



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por

Sónia de Fátima Carneiro Brito

Porto, Agosto 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PRACTICUM REPORT

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por

Sónia de Fátima Carneiro Brito

Sob orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, Agosto 2019

Resumo

O Relatório de Estágio insere-se no âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa. A experiência profissional, não podendo ser dissociada do processo formativo, assumiu importância no corpo do documento demonstrando o percurso da prática profissional que possibilitou a aquisição prévia de algumas competências no âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. As competências inerentes à obtenção de Grau de Mestre com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica foram agrupadas em quatro domínios de atuação (Prestação de Cuidados, Investigação, Formação e Gestão) que permitiram estruturar o relatório, dando ênfase aos objetivos traçados e atividades desenvolvidas em três contextos assistenciais (Cuidados de Saúde Primários dividido entre Unidade de Cuidados na Comunidade e Unidade de Saúde Familiar, Unidade de Neonatologia e Serviço de Urgência Pediátrica). A análise reflexiva traduziu de que forma as competências foram atingidas nas áreas de atuação, nomeadamente na Vigilância em Saúde, na Saúde Escolar, na Parceria de Cuidados, na Parentalidade, na Dor, nas Crianças e Jovens em Risco e na Comunicação. Foi realizada a integração dos conhecimentos adquiridos ao longo do percurso profissional, com reflexão acerca das atividades desenvolvidas e fundamentadas com pesquisa bibliográfica. A aquisição de saberes e competências levou a uma reflexão acerca das implicações que este percurso teve na prática profissional, evidenciando o contributo que o percurso académico tem para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Palavras chave: Enfermagem, Saúde Infantil e Pediátrica, Criança, Família e Prestação de Cuidados.

Abstrat

This Practice Report is part of the Final Stage of the 12th Master's degree in Nursing, with specialization in children's and pediatric health, from the Universidade Católica Portuguesa. The professional experience, which cannot be dissociated from the formative process, assumed importance in the text demonstrating the path of professional practice that enabled the prior acquisition of competences in child and pediatric health. The competencies inherent in obtaining a master's degree with specialization in child and pediatric health were grouped into four activity areas (Care Delivery, Research, Training and Management) that allowed the structuring of the report, giving emphasis to the objectives outlined and activities developed in three care contexts (primary healthcare divided between Community Care Unit and Family Health Unit, Neonatology Unit and Pediatric Emergency Department). The reflexive analysis translated how competencies were achieved in the areas of action, namely Health Surveillance, School Health, Care Partnership, Parenting, Pain, Children and Young People at Risk and Communication. The integration knowledge acquired along the professional path was accomplished, with reflection on the activities developed and based on bibliographic research. Knowledge acquisition and competencies led to a reflection on the implications of this trajectory in professional practice, evidencing the contribution that academic pathway has in improving the quality of care.

Keywords: Nursing, Children and Pediatric Health, Child, Family, Care Delivery.

Agradecimentos

Ao Ruben, por me acompanhar neste percurso com respeito, apoio, paciência e amor incondicional.

À minha família, especialmente à minha Mãe... por ser o meu porto de abrigo sempre.

À Prof. Doutora Isabel Quelhas pela colaboração, suporte e rigor exigido durante todo o percurso.

Às Enfermeiras Especialistas pela partilha de conhecimentos, disponibilidade e acompanhamento.

À minha equipa do Serviço de Pediatria, pelas palavras de incentivo e pela colaboração que permitiu integrar e terminar este projeto.

Às minhas amigas por me ampararem nos momentos difíceis e transmitirem a confiança que precisei.

A ti Avô,
que tão orgulhoso ficaste com o início deste projeto
e a vida não te deu a oportunidade de ver o fim,
obrigada por, mesmo assim, estares sempre presente.

Lista de siglas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
AES	Ação de Educação para a Saúde
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral de Saúde
ECTS	European Credit Transfer System
EDIN	Échelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né
EESIP	Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria
ESIP	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
EVA	Escala Visual Analógica
FLACC	Face, Legs, Activity, Cry and Consolability
FLACC - R	Face, Legs, Activity, Cry and Consolability – Revised
FPS - R	Face Pain Scale – Revised
IPOFG	Instituto Português de Oncologia - Francisco Gentil
NACJR	Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NHACJR	Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NIDCAP	Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIAF	Plano Individual de Apoio à Família
PNV	Programa Nacional de Vacinação
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RN	Recém-Nascido
SI	Saúde Infantil
SIP	Saúde Infantil e Pediatria
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCP	Universidade Católica Portuguesa
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
USF	Unidade de Saúde Familiar

