.

A Parentalidade é um dos principais focos de atenção em enfermagem na área de SIP. No nosso dia-a-dia é essencial os enfermeiros estarem despertos para esta ação de “tomar conta”, para proporcionar bem-estar às crianças e aos pais. Segundo a CIPE (ICN, 2011: 66), a parentalidade é *“assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”*.

De acordo com Barradas (2008: 35), *“o nascimento de um bebé, em especial do primeiro filho, é um grande impacto, logo, o processo de transição para a*

parentalidade com as alterações dos papéis familiares e o aumento das responsabilidades implicam muitas vezes momentos de tensão familiar". Contudo, é interessante os bebés serem possuidores de capacidades inatas e básicas como o olhar, sorrir, tocar, agarrar, chorar, sucção e a própria aparência física, capazes, por si só, de proporcionar o processo de vinculação entre a tríade mãe, pai e filho. *"O processo de vinculação é considerado fundamental na medida em que este irá favorecer e por vezes determinar futuras relações entre a tríade, bem como influenciar o desenvolvimento cognitivo e social da criança"* (Barradas, 2008: 38).

No estágio foram várias as estratégias que utilizei para facilitar a vinculação entre pais e filhos. Uma das estratégias utilizadas foi colocar o bebé no colo dos pais, com a finalidade de o bebé cheirar o corpo dos progenitores e ter contacto visual com eles. A outra estratégia consistiu em incentivar os pais a falarem com o bebé, acariciando-o e aconchegando-o nos seus braços. Segundo Barradas (2008) o toque é o principal impulsionador da vinculação. Na Neonatologia, após o banho, incentivei os pais a realizarem massagem corporal ao seu bebé, porque recorre-se mais uma vez ao toque, levando os pais *"a transmitir amor, afeto e dedicação"* (Barradas, 2008: 54).

Também na Neonatologia, recorri ao "Método Mãe Canguru". Método inventado na Colômbia por carência de incubadoras, verificando-se que o contacto pele a pele *"além de garantir calor e leite materno, trazia inúmeras outras vantagens dentre as quais a promoção do vínculo mãe-bebé, condição indispensável para a qualidade de vida e sobrevivência do recém-nascido após a alta"* (Lamy et al., 2005: 660). Para Sotelo et al. (2009: 12) este método tem como vantagens a *"estimulação do contacto precoce da mãe/pai com o recém-nascido; estimulação do aleitamento materno; promoção do vínculo afetivo; diminuição do tempo de separação do recém-nascido com a família; regulação térmica da criança; diminuição da taxa de infeções hospitalares; diminuição do tempo de internamento; promoção da confiança e competência dos pais no cuidado ao seu filho"*. Tanto o "método mãe canguru" como as outras atividades já referenciadas desencadeiam o desenvolvimento sensorial da criança fortalecendo a díade pais/filhos.

A amamentação é outra forma de promover a vinculação e, conseqüentemente, propicia a parentalidade. Segundo a OMS e a UNICEF (1993: 8) *“a amamentação ajuda a mãe e o bebê a formar uma relação íntima e amorosa que faz a mãe se sentir profundamente satisfeita emocionalmente. O contacto íntimo desde o nascimento ajuda esta relação a desenvolver-se. Este processo é chamado **vínculo**”*. Nos três locais de estágio existe o “Cantinho de Amamentação”, onde pude promover a amamentação, referindo as suas vantagens, como se realiza a extração de leite, como é feita a conservação do leite materno, quais os posicionamentos corretos para amamentar e a importância da pega eficaz. *“A promoção da amamentação deverá ser um dos objetivos da equipa, pelos inúmeros benefícios que apresenta para o bebê, quer ao nível do fornecimento de nutrientes importantes e de proteção contra as infeções, quer ao nível da promoção e estabelecimento de laços afetivos com a sua mãe”* (Sotelo et al., 2009: 12). Esta minha iniciativa foi importante para fomentar as orientações emanadas pela OMS e UNICEF, bem como, para favorecer o desenvolvimento das crianças.

Nos diversos contextos, foi primordial estabelecer uma relação de empatia com os pais, ou seja, colocar-me no lugar deles, ficando com outra percepção da realidade. É óbvio que não incorporei esses sentimentos na totalidade, mas consegui compreender a angústia e por vezes o desespero dos pais ao verem o seu RN/criança/Jovem doente. Segundo Vieira (2007: 116), *“o cuidado exige confiança, que leva à aceitação e ao respeito, também nos erros e incapacidades. Só a sensibilidade do outro e a mim me permitirá ser coerente entre o que digo e o que sinto, para que a confiança surja”*. Para estabelecer essa relação, fui adquirindo confiança com os pais através de uma escuta ativa, mantendo sempre uma postura de apoio e de compreensão.

Neste estágio, verifiquei que a maioria dos pais necessitavam de ser orientados e apoiados no desenvolvimento dos seus papéis parentais. Em função desta análise, tive a diligência de realizar uma escuta ativa sobre as dificuldades sentidas pelos pais ao cuidar do seu filho e motivei-os para o desenvolvimento das suas habilidades através da transmissão de conhecimentos sobre diversos temas, tais como: amamentação, prevenção e tratamento da maceração, desenvolvimento e competências da criança, gestão e administração de

terapêutica, higiene e conforto da criança, prevenção de acidentes na criança, cuidados a ter aquando a febre, alívio de cólicas, cuidados com o sol, alimentação no 1º ano de vida e higiene oral. *“É neste sentido que deveremos ser agentes dinamizadores de aprendizagens indo de encontro às motivações e necessidades individuais, familiares e a nível da comunidade através de programas de educação para a saúde”* (Barradas, 2008: 35). Relativamente aos cuidados de higiene oral, complementei essa transmissão de conhecimento com a realização de um panfleto para informar e reeducar os pais nesta área (Anexo IV). Esta iniciativa surgiu, porque nas consultas de saúde infantil, observei que existem muitas crianças com défices nos cuidados de higiene oral. Na minha opinião, os pais esquecem-se da importância da saúde oral dos seus filhos, não os incentivando à lavagem correta dos dentes e não proporcionando uma alimentação correta e saudável.

Após o nascimento do seu filho, alguns pais necessitam de adquirir e desenvolver as suas competências e habilidades de forma a terem o melhor desempenho como pais. Como forma de contribuir para a aquisição das suas funções parentais, planeei no centro de saúde uma ação de educação para a saúde (AES) (Anexo V), sobre a importância das consultas infantis e juvenis, com o intuito de informar os pais sobre o programa tipo de atuação estabelecido pela DGS para promover a saúde infantil e juvenil. Esta ação teve como objetivos, dar a conhecer aos pais os conteúdos abordados nas consultas e de lhes demonstrar alguns sinais e sintomas de alerta em algumas faixas etárias (Anexo VI). Tal como refere Pedro et al. (2006: 25), *“o enfermeiro tem um papel fundamental como mediador e educador. É essencial avaliar a adaptação dos pais, os apoios familiares e extra-familiares existentes, dar informações no sentido de aumentar os conhecimentos dos pais, fornecendo assim diretrizes para um melhor desempenho”*.

🕒 Competência a Desenvolver:

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

Ⓢ Objetivo:

- Desenvolver competências de comunicação com a criança/família.

Ⓢ Atividades:

- Comunicar com uma linguagem adequada com a criança/família;
- Utilizar diferentes estratégias de comunicação na abordagem à criança e família.

Ⓢ Reflexão:

Na minha perspectiva, considero que enfermagem é uma arte de cuidar, mas também de comunicar, sendo fundamental para se estabelecer o contacto com a criança/família, atendendo e respeitando as suas crenças e valores culturais. Para comunicar com a criança é preciso conhecer as suas fases de desenvolvimento, porque em cada idade a criança possui competências e habilidades próprias.

A comunicação inicia-se imediatamente na admissão da criança/família. De acordo com Andrade et al (2009: 154) *“a comunicação entre profissional – paciente é absolutamente necessária para haver boa qualidade de atendimento [...] é preciso levar em conta a condição dos pacientes [...] pois, por se encontrarem em estado de bastante ansiedade e stresse, quase sempre em situação crítica, num ambiente desconhecido e temido, eles requerem mais atenção no tocante aos aspetos relacionados à interação e à comunicação”*. Quando fiz o acolhimento às crianças e aos pais em todos os módulos de estágio, abordei-os de forma compreensiva e cordial, com um tom de voz calmo, firme e uniforme, demonstrando disponibilidade e mencionando o meu nome e nunca demonstrei preconceitos relativamente à proveniência social ou étnica das famílias. No primeiro contacto tive sempre em conta, proporcionar um ambiente acolhedor e sossegado, evitando as possíveis interferências. Utilizei uma linguagem acessível, evitando, deste modo, a terminologia técnica e conceitos médicos, que poderiam comprometer a compreensão do meu discurso por parte das crianças e suas famílias. Respeitei sempre a confidencialidade e a privacidade de cada um. Essas atitudes permitiram criar nas crianças/pais um impacto positivo e acolhedor, transmitindo-lhes confiança e segurança na minha prestação.

Para Barradas (2008: 70) *“a comunicação estabelecida entre os profissionais de saúde e os pais tem como fundamento a troca de informações, a possibilidade de discutirem os seus sentimentos e tensões, e de os encorajar a resolver os seus próprios problemas”*. Por isso, no estágio, mostrei-me sempre disponível e receptiva às preocupações e sentimentos dos pais, incentivando a sua permanência junto da criança e tentando envolvê-los nos cuidados à criança, proporcionando a tão desejada parceria de cuidados. Sempre que possível, informei os pais sobre a evolução clínica, respeitando a sua cultura, formação e crença, para a comunicação entre ambos se tornar eficaz.

Ao comunicar com esta díade é impossível recorrer somente à linguagem verbal, a linguagem não-verbal está sempre presente, através das expressões faciais, dos gestos, reações, posturas, risos, entre outros. As crianças estão atentas ao ambiente em seu redor, conseguem atribuir significados a cada gesto e movimento feito, porque *“os componentes não verbais do processo de comunicação transmitem as mensagens mais importantes”* (Hockenberry, 2006: 111). Por isso, foram diversas as estratégias utilizadas no estágio, a saber: linguagem simples, clara e assertiva; tom de voz suave e afetuoso; fixação ocular; informação aos pais sobre os cuidados de enfermagem; explicação dos procedimentos às crianças/pais; escuta ativa; reforço das competências positivas; apoio e ânimo e recurso ao toque em momentos oportunos, sobretudo através da massagem infantil. Estes apoios narrativos permitiram-me estabelecer uma relação de confiança para com as crianças/família facilitando a comunicação. Estas estratégias que utilizei foram adaptadas às fases de desenvolvimento de cada criança.

Perante o **lactente dos 0/1 anos de idade**, recorri a uma linguagem com um tom de voz calma e tranquilo para transmitir confiança e segurança para que o lactente não ficasse assustado. Mesmo quando não verbalizam, as crianças comunicam utilizando uma linguagem não-verbal, através da expressão facial, gestos, postura e vocalizações. Estas crianças dependem muito dos seus prestadores e têm receio de estranhos, daí a importância de ter permitido a presença dos pais ou outros familiares aquando a minha intervenção. Relativamente aos RN, a minha comunicação incidiu-se na interação com eles e no toque, transmitindo-lhes bem-estar, amor e carinho, porque o toque *“é a ponte*

de comunicação e desenvolvimento entre o bebé e o seu elo afetivo” (Barradas, 2008: 48). **As crianças de 15/18 meses de idade**, são muito ativas interessando-se em alcançar os objetos e fazem birras. Já possuem alguma autonomia, mas são dependentes física e emocionalmente, ficam bem sem a presença dos pais. Ao comunicar com elas mantive o tom de voz calmo e tranquilo, mas firme para demonstrar uma atitude de imposição e evitei o contacto visual prolongado, porque são crianças que ficam muito ansiosas. **Aos 2/3 anos de idade**, as crianças são mais recetivas e gostam de partilhar, ouvem o que lhes interessa, mas têm medo de sons desconhecidos. Ao contactar com estas crianças, fui objetiva e clara na linguagem, explicando tudo o que ia fazer. **As crianças de 3/6 anos**, têm uma maior capacidade de socialização, partilham os brinquedos e brincam com os outros, têm um vocabulário rico. Como têm presente a imaginação e a fantasia, têm medos visuais e imaginários, por isso tive que dar explicações simples e concretas e permitir o contacto com os objetos do hospital, para diminuir a ansiedade e a própria fantasia. **Dos 6/11 anos** são mais autónomas, gostam de experiências novas e têm relações interpessoais estreitas, ou seja, têm um amigo concreto. Tive que incentivar a presença dos pais, explicar sempre tudo ao pormenor e evitar expressões como *picar* ou *cortar*, substituindo estas palavras por frases/termos menos explícitos, como: *“colocar um catéter”* ou *“Preciso de um pouco do teu sangue para analisar...”* ou *“No BO vais dormir um pouco e quando acordares, os médicos já resolveram o teu problema...”*. Para comunicar com **os adolescentes**, tive que respeitar a sua privacidade, explicar honestamente e não ridicularizar os seus sentimentos ou pensamentos, para que o adolescente se sentisse seguro e ao confiar em mim, verbaliza o que lhe vai no pensamento (Albuquerque e Ribeiro, 1998). *“A comunicação [...] nos permite informar, motivar, educar, socializar e até distrair e por sua vez, estabelecer um relacionamento com a criança/família, que proporcione segurança e inspire confiança na equipe, instituição e conseqüentemente nos cuidados prestados. Uma comunicação eficaz é a melhor arma para minimizar os efeitos potencialmente nefastos da hospitalização”* (Tavares, 2011: 77).

Para facilitar a comunicação com as crianças recorri a algumas técnicas de comunicação como o Conto de Histórias, a Brincadeira (Brinquedo) e o Humor porque a *“utilização da brincadeira e do humor como meio de comunicação entre*

as crianças e a equipa de saúde é extremamente benéfica para as primeiras [...]” (Tavares, 2011: 77). Quando contei as histórias às crianças, algumas inventadas por mim, aquando o uso do seu boneco preferido, consegui que a sua atenção fosse desviada para a história e para o boneco, esquecendo-se do procedimento de enfermagem. O humor esteve geralmente associado à brincadeira, cujo resultado foi positivo. Os pais e as próprias crianças descontraíam-se com a minha presença, ficando distraídos e divertidos, mostrando-se muito à vontade. O humor também foi recíproco e por vezes verifiquei que as crianças também interagiam comigo através da brincadeira e dos seus livros de história.

Através desta componente relacional que estabeleci com as crianças e família, senti-me mais motivada e realizada, esquecendo-me das dificuldades que foram surgindo neste meu percurso. Concluí que o humor e a brincadeira são duas técnicas que não só servem para comunicar com a criança, como também são formas de *“escape ao dia a dia, de conviver com o stresse, com a morte, com o sofrimento, com a incapacidade das crianças”* (Tavares, 2011: 77).

Ⓢ Competências a Desenvolver:

- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional avançada.

Ⓢ Objetivos:

- Compreender o papel do enfermeiro especialista na assistência à criança em situação de especial complexidade (emergência/estado crítico);
- Desenvolver competências na assistência à criança em situações complexas.

Ⓢ Atividades:

- Observar a enf.^a especialista na assistência à criança em situações de emergência/urgência;
- Atuar na assistência à criança/família em situações complexas;

- Observar o papel da enf.^a especialista em reuniões da NACJR.

🕒 Reflexão:

No SUP surgem sempre situações de imensa complexidade, por isso é importante o enfermeiro estar preparado para enfrentar as situações de urgência e de emergência que vai encontrando ao longo da sua carreira profissional. Durante a minha passagem pela SUP, tive a oportunidade de assistir a duas tentativas de suicídio de dois adolescentes. *“Os adolescentes que tentam suicidar-se tendem a ter histórias de doença emocional - geralmente, depressão, abuso de substâncias, comportamento anti-social ou agressivo ou personalidade instável. Os adolescentes suicidas tendem a pensar de um modo desfavorável acerca de si próprios, a sentir-se sem esperança e a ter um reduzido controlo dos impulsos e uma baixa tolerância à frustração e ao stresse”* (Papalia et al., 2001: 535). A outra situação complexa que constatei foi uma paragem cardio-respiratória em RN. Perante estas experiências, observei o papel fundamental da enf.^a especialista e participei na assistência aos adolescentes. Sendo um elemento novo na equipa e não conhecendo o local dos materiais não participei ativamente na reanimação do RN.

Relativamente às tentativas de suicídio dos adolescentes de 13 e 16 anos, respetivamente do sexo masculino e feminino, dei apoio psicológico aos familiares e aos próprios adolescentes e demonstrei uma atitude compreensiva e não opressiva. Proporcionei, ainda, momentos de escuta ativa com perguntas abertas, de forma a abordar o motivo dos seus pensamentos suicidas. Segundo Papalia (2001: 536) *“uma tentativa de suicídio é, muitas vezes, um pedido de ajuda e algumas dessas pessoas morrem porque são melhor sucedidas do que o que pretendiam”*. Estas estratégias utilizadas por mim permitiram adquirir a confiança dos pais e dos adolescentes. Expliquei aos pais que, este tipo de atitude e comportamento observado nos adolescentes reflete, por vezes, um pedido de ajuda ou de atenção. Os adolescentes têm necessidade de pedir ajuda e apoio para ultrapassar determinadas situações e crises que surgem na sua vida. A melhor forma dos pais detetarem estas crises, evitando males maiores, é estar atentos e ter uma relação de proximidade com os filhos. Perante a minha postura,

penso que os adolescentes se sentiram mais à vontade e sem medos de represálias.

A enf.^a especialista demonstrou, através do uso de uma comunicação adequada, um comportamento empático, simpático, de respeito pelo adolescente/família, sensível e compreensivo pelas atitudes dos adolescentes e dos pais perante as circunstâncias, *“promovendo ambiente amistoso; envolvendo os utentes nas tomadas de decisão; ouvindo e escutando; promovendo o coping parental; promovendo o contacto pais/criança; promovendo o sorriso; olhando nos olhos e sendo gentil e competente”* (Fernandes, 2008: 49).

Relativamente à paragem cardio-respiratória em RN, a preocupação principal da enf.^a especialista, e mesmo dos outros profissionais de saúde, foi salvar a vida do RN. Perante esta situação crítica, observei e refleti sobre a sua postura e intervenção. A enf.^a especialista, durante a fase de estabilização do RN, detetou que os pais sentiam necessidade de obter informações sobre o filho. E para minimizar a ansiedade dos progenitores, estabeleceu uma comunicação eficaz atendendo a uma postura compreensiva, sensível e empática. A sua intervenção perante os pais consistiu essencialmente em fornecer informações sobre o estado do RN e em dar apoio emocional e psicológico.

A NACJR é uma comissão que analisa casos de crianças e jovens que estão inseridos em famílias disfuncionais e conflituosas. Foi importante, para mim, participar em reuniões e assistir à apresentação desta entidade na USFEQ, porque me deu a oportunidade de conhecer os elementos da equipa, quais as instituições integrantes e, principalmente, porque aprendi a distinguir os significados risco e perigo. Se uma criança está em risco, não há necessidade de ser encaminhada para a CPCJ para que seja retirada aos pais, mas deve ter apoio por parte da comunidade para superar as suas dificuldades. Esse apoio pode consistir numa simples ajuda para orientar os pais sobre os recursos existentes na comunidade, ou num apoio financeiro para estabilizar o ambiente familiar. Uma criança em perigo tem que ser imediatamente retirada aos pais, para prevenir situações de maus tratos ou mesmo a morte.

Na reunião com esta comissão, que decorreu no Hospital, foram dois os casos analisados. Estavam presentes a enf.^a especialista da UCC de Vila do Conde, a

enf.^a especialista da UCC de Póvoa de Varzim, a pediatra responsável pela área de Pediatria Social, a assistente social e eu. O primeiro caso abordado foi sobre uma criança portadora do vírus da imunodeficiência humana que faltava ao levantamento da terapêutica e às consultas no HSJ, estando os pais incontactáveis. Para resolver esta situação, tive que interagir, juntamente com a minha tutora, com a escola para saber mais sobre a criança. Concluí que essa criança não estava em território nacional, daí a justificação para as suas ausências. No segundo caso, a minha presença facilitou a análise da situação, por ter sido um RN que esteve internado na Neonatologia. A mãe, de nacionalidade brasileira, sentia-se sozinha, porque o marido era emigrante e não tinha à disposição nenhum familiar que a pudesse ajudar nas tarefas com o bebé. Esta referenciação à NACJR surgiu porque a própria mãe, nas consultas do centro de saúde, demonstrou carência afetiva. Como já conhecia esta família no contexto hospitalar, dei a minha opinião sobre o comportamento e atitude desta mãe. A mãe durante o internamento prestava os cuidados adequados ao bebé. Ela era cuidadosa e atenciosa com o bebé, apenas sentia falta da companhia do marido. Num contacto à posteriori com a mãe, os elementos da NACJR verificaram que ela estava mais próxima da família do marido e que mantinha boa interação com o bebé, não havendo, por isso, necessidade de a NACJR intervir.

O papel da enf.^a especialista nestas situações complexas é fundamental e imprescindível para se salvaguardar todos os direitos das crianças e jovens, pois tem a capacidade de diagnosticar precocemente e de intervir nas situações de risco que possam afetar, de forma negativa, a vida da criança. Sendo o enf.^o especialista em SIP um dos profissionais mais habilitados para avaliar precocemente as situações de potencial risco, este deve agir da melhor forma, recorrendo a métodos de análise adequados, tendo sempre em conta o melhor para a criança.

🕒 Competências a Desenvolver:

- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada.

Ⓢ Objetivos:

- Participar no planeamento e na realização das visitas domiciliárias;
- Desenvolver a articulação com outros recursos de saúde da comunidade.

Ⓢ Atividades:

- Realizar a visita domiciliária;
- Observar a interação/dinâmica relacional entre mãe e criança no domicílio;
- Esclarecer dúvidas à mãe no momento da visita domiciliária;
- Articular os cuidados de saúde primários com o CHPV/VC, E.P.E.;
- Articular a UCC com a USFEQ.

Ⓢ Reflexão:

Durante a minha passagem pelo Centro de Saúde participei no planeamento de duas visitas domiciliárias e observei a atuação das duas enf.^a especialistas, cujas preocupações se fixaram em avaliar o desenvolvimento psicomotor de cada criança, presenciar as competências parentais, avaliar as condições habitacionais da família e avaliar a dinâmica familiar no seu ambiente natural.