Índice

1. Introdução	17
2. Contexto da prática profissional.....	19
3. Contextualização do Estágio	25
3.1 Unidade de Cuidados na Comunidade	25
3.2 Unidade de Saúde Familiar	26
3.3 Unidade de Neonatologia	27
3.4 Serviço de Urgência Pediátrica	27
4. Competências adquiridas em contexto de estágio	29
4.1 Domínio da Prestação de Cuidados	30
4.2 Domínio da Investigação em Enfermagem.....	60
4.3 Domínio da Formação em Enfermagem.....	62
4.4 Domínio da Gestão de Cuidados.....	65
5. Implicações do percurso formativo para a prática profissional.....	70
6. Conclusão	74
7. Referências Bibliográficas	76
Apêndices.....	84
Apêndice I – Planeamento da Ação de Educação para a Saúde “Higiene Corporal” ..	86
Apêndice II - Planeamento da Ação de Educação para a Saúde “Saúde Oral”	115
Apêndice III – Planeamento da sessão de formação a pares “NACJR – deteção e referenciação precoce”	141
Anexos	199
Anexo I - Diapositivos da Ação de Educação para a Saúde “Sexualidade e Planeamento Familiar”.....	201
Anexo II - Diapositivos da Ação de Educação para a Saúde “Com as tuas mãos podes salvar vidas”	209

1. Introdução

O presente Relatório de Estágio insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

O plano de estudos contempla 30 ECTS (European Credit Transfer System) para a unidade curricular, aos quais corresponderam a um total de 750 horas de trabalho, das quais 540 horas presenciais e as restantes 210 horas de trabalho individual, divididas por três contextos assistenciais e a elaboração do presente relatório de estágio.

O primeiro contexto assistencial, em Cuidados de Saúde Primários (CSP), dividiu-se entre uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) (integrou 124 horas presenciais) e uma Unidade de Saúde Familiar (USF) (correspondeu a 56 horas presenciais). O segundo contexto assistencial decorreu numa Unidade de Neonatologia (90 horas presenciais) e, por último, o terceiro contexto assistencial desenrolou-se num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) (90 horas presenciais). As restantes 180 horas corresponderam à elaboração do relatório de estágio.

Para elaboração do presente documento adotou-se uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva fundamentada com pesquisa bibliográfica. A referenciação ao longo do texto e referências bibliográficas foram elaboradas segundo a norma APA. Este relatório de estágio tem como objetivos:

- Realizar uma análise crítico-reflexiva acerca dos objetivos e atividades desenvolvidas;
- Demonstrar a aquisição de competências no âmbito do Mestrado em Enfermagem e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.
- Realizar uma reflexão sobre a prática baseada na evidência científica;
- Realizar uma reflexão acerca das implicações deste percurso para a prática profissional.

A estrutura do trabalho seguiu uma linha orientadora que permitisse ser de fácil compreensão e leitura.

Inicialmente foi realizada uma reflexão acerca das atividades desenvolvidas em contexto da prática profissional, de forma a evidenciar de que forma esta contribuiu para desenvolver algumas competências.

Posteriormente, realizou-se uma descrição dos contextos assistenciais com explicação da sua estrutura funcional e organizacional, bem como os motivos que levaram à escolha dos mesmos.

Seguiu-se a análise descritiva e crítico-reflexiva que traduziu a forma como as competências foram atingidas para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP). As competências foram divididas em quatro domínios de atuação que pretenderam agrupar os objetivos estabelecidos previamente aos contextos de estágio, assim como, as atividades desenvolvidas que permitiram atingir os objetivos. Assim, tornou-se importante realizar uma reflexão acerca das implicações que este percurso terá na prática profissional.

No término, descreve-se em ponto de conclusão a apreciação global deste percurso formativo, os principais desafios e dificuldades, salientando os resultados obtidos.

2. Contexto da prática profissional

O percurso profissional em Saúde Infantil e Pediátrica iniciou-se a 4 de Outubro de 2010, num Serviço de Pediatria Oncológica, que se encontra dividido em Consulta Externa, Hospital de Dia, Serviço de Internamento e Serviço de Atendimento não programado. Apesar de fisicamente os serviços se encontrarem em pisos distintos, fazem parte da mesma organização partilhando o Diretor de Serviço e Enfermeira-Gestora. Desta forma, apesar da atividade profissional se desenrolar maioritariamente no Internamento, alguns turnos são pontualmente partilhados no Hospital de Dia. Destina-se a todos os lactentes, crianças, jovens e adolescentes com idades compreendidas entre os 28 dias até 17 anos e 365 dias, englobando valências médicas, cirúrgicas, cuidados paliativos e urgência.

A equipa multidisciplinar do Serviço de Pediatria é composta por 24 enfermeiros, dos quais 10 são Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP), Pediatras, Cirurgião Pediátrico, Pedopsiquiatra, Assistente Social, Psicóloga, Nutricionista, Equipa Lúdico-Pedagógica e Assistentes Operacionais.

O método de trabalho é individual. A cada enfermeiro são distribuídas crianças e respetivas famílias que ficam ao seu cuidado e responsabilidade durante o turno, com planeamento e implementação individual do trabalho. Apesar deste método de trabalho adotado, o espírito de equipa é evidente e necessário neste contexto específico.

Regra geral, quando há suspeita de doença oncológica, as crianças e família são transferidas, após contacto telefónico, para a Consulta/Hospital de Dia em período diurno ou para o internamento em período noturno para iniciar a fase diagnóstica.

O acolhimento ao serviço é das fases mais difíceis em termos profissionais pela complexidade emocional inerente. Conforme refere Santos & Figueiredo (2013) *“a doença oncológica na criança é sempre um acontecimento inesperado e devastador para as pessoas que lhe são próximas”*. Para além da avaliação inicial, informação relativa à dinâmica do serviço com apresentação da equipa e do espaço físico, tenta-se criar um momento de partilha e apoio aos pais e criança, através de um diálogo inicial de conforto, permitindo a partilha de emoções e medos, de forma a estabelecer uma relação de confiança e empatia.

O internamento de crianças é também realizado em várias fases do tratamento, por exemplo para ciclos de quimioterapia ou cirurgia e por situações agudas, por vezes de

maior risco. Foi necessária a aquisição de saberes ao longo dos anos que permitisse dar resposta á situação clínica da criança e criar estratégias de comunicação com os pais, de forma a que estes sejam conhecedores do tratamento e evolução da criança, assim como se sintam parte integrante dos cuidados.

Neste contexto assistencial não se dissocia em momento algum a criança da sua família, que se mantém presente ao longo das 24 horas, durante todos os procedimentos realizados no serviço.

A legislação portuguesa prevê o acompanhamento familiar da criança hospitalizada ao abrigo da Lei 15/2014, artigo 19º, n.º 1: “*A criança com idade até 18 anos internada em estabelecimento de saúde tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe ou de pessoa que os substitua*” (Assembleia da República, 2014). Assim, constata-se que o serviço cumpre a legislação pois permite a presença de ambos os pais/prestadores de cuidados ao longo do internamento. No entanto, o cumprimento total desta premissa só se verifica no período diurno, sendo que no período noturno apenas é permitida a presença de um acompanhante por questões de organização física do serviço. O serviço possibilita a que o acompanhante que pernoita tenha direito a uma cama individual e um espaço onde pode realizar a sua higiene diária. Em situações de maior fragilidade das crianças, nomeadamente agravamento do estado clínico e situações terminais, ambos os pais têm permissão para permanecerem junto da criança sem restrições.

A doença oncológica acarreta emoções fortes e um desafio constante ao longo de todo o percurso profissional. Durante o percurso de tratamentos é fomentada a participação dos pais, respeitando o desejo dos mesmos e, desta parceria, denota-se vantagens em que os pais sentem-se parte integrante dos cuidados, iniciam um processo de preparação para a alta prestando cuidados de forma autónoma e segura em casa e restabelecem a sua autoconfiança em relação à capacidade de cuidar do filho (Azeredo *et al.* 2004).

Cuidar de uma criança/adolescente com doença oncológica é exigente e complexo, e passa por intervir em várias fases de um processo prolongado, não só no doente como igualmente nos pais, necessitando assim de uma consciência crítica para esta problemática da prática profissional, desenvolvendo desta forma competências na abordagem de questões complexas de modo sistemático assim como na avaliação da adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas. Durante todas as fases do tratamento, o papel ajusta-se às diferentes necessidades da criança/adolescente e

família, sendo que cada uma é crucial, acarreta sentimentos, sinais e sintomas que divergem de criança para criança.