Na USFEQ, realizei uma visita domiciliária a um RN de 14 dias que tinha consultado aos 8 dias de vida. Nessa consulta de saúde infantil, verifiquei que o RN teve uma perda ponderal de 400 gramas e apresentava sinais de fome e pele seca e descamativa que, segundo a mãe, se devia ao facto de o bebé só mamar ao biberão, porque recusava mamar ao seio materno. Nessa consulta, além de ter sido agendada uma visita domiciliária, o RN foi colocado à mama com êxito. Constatei, então, que esta mãe encontrava-se insegura e com sentimento de instabilidade relativamente aos cuidados do RN. Foi realizado um esclarecimento de dúvidas sobre a amamentação, sinais de fome, alívio de cólicas e prevenção de maceração, na tentativa de colmatar a insegurança e preocupações da mãe. Os diagnósticos de enfermagem detetados e formulados nesta consulta foram: alteração do desenvolvimento infantil, papel parental não adequado em relação à maceração e às cólicas e amamentar ineficaz. Perante estes diagnósticos tive como intervenções de enfermagem: monitorizar o peso do RN, monitorizar o comprimento, monitorizar o perímetro cefálico, monitorizar o percentil, ensinar os pais sobre a prevenção da maceração, ensinar os pais sobre o alívio de cólicas, ensinar os pais sobre os sinais de fome, ensinar a mãe sobre a extração de leite

materno, apoiar a mãe na colocação do RN à mama, ensinar a mãe a colocar o RN à mama, ensinar a mãe sobre o posicionamento para amamentar; instruir a mãe a colocar o RN à mama e instruir a mãe sobre o posicionamento para amamentar.

É comum os pais sentirem-se inseguros em relação ao RN, porque para além de, na maioria dos casos, serem pais pela primeira vez, o nascimento de um novo elemento na família condiciona a reformulação de papéis e altera as regras da família, levando por vezes a situações de ansiedade e de desequilíbrio familiar. Para evitar tais acontecimentos, a enf.^a especialista na área de SIP deve *“compreender e adequar a prestação de cuidados de saúde de acordo com as relações interpessoais e a estrutura e dinâmica familiares, uma vez que estes fatores podem ser facilitadores ou dificultadores na determinação da saúde dos indivíduos. [...] a unidade familiar torna-se promotora de saúde física e emocional* (Vieira e Andrade, 2009: 69). Sendo este o motivo principal para realizar esta visita domiciliária, tracei os seguintes objetivos: pesar o bebé e avaliar se a mãe possuía as competências e habilidades na assistência ao seu bebé. Durante a visita domiciliária a mãe interagiu bastante com o bebé, demonstrando afeto e carinho, com capacidade de distinguir quando o bebé estava com fome ou com cólicas. Neste contacto, também verifiquei que a mãe conseguiu colocar o RN à mama sem ajuda, com uma pega eficaz e com a posição mais adequada e confortável para ambos. A pele do bebé encontrava-se hidratada e íntegra. Ao avaliar o peso, constatei que o bebé teve um ganho ponderal de 200 gramas com leite materno exclusivo. Nesta visita domiciliária foi possível observar que os pais realizaram o sonho da maternidade e da paternidade, verificando-se que conseguiram ultrapassar os sentimentos de ansiedade e preocupação ao cuidarem do seu filho da melhor forma. Após esta visita, houve reformulações nos diagnósticos de enfermagem formulados inicialmente. O papel parental em relação à maceração e às cólicas passou a ser adequado, o amamentar tornou-se eficaz e os conhecimentos e as aprendizagens passaram a demonstrados. Apenas o diagnóstico do desenvolvimento infantil se manteve alterado, porque o RN ainda não tinha adquirido o peso de nascimento.

A outra visita foi no contexto da UCC, um caso referenciado pela CPCJ, na sequência de uma queixa formal da avó paterna à comissão, relacionado com a

negligência, por parte dos pais, ao nível dos cuidados básicos, como: alimentação, higiene e rotinas à criança de 14 meses. Esta abordagem foi sem marcação e teve como finalidade averiguar se a queixa apresentada pela avó era fundamentada. Quando entrei no apartamento desta família, deparei-me com uma enorme desorganização doméstica e a própria criança apresentava défices nos cuidados de higiene. O diagnóstico de enfermagem detetado foi o papel parental inadequado em relação à higiene, à alimentação da criança e à prevenção de acidentes. Perante esta situação, foram colocadas questões à mãe, de forma a fazer uma colheita de dados adequada para permitir uma intervenção eficaz.

O ecomapa e o genograma familiar são considerados na literatura como instrumentos valiosos da colheita de dados para a *“compreensão de processos familiares e as relações com a comunidade, particularmente em enfermagem pediátrica que requer detalhamentos para o planeamento do cuidado e das intervenções que envolvam os cuidadores”* (Nascimento et al, 2005: 281). Por isso, para eu compreender a dinâmica familiar e as relações entre os seus membros, bem como, para conhecer as relações entre a família e a comunidade, realizei um genograma e um ecomapa (Anexo VII). Após a análise destes dois instrumentos, verifiquei que esta família não tinha muitos recursos económicos, apresentava baixo nível de escolaridade e não tinha apoios familiares. Nesse caso foi proposta à mãe a cooperação do Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental (CAFAP), instituição com parceria com a CPCJ. A sua finalidade é ajudar a mãe a desenvolver as suas competências e habilidades nos cuidados à criança, que abrange a organização das tarefas domésticas, nos cuidados de higiene e a execução das refeições adequados à faixa etária da criança.

A enf.^a especialista tem um papel crucial neste caso, por implementar e gerir um plano interventivo que promove a parentalidade e conseqüentemente permite a reinserção social da criança e da família, através do suporte de redes de apoio familiar existentes na nossa comunidade. A enf.^a irá torna-se o elo de ligação entre a CPCJ e a CAFAP. Após a visita destes, é ela quem vai realizar as visitas domiciliárias para apoiar os pais nas suas competências parentais.

Quando realizei o estágio no Centro de Saúde, fui um elemento de articulação entre o Hospital e a UCC, bem como, entre a UCC e a USFEQ. Esta articulação foi solicitada pela enf.^a especialista da UCC e eu própria me disponibilizei para esta atividade, visto que, como futura enf.^a especialista na área de SIP, considero primordial a existência de uma ligação entre o meio hospitalar e os cuidados de saúde primários. Esta articulação pode diminuir alguns reinternamentos de crianças, se houver uma adequada atuação e seguimento das situações de doença, principalmente crônicas, dos profissionais de saúde dos cuidados primários. Segundo a UNICEF (1990: 17), esta *“tem direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos. Os Estados devem dar especial atenção aos cuidados de saúde primários e às medidas de prevenção, à educação em termos de saúde pública e à diminuição da mortalidade infantil”*.

Relativamente à articulação da UCC com o Hospital, realizei uma atividade que consistiu na elaboração de uma tabela composta pelos tipos de consultas que existem no CHPV/VC, E.P.E. na área de SIP e quais os pediatras responsáveis por cada consulta. Nessa tabela acrescentei outras consultas que se realizam no hospital e os profissionais de saúde responsáveis pelas respetivas consultas (Anexo VIII). Na minha perspectiva, considero que a enf.^a especialista da UCC, ao ter conhecimento dos tipos de consultas que existem no hospital, poderá encaminhar as crianças que tenham necessidade de serem seguidas por profissionais especializados. Por exemplo, uma criança que apresenta um desenvolvimento cognitivo não adequado à sua faixa etária, deve ser encaminhada pela especialista para as consultas de neuropediatria. Futuramente, ambiciono elaborar um projeto sobre a articulação entre os cuidados de saúde primários e o hospital, visto que as funções do Centro de Saúde incidem mais na *“promoção da saúde, prevenção da doença e a prestação de cuidados, quer intervindo na primeira linha de atuação do Serviço Nacional de Saúde, quer garantindo a continuidade de cuidados, sempre que houver necessidade de recurso a outros serviços e cuidados especializados”* (Infocedi, 2009: 1). Enquanto o Hospital é um *“estabelecimento de saúde dotado de internamento, ambulatório e meios de diagnóstico e terapêutico, cujo objetivo principal é a prestação de cuidados de saúde durante 24 horas por dia. Presta à população*

assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhes também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica. É constituído por meios tecnológicos que não existem nos Centros de Saúde” (Infocedi, 2009: 1).

Durante o estágio deste módulo, passei por duas unidades de saúde, uma já mencionada anteriormente, a UCC, e a outra foi na USFEQ. Ao analisar processos de crianças na UCC, detetei a inexistência de registos e dados sobre crianças e jovens que estavam inscritos na USFEQ. A articulação destas duas unidades facilita a atuação do enfermeiro especialista de SIP, pois permite a troca de informação entre as duas unidades, facilitando a intervenção adequada. Sempre que solicitei o apoio dos enfermeiros, para adquirir conhecimentos de situações específicas, tive o feedback sobre esses processos, relativamente à marcação de consultas, ausências na vacinação, ausência de registos de enfermagem e de dados antropométricos. Estas informações permitem que haja uma continuação de cuidados e permite avaliar a situação de saúde das crianças.

Ⓢ Competência a Desenvolver:

- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara.

Ⓢ Objetivo:

- Desenvolver competências na assistência de enfermagem em contexto de saúde escolar.

Ⓢ Atividades:

- Realizar AES ao 5º ano de escolaridade;
- Realizar AES aos 10º, 11º e 12º anos de escolaridade;
- Participar nos Gabinetes de Informação e Apoio ao Aluno (GIAA).

Ⓢ Reflexão:

A UCC é responsável pela implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar a toda a comunidade educativa do concelho da Póvoa de Varzim. Enquanto estive nesta unidade de saúde, realizei uma AES sobre a *Prevenção de Acidentes* a crianças que frequentavam o 5º ano de escolaridade do Agrupamento de Beiriz, intitulada “*Protege-te e Protege os outros*”. Optei por realizar esta

atividade por ser direcionada a um grupo de crianças com idades compreendidas entre os 9-11 anos, que além de serem dotadas de curiosidade, são mais autónomas e gostam de novas experiências. Para a produção desta ação, fiz uma planificação da sessão (Anexo IX), para melhor clarificar e fundamentar os ensinamentos que procurava transmitir. Esta ação foi exposta em Powerpoint durante 40 minutos. Na elaboração deste trabalho adequiei a minha linguagem à faixa etária e utilizei cores acentuadas para incentivar a atenção e o olhar destas crianças (Anexo X). Durante a exposição da ação de educação, verifiquei que as crianças estavam entusiasmadas e interessadas no assunto, pois eram muito participativas e interventivas. No final da apresentação, fiz uma síntese dos conteúdos, onde as crianças expuseram as suas dúvidas e enunciaram casos desagradáveis que aconteceram com os próprios e familiares. Para complementar esta AES, distribuí panfletos da Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI) sobre a prevenção de afogamento, visto que as férias de Verão se estavam a aproximar. A avaliação desta ação foi feita através de questões orais e da observação. Verifiquei que as questões foram respondidas corretamente e que todas as crianças estiveram atentas à sessão. Por último, as crianças pediram algum tempo para apontarem os endereços eletrónicos exibidos no slide da bibliografia do trabalho.

Nesse mesmo Agrupamento, realizei uma AES, destinada a adolescentes que frequentavam os Cursos de Educação e Formação (CEF) dos 10º, 11º e 12º anos de escolaridade, sobre os *Consumos Nocivos*, intitulada “*Eu sou livre*”. Esta sessão foi elaborada com o objetivo de responder às questões anónimas, colocadas pelos próprios adolescentes, sobre este tema. Fiz uma análise das questões e elaborei a planificação da sessão (Anexo XI). A partir do plano de sessão, realizei o trabalho, com recurso ao programa informático Powerpoint, para ser apresentado durante 60 minutos (Anexo XII). Durante a exposição da apresentação, tive algumas dificuldades em comunicar com estes jovens, visto alguns serem consumidores de substâncias nocivas, não admitindo que estas substâncias prejudicam o nosso organismo. Para ultrapassar esta dificuldade, dei exemplos reais que surgiram ao longo do meu percurso profissional em contexto hospitalar, dando ênfase à degradação física e psicológica que esses consumos provocam. Perante os meus exemplos, tive o testemunho de alguns adolescentes

que passam diariamente por estas situações através de familiares e amigos. Esta participação foi importante porque permitiu complementar a minha intervenção. A avaliação desta ação de educação baseou-se em questões orais e na observação. Concluí que a maioria dos adolescentes estiveram concentrados no tema e evidenciaram, pelas intervenções que fizeram, perceber a mensagem que lhes foi transmitida. Constatei, ainda, que alguns alunos apontaram os contactos sobre as linhas de ajuda existentes no nosso país.

Estas duas sessões foram essenciais porque *“a educação em saúde é uma importante ferramenta de prevenção e promoção à saúde que deve provocar, nos indivíduos, a atitude de pensar e repensar os seus hábitos e estilo de vida e conduzi-los a modificar a sua realidade para diminuição de suas vulnerabilidades e melhoria da qualidade de vida, sendo este o intuito deste programa educativo”* (Jardim, 2012: 66). É nesta linha de pensamento que os enfermeiros devem agir e intervir o mais precocemente, para que estas crianças e jovens sejam futuros adultos com hábitos saudáveis e façam opções de vida fundamentadas em conhecimentos adquiridos corretamente.

A equipa de saúde da UCC, ao intervir na promoção de comportamentos saudáveis e prevenção de doenças em contexto escolar, assiste toda a comunidade educativa, através dos GIAA, em função do Programa Nacional de Saúde Escolar. Durante o meu percurso pela UCC, participei nos GIAA com o objetivo de: promover a educação para a saúde; apoiar, orientar e aconselhar a população escolar nas áreas de educação sexual, educação alimentar, educação cívica e desenvolvimento biopsicossocial; e orientar para os serviços de saúde, promovendo a vigilância e reforçando os comportamentos e estilos de vida saudáveis. Atendi nos GIAA crianças e jovens desde o 7º ano até ao 12º ano de escolaridade, professores e auxiliares de ação educativa, sempre às sextas feiras à tarde na Escola Secundária Eça de Queirós. Nos gabinetes, avaliei os parâmetros vitais, a saber: peso, estatura, tensão arterial, pesquisa de glicemia, temperatura corporal e pesquisa de colesterol. Em função do motivo e da avaliação dos parâmetros vitais, intervi com esclarecimentos sobre alimentação, gestão terapêutica, importância do exercício físico e utilização de métodos contraceptivos. A situação mais preocupante que surgiu nesta atividade, foi a de uma criança de 13 anos com antecedentes de Diabetes Tipo I, desde os 10 anos

de idade, com valores de glicemia de 405mg/dl. Perante este valor questionei-a sobre os hábitos alimentares, exercício físico e essencialmente sobre a gestão terapêutica (insulina). Os diagnósticos de enfermagem que detetei foram a Gestão do Regime Terapêutico Inadequado com conhecimento sobre complicações não demonstrado e conhecimento sobre locais anatómicos para a administração de insulina intermédia não demonstrado, porque, segundo a criança, faltava às consultas de Diabetologia. Este caso foi comunicado à Professora Diretora de Turma que, por sua vez, entrou em contacto com a mãe. A mãe reconheceu que não levava a criança às consultas de Diabetologia, por serem no Hospital Santo António, não tendo recursos económicos suficientes para o transporte. Como a criança pertencia à área de residência Póvoa de Varzim, contactei o enfermeiro responsável pela consulta de Diabetologia do CHPV/VC, E.P.E., com a cooperação da enf.^a especialista da UCC, para que pudesse ser referenciada para essa instituição de saúde. Segundo a perspetiva de Jardim (2012: 66), *“neste sentido, ressalta-se a valiosa atuação do enfermeiro e dos demais profissionais que compõem a equipa multidisciplinar atuante (...) na educação em saúde na adolescência, (...) com conhecimentos técnico-científicos e metodologia participativa e reflexiva adquiridos na formação básica e complementar, conduzindo o indivíduo em um complexo processo de mudança de comportamento em médio e longo prazo que influenciarão diretamente em seu projeto de vida”*.

Ⓢ Competência a Desenvolver:

- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP.

Ⓢ Objetivo:

- Colaborar em projetos implementados na unidade de cuidados na comunidade.

Ⓢ Atividades:

- Participar no projeto “Dia da Criança”;
- Participar nas sessões de Massagem Infantil.

@ Reflexão:

Na UCC tive a oportunidade de colaborar no projeto “Dia da Criança”, desde a concepção até à sua realização. Este projeto decorreu de 28 de maio a 01 de junho de 2012, na sala de reuniões do Centro de Saúde, com o objetivo principal de comemorar o Dia Mundial da Criança. Este evento consistiu em proporcionar a todas as crianças com idades compreendidas entre os 4/10 anos de idade, provenientes das escolas e jardins de Infância do concelho de Póvoa de Varzim, a participação em diversas atividades que aconteceram ao longo da respetiva semana. Com o apoio da enf.^a especialista, elaborei o programa deste evento (Anexo XIII) e pedi a colaboração das USFs, da Biblioteca Municipal Rocha Peixoto, Universidade do Porto-Curso de Ciências da Comunicação, Universidade Sénior da Póvoa de Varzim e do Instituto Maria da Paz Varzim. Cada instituição organizou uma atividade para as crianças. A Biblioteca Municipal disponibilizou uma funcionária para contar história; os estudantes do Curso de Ciências da Comunicação da Universidade do Porto, vestidos de palhaços, realizaram atividades didáticas com as crianças; Estudantes da Universidade Sénior da Póvoa de Varzim proporcionaram um momento musical com os instrumentos musicais “Cavaquinhos” e as crianças do Instituto Maria da Paz cantaram para as outras crianças.

As crianças, por sua vez, realizaram trabalhos didáticos sobre o tema “*Representação do Enfermeiro no Imaginário da Criança*”, apresentando trabalhos admiráveis (Anexo XIV). Estes trabalhos ficaram expostos na sala de reuniões e foram submetidos a concurso. É espantoso como as crianças associam o enfermeiro a uma pessoa que exerce funções no hospital ou no centro de saúde, sendo um profissional que faz pensos, administra injeções, essencialmente vacinas, coloca o soro, pesa as crianças e “observa os dentes”. Sendo para eles uma pessoa amiga, que cuida das crianças, é bonita e simpática, havendo geralmente uma associação da imagem do enfermeiro ao sexo feminino.

No dia 28 de maio, desempenhei os papéis de atora e cantora, juntamente com dois elementos da USF Corino de Andrade, realizando um teatro e cantando uma música. O teatro retratava a consulta de enfermagem e médica a uma criança com hábitos alimentares e de higiene oral incorretos. A peça de teatro permitiu às crianças percecionarem os conteúdos das consultas do centro de saúde, e teve a

finalidade de desmistificar intervenções médicas e de enfermagem e mostrar que o objetivo dos profissionais de saúde é ajudar as crianças a terem comportamentos saudáveis para evitarem ficar doentes (Anexo XV). Para Parcianello e Felin (2008: 161) *“é no brincar que a criança cria situações parecidas com aquelas que ela está vivendo, aliviando assim seu sofrimento. Sair da cama para brincar já é terapêutico, portanto, dá à criança condições para agir e reagir frente a situações adversas [...]”*. Nos restantes dias, acompanhei as crianças a visitarem as USFs, com a intenção de lhes proporcionar um contacto direto com a equipa de enfermagem e médica. Para Brougère, citado por Parcianello e Felin (2008: 159), *“o brincar surge como forma de sair deste mundo real para a descoberta de mundos novos, nos quais tudo é admissível e permitido. Portanto, uma das finalidades do brincar é oferecer à criança um substituto dos objetos reais para que possa manipulá-los. O brincar é essencial para que a criança prepare-se para o amanhã, conhecendo o mundo ao seu redor”*. Deste modo, quando a criança se deslocar às unidades de saúde para ser assistida, encontra-se familiarizada com os objetos e com o ambiente que a rodeia, minimizando a sua ansiedade e o impacto dos cuidados de enfermagem e médicos. Mesmo para os profissionais de saúde, estas atividades existentes facilitam a sua intervenção e assistência na criança, porque a atividade lúdica facilita a compreensão da hospitalização para a criança, como promove a humanização e contribui para desmistificar a hospitalização (Parcianello e Felin, 2008).

Relativamente à atividade *“Massagem Infantil”*, participei em quatro sessões. Na primeira sessão fui uma simples espectadora, onde aprendi a realizar massagem infantil num boneco. Nas outras sessões, continuei a massajar o boneco e tive uma participação fundamental, pois no final das massagens as mães aproveitaram a minha presença, por ser detentora de conhecimento na área de SIP e com experiência profissional nesse âmbito, para o esclarecimento de dúvidas sobre vários temas, nomeadamente a alimentação, a amamentação, o alívio de cólicas, a prevenção de acidentes e o desenvolvimento infantil.

Aquando da realização desta atividade, constatei que a mãe consegue estabelecer uma comunicação com o bebé, consegue decifrar o que o bebé pretende quando chora ou emite um som, isto é, torna-se uma forma de a mãe

conhecer o seu bebé, verifica-se uma interação social. Tal como refere Bárcia (2010: 11) no seu estudo, *“a massagem infantil permite a proximidade entre pais e bebé e a construção de uma ligação entre ambos. Aprende-se a reconhecer o outro pelo cheiro, pelo olhar, pelo toque e pela voz, é um momento onde se potenciam e apuram os sentidos”*. Pude concluir que a Massagem Infantil é uma oportunidade dos pais se tornarem mais autónomos e responsáveis pelos cuidados ao seu bebé, proporcionando a vinculação entre os pais e filhos, *“pois permite aumentar o conhecimento do seu bebé através de um dos sentidos mais importantes que temos, que é o tacto. [...] Quem trabalha nesta área percebe que as mães aprendem a lidar e a conhecer melhor o seu bebé”* (Bárcia, 2010: 4). O enfermeiro sente-se realizado e compensado profissionalmente ao observar que a Massagem Infantil também é uma oportunidade de fortalecer os laços afetivos da díade pais/filho. A massagem é uma atividade que permite o enfermeiro observar o apego dos pais ao bebé.

2.2 – Domínio Da Gestão De Cuidados

A área de Gestão de Cuidados complementa a Prestação de Cuidados. Para o enfermeiro prestar cuidados com qualidade e em segurança tem que ter em conta a gestão de recursos humanos e materiais. Segundo a OE (2001: 15), o enfermeiro ao procurar permanentemente a excelência no exercício profissional, está a contribuir para a *“máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”*.