Ao longo da fase de internamento, as intercorrências como a título de exemplo as reações anafiláticas, hemorragias, mucosites ou quadros de sépsis, são recorrentes e tornou-se necessário adquirir capacidade de reagir perante estas situações, tanto a nível técnico como a nível emocional, dando uma resposta eficaz desenvolvendo assim uma capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas.

As situações de emergência são raras, mas são sempre momentos difíceis quer para a equipa quer para os pais. É fundamental a coordenação entre a equipa de forma a prestar cuidados rapidamente, com objetivo de reverter o quadro. Os pais decidem se querem estar presentes, nunca sendo obrigados a qualquer decisão da parte da equipa. Muitas vezes constata-se que, optando por estar presentes, ficam mais tranquilos e com a sensação de que tudo está a ser feito.

Desenvolver competências sobre técnicas de comunicação ao longo da experiência profissional foi outro foco de atuação. A comunicação é uma área de destaque, que se pretende ajustada a cada família adotando sempre um tom de voz suave e ao mesmo tempo seguro de forma a transmitir a confiança que precisam para encarar esta fase. A comunicação com a criança/adolescente é ajustada à sua faixa etária e é imprescindível explicar também à criança os tratamentos, os efeitos secundários, sinais e sintomas que podem surgir de forma a que também se sintam parte integrante da fase de tratamento. A comunicação não verbal é obrigatoriamente trabalhada. A expressão facial, o tom de voz, os gestos e a postura são determinantes na forma como cada família encara o processo de doença. O conhecimento sobre técnicas de comunicação é trabalhado diariamente no sentido de desenvolver uma resposta capaz de ir de encontro às necessidades da criança e família.

Outra área de destaque é o controlo da dor que se afigura fundamental no tratamento de doença oncológica. A adoção de estratégias não farmacológicas é indispensável, mas o trabalho em cooperação com a equipa médica é fundamental para o controlo efetivo da dor. Estar desperto para a consequência de alguns tratamentos e, muitas vezes, antever o agravamento da dor faz parte do processo de formação profissional em que se trabalha diariamente para que a criança não sofra física e emocionalmente.

Os cuidados paliativos são uma área abrangente do cuidar que exigiu um trabalho essencial com compromisso, preparação e sensibilidade. Para além do conhecimento científico, a afetividade e competência relacional configuram-se primordiais no cuidado para proporcionar o conforto à criança e família.

A procura de conhecimento científico norteou o percurso, uma vez que a prática baseada na evidência orienta para cuidados de qualidade. Desta forma tem sido uma premissa ao longo da experiência profissional, procurar o conhecimento mais atualizado na área de atuação, incorporando na prática os resultados da investigação.

Participar na investigação em serviço sempre esteve presente, sendo que o Serviço de Pediatria mantém-se com estudos em diversas áreas. Dos estudos de investigação ressalta-se o estudo “Experiências de dor em crianças com cancro - localização, intensidade, qualidade e impacto” no qual se realizou uma avaliação criteriosa da dor com registo inerente; o estudo clínico ‘Fosaprepitan Pediatric PK/PD Study – PN 029’ com administração do fármaco antes de um ciclo específico de quimioterapia e avaliação após do controlo antiemético deste; e o estudo “Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Clinical Trial to Evaluate the Safety, Tolerability, Pharmacokinetics, and Efficacy of a Single Infusion of Bezlotoxumab (MK-6072, Human Monoclonal Antibody to *C. difficile* Toxin B) in Children Aged 1 to <18 Years Receiving Antibacterial Drug Treatment for *C. difficile* Infection (MODIFY III)” na colaboração de administração da terapêutica, colheitas séricas temporizadas e registos.

A formação contínua promove o desenvolvimento pessoal e profissional e faz parte de um conjunto de estratégias que ao longo do percurso profissional têm vindo a permitir o desenvolvimento de novos saberes e competências. No âmbito da formação contínua salienta-se a frequência no Curso de Suporte Básico de Vida Pediátrico, Suporte Avançado de Vida Pediátrico, Curso de Controlo de Infeção, Manipulação de Cateteres Venosos Centrais, Dor aguda no pós-operatório e Pós-Graduação em Saúde Infantil e Pediátrica.

Identificar necessidades formativas, promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros e promover a formação em serviço são competências que têm sido desenvolvidas ao longo da experiência profissional. A formação em serviço é uma das funções exercidas, tanto como formanda como formadora. Versam diversas temáticas que cumprem as necessidades identificadas dentro da equipa, tais como a gestão de medicação

em pediatria, a manipulação de equipamentos, a nutrição em pediatria oncológica e a formação do carro de emergência. A formação do carro de emergência foi uma das formações ministradas, como formadora, ao longo de dois anos e teve como objetivo capacitar a equipa a agir em situações de emergência.