🕒 Competências a Desenvolver:

- Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP;
- Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP;
- Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;
- Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP.

Ⓢ Objetivos:

- Conhecer a dinâmica e o funcionamento das unidades de Neonatologia, Urgência Pediátrica e Cuidados de Saúde Primários;
- Conhecer a metodologia da organização dos cuidados de enfermagem;
- Refletir sobre o papel do enfermeiro especialista como responsável pela gestão de cuidados.

Ⓢ Atividades:

- Conhecer a estrutura física e o seu funcionamento;
- Observar a dinâmica e o método de trabalho da equipa de enfermagem;
- Consultar o manual de integração, os procedimentos do serviço e projetos;
- Observar a enf.^a especialista na liderança da equipa de prestação de cuidados;
- Observar a enf.^a especialista na gestão de cuidados.

Ⓢ Reflexão:

O enfermeiro, para ter um bom desempenho, deve conhecer as estruturas físicas e o funcionamento do serviço onde irá exercer as suas funções. Nos campos de estágio, tive um dia para conhecer a estrutura da unidade e fui apresentada à equipa multidisciplinar. Inicialmente, tive dificuldade em localizar o material para a prestação de cuidados, mas acabei por ultrapassar essa barreira. Para melhor conhecer a estrutura física e o funcionamento das respetivas unidades, demonstrei curiosidade e fui consultando a tutora e os restantes elementos da equipa de enfermagem. Estas estratégias contribuíram para o meu desempenho e adaptação, de forma a proporcionar o desenvolvimento das minhas competências. Frederico e Leitão (1999: 131) defendem que *“o novo elemento considera-se integrado quando conhecer bem os aspetos mais importantes da instituição, no que diz respeito à sua estrutura física e organizacional, ao seu funcionamento e quando se sente mais um elemento da equipa, capaz de executar as tarefas inerentes ao seu cargo”*.

Nos três contextos de estágio, observei, em cada serviço, a dinâmica e o método de trabalho da equipa de enfermagem. Na Neonatologia, verifiquei que o método de trabalho a que os enfermeiros recorrem para a prestação de cuidados é o método individual. É distribuído um certo número de RN a cada enfermeiro, e este

é o responsável pela prestação de cuidados aos RN que lhe foram atribuídos. Ao optar por este método, o enfermeiro conhece melhor o RN e a sua família, o que lhe permite estabelecer uma relação de maior proximidade. Os pais ao conhecerem o enfermeiro que vai cuidar do seu filho sentem-se mais confiantes e seguros. Tem como vantagens proporcionar *uma “maior individualização dos cuidados, maior satisfação do doente, pois sabe qual é o enfermeiro, que lhe presta todos os cuidados, logo sente-se mais seguro e confiante e maior satisfação do enfermeiro, pois ao promover um aumento de responsabilidade do enfermeiro promove consequentemente, a sua capacidade de decisão, a sua satisfação e motivação para o trabalho e ainda, favorece a avaliação dos cuidados de enfermagem”* (Frederico e Leitão, 1999: 162). A equipa de enfermagem baseia-se no Modelo de Anne Casey, sendo um *“modelo conceptual subjacente à prática da enfermagem pediátrica centrado nas respostas às necessidades da criança enquanto membro efetivo do sistema familiar”* (Mendes e Martins, 2012: 114). Neste modelo, o enfermeiro só presta os cuidados ao RN quando os pais não têm vontade ou conhecimentos para o fazerem. Na neonatologia, verifiquei que a maior parte dos pais prestavam cuidados ao filho, mas, quando se sentiam inseguros, solicitavam a ajuda do enfermeiro. Foi notável a parceria existente entre a tríade criança/família/enfermeiro. Mendes e Martins (2012: 114) defendem que a *“criança, pais e enfermeiros em parceria, devem assumir parte ativa no processo de enfermagem. A parceria está associada a um processo dinâmico que requer participação ativa e acordo de todos os parceiros na procura de objetivos comuns [...] exige a assumpção, por parte dos enfermeiros, da importância da negociação da parceria de cuidados e o respeito pela tomada de decisão dos pais”*.

Relativamente ao contexto de Urgência Pediátrica, observei que os enfermeiros utilizam o método de trabalho de equipa, embora cada enfermeiro é responsável por uma área de atuação. Existe um elemento que assume a posição de líder, sendo este quem se responsabiliza pelas decisões, coordenação e supervisão dos cuidados de enfermagem prestados. Contudo, foi perceptível a dinâmica do grupo e o bom relacionamento existente na equipa de enfermagem. Não se regem por nenhuma filosofia ou modelo teórico, certamente devido às características do serviço em si, cuja proximidade entre cliente e enfermeiro é

mínima e por existir uma parceria entre os cuidados médicos e de enfermagem, ou seja, é um serviço onde os enfermeiros dão mais ênfase às intervenções interdependentes.

Na Unidade de Cuidados de Saúde Primários, tanto na UCC como na USFEQ, os enfermeiros recorrem ao método de trabalho primário ou de responsável. Com este método existe uma relação mais intensa entre o cliente e o enfermeiro, por proporcionar maior segurança e maior empenhamento por parte do enfermeiro. Considera-se que este método é o que melhor responde à satisfação das necessidades do cliente, à autonomia e à tomada de decisão do enfermeiro (Frederico e Leitão, 1999). Na UCC, a enf.^a tem autonomia para gerir o seu horário, para realizar as atividades e na tomada de decisões. Na USFEQ, a enf.^a é responsável por várias famílias, isto é, trabalha como enfermeira de família, sendo a responsável pela promoção da saúde e bem-estar dessa família.

Para conhecer o funcionamento e a dinâmica dos serviços, além da observação acima referida, consultei os manuais de integração a novos profissionais, os protocolos de serviço e os projetos existentes em cada serviço, porque para mim é importante manter a mesma missão e os valores que o serviço preconiza. Esta pesquisa viabilizou o meu processo de integração, de forma a adquirir competências no preâmbulo de atuação na área de SIP.

Durante o estágio tive a possibilidade de observar a enf.^a especialista responsável pela coordenação da equipa de enfermagem, sendo notável a sua preocupação em planear as suas ações e decidir o que deve ser feito. O planeamento é *“um dos elementos da tomada de decisão, é portanto uma parte integrante do processo de gestão”* (Frederico e Leitão, 1999: 64). Durante os módulos, pude constatar que a enf.^a especialista tem que resolver situações complexas relacionadas com a gestão de recursos materiais, físicos, humanos e de conflitos entre profissionais de saúde e família. No SUP surgiu uma situação de conflito entre um elemento da equipa de enfermagem e uma mãe. A criança e mãe, após ter sido feita a triagem, aguardavam, na sala de inaloterapia, pela observação médica. A progenitora encontrava-se impaciente devido à demora da chamada médica. Esta impaciência despoletou uma atitude de agressividade verbal para com a enf.^a, havendo necessidade de a enf.^a especialista responsável pelo turno

intervir na gestão do conflito. A responsável dialogou com a mãe, solicitando-lhe que adquirisse uma atitude de compreensão e de serenidade. Ouviu a mãe e ofereceu-lhe um chá. Entretanto observou a criança e para a mãe ficar mais calma, solicitou a observação da pediatra, visto que a criança/mãe aguardavam pela médica há cerca de uma hora. Este conflito foi resolvido positivamente, mas, por vezes, os enfermeiros têm que recorrer aos seguranças e mesmo às autoridades policiais para dar resposta a determinadas situações.

Outra função da enf.^a especialista que observei foi a supervisão do exercício profissional. Constatei que a enf.^a especialista, fica atenta ao sentimentos expostos pelos elementos da equipa, tem a capacidade de conhecer as características individuais dos elementos da sua equipa e consegue reconhecer situações causadoras de tensão no ambiente de trabalho resultantes de conflitos provenientes das famílias das crianças que, por vezes, não aceitam as opiniões e sugestões dos profissionais de saúde. Um dos principais motivos para gerar conflitos é o tempo de espera no SUP ou nas consultas. Nos internamentos, os conflitos surgem devido à mudança de camas e/ou enfermarias, ou por as crianças não terem visita médica. Frederico e Leitão (1999: 110) na sua obra referem que a *“função de supervisão visa o desenvolvimento técnico e humano dos subordinados através da aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes importantes para manter e acumular a qualidade do desempenho da equipa”*. Nesta mesma linha de pensamento, e segundo o que observei ao longo do estágio, a enf.^a especialista, na qualidade de enf.^a responsável de turno, preocupou-se em ouvir e motivar os elementos da equipa e tentou criar um ambiente acolhedor e descontraído.

Ao acompanhar a enf.^a especialista, assisti a todos os seus atos e refleti sobre a importância de existir um elemento que coordene e organize as equipas, permitindo uma melhor gestão de cuidados. A gestão do serviço é, habitualmente, definida pela chefia que se encontra no turno da manhã, exceto ao fim de semana. Contudo, o elemento responsável, por vezes, tem que tomar decisões para proporcionar o melhor à equipa e mesmo às crianças/família. *“Ao olhar para uma situação, para um problema, para uma pessoa, para um grupo o líder tenderá a ser aquele que melhor é capaz de intuir e de sentir a informação de forma mais abrangente, mais compacta”* (Frederico e Leitão, 1999: 84). Deste

modo, concluí que o enfermeiro especialista em SIP na gestão de cuidados, tem um papel crucial que visa a minimização de erros na prestação de cuidados, por atender às características de cada criança e por recorrer a um processo de trabalho que utiliza *“conhecimentos, habilidades e atitudes coerentes, precisas e imparciais para uma tomada de decisão que venha ao encontro dos seus valores pessoais e éticos e ao mesmo tempo em que atenda aos objetivos e metas da organização”* (Ciampone, 1991 citado in Greco, 2009).

2.3 – Domínio Da Formação

A formação deve acompanhar os enfermeiros, porque a área da saúde encontra-se constantemente em desenvolvimento a nível tecnológico e científico, visando o melhor para as crianças e família. *“É neste contexto que a formação ocupa um papel crucial no desenvolvimento de qualquer serviço/organização/instituição, de forma a garantir a sua sobrevivência, a inovação e a mudança no sentido da qualidade/excelência”* (Santos, 2008: 17).

Ⓢ Competência a Desenvolver:

- Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

Ⓢ Objetivo:

- Aprofundar conhecimentos na área de especialidade, no âmbito da formação e desenvolvimento pessoal.

Ⓢ Atividades:

- Assistir a uma apresentação sobre Controlo de Infecção no Hospital Pedro Hispano (HPH);
- Assistir a um simpósio sobre Amamentação: Hospital Amigo dos bebés promovido pelo HPH;
- Assistir ao Encontro de Neonatologia do Centro Hospitalar do Porto (CHP).

@ Reflexão:

No primeiro dia de estágio no HPH, os elementos responsáveis pelo acolhimento aos estudantes, proporcionaram uma apresentação, com a duração de 15 minutos, subordinada ao tema “Controlo de Infecção”. Ao assistir à apresentação, fiz uma introspeção sobre a importância dessa atividade e uma atualização dos conhecimentos anteriormente adquiridos. É fundamental que uma grande instituição como o HPH, que recebe muitos estudantes, de todas as áreas, durante o ano inteiro, faculte formação sobre a lavagem das mãos e reciclagem de resíduos, para minimizar e/ou prevenir infecções nosocomiais.

O HPH é “*Hospital Amigo dos Bebés*”, por isso, na primeira semana de outubro, comemorou a Semana de Aleitamento Materno, promovendo várias atividades desenvolvidas pelos serviços de Obstetrícia e Neonatologia. Uma dessas atividades foi o simpósio que decorreu no dia 4 de outubro (Anexo XVI). Como Conselheira de Amamentação, tive interesse em assistir a esta dinâmica. No simpósio percecionei o esforço que existe no HPH em proporcionar o aleitamento materno exclusivo a crianças até aos seis meses de idade. Perante os dados apresentados pelo serviço de Obstetrícia, verifiquei que no puerpério ainda existe uma percentagem considerável, cerca de 40%, de RN a serem alimentados por leite de fórmula. A palestrante justificou esta situação, após a intervenção de um espectador, como modo de prevenir hipoglicemias nos bebés. Compreendo a justificação dada, pois constato, frequentemente, no meu serviço de Neonatologia, a presença de RN desidratados e hipoglicémicos, provenientes do serviço de Obstetrícia. Considero que se deve oferecer o leite materno/colostró por copo após o RN ter mamado ao seio materno. Só na ausência deste, os enfermeiros devem oferecer ao RN leite de fórmula.

Para mim, a palestra foi notável, sobretudo pelo facto da organização ter convidado duas professoras em representação de escolas de Enfermagem. É de louvar o esforço e a preocupação das escolas de Enfermagem em incluírem o Aleitamento Materno nos seus planos de estudos. É importante formar futuros enfermeiros com competências específicas nesta área, para promover de forma mais profícua, o aleitamento materno na nossa sociedade.

Nos dias 11 e 12 de Outubro, decorreu o encontro de enfermagem de Neonatologia, desenvolvido pela Maternidade Júlio Dinis – CHP (Anexo XVII). Este encontro proporcionou-me uma partilha de outras realidades institucionais e uma atualização de conhecimentos. Este encontro caracteriza-se pela informação atualizada que divulga e pela partilha de experiências que proporciona. Apresenta sempre elementos de outras realidades, nomeadamente de realidades de outros países e de testemunhos de pais e crianças. Divulga também projetos inovadores que estão em implementação e proporciona debates construtivos sobre as dotações seguras e controlo de custos versus cuidados de excelência.

Ao assistir a estas apresentações e encontros, estou a contribuir para a minha formação contínua de forma a *“promover a atualização e a valorização pessoal e profissional [...], em consonância com as políticas subjacentes aos programas de desenvolvimento, inovação e mudança. As necessidades de formação estão diretamente relacionadas com o aumento constante de conhecimentos e habilidades necessárias para a adaptação aos novos requisitos dos serviços”* (Frederico e Leitão, 1999: 135).

🕒 Competências a Desenvolver:

- Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;
- Promover a formação em serviço na área de EESIP;
- Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

🕒 Objetivo:

- Desenvolver competências no âmbito da formação de pares.

🕒 Atividade:

- Identificar necessidades de formação;
- Sugerir temáticas de formação em serviço;
- Realizar uma ação de formação aos enfermeiros da USFEQ.

@ Reflexão:

Os adolescentes são um grupo etário com características únicas que os fazem sentir incompreendidos por todos, sendo grande parte das suas atitudes defensivas. É fundamental, os enfermeiros terem capacidades e discernimento para abordar os adolescentes corretamente e serem capazes de individualizar as abordagens consoante as necessidades do adolescente que tem à sua frente. Para promover o desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem do serviço, propus-me para realizar uma ação de formação, destinada aos nove enfermeiros da USFEQ, intitulada “*Abordagem ao Adolescente*”. Esta ação teve por base o Guia Orientador da Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, editado pela Ordem dos Enfermeiros. Os próprios enfermeiros admitiram terem dificuldade na interação com os adolescentes, considerando esta formação como essencial e imprescindível.

Após o levantamento das necessidades da equipa de enfermagem, elaborei uma planificação sobre a sessão, com o objetivo de servir como guia orientador da mesma (Anexo XVIII). O trabalho realizado foi apresentado em Powerpoint durante 40 minutos, atendendo sempre que possível ao esclarecimento de dúvidas que iam surgindo ao longo da apresentação, permitindo também um intercâmbio de experiências (Anexo XIX).

A elaboração deste trabalho serviu para complementar os conhecimentos práticos e teóricos adquiridos durante as aulas de Saúde Infantil. Para mim, foi gratificante poder proporcionar e transmitir conhecimentos a outros enfermeiros que trabalham com adolescente diariamente. Tornou-se, também, uma oportunidade de os incentivar a pesquisar sobre o tema e a recorrer aos cadernos disponibilizados pela OE para prestar melhores cuidados às crianças e jovens, pois “*a autoformação [...] surge então como um processo através do qual os enfermeiros garantem cuidados de enfermagem com maior qualidade, eficiência de serviços, desenvolvimento de perspetivas de realização pessoal e profissional e a progressão na carreira*” (Santos, 2008: 44).

Esta formação permitiu uma aprendizagem de ambas as partes. O feedback foi bastante positivo, a avaliar pelo preenchimento de um questionário para avaliação da respetiva formação, pois 89% dos formandos diz ter ficado “*Muito Satisfeito*” e

apenas 11% “*Moderadamente Satisfeito*” (Anexo XX). Segundo Santos (2008: 51), a “*formação, implica reconhecer que todos os envolvidos no processo de formação se influenciam reciprocamente através da interação que se vai desencadeando no decorrer do processo. É esta forma complexa que está presente nas interações entre os enfermeiros principiantes e os enfermeiros mais experientes, entre o contexto de aprendizagem inicial e a aprendizagem realizada em contexto de trabalho. É sobretudo através da partilha e da troca de experiências que se vão construindo as práticas profissionais*”.

2.4 – Domínio Da Investigação

A Investigação em Enfermagem tem vindo a crescer, permitindo que a enfermagem seja considerada uma disciplina do conhecimento. “*Com base na investigação os enfermeiros terão pela frente o desafio de obter melhores resultados para os clientes, quer pelas práticas de promoção de saúde quer pela proteção de grupos mais vulneráveis*” (Vieira, 2007: 125). Como futuros enfermeiros especialistas é da nossa responsabilidade perceber a Enfermagem como uma disciplina com conhecimento próprio.

Ⓢ Competências a Desenvolver:

- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.

Ⓢ Objetivos:

- Desenvolver pesquisa bibliográfica com fundamento para o desempenho de Enfermagem;
- Incorporar resultados de investigação na prestação de cuidados.

Ⓢ Atividades:

- Partilhar conhecimentos e experiências com a equipa;
- Realizar pesquisa bibliográfica;

- Inter-relacionar os conhecimentos teóricos assimilados e a prática clínica.

🕒 Reflexão:

Os enfermeiros, no processo da tomada de decisão e na fase de implementação das intervenções, devem ter a preocupação de garantir a atualização dos seus conhecimentos, para tal, é importante os enfermeiros incorporarem os resultados de investigação na sua prática (OE, 2001). Em todos os contextos de estágio, verifiquei que os enfermeiros preocupam-se em atualizar os seus conhecimentos, de forma a praticarem bons cuidados ao RN/criança/adolescente e respetiva família.

Para mim, foi gratificante estagiar noutros serviços da área de Pediatria e até mesmo nas unidades de cuidados de saúde primários, pois contactei com outras realidades diferentes da minha prática diária, o que contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional. Essa realidade despertou, em mim, a necessidade de partilhar experiências e conhecimento com as equipas e de realizar pesquisa bibliográfica. Segundo Santos (2008: 47), “[...] o desenvolvimento profissional se processa em função da participação dos indivíduos em atividades e experiências profissionais novas e da possibilidade de atualização e de abertura à mudança”.

No decorrer do módulo Neonatologia, surgiu um RN que apresentava uma hipotonia acentuada com um fácies caraterístico. Por ser uma situação semelhante a um RN que encontrei no meu contexto profissional, partilhei o conhecimento de que essa criança poderia ser portadora de um síndrome caracterizado por uma distrofia muscular. Através dessa troca de conhecimento a equipa de enfermagem optou por pesquisar sobre esse síndrome, partilhando mais tarde com a equipa médica os resultados dessa pesquisa. Este trabalho em equipa entre as equipas de enfermagem e médica levou os médicos a decidirem a realização de um estudo genético e metabólico ao RN. Esta partilha de conhecimentos e de experiências permitiu obter o diagnóstico médico mais rapidamente, minimizando, assim, a ansiedade dos pais e dos profissionais de saúde. Se não houvesse esta partilha de conhecimento o RN seria sujeito a mais intervenções invasivas.

Neste mesmo contexto, observei uma enorme preocupação na termorregulação do RN. Através da pesquisa, verifiquei que é importante atender a esta condição fisiológica, por ser crítica para a sobrevivência do RN assim como para os sistemas respiratório e circulatório. Se existir uma instabilidade térmica, o RN pode ter uma hipotermia ou uma hipertermia, levando a alterações nos sinais vitais e ao aumento do consumo de energia. *“A hipotermia aumenta o consumo de oxigénio, predispondo o RN à hipóxia. Quando um bebé sofre exposição ao frio, o consumo de oxigénio aumenta, ocorre vasoconstrição pulmonar e periférica, o que provoca uma diminuição na captação pulmonar de oxigénio e no aporte de oxigénio aos tecidos [...]. A frequência respiratória aumenta em resposta a uma maior necessidade de oxigénio [...]”* (Rolim et al, 2010: 45). Este módulo despertou-me a atenção para um fator muito importante na assistência ao RN que se prende com a termorregulação. Sendo um parâmetro vital, que já na minha prática influenciava as intervenções ao RN, consciencializou-me para a extrema importância que tem no desenvolvimento infantil dos RN. Observei que a equipa de enfermagem, sempre que prestava os cuidados ao RN, avaliava a temperatura e, em função do respetivo parâmetro vital, acrescentava ou removia roupa, ajustava a temperatura da incubadora e proporcionava o contacto pele a pele de modo a favorecer a regulação térmica do bebé. *“Há necessidade de que as enfermeiras que trabalham em unidades neonatais estabeleçam rotinas assistenciais acerca da termorregulação dos bebés prematuros, privilegiando as características desse grupo de crianças e fundamentando o cuidado em conhecimento técnico-científico”* (Scochi et al, 2002: 76). Estas intervenções permitiram-me ter a perceção da importância da termorregulação do RN e alertaram-me para a importância de temperatura do RN durante a minha prática diária.

A evolução da medicina nos últimos duzentos anos está ligada à *“aplicação do método científico à resolução dos problemas e questões que surgem no contexto da prática clínica”* (Azevedo e Pereira, 2007: 29). Em relação ao plano de vacinação que os países adotam não é exceção. O Programa Nacional de Vacinação tem como referência a evidência científica e os dados epidemiológicos. Na última revisão do plano, a vacina VASPR (vacinação contra o sarampo, a parotidite epidérmica e a rubéola) passou a ser administrada aos 12 e 15 meses

de idade, pois, segundo Gomes in Comissão Técnica de Vacinação (CTV) (2013), o número de RN de mães portuguesas vacinadas contra o sarampo ultrapassou pela primeira vez o número de RN de mães imunizadas por terem tido contacto direto com o vírus do sarampo. Durante o estágio no Centro de Saúde, surgiu-me uma dúvida, após ter observado que nos ensinamentos aos pais sobre a alimentação no 1º ano de vida, era recomendada a introdução do ovo aos 9 meses de idade. Conforme as orientações da DGS (2012c: 1), *“não é boa prática recomendar como requisito prévio à administração da VASPR quer a introdução alimentar do ovo, quer o teste cutâneo com a vacina diluída”* e, de acordo com Guerra et al., in Comissão de Nutrição da Sociedade Portuguesa Pediátrica (2012: 22), apenas se pode introduzir *“a gema a partir do 9º Mês, de forma progressiva e lenta. Deverá ser consumida apenas uma gema de cada vez e não deve ser excedido o número de 2-3 gemas por semana. Muito embora não exista consenso e em alguns países a introdução ocorra mais precocemente, a clara poderá ser introduzida a partir dos 11 meses, devendo ser protelada a sua introdução para os 24 meses caso haja história individual de atopia”*. Assim sendo, após a pesquisa sobre este tema, concluí que a gema de ovo pode ser introduzida progressivamente na alimentação da criança aos 9 meses de idade, mas com vigilância.

3 - Conclusão

A enfermagem é uma área do saber sempre em processo de mudança, com constantes aquisições de novos conhecimentos baseados em evidências científicas. O enfermeiro empenhado e preocupado com a sua prática, encontra-se em fase de desenvolvimento em todos os prisms, com vontade própria de adquirir competências e habilidades que lhe serão úteis no seu dia-a-dia. O seu processo de formação pode ser equiparado, de uma forma metafórica, ao subir de uma escada em que cada degrau corresponde a uma nova fase de crescimento profissional e pessoal.

Na elaboração deste relatório procurei descrever, de forma sucinta, as atividades desenvolvidas e as reflexões feitas ao longo do estágio. Reconheço que foi um momento grandioso de aquisição de conhecimentos e competências, que constituem, certamente, uma mais valia para uma futura enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica.

O estágio permitiu-me contactar com crianças de diferentes faixas etárias e respetivas famílias, desenvolvendo competências relativamente aos domínios: Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Formação e Investigação. Em suma, os cuidados prestados direccionaram-se para um adequado acolhimento da criança/família transmitido-lhes segurança e apoio. Surgiu a preocupação em minimizar o impacto da hospitalização, recorrendo a atividades lúdicas e cuidados atraumáticos e gerindo a dor com medidas farmacológicas e não farmacológicas. Em todos os contextos, foi promovida a parentalidade de forma a proporcionar aos pais assumirem responsabilidades e comportamentos para favorecerem o crescimento e desenvolvimento das crianças. Foi estabelecida uma comunicação eficaz com a criança/ família, adaptando a linguagem a todas as faixas etárias, segundo o seu estrato social, a sua etnia e cultura. Foram realizadas atividades educativas adequadas às necessidades formativas. Foi promovida a autoformação, através da pesquisa bibliográfica e atualização de conhecimentos, para potenciar o bem-estar de todas as crianças/jovens e famílias. De uma forma

geral todos os cuidados prestados foram geridos e zelados, havendo também necessidade de articulação com outras instituições ou entidades responsáveis pela assistência a crianças e jovens.

No decorrer deste percurso, deparei-me com algumas dificuldades, que fui ultrapassando com o auxílio de pesquisa bibliográfica e com a colaboração dos tutores que se encontraram presentes no meu desenvolvimento. Relativamente aos objetivos autopropostos e às competências definidas pelo Plano de Estudos do Curso, após reflexão e execução neste contexto de aprendizagem, concluí que foram feitos todos os esforços para os atingir com êxito. Este trabalho revelou-se importante, resultando num enriquecimento pessoal e profissional.

4 – Referências Bibliográficas

- **Albuquerque, Isabel; Ribeiro, Dulce. 1998.** Comunicar com a Criança Doente. [ed.] Escola Superior Enfermagem Vila Real. *Actas da IX Semana da Enfermagem*. 1998, Vol. 2, A Saúde na Criança e nos Adolescentes, pp. 29-33.
- **Andrade, Luciene; et al. 2009.** *Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante*. [internet] s.l., Brasil : Revista Eletrónica de Enfermagem, 2009. 1518-1944.
- **Azevedo, Luís; Pereira, Altamiro. 2007.** *Pediatria Baseada na Evidência. Nascer e Crescer: Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*. nº1, 2007, Vol. 16, pp. 29-31.
- **Bárcia, Sónia; Veríssimo, Manuela. 2010.** *A Massagem no Desenvolvimento do Bebê e das Competências Parentais*. Psicologia Educacional, ISPA - Instituto Universitário. 2010. pp. 1-179, Tese de Doutoramento.
- **Barradas, Alexandra. 2008.** *Parentalidade na Relação com o Recém-Nascido Prematuro: Vivências, Necessidades e Estratégias de Intervenção*. Comunicação em Saúde, Universidade Aberta. Lisboa : s.n., 2008. pp. 1-274, Tese de Mestrado.
- **Correia, Teresa; Ribeiro, Maria; Martins, Matilde. 2011.** *Competências de Liderança em Enfermagem Especialistas. Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Instituições de Ensino*. 2011, Vol. III série, p. 537.
- **Crescêncio, Erica; Zanelato, Suzana; Leventhal, Lucila. 2009.** *Avaliação e Alívio da Dor no Recém-Nascido*. *Revista eletrónica de Enfermagem*. 2009, Vol. 11, pp. 64-69.

- **DGS. 2010.** [Online] 14 de 12 de 2010. [Citação: 07 de 02 de 2013.] Orientação nº 014/2010. www.dgs.pt.
- **DGS. 2012a.** [Online] 18 de 12 de 2012a. [Citação: 7 de Fevereiro de 2013.] Orientação nº 022/2012. www.dgs.pt.
- **DGS. 2012b.** [Online] 18 de 12 de 2012b. [Citação: 07 de Fevereiro de 2013.] Orientação nº 024/2012. www.dgs.pt.
- **DGS. 2012c.** [Online] 19 de 03 de 2012c. [Citação: 20 de Fevereiro de 2013.] Orientação nº 006/2012. www.dgs.pt.
- **Fernandes, Dino. 2008.** *A Criança Atendida no Serviço de Urgência Pediátrica: Atitudes Promotoras da Satisfação Parental.* Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. Funchal: s.n., 2008. pp. 1-53, Pós -Licenciatura e Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.
- **Frederico, Manuela; Leitão, Maria. 1999.** *Princípios de Administração para Enfermeiros.* 1ª. Coimbra: Sinais Vitais, 1999. pp. 1-185. 972-8485-09-3.
- **Gomes, Giovana; Erdmann, Alacoque. 2005.** *O Cuidado Compartilhado entre a Família e a Enfermagem à Criança no Hospital: Uma Perspetiva para a sua Humanização.* Porto Alegre: Revista Gaúcha Enfermagem, 04 de 2005, pp. 20-30.
- **Gomes, Manuel. In Comissão Técnica de Vacinação.** Disponível: <http://www.vacinas.com.pt/calendario-de-vacinacao/comissao-tecnica-de-vacinacao> [data de visita: 22/02/2013].
- **Greco, Rosangela Maria. 2009.** Tomada de decisão em Enfermagem. *Disciplina Administração em Enfermagem.* 2009.
- **Guerra, António; et al. 2012.** A Diversidade Alimentar - quando e como começar e como continuar. [autor do livro] Comissão de Nutrição da SPP. *Acta Pediátrica Portuguesa - Revista de Medicina da Criança e do*

Adolescente: Alimentação e Nutrição do Lactente. s.l.: Orgão da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2012, Vol. 43, pp. 1-28.

- **Hennig, Marcia; Gomes, Maria; Giannini, Nicole. 2006.** Conhecimentos e práticas dos profissionais de Saúde sobre a "atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru". *Revista Brasileira Saúde Materna Infantil*. 6, Outubro/Dezembro de 2006, Vol. 4, pp. 427-435.
- **Hockenberry, M. 2006.** Comunicação e Avaliação da Saúde da Criança e da Família. [autor do livro] M., Wilson, D., & Winkelstein, M. Hockenberry. *Wong Enfermagem Pediátrica*. 7ª. Rio de Janeiro : Elsevier, 2006, 6, pp. 105-121.
- **ICN. 2000.** *CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão Beta*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2000.
- **ICN. 2011.** *CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2.0*. [trad.] Ordem dos Enfermeiros. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2011. 978-92-95094-35-2.
- **Infocedi. 2009.** Boletim do Centro de Estudos e Documentação sobre a Infância do Instituto de Apoio à Criança. *Instituto de Apoio à Criança*. [Online] 02 de 2009. [Citação: 07 de 02 de 2013.] Nº 12. <http://www.iacrianca.pt/divulgacao/infocedi>.
- **Jardim, Dulcilene. 2012.** Educação em Saúde na Adolescência: uma Experiência Acadêmica na Estratégia Saúde da Família. *Adolescência e Saúde*. 4, Outubro e Dezembro de 2012, Vol. 9, Relato de Caso, pp. 63-67.
- **Lamy, Zeni; et al. 2005.** *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira*. Ciência e Saúde Coletiva, 2005.
- **Mendes, Maria; Martins, Maria. 2012.** Parceria nos Cuidados de Enfermagem em Pediatria: do Discurso à Ação dos Enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*. 6ª, 03 de 2012, Vol. III Série, pp. 113-121.

- **Ministério da Saúde Brasileiro. 2009.** *Atenção humanizada ao recém - nascido de baixo peso: Método Canguru.* 2ª Edição. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 85-334-0489-1.
- **Monteiro, Maria. 2003.** *Parceria de Cuidados: Experiência dos Pais num Hospital Pediátrico.* Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto : s.n., 2003. pp. 1-166, Tese de Mestrado.
- **Nascimento, Lucila; Rocha, Semiramis; Hayes, Virgínia. 2005.** Contribuições do Genograma e do Ecomapa para o Estudo de Famílias em Enfermagem Pediátrica. *Texto Contexto Enfermagem.* Abril - Junho de 2005, pp. 280-286.
- **Nona, José; et al. 2004.** CPAP Nasal. [autor do livro] Secção de Neonatologia Sociedade Portuguesa de Pediatria. *Consensos Nacionais em Neonatologia.* Coimbra : Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2004, pp. 65-67.
- **Nunes, Renato. 2007.** Perspetivas do Conceito de Parentalidade. *www.forma-te.com.* [Online] Escola Superior de Enfermagem do Porto, Outubro de 2007. [Citação: 17 de Fevereiro de 2013.] www.forma-te.com/mediateca/download.../7102.parentalidade.html
- **OMS. 2004.** *Método Mãe Canguru: Guia Prático.* Genebra : OMS, 2004. pp. 1 - 56. 9789241590358.
- **OMS e UNICEF. 1993.** *Aconselhamento em Amamentação: um curso de treino - Manual do Participante.* [trad.] Grupo de Formadores em Aleitamento Materno do Porto. São Paulo : Instituto de Saúde, SES, 1993.
- **OE. 2001.** *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.* Ordem dos Enfermeiros. Lisboa : s.n., 2001.

- **OE. 2010.** *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.* s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2010. pp. 1-134. Vol. I. 978-989-8444-00-4.
- **OE. 2011a.** *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.* s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2011 a. pp. 1-183. Vol. II. 978-989-844-01-1.
- **OE. 2011b.** *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.* s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2011 b. pp. 1-95. Vol. III. 978-989-8444-01-1.
- **Papalia, Diane; Olds, Sally; Feldman, Ruth. Maio de 2001.** *O Mundo da Criança.* Amadora : McGraw-Hill de Portugal, Maio de 2001. pp. 1-707. 0-07-048785-5.
- **Parcianello, Andréia; Felin, Rodrigo. 2008.** E agora doutor, onde vou brincar? considerações sobre a hospitalização infantil. Santa Cruz do Sul : INFOCEDI, 2008. pp. 147-166.
- **Pedro, Ana; et al. 2006 - Ano VI.** Parentalidade - Intervenção de Enfermagem. *Acontece Enfermagem.* 2006 - Ano VI, Vol. 11, pp. 23-26.
- **Pinheiro, Eliana; et al. 2008.** *O significado da interação das profissionais de enfermagem com o recém-nascido/família durante a hospitalização.* [ed.] Revista Latino - am Enfermagem. São Paulo, Brasil: s.n., Novembro/Dezembro de 2008.
- **Quelhas, Isabel. 2009.** *O enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.* Handle. Google. [Online] 06 de 02 de 2009. [Citação: 06 de Fevereiro de 2013.] I Jornadas do Instituto da CUF. <http://hdl.handle.net/10400.14/3779>.
- **Rispail, Dominique. 2003.** *Conhecer-se Melhor Para Melhor Cuidar: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem.*

[trad.] Susana Pacheco. Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., 2003. pp. 1-180. 9728383428.

- **Rolim, Karla; et al. 2010.** Cuidado Quanto à Termorregulação do Recém-Nascido Prematuro: O Olhar da Enfermeira. *Revista Rene. Fortaleza.* nº4, 04/06 de 2010, Vol. 11, pp. 44-52.
- **Santos, Eunice. 2008.** *Formação em Serviço e Desenvolvimento Profissional: Desafios e Constrangimentos no Processo de Desenvolvimento de Competências dos Enfermeiros.* Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve. Faro : s.n., 2008. pp. 1-214, Tese de Mestrado.
- **Sotelo, Carmo; Borlido, Rosa; Imperadeiro, Rosa. 2009.** Cuidados de Enfermagem em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais como Promotores da Vinculação Pais/Filhos. [autor do livro] Orgão da Associação Pediátrica de Viana do Castelo. *Juvenil- Revista Médica de Pediatria.* 16. Viana do Castelo : Beatriz Sousa, 2009, pp. 11-12.
- **Scochi, Carmen; et al. 2002.** Termorregulação: Assistência Hospitalar ao Recém-Nascido Pré-Termo. *Acta Paul Enfermagem.* nº1, 01/03 de 2002, Vol. 15, pp. 72-78.
- **Tavares, Patrícia. 2011.** *Acolher Brincando.* Loures : Lusociência, 2011. pp. 1-263. 978-972-8930-70-7.
- **UNICEF. 1990.** *A Convenção sobre os Direitos da Criança.* s.l. : Assembleia Geral nas Nações Unidas, 1990. pp. 1-54.
- **Vieira, Catarina; Andrade, Teresa. 2009.** Impacto do Recém-Nascido na Dinâmica Familiar. [autor do livro] Orgão da Associação Pediátrica de Viana do Castelo. *Juvenil - Revista Médica de Pediatria.* 16. Viana do Castelo : Beatriz Sousa, 2009, pp. 69-74.
- **Vieira, Margarida. 2007.** *Ser Enfermeiro - Da Compaixão à Proficiência.* Lisboa : Universidade Católica Editora, 2007. Vol. 16. 972-54-0146-8.

- **Winkelstein, M. 2006.** Perspetivas da Enfermagem Pediátrica. [autor do livro] M., Wilson, D., & Winkelstein, M. Hochenberry. *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro : Elsevier, 2006, 1, pp. 2-19.

ANEXOS

ANEXO I
Caraterização do Centro de Saúde

Caraterização do Agrupamento de Centros de Saúde do Grande Porto V – Póvoa de Varzim/Vila do Conde – Unidade Póvoa de Varzim

O ACES do Grande Porto V - PV/VC engloba os antigos Centros de Saúde de Vila do Conde / Modivas e Póvoa de Varzim, abrangendo um total de 143 975 habitantes, tendo 154 862 utentes inscritos, constituído por: doze Unidades de Saúde Familiares, duas Unidades de Cuidados na Comunidade, duas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, um Atendimento Não Programado Casos Agudos Foro Ambulatório (Consulta Aberta), um Centro de Diagnóstico Pneumológico, uma Unidade de Saúde Pública e uma Unidade de Recursos Assistenciais e Partilhados.

O concelho de Póvoa de Varzim ocupa uma área de 8230 hectares e tem cerca de 63470 habitantes distribuídos por doze freguesias, ocupando 10% da área do Grande Porto. Na Unidade da Póvoa de Varzim, onde foi realizado o estágio do módulo I – Saúde Infantil, existem três USFs: Eça de Queirós, Mar e Corino de Andrade; uma Unidade de Saúde Pública, uma Unidade Coordenadora Local de forma a integrar a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, uma UCC, a Equipa Cuidados Continuados Integrados e uma Unidade de Recursos Assistenciais e Partilhados.

O estágio foi acompanhado por duas enfermeiras com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermeira Maria José Martins pertencente à UCC e Enf.^a Maria José Suarez da USFEQ.

A USFEQ é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, e integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais do ACES da PV/VC, dependente da Administração Regional de Saúde do Norte. Desenvolve a sua atividade nas freguesias de Póvoa de Varzim, Argivai, A-Ver-o-Mar e Beiriz, abrangendo 16 375 utentes. É constituída por um grupo de nove enfermeiros dos quais faz parte a Enf.^a Maria Suarez sendo uma das responsáveis pelo conselho técnico com a especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica, nove médicos cuja Dra. Rosinda é a coordenadora da unidade e nove secretários clínicos. As consultas de enfermagem programadas organizam-se nomeadamente por: saúde

infantil/juvenil, planeamento familiar, saúde materna, diabetes, hipertensão arterial, domiciliar e geral (tratamentos, vacinação, administração de terapêutica). Trabalham como enfermeiros de família de segunda-feira a sexta-feira, das oito horas até às vinte horas.

Relativamente à UCC, encontra-se sob a coordenação da Enf^a. Carla Araújo, constituída por uma equipa multidisciplinar de sete enfermeiros especialistas inclusive a Enf^a. Maria Martins, a única especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, por dois enfermeiros generalistas, dois médicos, uma nutricionista, uma assistente social e por um psicólogo.

São imensos os projetos que visam a promoção da saúde e a prevenção da doença na comunidade Póvoa de Varzim, de segunda-feira a sexta-feira das oito horas até às vinte horas.

A área de Saúde Infantil divide-se em três pontos primordiais: *Educação para a saúde*, parceria com as Especialistas de Saúde Materna, no projeto Saúde Materna que engloba a Parentalidade e a Massagem Infantil; *Risco e Vulnerabilidade*, aborda a Criança e Jovem Especial, é feita a Intervenção precoce e tem como parcerias a NACJR e a CPCJ. Segue-se a *Saúde Escolar* com os projetos “*Porto seguro*” e “*Dente Feliz*”, o Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar, o Programa Escolas Livres de Tabaco, o Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar e os Gabinetes de Informação de Apoio a Alunos.

ANEXO II
Caraterização dos HPH e HSJ

Caraterização do Hospital Pedro Hispano e do Hospital São João

O meu estágio referente ao Módulo III foi dividido em dois estágios distintos e em locais diferentes, num total de 180 horas de contato. Iniciei o estágio de Neonatologia no Hospital Pedro Hispano a 1 de outubro e com término a 27 de outubro, enquanto o segundo estágio foi no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital São João, tendo iniciado a 29 de outubro e terminado a 24 de novembro.

O HPH pertence à Unidade Local de Saúde de Matosinhos, pertencendo deste modo a uma entidade pública empresarial desde 2005. Tem como missão satisfazer as necessidades em saúde a toda a população do Concelho de Matosinhos e acessoriamente, assegurar os cuidados hospitalares, como segunda referência, ao Centro Hospitalar da Póvoa do Varzim - Vila do Conde. A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do HPH pertence ao Departamento de Pediatria, localizando-se no Piso 3. Está dividida em Unidade de Cuidados e Área de Apoio. A Unidade de Cuidados é composta por cinco unidades de cuidados intensivos (1, 2, 8, 9, 10) e cinco unidades de cuidados intermédios (3, 4, 5, 6, 7). As unidades 1e 7 funcionam como isolamento. A Área de Apoio é constituída por gabinetes médicos e de enfermagem, copa de leites, copa dos funcionários, sala de reuniões, arrecadação de material, aprovisionamento e zona de desinfeção (sala de limpos e sala de sujos). À entrada da Unidade, existe uma sala de espera destinada aos Pais, com sofás para que possam descansar. A equipa multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, secretária de unidade e funcionária de limpeza. O horário de trabalho da equipa de Enfermagem é das 8horas às 14horas e 30minutos, das 14horas às 20horas e 30minutos, e das 20horas até às 8horas e 30minutos. A equipa de enfermagem é composta por 23 elementos, sendo distribuídos 4 enfermeiros de manhã, 3 elementos para os turnos da tarde e noite. As Enf.^a Sandra Ferreira e Marta Machado, especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, foram as minhas tutoras neste período de estágio.

O HSJ é um hospital central de natureza pública empresarial, considerado o maior hospital do Norte e o segundo maior do país. É um hospital universitário que assiste em parte alguma população da cidade do Porto e assegura os cuidados hospitalares de Braga e Viana do Castelo. A Urgência Pediátrica pertence à

Unidade Autónoma de Gestão da Mulher e da Criança. O Serviço de Urgência de Pediatria tem o apoio de médicos especialistas em Neurocirurgia, Neurologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Ortopedia, Ginecologia, Imuno-hemoterapia, Imagiologia, Laboratório e Especialidades Cirúrgicas. É a única urgência que assegura as urgências de Cardiologia e Cirurgia Pediátrica no Norte do país. Os enfermeiros estão organizados em equipas de 7 elementos, ficando distribuídos pelos diversos sectores da Urgência, nomeadamente Triagem, Pequena Cirurgia, sala de observação, Sala de Emergência sendo orientados por um Chefe de Equipa que circula nos diversos sectores mediante as necessidades. O horário de trabalho da equipa de Enfermagem é das 8 horas às 15 horas e 30 minutos, das 15 horas às 22 horas e 30 minutos, e das 22 horas até às 8 horas e 30 minutos. A equipa é composta por 39 elementos, sendo 14 com especialização de enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP). A Enf.^a Carolina Moreira foi a minha tutora durante o estágio no SUP.