Colaborar no processo de integração de novos profissionais de Enfermagem no serviço constitui uma experiência gratificante. Permite uma reflexão acerca da prática profissional e contribuição para a integração de saberes teóricos na prática, dotando os colegas de conhecimentos de forma a integrá-los progressivamente nas suas funções. O facto de ser integradora, torna um elemento de referência ao longo da vida profissional dos novos elementos, o que acarreta uma maior responsabilidade na prática profissional.

Houve ainda oportunidade de orientar alunos do 3º e 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Esta experiência constitui um desafio à prática profissional, pelas dúvidas que estes colocam e pela dificuldade inicial na articulação teoria-prática, tendo sido uma preocupação dotá-los de capacidades que permitissem integrar na vida profissional no futuro.

A experiência adquirida ao longo do percurso profissional permitiu adquirir algumas competências no âmbito da gestão, nomeadamente como responsável de turno. O critério de seleção para responsável de turno passa por ser um EESIP ou, na ausência deste, o elemento mais experiente e faz parte das funções efetuar a gestão de recursos materiais quando necessário, a organização do plano de trabalho e a gestão de cuidados da equipa.

3. Contextualização do Estágio

A parceria entre instituições de ensino e de saúde deve assumir-se como fundamental para a formação dos profissionais de Enfermagem.

O estágio é um momento privilegiado de aprendizagem e, assumindo uma importância na aquisição de novas experiências, potencia a pesquisa e integração de conhecimentos na prática e consolida, desta forma, saberes já adquiridos que permitem desenvolver novas competências.

O primeiro contexto de estágio correspondeu à Prestação de CSP (dividido entre duas unidades de saúde distintas: UCC e USF). O segundo realizou-se numa Unidade de Neonatologia, e o terceiro no SUP.

A escolha dos contextos de estágio, prenderam-se com o facto de serem integrados na área geográfica de residência, com interesse em conhecer a realidade de trabalho na área da Saúde Infantil e Pediátrica nas diferentes vertentes do cuidar num contexto de “periferia”, mas com aspetos tão relevantes quanto hospitais, muitas vezes, denominados centrais. A realidade da UCC que abrange quatro centros escolares, e os contextos de estágio do hospital que abrangem 553.000 habitantes, foram dados que despertaram curiosidade e que levou a conhecer realidades que possibilitaram a consolidação de conhecimentos e implementação de boas práticas na área da Saúde Infantil e Pediátrica.

O horário foi realizado de acordo com o praticado nas instituições, seguindo o horário das enfermeiras tutoras e a oportunidade para atingir os objetivos traçados.

3.1 Unidade de Cuidados na Comunidade

A UCC na qual se desenvolveu o Estágio pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Tâmega II – Vale do Sousa Sul. Foi criada com o intuito de fazer cumprir a missão do próprio ACES, apresentando um plano de ação que vai ao encontro das necessidades demonstradas pela população.

O contacto com esta dinâmica foi um dos aspetos mais reveladores e positivos do estágio. A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde. Presta cuidados de saúde e apoio social de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas,

famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença. Desenvolve ainda a sua atividade assistencial através de intervenções na área da promoção, prevenção e educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, para a melhoria do estado de saúde da população, visando a obtenção de ganhos em saúde e bem-estar.

A equipa de Enfermagem, constituída por uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, quatro Enfermeiros Especialistas em Reabilitação, uma Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e uma Enfermeira Especialista em Comunitária, tem a seu cargo diferentes projetos nas áreas de especialidade.

3.2 Unidade de Saúde Familiar

A USF na qual foi realizado o Estágio é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, dotada de autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada no ACES do Tâmega II – Vale do Sousa Sul. Tem por missão a prestação de cuidados primários de excelência, adequados às características da população.

A Consulta de Saúde Infantil e Juvenil e o Programa de Vacinação foram os pontos imprescindíveis ao desenvolvimento de competências que se espera que o EESIP adquira.

A Consulta de Saúde Infantil e Juvenil destina-se a crianças e jovens com idade inferior a 18 anos, visando assegurar um desenvolvimento harmonioso e tendo como princípio fundamental a obtenção contínua de ganhos em saúde nesta população.