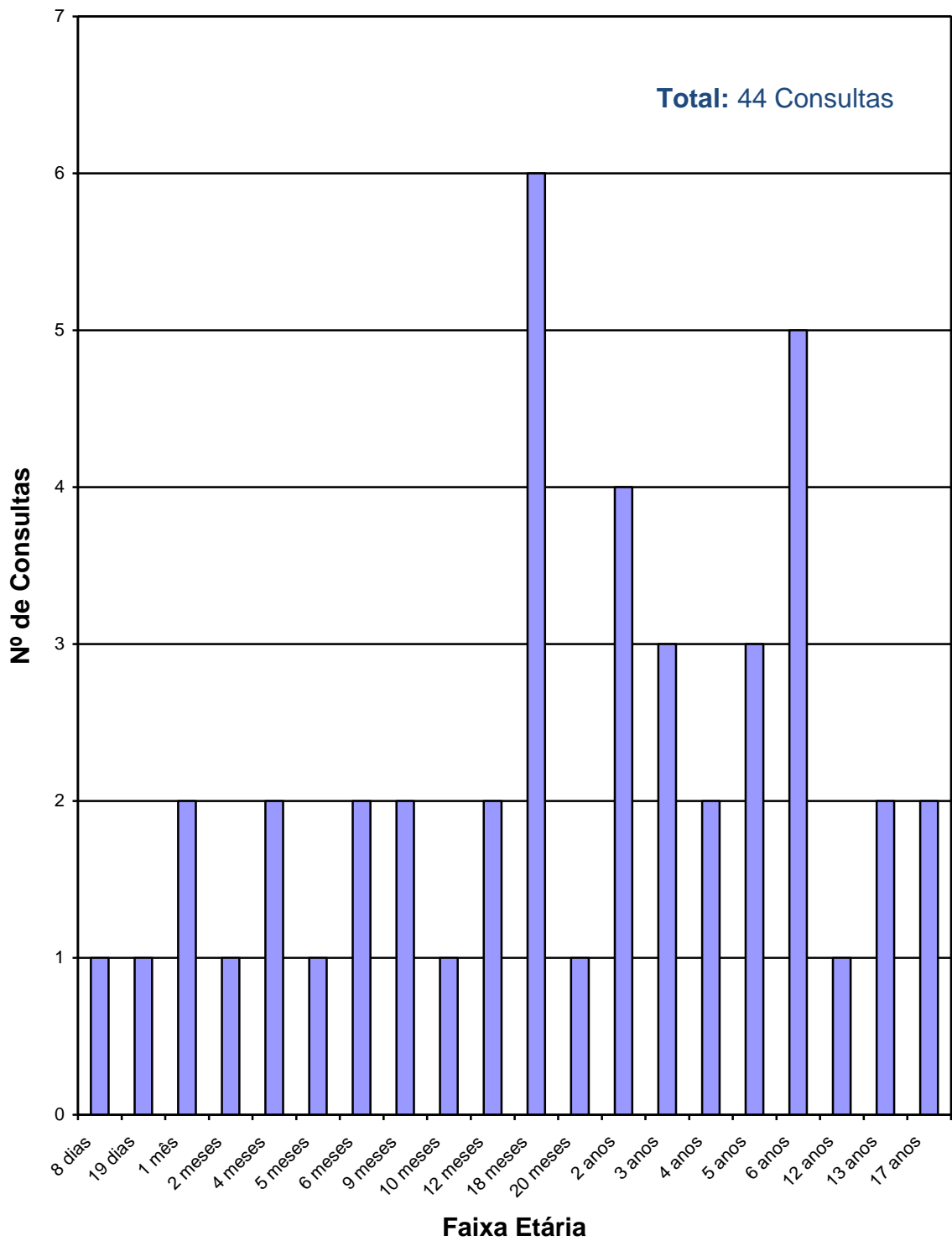
O espaço físico do Serviço de Urgência está dividido nos seguintes sectores:

- Três Salas de espera, onde as crianças e acompanhantes podem aguardar a consulta de pré-triagem e/ou a observação definitiva;
- Gabinete da PSP, onde permanece 24 horas por dia um agente de segurança;
- Gabinete administrativo, funcionando durante as 24 horas;
- Sala de emergência e reanimação;
- Duas Salas de triagem de doentes;
- Seis salas de observação;
- Sala de Pequena Cirurgia;
- Sala de trabalho da equipa de Enfermagem;
- Gabinete do Chefe de Equipa;
- Sala polivalente destinada ao pessoal;
- Sala de espera, onde tem uma área específica para realização de aerossolterapia;
- Sala de Observação, com uma lotação oficial de dez camas.

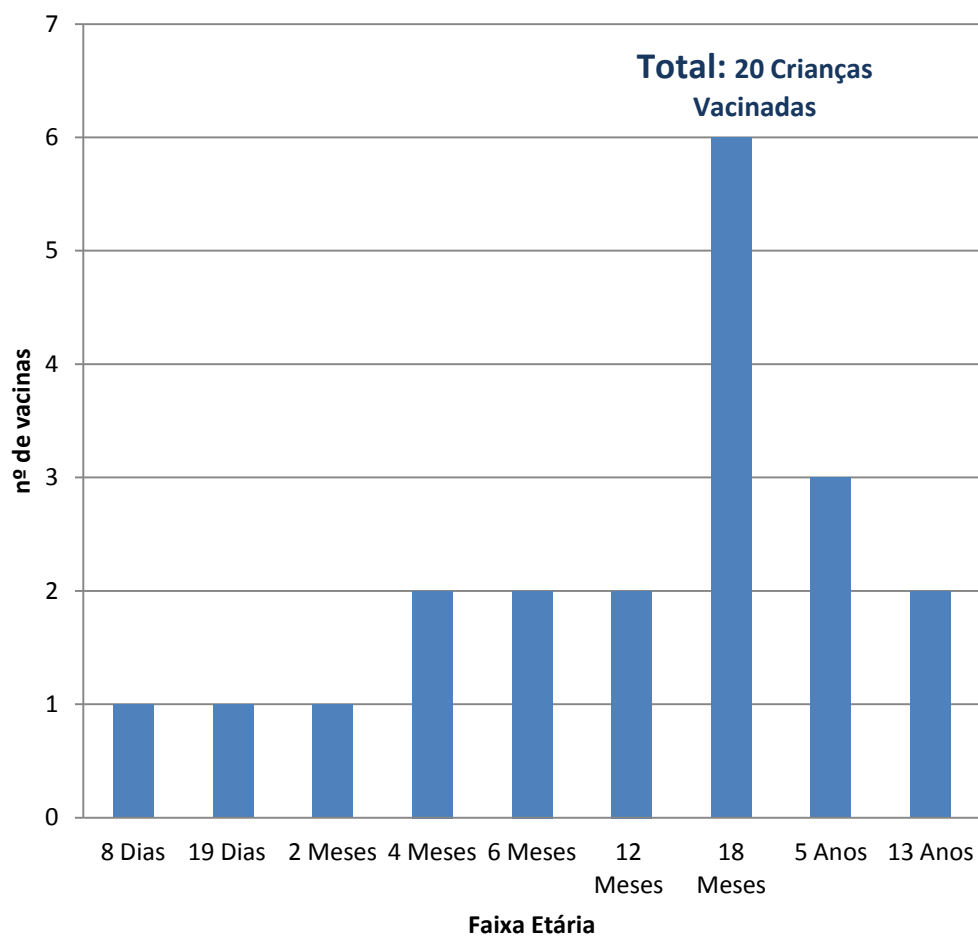
ANEXO III
Quantificação de Crianças
Consultadas e Vacinadas

Consultas de Saúde Infantil		
Identificação da Criança/Jovem	Faixa Etária	Consulta e/ou Vacinação
Criança A	2 Meses	Consulta +Vacinação
Criança B	2 Anos	Consulta
Criança C	18 Meses	Consulta + Vacinação
Criança D	4 Anos	Consulta
Criança E	20 Meses	Consulta
Criança F	12 Meses	Consulta + Vacinação
Criança G	5 Anos	Consulta + Vacinação
Criança H	1 Mês	Consulta
Criança I	5 Anos	Consulta + Vacinação
Criança J	2 Anos	Consulta
Criança K	18 Meses	Consulta + Vacinação
Criança L	1 Mês	Consulta
Criança M	10 Meses	Consulta
Criança N	6 Anos	Consulta
Criança O	17 Anos	Consulta
Criança P	18 Meses	Consulta + Vacinação
Criança Q	12 Meses	Consulta + Vacinação
Criança R	2 Anos	Consulta
Criança S	19 Dias	Consulta + Vacinação (Prematuro de 34 semanas)
Criança T	13 Anos	Consulta +Vacinação
Criança U	17 Anos	Consulta
Criança V	9 Meses	Consulta
Criança W	6 Anos	Consulta
Criança X	18 Meses	Consulta + Vacinação
Criança Y	6 Anos	Consulta
Criança Z	3 Anos	Consulta
Criança AA	13 Anos	Consulta + Vacinação
Criança BB	18 Meses	Consulta + Vacinação
Criança CC	4 Meses	Consulta + Vacinação
Criança DD	9 Meses	Consulta
Criança EE	5 Anos	Consulta
Criança FF	2 Anos	Consulta
Criança GG	3 Anos	Consulta
Criança HH	4 Meses	Consulta +Vacinação
Criança II	18 Meses	Consulta +Vacinação
Criança JJ	6 Meses	Consulta +Vacinação
Criança KK	12 Meses	Consulta +Vacinação
Criança LL	8 Dias	Consulta +Vacinação
Criança MM	6 Anos	Consulta
Criança NN	4 Anos	Consulta
Criança OO	5 Meses	Consulta
Criança PP	6 Meses	Consulta + Vacinação
Criança QQ	3 Anos	Consulta
Criança RR	6 Anos	Consulta

Consultas de Saúde Infantil/Juvenil



Vacinação



ANEXO IV
Panfleto Higiene Oral

Quando ir ao médico dentista?

Pelo menos uma vez por ano e desde a erupção do 1.º dente, para prevenir qualquer desenvolvimento de doença nos dentes ou nas gengivas, até porque:

**Prevenir é sempre
mais fácil que tratar!**

Qual a melhor dieta para manter uma dentição saudável?

A dieta deve ser variada, simples e equilibrada. Evitar ingerir doces, fora das horas das refeições, de preferência só à sobremesa.



SAÚDE ORAL NA CRIANÇA



Elaborado por:

Enf.^a Marlene Fernandes

(Aluna do Curso de Mestrado com
Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica)

Quando se inicia a lavagem dos dentes nas crianças?

Quando surgem os primeiros dentes.

Porquê lavar os dentes?

- Para prevenir o aparecimento da cárie dentária.
- Para evitar doenças da boca (ex. gengivites).



Quantas vezes se devem lavar os dentes?

- Usa-se a técnica do 2x2:
 - 2 vezes ao dia, no mínimo;
 - 2 minutos de escovagem, no mínimo.

Quando mudar de escova?

- A cada 3 meses

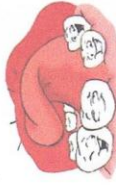
Quando muda a estação:
Outono, Inverno, Primavera e Verão!

Que pasta dentífrica usar e a quantidade?

- Pastas com flúor na sua composição (1000-1500 ppm).
- 0-3 anos com uma porção do tamanho da unha do dedo mindinho da criança.
- Superior a 6 anos: a quantidade deverá ser do tamanho de uma pequena ervilha (1 cm de dentífrico).

O que faz o flúor?

- Ajuda a remover a placa bacteriana ("massa" constituída por bactérias e restos alimentares).
- Promove a remineralização dos dentes, tornando-os mais resistentes.



Como prevenir a placa bacteriana?

- Usar o fio dentário a partir dos 4 anos de idade.
- Evitar o consumo de alimentos e bebidas açucarados (bolos, bolachas, batatas fritas, refrigerantes, entre outros).

Como lavar os dentes?

1. Inclinam a escova de encontro à gengiva e fazem pequenos movimentos vibratórios horizontais tipo vaivém ou circulares.



2. Escovar 2 dentes de cada vez, fazendo 5 movimentos em crianças até aos 6 anos de idade, posteriormente 10 movimentos.

3. Escovar suavemente as superfícies exteriores, interiores e mastigação dos dentes fazendo movimentos curtos tipo vaivém.



4. Por fim, pode escovar a língua e cuspir o excesso do dentífrico, sem bochechar com água.


ANEXO V
Plano de Sessão da AES “Parentalidade”

Plano de Sessão

Projeto: Parentalidade	Sessão: Saúde do seu filho - Importância das Consultas	Pré-requisitos: <ul style="list-style-type: none"> • Pais recentes com um ou mais filhos; • Pais interessados e preocupados com a saúde do(s) seu(s) filho(s).
Data: 02 de Maio de 2012	Duração da sessão: 60 minutos	
Público-alvo: Pais recentes com um ou mais filhos.		
Formador/a: Marlene Fernandes		
Objectivos Gerais: <ul style="list-style-type: none"> • No final da sessão, os pais deverão ser capazes de reconhecer a importância das consultas dos seus filhos. 		

Objectivos Específicos da Sessão	Fases	Conteúdos	Mét. e Téc. Pedagógicas	Materiais e Recursos Didácticos	Avaliação
No final da sessão, os pais deverão ser capazes de ... <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer a importância das consultas nas crianças e adolescentes; • Adquirir conhecimentos sobre os conteúdos das consultas; • Reconhecer alguns sinais e sintomas de alerta em algumas faixas etárias. 	Introdução	-Apresentar o tema; -Verificação dos pré-requisitos; -Comunicação dos objectivos; -Estratégias de Motivação.	-Expositivo (Powerpoint)	-projector multimédia (data show) -Computador	-Diagnóstica -Criterial (Questões orais)
	Desenvolvimento	-Factores que influenciam a saúde das crianças; - Utilidade das consultas; -Marcação das consultas; - Conteúdos das consultas; -Sinais/sintomas de alerta em algumas faixas etárias.	-Interrogatório (questões aos pais)		-Formativa -Criterial (Observação)
	Conclusão	-Síntese do tema; -Esclarecimento de dúvidas.			

ANEXO VI
AES “Parentalidade”



Projeto da Parentalidade

Enf.ª Marlene Fernandes
Orientado por: Enf.ª Maria José Martins


Saúde do Seu filho

Objetivos:

1. Reconhecer a importância das consultas nas crianças e adolescentes;
2. Adquirir conhecimentos sobre os conteúdos das consultas;
3. Reconhecer alguns sinais e sintomas de alerta em algumas faixas etárias.

24-06-2012 3

Nasceu e agora??



24-06-2012 4

Fatores → Saúde do bebé

- ♥ Cuidados dos pais
- ♥ Ambiente
 - Social
 - Biofísico
 - Ecológico

Vigilância na saúde...
Nós estamos aqui para ajudá-los!

24-06-2012 5

É importante...

- Consultas para as idades -chave (bebé, criança, adolescente):
Etapas do desenvolvimento psicomotor, socialização, alimentação e escolaridade.
- Vacinação em dia;
- Recorrer aos serviços de saúde, quando é necessário.

24-06-2012 6

Consultas... Para que servem?

Avaliar o crescimento e desenvolvimento

Orientar para outras instituições de saúde

Ajudar a adquirir comportamentos saudáveis

Dar conhecimentos

Tirar dúvidas

24-06-2012 7

Quando ir às consultas?

Marcadas pelos profissionais de saúde;
Quando a criança não está no seu normal;
Geralmente:

Idade	1º Ano de Vida	2º Ano de Vida	3º Ano de Vida	4º Ano de Vida
1ª Semana de vida				
1 Mês				
2 Meses				
4 Meses				
6 Meses				
9 Meses				
12 Meses				
15 Meses				
18 Meses				
2 Anos				
3 Anos				
4 Anos				
5/6 Anos (Exame Global)				
8 Anos				
9 Anos				
11-13 Anos (Exame Global)				
15 Anos				
18 Anos				

24-06-2012 8

O que se faz nas consultas?

24-06-2012 9

1º Ano de Vida – O que se avalia?

	1ª consulta	1 Mês	2 Meses	4 Meses	6 Meses	9 Meses	12 Meses
Peso							
Comprimento							
Perímetro torácico							
Dentes							
Condição							
Visão							
Audição							
Exame físico							
Desenvolvimento							
Vacinação							

24-06-2012 10

1º Ano de Vida – Cuidados antecipatórios

	1ª consulta	1 Mês	2 Meses	4 Meses	6 Meses	9 Meses	12 Meses
Atendimento							
Vacinação							
Atividade							
Higiene							
Atividade em Família							
Higiene da casa							
Higiene dos brinquedos							
Desenvolvimento							
Desenvolvimento							
Higiene e Segurança							
Atividade em família e amigos							
Desenvolvimento da criança							
Atividade em família e amigos							
Desenvolvimento da criança							
Atividade em família e amigos							

24-06-2012 11

Alimentação:

OMS recomenda Aleitamento Materno exclusivo até aos 6 meses de idade /Leite Adaptado;

4/6 Meses introdução de papas sem glúten, uma sopa (puré de cenoura e batata) e batido de fruta (maçã, pera ou banana);

9 Meses introdução de peixe branco na sopa e outras frutas (2 sopas ou de carne ou de peixe).

24-06-2012 12

Vitamina D:

Suplemento vitamínico para evitar raquitismo;
Age como uma hormona na regulação do cálcio dos ossos e sangue;
Excesso pode levar a alterações ósseas.

Dentição:

Incisivos médios inferiores – superiores;
Incisivos laterais inferiores – superiores
Primeiros molares – caninos

24-06-2012

13

Hábitos de sono:

Ciclo vigília – sono torna-se regular ao fim de 3 a 6 meses

Distúrbios do sono: alimentação ou choro.

Aumentar para 4 horas os intervalos entre mamadas;
Oferecer a última mamada mais tarde;
Colocar o bebé acordado no berço;
Se chorar evitar pegar ao colo ou levar para a cama dos pais.



24-06-2012

14

Hábitos intestinais ou cólicas:

Depende do tipo de leite adaptado que faz ou da alimentação da mãe (leite materno) / alimentação;
Massagem abdominal;
Evitar estimular com termómetro – “bebégel”;
Colocar em posição ventral ou toalhas mornas.

24-06-2012

15

Desenvolvimento:



1 Mês:

Mexe muito os braços com tentativas de levar a mão à boca;
Pode ter reflexo de marcha e subir degrau;
Olha para a face da mãe quando a ouve;
Tenta segurar a cabeça;

6 Meses:

Senta-se por momentos;
Controla a cabeça quando sentado;
Quando deitado, levanta as pernas e segura os pés;
Leva objetos à boca;
Vocaliza muito e dá gargalhadas.

24-06-2012

16

9 Meses:

Senta-se sozinho durante algum tempo;
Sentado, tem equilíbrio quando se inclina;
Distingue familiares de estranhos;
Leva tudo à boca;
Começa a imitar;
Vocaliza repetindo sons e sílabas.

24-06-2012

17

Sinais/sintomas de alerta

1º Mês

- Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição de sentado;
- Hiper/hipotonicidade; Não segue a face humana;
- Não vira a cabeça e os olhos para o som;
- Coloração da pele;
- Não mama bem ou cansa-se a mamar.

6º Mês

- Não controla a cabeça;
- Membros rígidos;
- Não olha e nem pega nos objetos;
- Não reage aos sons e irritabilidade;
- Estrabismo constante.

9º Mês

- Não se senta ou fica sentada, sem procurar mudar de posição;
- Não agarra os objetos e não os leva à boca;
- Não reage a sons e vocaliza pouco.
- Não se relaciona com a família;
- Engasga-se facilmente;
- Estrabismo.

1 - 3 Anos - O que se avalia?



	12 Meses	15 Meses	18 Meses	2 Anos	3 Anos
Peso					
Estatura					
Tensão Arterial					
Dentes					
Coração					
Postura					
Visão					
Audição					
Exame Físico					
Linguagem					
Desenvolvimento					
Vacinação					

24-06-2012 19

1 - 3 Anos - Cuidados Antecipatórios

	12 Meses	15 Meses	18 Meses	2 Anos	3 Anos
Alimentação					
Saúde Oral					
Desenvolvimento					
Temperamento					
Relacionamento					
Acidentes e segurança					
Dentição, Higiene Oral					
Calçado					
Estilos de Vida Saudáveis					
Controlo de Esfíncteres					

24-06-2012 20

Desenvolvimento e Temperamento:

12 Meses:

- senta-se sem apoio;
- Passa de uma posição para outra (gatas, levantar, sentar);
- Anda com apoio;
- Agarra objetos pequenos;
- Abana com a cabeça a dizer "Não" e tenta chamar a atenção.

18 Meses:

- Anda e senta-se sozinho;
- Sobe escadas com apoio no corrimão;
- Mantem birras e personalidade marcada, independente, ansiedade de separação e pesadelos.



24-06-2012 21

2 Anos:

- Anda sozinho com bom equilíbrio;
- Chuta uma bola;
- Independente, pesadelos e ansiedade de separação;
- Aprende regras e rotinas diárias.

3 Anos:

- Egocentrista, negativista;
- Não se relaciona com outras crianças;
- Ciúmes e faz birras.

24-06-2012 22


Controlo de Esfíncteres:

Depende da capacidade de compreender ordens, de retirar o impulso e da vontade de agradar à mãe

Inicia-se quando a criança começa a andar (18/24 meses);

Primeiro controla o esfíncter anal e depois o vesical;

Controlo noturno de esfíncter vesical completa-se aos 4-5 anos.



24-06-2012 23

4 - 9 Anos - O que se avalia?



	4 Anos	5 / 6 Anos	8 Anos
Peso			
Estatura			
Tensão Arterial			
Dentes			
Coração			
Postura			
Visão			
Audição			
Exame Físico			
Linguagem			
Desenvolvimento			
Vacinação			

24-06-2012 24

4 - 9 Anos - Cuidados Antecipatórios

	4 Anos	5-6 Anos	8 Anos
Alimentação			
Higiene Oral			
Escola			
Desenvolvimento			
Relacionamento e Socialização			
Acidentes e Segurança			
Aktividades desportivas e culturais - tempo livre			
Hábitos de Sono			

24-06-2012 25

10 - 18 Anos - O que se avalia?



	11 - 13 Anos	15 Anos	18 Anos
Peso			
Estatura			
Tensão Arterial			
Dentes			
Visão			
Postura			
Estádio Pubertário			
Exame Físico			
Desenvolvimento			
Sinais e sintomas de Alerta			
Vacinação			

24-06-2012 26


10 - 18 Anos - Cuidados Antecipatórios

	11-13 Anos	15 Anos	18 Anos
Puberdade			
Alimentação			
Prática Desportiva			
Saúde Oral			
Escola			
Família			
Amigos			
Tempos Livres			
Sexualidade			
Segurança e Acidentes			
Consumos Nocivos			
Cidadania			

24-06-2012 27

- ### Sinais e Sintomas de Alerta
- Alimentação desequilibrada
 - Perturbações da Imagem Corporal
 - Comportamentos Sexuais de Risco
 - Equivalentes Suicídios
- 24-06-2012 28

Os profissionais de saúde estão sempre ao vosso lado para o que der e vier!! É por isso que para nós...



24-06-2012 29

Bibliografia

Direção Geral de Saúde. (2002). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Atuação* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Gráfica Maiadouro.

Wong, D. L. (1997). *Whaley e Wong - Enfermagem Pediátrica - Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva* (Quinta ed.). Guanabara Koogan S.A.

24-06-2012 30

Obrigada pela atenção!!

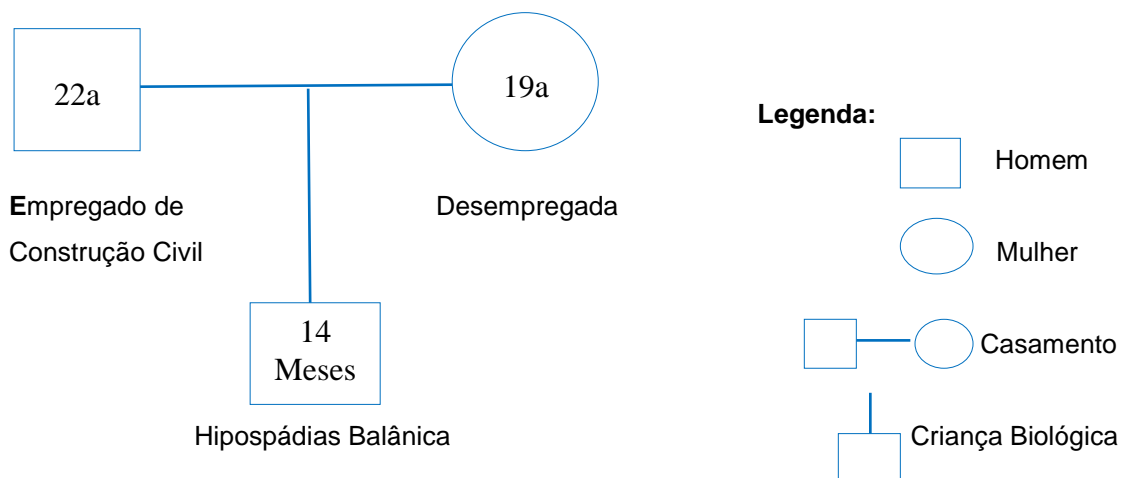


24-06-2012

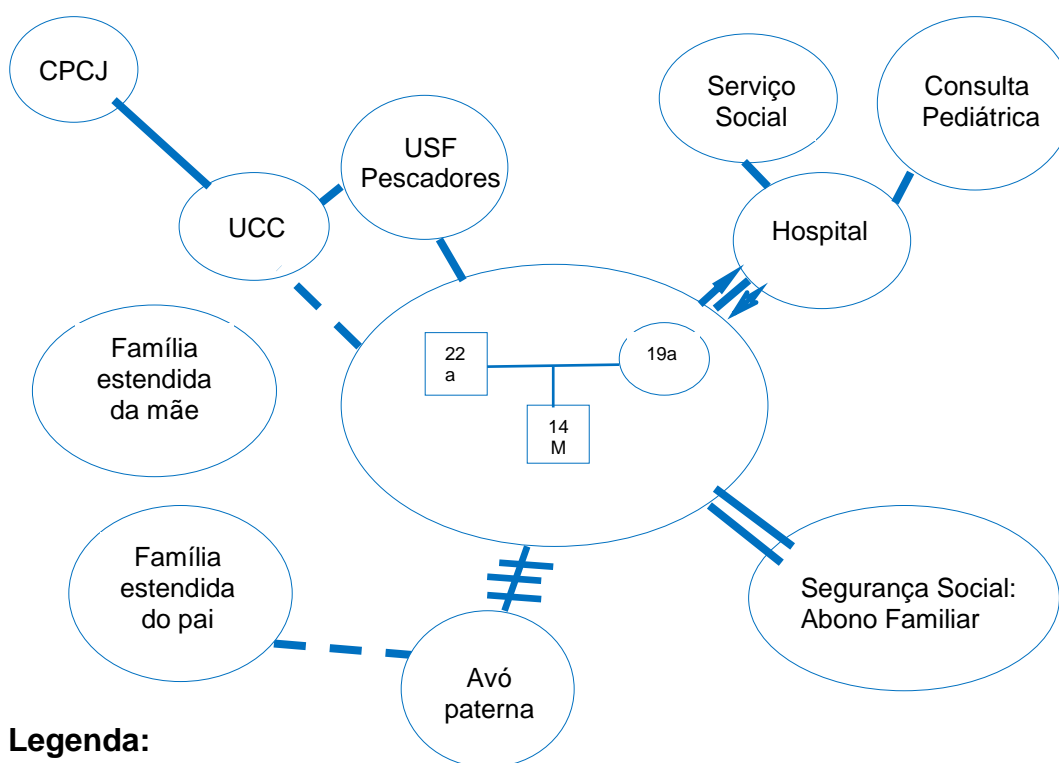
31

ANEXO VII
Genograma e Ecomapa

Representação Gráfica do Genograma



Representação Gráfica do Ecomapa



Legenda:

Intensidade da Relação

- Mais Forte
- Forte
- Fraca
- Conflituosa
- Fluxo de Energia
- Ausência de Relação

ANEXO VIII
Tabela sobre Consultas de Pediatria

Consultas de Pediatria

Nome dos Médicos	Tipos de consultas
Dra. Conceição Casanova	<ul style="list-style-type: none"> • Recém-nascido de Risco • Filhos de Mães Adolescentes
Dr. Carlos Sistelo	<ul style="list-style-type: none"> • Pediatria Geral • Recém-nascido de Risco • Otoemissões Auditivas
Dr. Silva Pereira	<ul style="list-style-type: none"> • Pediatria Patologia Renal • Alergologia • Nutrição • “Endocrinologia”
Dra. Elisabete Coelho	<ul style="list-style-type: none"> • Pediatria Geral • Recém-nascido de Risco • Pediatria Social • “Diabetes”
Dr. Paulo Ferreira	<ul style="list-style-type: none"> • Pediatria Geral • Adolescentes • Alergologia • Recém-nascido de Risco
Dra. Margarida Pontes	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento
Dra. Célia Madalena	<ul style="list-style-type: none"> • Pediatria Geral • Pediatria Patologia Renal • “Enurese”
Dra. Sandra Ramos	<ul style="list-style-type: none"> • Pediatria Geral • Neuropediatria • “Cefaleias”
Dra. Maria José Dinis	<ul style="list-style-type: none"> • Pediatria Geral • Alergologia
Dra. Sílvia Saraiva	<ul style="list-style-type: none"> • Pediatria Geral • Recém-nascido de Risco • Desenvolvimento
Dra. Conceição Silva	<ul style="list-style-type: none"> • Pediatria Geral • Alergologia • Nutrição • “Endocrinologia”

Outras Consultas

Dra. Patrícia Macho	<ul style="list-style-type: none"> • Pedopsiquiatria
Dra. Francisca	<ul style="list-style-type: none"> • Psicologia
Dra. Sílvia	<ul style="list-style-type: none"> • Assistente Social
Dra. Eunice	<ul style="list-style-type: none"> • Assistente Social (Maternidade)
Dra. Rute	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrição • Diabetes
Enf.º Amaro	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes
Enf.ª Maria João	<ul style="list-style-type: none"> • Pediatria Social

ANEXO IX
Plano de Sessão da AES
“Protege-te e Protege os Outros”

Plano de Sessão

Projeto: Saúde Escolar – Prevenção de Acidentes	Sessão: “Protege-te e protege os outros”	Pré-requisitos: <ul style="list-style-type: none"> Crianças que frequentam o 5º Ano de Escolaridade
Data: 6 de Junho de 2012	Duração da sessão: 40 minutos	
Público-alvo: Crianças do 5º Ano de escolaridade pertencentes ao Agrupamento de Beiriz		
Formador/a: Marlene Fernandes		
Objectivos Gerais: <ul style="list-style-type: none"> No final da sessão, as crianças deverão ser capazes de adquirir conhecimentos sobre formas de protecção para consigo e para com os outros. 		

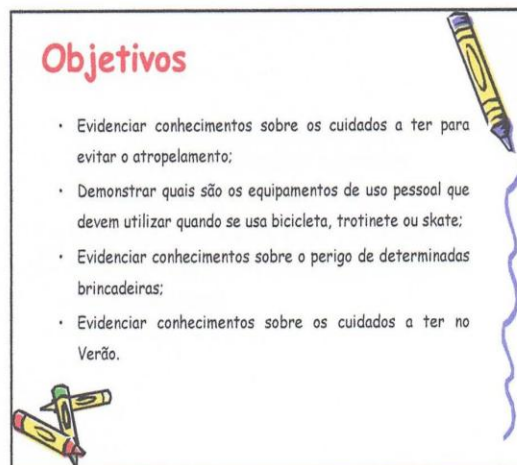
Objectivos Específicos da Sessão	Fases	Conteúdos	Mét. e Téc. Pedagógicas	Materiais e Recursos Didácticos	Avaliação
No final da sessão, as crianças deverão ser capazes de ... <ul style="list-style-type: none"> Evidenciar conhecimentos sobre os cuidados a ter para evitar o atropelamento; Demonstrar quais são os equipamentos de uso pessoal que devem utilizar quando se usa bicicleta, trotinete ou skate; Evidenciar conhecimentos sobre o perigo de determinadas brincadeiras; Evidenciar conhecimentos sobre os cuidados a ter no Verão. 	Introdução	-Apresentar o tema; -Verificação dos pré-requisitos; -Comunicação dos objetivos; -Estratégias de Motivação.	-Expositivo (Powerpoint)	-projector multimédia (data show) -Computador	-Diagnóstica -Criterial (Questões orais)
	Desenvolvimento	- Definição de Acidentes; -Cuidados a ter para prevenir Acidentes Rodoviários - Atropelamento; -Equipamentos para protecção pessoal; -Brincadeiras perigosas; -Cuidados a ter no Verão.	-Interrogatório (questões às crianças)		-Formativa -Criterial (Observação)
	Conclusão	-Síntese do tema; -Esclarecimento de dúvidas.			Entrega de panfletos da APSI – Prevenção do Afogamento

ANEXO X
AES
“Protege-te e Protege os Outros”



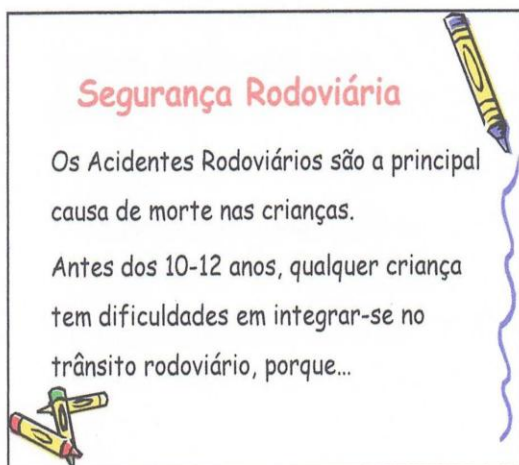
"Protege-te e Protege os outros"

Enf.ª Marlene Fernandes
Orientado por: Enf.ª Maria José Martins



Objetivos

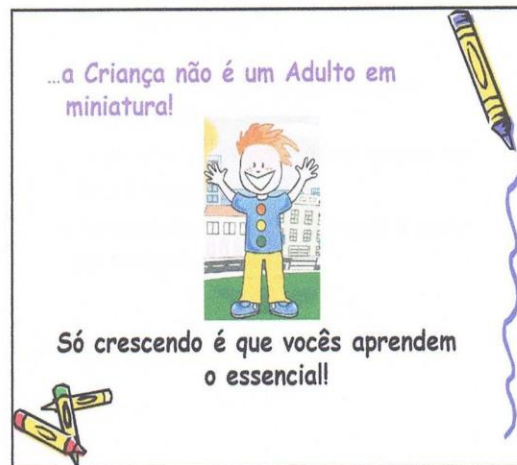
- Evidenciar conhecimentos sobre os cuidados a ter para evitar o atropelamento;
- Demonstrar quais são os equipamentos de uso pessoal que devem utilizar quando se usa bicicleta, trotinete ou skate;
- Evidenciar conhecimentos sobre o perigo de determinadas brincadeiras;
- Evidenciar conhecimentos sobre os cuidados a ter no Verão.




Segurança Rodoviária

Os Acidentes Rodoviários são a principal causa de morte nas crianças.

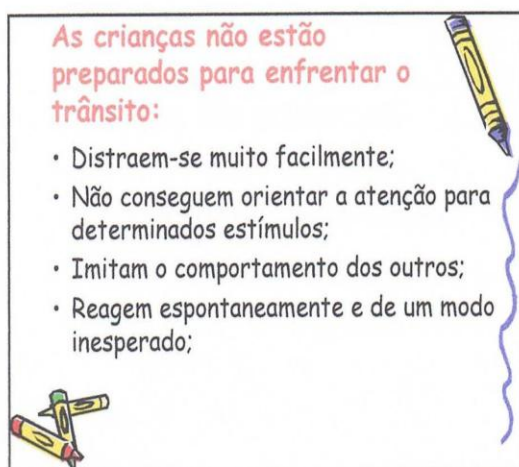
Antes dos 10-12 anos, qualquer criança tem dificuldades em integrar-se no trânsito rodoviário, porque...



...a Criança não é um Adulto em miniatura!

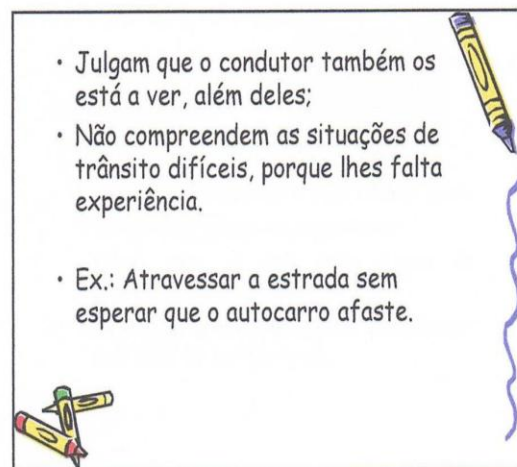


Só crescendo é que vocês aprendem o essencial!



As crianças não estão preparados para enfrentar o trânsito:

- Distraem-se muito facilmente;
- Não conseguem orientar a atenção para determinados estímulos;
- Imitam o comportamento dos outros;
- Reagem espontaneamente e de um modo inesperado;



- Julgam que o condutor também os está a ver, além deles;
- Não compreendem as situações de trânsito difíceis, porque lhes falta experiência.
- Ex.: Atravessar a estrada sem esperar que o autocarro afaste.

Estrada = Armadilhas

- Falta de equipamentos de segurança;
- Localização das escolas em zonas perigosas;
- Riscos que existem nos percursos que a criança faz.

- Os condutores têm comportamentos de risco, como circular a grande velocidade;
- O exemplo dos pais (Ex.: Por vezes os pais atravessam a rua a correr fora da passeira).

Devem pedir aos pais para:

- Escolher o percurso mais seguro até à escola;
- Treinar convosco várias vezes de modo a identificar os perigos mais visíveis;
- Explicar as formas de evitar os perigos;

- Treinar a atravessar a rua entre veículos estacionados;
- Treinar a atravessar a rua apenas em locais seguros;
- Acompanhar quando começam a andar de bicicleta ou outros.

O que são acidentes?

- São acontecimentos que podem ser evitados e podem fazer uma lesão.

Como evitar ser atropelado?



- Antes de atravessar a rua temos que:
 - Dirigir-nos para uma passeira;
 - Olhar para os dois lados antes de passar;
 - Se houver semáforos, temos que esperar pelo sinal de peões verde.

Se estiverem a jogar à bola e se for para a estrada, não se pode correr atrás da bola.

Temos sempre que olhar para os lados, deixar os carros passarem e depois ir buscar a bola.



Quando andarmos no passeio temos que ir sempre no lado esquerdo da rua, de forma a olharmos os carros de frente.

De dia usa-se roupas de cores fortes e à noite usa-se roupas de cores claras ou roupa com materiais refletivos. Temos que evitar as cores de azul escuro, preto ou castanho.



O que devemos usar quando andamos de bicicleta/skate/trotinete?

- Usar capacete;
- Usar joalheiras;
- Usar cotoveleiras.



- A bicicleta deve ser adequada ao vosso tamanho.
- O equipamento deve ser adequado à vossa idade e tamanho.
- A roupa e o calçado devem ser ajustados.




Não se pode fazer manobras perigosas com a bicicleta, skate ou trotinete.



Outras brincadeiras a evitar...


- Baloçar nas balizas, porque pode cair em cima de nós ou de outros;
- Atirar pedras ou areia uns aos outros;
- Saltar muros;
- Subir a árvores.






Vem aí o sol! Vamos todos para a praia!


Mas temos que ter alguns cuidados...



- Aplicar protetor solar cerca de 30 minutos antes da exposição ao sol e voltar aplicar, mesmo após o banho ou quando estás à sombra;
- Evitar as horas de maior calor, luminosidade e vento (entre as 11h e as 16h);
- Beber muita água;




- Usar chapéu de forma a proteger as orelhas e a cara;
- Usar óculos de sol;
- Vestir roupas frescas e de tons claros (ex.: roupa branca);
- Procurar a sombra.





Cuidado ao ir para a água...

- o Fica sempre perto de um adulto;
- o Escolhe comidas leves que facilitem a digestão e que ajudem a pele a defender-se do sol, como: legumes, fruta, sumos naturais.
- o Se a água estiver fria nunca entres nela de repente.




Respeita as bandeiras

- o **Bandeira vermelha** - o mar está bravo e não deve entrar na água;
- o **Bandeira amarela** - pode-se tomar banho, mas com muito cuidado;
- o **Bandeira verde** - quem sabe nadar, deve nadar paralelamente à costa.



DÚVIDAS



Bibliografia

- www.junior.te.pt
- www.educacao.te.pt
- www.apsi.org.pt
- www.ansr.pt




ANEXO XI
Plano de Sessão da AES “Eu Sou Livre”

Plano de Sessão

Projeto: Saúde Escolar – “Eu sou livre”	Sessão: Consumos nocivos	Pré-requisitos: <ul style="list-style-type: none"> Dúvidas existenciais sobre os consumos nocivos.
Data: 23 de Maio de 2012	Duração da sessão: 60 minutos	
Público-alvo: Adolescentes a frequentar o 10º/11º/12º Ano pertencentes ao Agrupamento de Beiriz, dos CEF.		
Formador/a: Marlene Fernandes		
Objetivo Geral: <ul style="list-style-type: none"> No final da sessão, os adolescentes deverão ser capazes de esclarecer as suas dúvidas sobre os consumos nocivos. 		

Objetivos Específicos da Sessão	Fases	Conteúdos	Mét. e Téc. Pedagógicas	Materiais e Recursos Didáticos	Avaliação
No final da sessão, os adolescentes deverão ser capazes de ... <ul style="list-style-type: none"> Distinguir algumas definições; Obter conhecimentos sobre o tabaco, álcool e toxicod dependência; Reconhecer os efeitos desses consumos nocivos; Distinguir os tipos de tabaco, bebidas e drogas psicoativas; Reconhecer o tratamento adequado para cada consumo nocivo; Conhecer as entidades de suporte e apoio. 	Introdução	-Apresentar o tema; -Verificação dos pré-requisitos; -Comunicação do objetivo; -Estratégias de Motivação.	-Expositivo (Powerpoint)	-projector multimédia (data show) -Computador	- Diagnóstica - Criterial (Questões orais)
	Desenvolvimento	-Definições de certos termos; -Tabaco; -Álcool; -Drogas/Toxicod dependência: cocaína, canábis, heroína, ecstasy, salvia, metanfetamina –MD; tratamentos e contactos.	-Interrogatório (questões aos adolescentes)		-Formativa -Criterial (Observação)
	Conclusão	-Síntese do tema; -Esclarecimento de dúvidas.			

ANEXO XII
AES “Eu Sou Livre”



PROJETO


“Eu sou Livre”

Enf.ª Marlene Fernandes
Orientado por: Enf.ª Maria José Martins

OBJETIVO PRINCIPAL

- Esclarecer as dúvidas sobre os consumos nocivos de:
 - Tabaco;
 - Álcool;
 - Drogas/Toxicod dependência.

24-06-2012 2



“O que são drogas ilícitas?”

“O cigarro eletrónico faz mal? Que efeitos faz a erva? Que faz mal o álcool?”

“Se nós bebemos muito, podemos ter problemas de saúde?”

“Quais são as consequências das drogas? O que é HD? Qual é o melhor conselho para deixar a droga?”


“Porquê que se torna pior um fumador passivo, em vez de um verdadeiro fumador?”

24-06-2012 3

DEFINIÇÕES A RETER

- Ilícito:
 - “Contrário à lei, proibido ou ilegítimo.”
- Abusar:
 - “Usar demasiado ou exceder-se.”
- Usar:
 - “servir-se de...”
- Droga:
 - “Toda e qualquer substância, natural ou sintética que introduzida no organismo modifica suas funções. As drogas naturais são obtidas através de determinadas plantas, de animais e de alguns minerais. As drogas sintéticas são fabricadas em laboratório.”

24-06-2012 4




TABACO

24-06-2012 5

DEFINIÇÃO

- O Tabaco é uma planta do género nicotínico e existem mais de cinquenta espécies diferentes. A *Nicotina Tabacum* é a que suscita maior interesse.
- A nicotina é o composto responsável pela dependência ao tabaco, porque é um estimulante poderoso que causa dependência psicológica e/ou física (psicoativa).



24-06-2012 6

EPIDEMIOLOGIA

- Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS):
 - Morrem 4,9 milhões de pessoas ao ano por todo o mundo;
 - Em 2020/30 estão previstos 10 milhões de pessoas por ano.
- Estudos epidemiológicos confirmam a associação entre o tabagismo e...
 - 90% dos casos de cancro do pulmão;
 - Cancro do aparelho respiratório superior (lábio, língua, boca, faringe e laringe);
 - Cancro da bexiga, rim, colo do útero, esôfago, estômago e pâncreas;
 - Doenças do aparelho circulatório, dos quais a doença isquémica cardíaca (25%);
 - Bronquite crónica (75-80%) e agravamento da asma;
 - Irritação ocular e das vias aéreas superiores.
 - Fumar reduz a esperança média de vida em cerca de dez anos.