Na USF, o método de trabalho adotado é o de Enfermeiro de Família em que “*o Enfermeiro cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família (...) em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde*” (Ministério da Saúde, 2014). A equipa de Enfermagem é constituída por seis Enfermeiros, em que uma é EESIP. Desta forma, a EESIP trabalha de forma muito próxima com o Médico de Família, realizando as consultas em parceria e desenvolvendo as atividades de forma a dar uma resposta centrada no bem máximo da criança/família. Outro aspeto importante é a existência de um espaço físico apenas dedicado à consulta de Saúde Infantil (SI), o que permite a sua realização de forma tranquila, com avaliação Enfermeiro/Médico na mesma área.

3.3 Unidade de Neonatologia

A Unidade de Neonatologia na qual se desenrolou o Estágio faz parte do Serviço de Pediatria e pertence ao Departamento da Mulher e da Criança.

Presta assistência a Recém-Nascidos (RN) com idade gestacional igual ou superior a 30 semanas, até aos 28 dias de vida. É composta por quatro unidades de cuidados intensivos, oito de cuidados intermédios e uma unidade de isolamento, dispostas num amplo espaço, sem barreiras arquitetónicas (exceto a unidade de isolamento).

A disposição física das unidades permitiu uma melhor compreensão da dinâmica do serviço e facilitou organização do plano de trabalho, permitindo manter contacto visual das mesmas e criando uma proximidade aos Pais que se mantêm junto dos RN.

A equipa de Enfermagem é composta por 25 enfermeiros, dos quais sete são EESIP.

O método de trabalho é o individual, em que cada enfermeiro tem a seu cargo dois a três RN, de acordo com a especificidade de cuidados que exigem. Desta forma foi prioritário integrar este método de trabalho, estabelecendo prioridades na prestação de cuidados, com identificação das necessidades de cada RN e família.

A admissão no serviço ocorre através de transferências internas do serviço de Obstetrícia, Bloco de Partos, Serviço de Pediatria, Bloco Operatório, Serviço de Urgência ou transferências de outras unidades hospitalares. De salientar a proximidade física entre estes serviços e a Unidade de Neonatologia o que claramente se distingue como um aspeto facilitador aquando das transferências internas.

3.4 Serviço de Urgência Pediátrica

Ao SUP podem recorrer RN, crianças e jovens dos 0 aos 17 anos e 364 dias de vida, da área de residência do hospital ou fora dela, podendo ser igualmente referenciadas pelo Médico Assistente, outros centros hospitalares ou pelo SNS 24 – centro de contacto do Serviço Nacional de Saúde.

Quando a criança recorre ao SUP, inicialmente é encaminhada aos serviços administrativos, posteriormente é realizada a triagem pelo Enfermeiro e, de acordo com a Triagem de Manchester, a criança e o seu acompanhante (pais/cuidadores principais) são encaminhados para as zonas de espera mediante o resultado do fluxograma da mesma.

Para além da sala de triagem e as áreas de espera, o SUP é constituído por uma sala de emergência, sala de tratamentos, uma sala de apoio à sala de tratamentos constituída por três macas, uma sala destinada a nebulizações, uma sala de observação constituída por seis unidades e um quarto de isolamento, gabinetes médicos de apoio à área amarela/laranja e gabinetes de apoio à área azul/verde.

No caso de uma emergência, a sala de emergência fica estrategicamente colocada entre a entrada da urgência e o SUP, de forma a ser acionada uma resposta rápida à situação.

O SUP recebe cerca de 200 crianças diariamente, sendo que uma parte é encaminhada para Ortopedia ou Cirurgia de adultos, no caso de trauma ou lesões que assim o requeiram após triagem e outra é encaminhada para a área de espera de Pediatria.

A prestação de cuidados no SUP é realizada nas diferentes áreas descritas anteriormente com método de trabalho individual, sendo que se verificou a existência de trabalho em equipa quando necessário, que permite dar a melhor resposta às crianças/adolescentes e suas famílias em tempo útil e de acordo com as suas necessidades.

A equipa de enfermagem é constituída por 18 elementos, dos quais 10 detêm o título de EESIP pela OE.

4. Competências adquiridas em contexto de estágio

Neste percurso formativo, delineou-se estratégias de ação considerando o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da OE (2018), em que destaca o desempenho na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança/adolescente e sua família, procurando responder globalmente ao “*mundo*” da criança, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança. O mesmo regulamento descreve o “*assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*” como três competências do EESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Desta forma, entende-se que as competências do EESIP supracitadas não podem ser dissociadas dos domínios de atuação no Plano de Estudos do Mestrado (Prestação de Cuidados, Formação em Enfermagem, Gestão dos cuidados, Investigação em Enfermagem). Assim, delineou-se as estratégias de ação deste caminho percorrido, sendo o mote para o planeamento do estudo e a aquisição de competências.