24-06-2012

7

ADOLESCENTES E O TABACO

- Exemplo dos pais;
- Dar um parecer mais adulto;
- Pressão dos amigos - sentirem-se bem no grupo;
- Publicidades;
- Modas da atualidade.



24-06-2012

8

FORMAS DE CONSUMO

Cigarro: com/sem filtro

- O grau de toxicidade do Tabaco deve-se em grande parte à maneira como é consumido, assim como à intensidade da inalação que se faz desta substância.

Charuto

- É de destacar que o filtro dos cigarros não elimina nem monóxido de carbono, nem os outros gases prejudiciais para o organismo.

Cachimbo

- O "tabaco sem fumo" também contém nicotina e outros agentes cancerígenos que são diretamente absorvidos pelas mucosas.

Rapé

Tabaco de mascar

24-06-2012

9

COMPOSIÇÃO DO TABACO

O fumo produzido pelo consumo do tabaco contém mais de 4000 compostos químicos com efeitos tóxicos e irritantes, dos quais mais de 40 são reconhecidos como cancerígenos.



- Nicotina: provoca o vício e cancro nos pulmões. É usada como inseticida;
- Monóxido de Carbono: é um gás incolor de elevada toxicidade presente em grande concentração no fumo do tabaco que diminui a capacidade de transporte de oxigénio e é extremamente radioativo;
- Acetaldeído: responsável pela ressaca;
- Acetona: solvente inflamável;
- Acroleína: componente que provoca o mau hálito na boca;
- Alcatrão: substância tóxica e cancerígena que ajuda ao desenvolvimento de vício. Ele obstrui as vias respiratórias;

24-06-2012

10

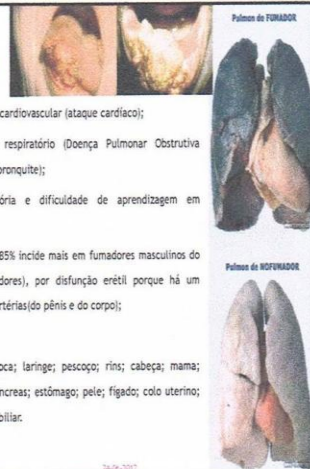
- Amoníaco: utilizado em produtos de limpeza;
- Arsénico: considerado como um veneno puro;
- Benzopireno: substância cancerígena que ajuda no processo de combustão, faz com que o cigarro não se apague;
- Butano: altamente inflamável;
- Dietilnitrosamina: causa lesões no fígado;
- Fenol: corrói e irrita as membranas mucosas;
- Mercúrio, Chumbo e cádmio: um único cigarro contém 1 a 2 mg destas substâncias, durante 10 a 30 anos e reduzem a capacidade dos pulmões;
- Metano: combustível de foguetes e automóveis;
- Naftalina: com odor característico antitraça;
- Níquel: armazena-se no fígado e rins, coração, pulmões, ossos e dentes;
- Pireno: utilizado como aromatizante, é cancerígeno;
- Polónio: extremamente radioativo.

24-06-2012

11

EFEITOS

- Doenças do sistema cardiovascular (ataque cardíaco);
- Doenças do trato respiratório (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, enfisema, bronquite);
- Redução da memória e dificuldade de aprendizagem em adolescentes.
- Impotência sexual (85% incide mais em fumadores masculinos do que em não fumadores), por disfunção erétil porque há um estreitamento das artérias (do pênis e do corpo);
- Infertilidade;
- Cancro: pulmão, boca; laringe; pescoço; rins; cabeça; mama; bexiga; esôfago; pâncreas; estômago; pele; fígado; colo uterino; intestinos; vesícula biliar.




24-06-2012

- Grávidas: influencia no crescimento do feto, especialmente no peso do recém-nascido; complicações na gravidez;
- Abortos espontâneos; nascimentos prematuros;
- Úlceras digestivas;
- Aparecimento de faringite e laringite, afonia e alterações do olfato.

24/06/2012 13

DEIXAR DE FUMAR



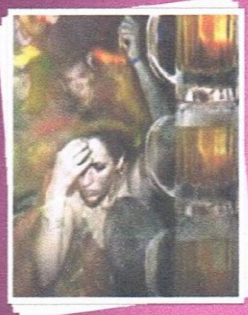
1. Tomar a decisão e querer.
2. Consulte o seu médico de família: receitar substitutos (comprimidos, selos ou cigarro eletrônico), recomendar apoio psicológico ou consultas de cessação tabágica.
3. Adquirir determinadas rotinas:
 - Fixe um dia para deixar de fumar. O estabelecimento de uma data ajuda a criar um sentimento de compromisso.
 - Anuncie aos outros a sua decisão. Envolver os que lhe são mais próximos garante-lhe apoio e solidariedade.
 - Identifique os seus hábitos tabágicos. Saber em que circunstâncias fuma habitualmente permite-lhe criar estratégias para contorná-la.

24/06/2012 14

- Elabore uma lista de motivos para deixar de fumar e releia-a sempre que pensar em desistir.
- Aprenda a reagir à vontade de fumar.
- Faça uma alimentação saudável.
- Tente evitar a proximidade de fumadores, bem como os cigarros e todos os objetos relacionados com o hábito de fumar.
- Pratique atividade física.
- Com o dinheiro que poupar no tabaco, ofereça-se uma prendas que deseje há muito tempo.

24/06/2012 15

ÁLCOOL



24/06/2012 16

DEFINIÇÃO

- O etanol ou álcool etílico é utilizado como combustível, produto de limpeza e é o componente principal das bebidas alcoólicas.
- Álcool é considerado um depressor do sistema nervoso central que causa desinibição e euforia no indivíduo.
- O álcool é produzido a partir de matérias primas com origem vegetal que possuem altos índices de frutose. Como exemplo: a cana-de-açúcar, o milho, a mandioca e o eucalipto.

24/06/2012 17

EFEITOS

Efeitos a curto prazo

- Euforia; perda de inibição (a pessoa faz coisas que normalmente não fazia, por ex.: conduzir a alta velocidade)
- Sonolência, turvação da visão, descoordenação muscular, diminuição da capacidade de reação, diminuição da capacidade de atenção e compreensão, cansaço muscular
- Aumento de acidez no estômago, vômito, diarreia, baixa da temperatura corporal, sede, dor de cabeça, desidratação, vertigens e mesmo visão dupla.
- Se as doses ingeridas forem muito elevadas, caso de intoxicação etílica aguda, pode surgir depressão respiratória, coma etílico (3,5 gr/dl) e eventualmente a morte (5 gr/dl).

24/06/2012 18

Efeitos a longo prazo

Cérebro: deterioração e atrofia;
Sangue: anemia, diminuição das defesas imunitárias;
Coração: alterações cardíacas (miocardite);
Fígado: hepatite, cirrose;
Estômago: gastrite, úlceras;
Pâncreas: inflamação, deterioração;
Intestino: transtornos na absorção de vitaminas, hidratos e gorduras.

Perturbações Psíquicas: irritabilidade; insónia; delírios por ciúmes; ideias de perseguição e, ainda mais graves, demência alcoólica.
Gravidez: síndrome alcoólica fetal (caracterizado por malformações no feto, baixo coeficiente intelectual, etc.).
Impotência, diminuição da fertilidade, alteração da ejaculação.

24-06-2012 19

Síndrome de Abstinência

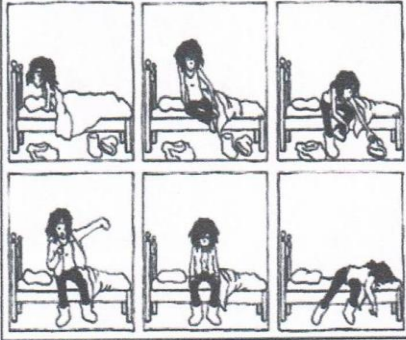
12/16 horas: inquietação, nervosismo e ansiedade.

Após as 16 horas: câibras musculares, tremores, náuseas, vômitos e grande irritabilidade

2º dia: "delírium tremens", caracterizado por confusão mental, desorientação no tempo e no espaço, em relação a si e aos outros, uma clara desintegração dos conceitos, aparecimento de delírios, alucinações, fortes tremores.

24-06-2012 20

COMO 90% DAS PESSOAS ACORDAM QUANDO ESTÃO DE RESSACA



24-06-2012 21

QUANTIDADE

Em Portugal, a correspondência é aproximadamente a que se apresenta no quadro seguinte (Álcool e Problemas ligados ao álcool em Portugal Maria Lucília Mercês de Mello et al. - DGS 2001):

	cerveja	vinho	aperitivo	aguardente
Capacidade do copo	3dl	1,65dl	0,5dl	0,5dl
Conteúdo de álcool puro	12gr	12gr	10 a 12gr	14 a 16gr

A OMS considera que não se devem fazer consumos que ultrapassem 20 gramas de álcool (2 unidades/dia) e de preferência estar pelo menos dois dias por semana sem beber qualquer bebida alcoólica.

24-06-2012 22

Mas não deve beber rigorosamente nada:

- Se estiver grávida ou a amamentar;
- Se conduzir ou trabalhar com uma máquina;
- Se tomar medicamentos;
- Em situação de doença;
- Em situação de dependência alcoólica;
- Se tiver menos de 18 anos de idade.

24-06-2012 23

TIPOS DE BEBIDAS

- Vinho verde : 7 a 9 graus (vinhos de colheitas particulares);
- Vinho maduro: 9 a 12 graus (vinhos de colheitas particulares);
- Cerveja: 4 a 12 graus;
- Aperitivos: 16 a 45 graus;
- Licores: 30 a 50 graus;
- Aguardentes: superior a 40 graus;
- Whisky: 43 a 48 graus;
- Rum, Vodka, Gin: superior a 40 graus.



24-06-2012 24

TAXA DE ALCOOLÊMIA

- Pela medição da quantidade de álcool existente no sangue em determinado momento. A taxa de 0,5 gramas por litro de sangue (prevista no Código da Estrada) atinge-se com dois ou três copos de cerveja.

24-09-2012

25

TRATAMENTO PARA O ALCOOLISMO

- Não há um tratamento ideal e deve-se considerar individualmente;
- As recaídas são muito comuns;
- Ajudar o indivíduo a reconhecer o seu problema;
- Psicoterapia em grupo ou individualmente;
- Participação em grupos de auto ajuda.
- Medicação.



24-09-2012

26



DROGAS TOXICODEPENDÊNCIA

24-09-2012

27

DEFINIÇÃO

- As drogas que estão relacionadas com a toxicodependência são apenas uma parte do conjunto das drogas: são as drogas psicoativas, que se caracterizam pelo poder de modificar as funções do Sistema Nervoso Central. Uma droga psicoativa é qualquer substância que altera o humor, a percepção do ambiente externo (tempo, local, etc.) ou interno (sonhos, alucinações, etc.).

• 1º Álcool
• 2º Benzodiazepinas
• 3º Nicotina

• 1º Haxixe
• 2º Cocaína
• 3º Ecstasy

Lícitas

Ilícitas

24-09-2012

28

TIPOS DE DROGA



• DROGAS NATURAIS

- Maconha/Haxixe: É feita a partir da planta *Cannabis sativa*.
- Ópio: droga altamente viciante, é feito a partir da flor da Papoila. Os principais efeitos são sonolência, vômitos e náuseas, além da perda de inteligência (como a maioria das drogas). Exemplos: heroína, morfina.
- Psilocibina: é uma substância encontrada em fungos e cogumelos. O principal efeito são as alucinações.

24-09-2012

29

- DMT - Dimetiltriptamina: A principal consequência do seu consumo são perturbações no sistema nervoso central.
- Cafeína: é o estimulante mais consumido no mundo - está no café, no refrigerante e no chocolate.
- Cogumelos Alucinogénios: é o exemplo do *Amanita muscaria* que pode causar alucinações.

• DROGAS SINTÉTICAS

- Anfetaminas- é um estimulante.
- Barbitúricos- Um poderoso sedativo e tranquilizante.
- Ecstasy- Droga altamente alucinogénia, causa forte ansiedade.
- LSD - poderoso alucinogénio que causa dependência psicológica.
- Metanfetamina- Era utilizada em terapias em muitos países, mas foi banida pelo uso abusivo e consequências devastadoras da droga.

24-09-2012

30

• DROGAS SEMISSINTÉTICAS

- **Heroina**- altamente viciante, causa rápido envelhecimento do consumidor e forte depressão quando o efeito acaba.
- **Cocaína e Crack**- A cocaína é o pó produzido a partir da folha de coca, e o crack é a versão petrificada dessa droga. Altamente viciante, deteriora rapidamente o organismo, causando também perda de inteligência, alucinações, ansiedade, etc.
- **Morfina**- É uma droga utilizada principalmente para o alívio de dores .

24-06-2012

31



COCAÍNA

24-06-2012

32

COCAÍNA

- Trata-se de um pó cristalino, branco, cintilante, de sabor amargo.
- **Vias:**
 - Nasal;
 - Endovenoso;
 - Esfregando nas gengivas.

24-06-2012

33

EFEITOS

• Efeitos Imediatos

- Cansaço, sono e fome;
- Maior segurança em si mesmo;
- Prepotência: diminui as inibições;
- Aceleração do ritmo cardíaco e aumento da tensão arterial;
- Aumento da temperatura corporal e da sudorese;
- Reação geral de euforia e intenso bem-estar;
- Anestésico local.
- Quando o uso é ocasional, pode incrementar o desejo sexual e demorar a ejaculação, mas também pode dificultar a ereção.



24-06-2012

34

- Com doses altas:
 - Insônia, agitação;
 - Ansiedade intensa e agressividade;
 - Ilusões e alucinações (as típicas são as tácteis, como a sensação de ter insetos debaixo da pele);
 - Tremores, convulsões.
 - À sensação de bem-estar inicial segue-se, em geral uma recaída, caracterizada por cansaço, apatia, irritabilidade e um comportamento impulsivo.

24-06-2012

35



CANÁBIS

24-06-2012

36

CANÁBIS

- São compostos derivados de uma planta denominada *Cannabis Sativa*, que se cultiva em diversas zonas geográficas.
- Há três formas de consumo da *Cannabis Sativa*:
 - "Marijuana ou Erva" - Preparada a partir das folhas secas, flores e pequenos troncos da planta;
 - "Haxixe" - Prepara-se prensando a resina da planta fêmea e se transforma numa barra de cor castanha, com o nome coloquial de "Chamom".
 - "Óleo de Cannabis ou Óleo de Haxixe" - Líquido concentrado que se obtém misturando a resina com um dissolvente, como a acetona, o álcool ou a gasolina.

24-06-2012

37

EFEITOS



- **Efeitos Imediatos**
 - Sintomas e sinais físicos:
 - Aumento da frequência cardíaca;
 - Congestão dos vasos conjuntivais (olhos: vermelhos); Diminuição do lacrimejo;
 - Dilatação dos brônquios;
 - fotofobia;
 - Tosse.
 - Sintomas psíquicos:
 - Euforia; Sonolência;
 - Instabilidade no andar;
 - Alteração da memória, assim como da capacidade para a realização de tarefas;
 - Depois da euforia inicial, podem surgir sintomas de depressão.

24-06-2012

38

Efeitos a longo prazo

- Efeitos físicos:
 - Cancro do pulmão;
 - Bronquite e asma;
 - Infertilidade no homem e na mulher;
- Efeitos psíquicos:
 - Nos fumadores crónicos, o consumo pode provocar um empobrecimento da personalidade (apatia, deterioração dos hábitos pessoais, isolamento, passividade e tendência para a distração).

24-06-2012

39



HEROÍNA

Heroina do Pacífico e do Alasca.

24-06-2012

40

HEROÍNA

- A heroína (cavalu, castanha, pó, *brown sugar*...) é produzida a partir da papoila (de onde é extraído o ópio) e é considerada uma droga depressora do sistema nervoso central (SNC).
- Durante muito tempo, a heroína foi consumida por via intravenosa.



24-06-2012

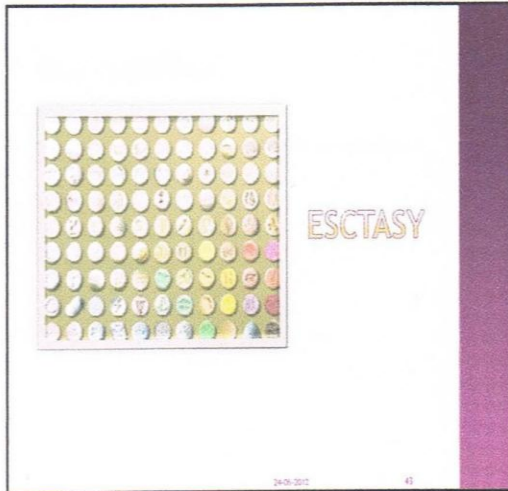
41

EFEITOS

- **Efeitos Imediatos**
 - Sobre o Sistema Nervoso Central:
 - Analgesia; Sonolência; Euforia;
 - Sensação de tranquilidade e diminuição do sentimento de desconfiança;
 - Contração da pupila;
 - Náuseas; Vômitos;
 - Depressão da respiração (causa de morte por overdose).
 - Outros efeitos:
 - Ciclos menstruais irregulares;
 - Prisão de ventre;
 - Dificuldade em urinar.

24-06-2012

42



ESCTASY

- Apresentam-se sob diversos aspetos, tamanhos e cores, para aumentar o interesse e favorecer o comércio. Os nomes com que são conhecidas derivam frequentemente da sua aparência externa, como se fosse uma garantia de qualidade.
- Vias:
 - Oral (comprimidos, cápsulas e pó).

24-09-2012 44

EFEITOS

- Efeitos imediatos
 - Efeitos físicos:
 - Taquicardia; ranger dos dentes; secura da boca;
 - Diminuição do apetite;
 - Dilatação das pupilas;
 - Dificuldade em caminhar;
 - Vontade de urinar;
 - Tremores; Transpiração; Câibras; Insónia.

24-09-2012 45

- Efeitos psíquicos:
 - Sensação de intimidade e de proximidade com outras pessoas,
 - Aumento da capacidade comunicativa,
 - Euforia,
 - Despreocupação,
 - Autoconfiança,
 - Expansão da perspetiva mental,
 - Incremento da consciência das emoções,
 - Diminuição da agressividade,
 - Intensificação da consciência sensitiva.

24-09-2012 46

Efeitos a médio e longo prazo (mais de 24 horas)

- Efeitos físicos:
 - Cansaço,
 - Sonolência,
 - Dores musculares,
 - Cefaleia,
 - Secura da boca,
 - Lombalgia, Rigidez articular.
- Efeitos psíquicos:
 - Sensação de uma maior intimidade com as pessoas,
 - Depressão,
 - Ansiedade, ataques de pânico,
 - Má disposição,
 - Psicose,
 - Dificuldade de concentração,
 - Irritação, insónia.

24-09-2012 47

SALVIA
DIVINORUM

24-09-2012 48

SALVIA DIVINORUM

- Enquadra-se na categoria das drogas perturbadoras (psicodélicas) por ser uma substância alucinogénia natural .
- Via de consumo:
 - oral (sublingual ou mastigar e engolir);
 - inalada (fumada).

24-09-2012

49

EFEITOS

- aumento da sensibilidade perceptiva (ex: cores ou sons mais intensos);
- aumento da temperatura corporal;
- descoordenação motora;
- riso incontrolável;
- sensação de paz;
- percepção de confusão ou loucura;
- visão em túnel;
- sensação de voar, girar, flutuar ou virar;
- dor de cabeça;
- sensação de medo, terror, pânico;
- aumento da transpiração.

24-09-2012

50



METANFETAMINAS MD

24-09-2012

51

MD

- Cristal meta é também conhecido como meth, crystal, metanfetamina, Tina e MD ou ice. O MD é um dos apelidos do cristal, talvez pelo fato de um dos seus nomes ser *Methedrine*.
- Cristal é feito por substâncias químicas industriais e produtos de limpeza (geralmente tóxicos).
- Pode ser fumado, inalado ou injetado.

24-09-2012

52

EFEITOS

- Pessoa com confiança excessiva, impulsivo, menos propenso a sentir dor, e com menos inibições.
- Elevação da Temperatura do corpo, dos batimentos cardíacos e da pressão sanguínea , com risco de ataque cardíaco, coma ou morte.
- Falta de apetite e insónias.
- Exaustão, agressividade e paranoia levando a suicídio.
- Lesões nos pulmões, nariz e boca.
- Sexo com cristal tem sido descrito como sendo frio, agressivo ou desconexo.
- Vicia rapidamente.
- Efeito a longo prazo: psicoses ou de problemas de saúde mental duradouros (mesmo depois de parar de usar).



24-09-2012

53

TRATAMENTO



24-09-2012

54

- Depende da própria vontade do indivíduo, porque requer uma longa duração;
- Envolvimento das famílias;
- Tratamento das complicações da dependência das drogas;
- Prevenção das recaídas.

24-09-2012

55

- **Metadona:** Programa de Tratamento com Agonista Opiáceo (PTAO) - só pode ser tomada pela indicação pelo médico.
- Existem indicações, critérios e regras para o Programa de Tratamento com Agonista Opiáceo que é importante conhecer.
- Geralmente é para tratamento da toxicod dependência de heroína.
- Tratamento psicológico e de reinserção social são indispensáveis para aumentar a probabilidade de sucesso.