Assim, tendo por base um agrupamento das competências realizado, delineou-se objetivos específicos para os diferentes contextos assistenciais, explicitados ao longo do relatório. Estes determinaram a necessidade de planeamento e concretização de atividades bem como a seleção, mobilização e integração dos conhecimentos adquiridos ao longo do percurso académico e profissional. Associado a cada objetivo foi planeado um grupo de atividades que permitiram atingir os mesmos, com descrição e fundamentação através de uma reflexão crítica na qual é transmitida a intencionalidade do trabalho desenvolvido, de forma a evidenciar as competências adquiridas.

4.1 Domínio da Prestação de Cuidados

O Domínio da Prestação de Cuidados figura como a centralidade do exercício clínico de Enfermagem na prestação de cuidados à criança/adolescente e família e, nesse sentido a argumentação reflexiva seguinte reflete a consciência crítica exercida ao longo do contexto assistencial.

Competência

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

Objetivo

- Conhecer a estrutura física do serviço e integrar a dinâmica da instituição e da equipa multidisciplinar.

Atividades:

- Visita guiada às unidades;
- Conhecimento da missão e objetivos dos serviços;
- Consulta de normas e procedimentos dos serviços;
- Consulta de horários e planos de trabalho.

Reflexão crítica

No início do estágio, de forma a contribuir para o conhecimento da estrutura física dos contextos, foi realizada uma visita guiada pelas instalações, percebendo a sua organização e funcionamento. Foram facultados os manuais de integração, de forma a compreender os objetivos e a missão das unidades. O contacto com a estrutura e a perceção inicial da missão e objetivos foi fundamental para a integração e adaptação aos contextos até então desconhecidos.

A equipa multidisciplinar foi apresentada pela enfermeira tutora, com referência às funções específicas de cada elemento. A organização de cada serviço revelou-se adequada e os métodos de trabalho adaptados a cada contexto, facilitando a integração na dinâmica da equipa e permitindo a implementação das atividades, como resposta aos objetivos delineados.

A consulta de normas e procedimentos do serviço e participação na distribuição dos planos de trabalho, permitiram incorporar a dinâmica dos serviços relativamente à prestação de cuidados e gestão de recursos.

No seguimento deste percurso, a realização da caracterização, ainda que sucinta, dos diferentes locais de estágio e a consulta de alguns documentos permitiu uma melhor compreensão da realidade e dinâmica encontrada.

O limite temporal do estágio exigiu, em cada contexto, uma adaptação rápida e bem-sucedida que foi alcançada com a colaboração das enfermeiras tutoras e restante equipa multidisciplinar, o que permitiu a consecução dos objetivos traçados.

Competências

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

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 de especialização em SIP.

Objetivo

- Aprofundar conhecimentos e habilidades no âmbito da vigilância de saúde.

Atividades

- Manter conhecimentos atualizados para a prestação de cuidados;

- Realizar consultas de vigilância de SI;
- Realizar vacinação de acordo com o Programa Nacional de Vacinação (PNV);
- Efetuar colheita de dados, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação das atividades.

Reflexão crítica

Ao longo do estágio, a procura do conhecimento foi constante, mantendo o mesmo atualizado e procurando aplicar na prática as diretrizes atuais, utilizando para o efeito as fontes mais fidedignas.

Conforme refere Mendes & Martins (2012) o processo de cuidar em Pediatria, pela sua especificidade, determina que o Enfermeiro desenvolva as suas capacidades para responder com competência à singularidade do ato de cuidar a criança em parceria com os pais. Pode-se dizer que na parceria foi enfatizada a importância dos pais para o desenvolvimento integral da criança, assim como para o desenvolvimento do próprio cuidado também. Desta forma, as crianças e família foram encaradas e tratadas com as suas particularidades, assumindo-se esta permissão de vital importância na realização das consultas de SI para aquisição e desenvolvimento de competências na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil.

Foi nesta linha orientadora que as consultas se basearam, mantendo o foco de atenção nos parâmetros estipulados pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, nomeadamente na avaliação dos parâmetros previstos para cada idade (perímetro cefálico, altura, peso, tensão arterial, índice de massa corporal, visão, audição, entre outros) e aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento Psico-motor de Mary Sheridan Modificada (DGS, 2013).