24-09-2012

56

CONTATOS

Linhas de ajuda:

- Linha Vida - SOS Droga: 1414
Horário de funcionamento: 2ª a 6ª-feira, das 10h às 24h
- Linha Vida: 800 255 255 (chamada gratuita)
- Linha Narcóticos Anónimos: 800 202 013 (chamada gratuita)
- Linha Alcoólicos Anónimos: 217 162 969
- Linha Plátano: 808 200 082 (preço de uma chamada local em todo o território nacional)
- Linha da Fundação Portuguesa de Cardiologia: 800 202 090 (chamada gratuita)
- Linha SOS - Deixar de Fumar: 808 208 888 (preço de uma chamada local em todo o território nacional)
- Linha Saúde Pública: 808 211 311 (preço de uma chamada local em todo o território nacional)



24-09-2012

57

BIBLIOGRAFIA

- www.idt.pt
- www.portaldasaude.pt
- <http://drogasrecreativas.wordpress>
- www.quedroga.com
- www.infoescola.com/drogas

24-09-2012

58

**Obrigada pela
atenção!**

**E LEMBREM-SE...
NADA DE CONSUMOS!**

24-09-2012

59

ANEXO XIII
Programa “Dia da Criança”



Comemoração do Dia da Criança

Sala de Reuniões do Centro de Saúde

Exposição de trabalhos didáticos elaborados pelas crianças dos Agrupamentos Escolares do Concelho da Póvoa de Varzim

“Representação do Enfermeiro no imaginário da Criança”

28 de Maio
14.00- 16.30

A Dr.ª. Sabedora, Sr.ª
Enfermeira Porreira e o
Sr. Utente Zezinho
Visita à USF Corino de
Andrade



29 de Maio
10.00- 12.00

“Hora do Conto”
da Biblioteca
Municipal Rocha
Peixoto



31 de Maio
14.00- 16.30

Universidade Sénior da
Póvoa de Varzim



Universidade do Porto
Ciências da Comunicação-
GEECC

U. PORTO

30 de Maio
14.00- 16.30



Coro Infantil do
Instituto Maria da Paz
Varzim
“Hora do Conto” da
Biblioteca Municipal
Rocha Peixoto

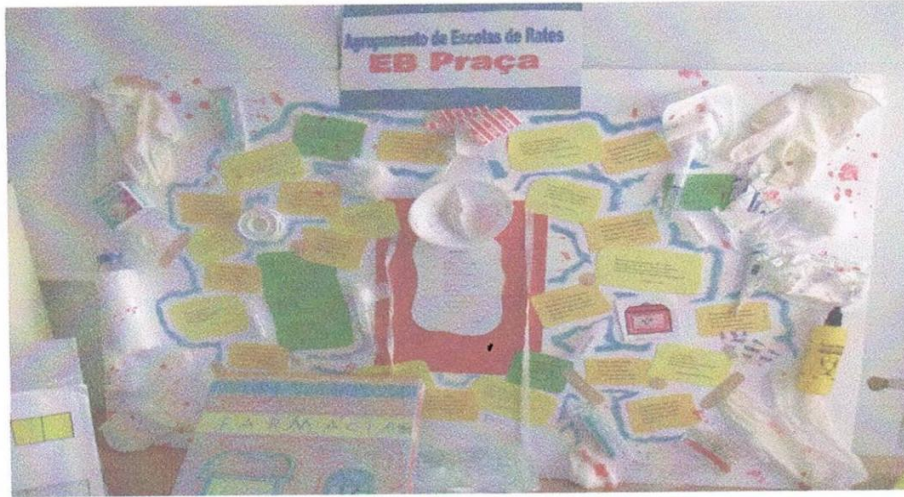


01 de Junho
10.00- 12.00

Centro de Saúde PVZ
“ Faz bem sorrir com
saúde...”
USF Casa dos Pescadores
14.00- 16.00
“Faz de Conta ...”



ANEXO XIV
Trabalhos Expostos no “Dia da Criança”



ANEXO XV
Peça de Teatro e Letra da Música

Guião do Teatro “Dia da Criança”

Utente sentado na sala de espera.

Médica sentada na secretária.

Enfermeira chama o utente.

- Zézinho , podes entrar.

Responde o utente depois de olhar à volta:

-Eu???

Enfermeira

- Sim. Não está mais ninguém à espera!!! (Faz DAHH!)

Utente entra na sala e senta-se na cadeira em frente á secretária.

Fala a médica:

- Boa tarde Zézinho , eu sou a Dr^a Sabedora e comigo está a Enf^a Porreira.

Vamos fazer uma consulta para ver se está tudo bem com a tua saúde.

Utente responde

-Está, está tudo bem! Já me posso ir embora?

Fala a enfermeira

- Não, vamos pesar, auscultar, vacinar

Utente

-Vacinar? Hoje é melhor não, é que hoje o almoço caiu-me um bocado mal....

Médica

-Calma, primeiro vamos pesar.

Utente vai a balança de chão

Enfermeira começa a pesar e faz ar surpreso. Pede ao utente para sair da balança e abana-a (para ver se está a trabalhar bem). Utente volta a subir para a balança.

Diz a Enfermeira

-Pesa 300Kg, Sr^a Doutora.

Médica

-300Kg??

Responde o utente

-Deve ter sido de um chocalatinho que comi ontem...

Responde a médica

-Devem ter sido muitos chocalatinhos e muitos dias, não?

Enfermeira

- Devias ter mais cuidado com a tua alimentação, comer alimentos mais saudáveis.

Enfermeira vira-se para o público e pergunta:

-Acham que deve comer estes alimentos todos os dias? (Mostra imagem de bolos e chocolates). E acena negativamente com a cabeça para o público e utente.

Médica vira-se para o público e pergunta:

-Acham que deve comer estes alimentos todos os dias? (Mostra imagem de arroz, massa, peixe). E acena positivamente com a cabeça.

Enfermeira vira-se para o público e pergunta:

-E estes alimentos, deve comer todos os dias? (Mostra imagem de frutas e legumes). E acena positivamente com a cabeça.

Médica vira-se para o público e pergunta:

-E deve acompanhar a refeição com que bebida? (Mostra uma imagem de água e outra de sumos). E rejeita a dos sumos.

Enfermeira diz:

- Vamos ver os dentinhos.

Utente abre a boca e mostra dente preto.

- Para evitarmos que os nossos dentes fiquem estragados devemos lavá-los 2 a 3 vezes ao dia, uma delas sempre ao deitar.

- E usar pasta de dentes, não é preciso muita, basta o tamanho de uma ervilha!

Vira-se para o público e pergunta

-Vocês fazem isso?... Aqui o Zézinho não tem feito porque tem o dente sujo, vou ter que lhe lavar os dentes!

Enfermeira pega na escova de dentes e simula que esfrega.

Utente abre a boca e mostra dentes limpos e um sorriso.

Médica

-Agora vou auscultar-te.

A médica pega no estetoscópio e cada vez que encosta no utente ouve-se um barulho estranho.

Médica faz ar admirado e diz.

- Isto não está bem. Vais tomar um xaropinho para ficar melhor.

Enfermeira traz o xarope e dá uma colherada ao utente.

Médica ausculta novamente. Ouve-se um som mais harmonioso.

- Agora está muito melhor!

A enfermeira diz:

-Vou preparar a vacina.

Utente engole em seco e põe as mãos na garganta.

Médica

-Antes da vacina vamos fazer um exame à visão.

Aponta para a escala da visão.

- O que vês aqui?

Utente

- Um carro, numa rua estreita, que vai virar à esquerda....

Médica admirada pergunta

- E aqui?

- Um palhaço dançar e a cantar a musica "Ai se eu te pego"

Médica

-Acho que estás a precisar de uns óculos.

Enfermeira traz os óculos. Utente põe e a médica volta a perguntar apontando para a escala da visão.

Utente

-B,C,D,O.....

Médica

-Muito bem, agora vês muito melhor.

-Agora vamos á vacina Enf^a, está tudo pronto?

Enfermeira pensa alto.

-Qual vacina lhe vou dar?

O utente põe-se de joelhos a rezar.

A Enfermeira pega numa seringa de 100, outra de 20, outra de 10 e outra de 2 e pergunta á audiência.

-Qual das vacinas é que acham lhe devo dar? Esta? (mostra a de 100 e acena negativamente). Esta? (mostra a de 20 e acena negativamente). Esta? (mostra a de 10 e acena negativamente).

Por fim escolhe a de 2.

Enfermeira diz

- Tem calma não vai doer nada.

Utente senta-se e a Enfermeira administra a vacina no braço.

Utente continua cheio de medo com os olhos fechados.

Médica diz:

- Já está!

O utente abre os olhos. Vê o penso no braço e diz:

- Já está!

Abre a camisa e mostra a camisola de super-homem.

Juntam-se os três personagens e cantam a música.

Letra da Música

Acordei com a mãe a chamar-me
"Anda daí, hoje vamos ao Centro de Saúde"
E de um pulo eu vesti-me bem depressa
E lá fui, de pernas a tremer

Recebeu-me a Sra. Enfermeira
"Olá Zezinho, vamos ver como é que tens crescido"
Com jeitinho ela pesa, mede e brinca
P'ra ficar grande sem asneira

REFRÃO 1:

Dentinhos lavados, sorriso a brilhar
Olhinhos apurados, para a ler começar
Docinhos contados, para barrigudo não ficar
(bis)

Depois fui ver a minha doutora
Com um tubinho ouviu o bater do meu coração
Luz na orelha e cócegas na barriga
Saio com um grande sorriso

Para estar fino e traquinas
Não preciso ter medo, aqui cuidam bem de mim
Volto para casa forte e esperto
Como é bom crescer assim...

REFRÃO 2:

Brincar, pular, sem febre a atrapalhar
Correr, vencer, aprender a crescer
Dormir, sorrir, que o melhor ainda está p'ra vir!
(bis)

ANEXO XVI
Certificado do Simpósio



D E C L A R A Ç Ã O

Marlene Cristina Sousa Fernandes

Participou na sessão comemorativa da **Semana Mundial do Aleitamento Materno**, que decorreu no dia 04 de Outubro de 2012, com a duração de quatro horas.

Matosinhos, 04 de Outubro de 2012

Organização

Autoc.
USM MATOSINHOS EPE
Unidade Local de Saúde de Matosinhos

ANEXO XVII
Certificado do Encontro

II Encontro de Neonatologia

11 e 12 Outubro 2012

Fundação
Eng. António de Almeida

Do sonho à realidade...
... em Neonatologia.



Certificado

Certifica-se para os devidos efeitos que Harlene Fernandes,
esteve presente no II Encontro de Neonatologia do Centro Hospitalar do Porto -
Unidade Maternidade Júlio Dinis, que se realizou no Porto, nos dias 11 e 12 de
Outubro de 2012.

Porto, 12 de Outubro de 2012

A Comissão Organizadora

Isabel Alexandra


ANEXO XVIII
Plano de Sessão “Abordagem ao Adolescente”

Plano de Sessão


<p>Sessão de Formação:</p> <p>"Abordagem ao Adolescente"</p>		<p>Pré-requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Enfermeiros que tenham contato com Adolescentes
<p>Data: 13 de Junho de 2012</p>	<p>Duração da sessão: 40 minutos</p>	
<p>Público-alvo: Enfermeiros a exercerem funções na USF Eça de Queirós e UCC</p>		
<p>Formador/a: Marlene Fernandes</p>		
<p>Objectivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> No final da sessão, os enfermeiros deverão ser capazes de adquirir conhecimentos sobre a abordagem ao adolescente. 		

Objectivos Específicos da Sessão	Fases	Conteúdos	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Materiais e Recursos Didáticos	Avaliação
<p>No final da sessão, os enfermeiros deverão ser capazes de ...</p> <ul style="list-style-type: none"> Adquirir conhecimentos sobre as particularidades do adolescente; Refletir sobre a importância dos princípios éticos na abordagem ao adolescente; Refletir sobre a importância da entrevista como um meio de contato, de forma a estabelecer uma relação de confiança atendendo a determinadas características; Adquirir conhecimento sobre as técnicas de apoio narrativo. 	Introdução	<ul style="list-style-type: none"> -Apresentar o tema; -Verificação dos pré-requisitos; -Comunicação dos objetivos; -Estratégias de Motivação. 	-Expositivo (Powerpoint)	-projector multimédia (data show) -Computador	-Diagnóstica -Criterial (Questões orais)
	Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Particularidades do Adolescente; -Princípios éticos no atendimento; -Objetivos da consulta/entrevista; -Princípios gerais na consulta; -Técnicas de apoio narrativo. 	-Interrogatório (questões aos profissionais)		-Formativa -Criterial (Observação)
	Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> -Síntese do tema; -Esclarecimento de dúvidas. 			

ANEXO XIX
Formação “ Abordagem ao Adolescente”



ABORDAGEM AO ADOLESCENTE



Elaborado por:
Marlene Fernandes

Objetivos:

- Adquirir conhecimentos sobre as particularidades do adolescente;
- Refletir sobre a importância dos princípios éticos na abordagem ao adolescente;
- Refletir sobre a importância da entrevista como um meio de contato, de forma a estabelecer uma relação de confiança atendendo a determinadas características;
- Adquirir conhecimento sobre as técnicas de apoio narrativo.

PARTICULARIDADES DOS ADOLESCENTES

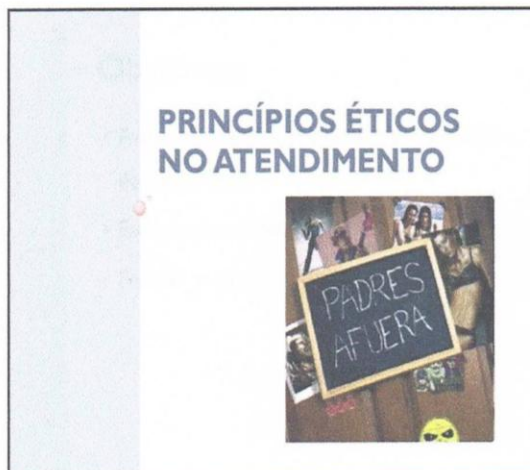
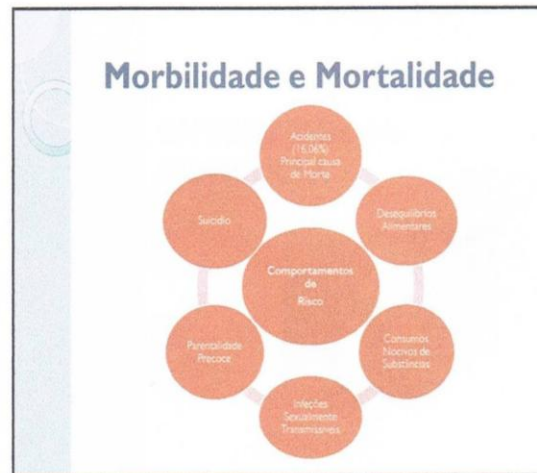


Particularidades dos adolescentes

- Transição desenvolvimental;
- Puberdade – transformações físicas;
- Raciocínios hipotético-dedutivos – testam hipóteses;
- Distingue realidade objetiva e subjetiva;
- Adota a perspectiva do outro;

- Diferencia sentimentos e emoções em si e nos outros;
- Compreende o significado simbólico e pensa em simular situações;
- Pressuposto de invulnerabilidade;
- Encontra falhas na figura de autoridade;
- Argumenta e surge a indecisão;

- Hipocrisia aparente;
- Construção da Identidade: profissão, adoção de valores próprios, orientação sexual.
- É um período de oportunidades e de riscos, por terem novas condutas e tomadas de decisões.



- ### Respeito pela Autonomia
- Maturidade e Responsabilidade do Adolescente;
 - Código Penal (nº3 do artigo 38º):
 - A partir dos 14 anos possui capacidade que permite tomar uma decisão válida no domínio ético.

- ### Respeito pela Privacidade
- Relação interpessoal entre a díade adolescente/família e profissional de saúde:
 - Diálogo e Confiança Mútua.
 - Direito a ser atendido individualmente.

- ### Respeito pela Confidencialidade e Sigilo
- Adolescente deve autorizar o profissional para divulgação das informações aos pais.
 - **Temas:** sexualidade, uso de drogas e violência.

▫ **Quebra da confidencialidade/sigilo:**

- Adolescente coloca-se em risco e/ou outros.
- Profissional comunica ao adolescente que é seu dever dar a conhecer as informações aos familiares e/ou outros profissionais de saúde.

ENTREVISTA OU CONSULTA



Objetivos:

- Avaliar o desenvolvimento psicossocial e afetivo do adolescente;
- Estabelecer uma relação terapêutica adequada;
- Prevenir e identificar problemas.

Meio de Contato:

Conhecer

- Estado de Saúde
- Estilos de Vida

Identificar

- Problemas
- Preocupações
- Necessidades
- Competências

Transmitir

- Informações para prevenir alterações da sua saúde.

Princípios Gerais na Entrevista

• **Estabelecer uma relação de confiança:**

- Características do profissional de saúde;
- Características do Adolescente;
- Características do espaço e tempo;
- Pré-requisitos para a relação/comunicação com o adolescente.

Características do Profissional de Saúde

- Maturidade pessoal e autoestima;
- Ser sensível;
- Saber dar e receber afeto;
- Possuir valores morais, religiosos e culturais sólidos;
- Conhecimento e compreensão sobre a sexualidade;
- Capacidade de comunicação sincera e fluída;
- Empático e respeitador.

Evitar...

- ... assumir o papel do adolescente;
- ...substituir os pais;
- ...uma postura dominadora.

Caraterísticas do Adolescente

- Apresentação do Adolescente

Falador	Nervoso	Silencioso	Escarregado	Hostil ou Agressivo	Choroso
• Orientar a conversa até à reflexão pessoal e deixar falar.	• Comum nas jovens que recebem observação	• Sente-se culpado por ter receio de ser repreendido	• É provocador porque sente que não controla a situação	• Dar um pedido de desculpas quando teve uma longa espera. • Evitar agressão mútua	• Permitir o choro e apoiar silenciosam ente através da oferta de um lenço, por exemplo.

- Se silencioso ou Hostil:

Estabelecer...

- ...Clima de confiança
- Se continuar...
- ...**Hostil** – não envolver no sentimento negativo.
- ...**Silencioso** – identificar o motivo, manter a paciência, criar empatia com temas de interesse comuns e sentido de humor.

Características do Espaço e Tempo

- Acolhedor e confortável;
- Criação de espaços próprios para adolescentes com material educativo;
- Tempo é variável: inicialmente 50 minutos, posteriormente 15 minutos;
- Organização Pan-Americana da Saúde
↓
30 minutos

Pré-requisitos para a relação/comunicação

- Acolher de forma compreensiva e cordial;
- Demonstrar disponibilidade;
- Assegurar a confidencialidade e a privacidade;
- Conhecer as expectativas do adolescente/família;
- Dirigir as explicações e questões ao adolescente;
- Utilizar linguagem simples e realista;

- Escutar o adolescente;
- Não induzir a resposta ou criticar o tipo de linguagem;
- Evitar os juízos de valor e silêncios prolongados;
- Reforçar competências e comportamentos positivos;
- Evitar interrupções;

- Escrever pouco e escutar mais;
- Captar linguagem não verbal;
- Atuar como mediador.

TÉCNICAS DE APOIO NARRATIVO



Técnicas de Apoio

- Perguntas Abertas
- Escuta reflexiva
- Reestruturação positiva
- Resumo da entrevista
- Afirmações de automotivação

- Respostas em espelho
- Clarificação
- Usar exemplos na 3ª pessoa
- Afirmações que facilitam a discussão
- Respostas/afirmações de apoio e ânimo

Bibliografia

- Papalia, Diane E., Olds, Sally Wendkos e Feldman, Ruth Duskin. Maio de 2001. *O Mundo da Criança*. Amadora : McGraw-Hill de Portugal, Maio de 2001. pp. 1-707. 0-07-048785-5.
- Ordem dos Enfermeiros - Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. 2010. *Guias Orientadoras de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. s.l.: Ordem dos Enfermeiros, 2010. pp. 1-134. Vol. I. 978-989-8444-00-4.

FIM...



ANEXO XX
Questionário de Avaliação e Resultados

AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Pedimos a vossa colaboração no preenchimento deste questionário, ajudando assim a melhorar, organizar e desenvolver as futuras ações formativas.

Tema da formação: _____

Assinale, por favor, apenas a resposta mais adequada à sua opinião com uma cruz (X).

Avaliação da ação de formação

1. Considera que os conteúdos programáticos desenvolvidos durante a formação corresponderam às suas expectativas.

Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Inútil

2. Considera que os objetivos da formação foram atingidos.

Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Inútil

3. A duração da formação permitiu desenvolver todos os pontos da formação.

Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Inútil

4. Considera que a respetiva formação é fundamental para o seu exercício profissional.

Essencial	Muito importante	Mais ou menos importante	Pouca importância	Irrelevante

5. Considera que esta formação foi importante para desenvolver competências práticas no seu contexto profissional.

Essencial	Muito importante	Mais ou menos importante	Pouca importância	Irrelevante

6. De que forma esta ação de formação poderia ser melhorada _____

Avaliação da organização da formação

7. Considera adequado os materiais didáticos utilizados durante a formação.

Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito

8. Domínios e qualidade da preparação da formação.

Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito

Avaliação do desempenho do(s) formador(es)

9. Foi claro na apresentação dos objetivos pedagógicos a alcançar.

Totalmente claro	Muito claro	Mais ou menos claro	Algumas vezes claro	Pouco claro

10. Demonstrou interesse nas dificuldades e incentivou a participação dos formandos durante a ação de formação.

Muito Interesse	Moderado Interesse	Interesse	Algum Interesse	Fraco Interesse

Satisfação Global

11. De um modo geral, de que forma se encontra satisfeito com a ação de formação realizada.

Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito

12. Se pretende abordar alguma outra questão ou apresentar sugestões que considere importantes para a melhoria da nossa atividade formativa.

Obrigado pela sua colaboração.

Data ___/___/___

Avaliação da Ação de Formação: “Abordagem ao Adolescente”

Avaliação da ação de formação:

1. Quanto aos conteúdos desenvolvidos

Classificação	Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Inútil
Nº de formandos	6	3	0	0	0

2. Quanto ao atingimento dos objetivos

Classificação	Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Inútil
Nº de formandos	8	1	0	0	0

3. Quanto à duração da formação

Classificação	Excelente	Muito Bom	Bom	Razoável	Inútil
Nº de formandos	6	3	0	0	0

4. Quanto à pertinência da formação

Classificação	Essencial	Muito Importante	Mais ou menos Importante	Pouca Importância	Irrelevante
Nº de formandos	5	4	0	0	0

5. Quanto à importância para o desenvolvimento de competências

Classificação	Essencial	Muito Importante	Mais ou menos Importante	Pouca Importância	Irrelevante
Nº de formandos	5	4	0	0	0

Avaliação da Organização da Formação:

6. Quanto à adequação dos materiais didáticos

Classificação	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito
Nº de formandos	9	0	0	0	0

7. Quanto à qualidade da preparação da formação

Classificação	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito
Nº de formandos	9	0	0	0	0

Avaliação do desempenho do Formador:

8. Quanto à clarificação dos objetivos

Classificação	Totalmente Claro	Muito Claro	Mais ou menos Claro	Algumas vezes Claro	Pouco Claro
Nº de formandos	4	5	0	0	0

9. Quanto ao incentivo da participação dos formandos

Classificação	Muito interesse	Moderadamente Interesse	Interesse	Algum Interesse	Fraco Interesse
Nº de formandos	8	1	0	0	0

Satisfação Global:

Classificação	Muito Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Satisfeito	Pouco Satisfeito	Nada Satisfeito
Nº de formandos	8	1	0	0	0