A postura durante as consultas foi a de estabelecer um relacionamento terapêutico e de confiança junto da criança/adolescente e família. As intervenções foram de encontro às necessidades identificadas junto das crianças/adolescentes e famílias. Foi recolhida e analisada informação junto da família, no sentido de aumentar a segurança na prática junto das crianças, dando lugar ao esclarecimento de dúvidas, prevenção e sinalização de práticas de risco essencialmente a nível da amamentação e alimentação, acidentes e segurança do ambiente, higiene e saúde oral, hábitos de sono, regulação do trânsito intestinal, estilos de vida saudáveis e vacinação.

Foram realizadas aproximadamente 90 consultas, em que se proporcionou momentos de avaliação a crianças de todas as faixas etárias, indo de encontro ao objetivo de cumprir a vigilância em Saúde Infantil. O Estágio foi realizado num contexto abrangente, em que se contactou com famílias de diversos extratos socioeconómicos, com dificuldades e inquietações distintas, permitindo a aquisição de estratégias comunicacionais e relacionais que fossem de encontro às particularidades de cada família.

Uma das temáticas abordadas nas consultas de SI prendeu-se com a alimentação diversificada, adaptada a cada faixa etária da criança, assim como estratégias a adotar para introduzir alimentos saudáveis em todas as refeições do dia. O incentivo à ingestão hídrica em meio escolar também foi relevante pois, conforme é referido no manual “Hidratação adequada em meio escolar” as crianças são particularmente suscetíveis à desidratação (Padrao *et al.*, 2014). Assim, a par com a família, tentou-se encontrar estratégias para incentivar as crianças a ingerir água, principalmente envolver as crianças nesta decisão incorporando a sua importância na temática da consulta.

A introdução de novos alimentos no primeiro ano de vida pode constituir um fator de stresse para as famílias e, perante as faixas etárias encontradas nas consultas, foi um dos temas trabalhados. A diversificação alimentar durante o primeiro ano de vida é um passo de extrema relevância para o adequado aporte nutricional do latente, para o seu desenvolvimento físico e psíquico (Silva & Aguiar, 2011) e, por isto, constituiu um tema prioritário explorando o conhecimento das mesmas e colmatando as necessidades quando identificadas.

Constatou-se que nem todas as famílias apresentavam as mesmas dificuldades. O *timing*, a ordem na introdução dos alimentos e o intervalo entre a introdução de novos alimentos e a confeção dos mesmos foram dúvidas frequentes das famílias que, por vezes se traduziram em inseguranças com necessidade de esclarecimento de estratégias a adotar. Estratégias como entrega de panfletos, foram adotadas na USF, que já apresentava modelo próprio de apresentação. Apesar de não existir “*uma base científica de recomendação no sentido de se respeitar uma determinada ordem sequencial de introdução de novos alimentos*” (Silva & Aguiar, 2011), tentou-se junto da família encontrar uma ordem na qual se sentissem confortáveis a cumprir, de forma a tornar este processo mais compreensível. Assim, foi salientada a importância de respeitar um intervalo de três a sete dias entre a introdução de um novo alimento, ou duas semanas se

existir história familiar de alergias, começando pelos alimentos menos alergénicos (Silva & Aguiar, 2011).

Uma necessidade frequentemente identificada foi a de introduzir na alimentação da criança frutas e legumes que não faziam parte da dieta da família. Foi reforçado que o primeiro ano de vida é caracterizado por um período de rápido crescimento, sendo fundamental um aporte adequado de nutrientes em qualidade e quantidade. Destacou-se a importância da integração no regime alimentar familiar bem como a promoção de uma dieta equilibrada na criança que poderia ser uma oportunidade de uma vida saudável para toda a família (Silva & Aguiar, 2011).

Relativamente à vacinação, esta maioritariamente ocorreu durante as consultas já programadas para a infância, tendo tido a oportunidade de vacinar cerca de 40 crianças de praticamente todas as faixas etárias (0, 2, 4, 6, 12, 18 meses, 5 anos); apenas não houve nenhuma situação de administração da vacina contra o vírus Papiloma humano e Tétano e Difteria aos 10 anos (DGS, 2017). No final da consulta orientou-se a família relativamente à vigilância de reação adversa após a administração das vacinas e cuidados a ter, pois sentiu-se alguma insegurança da parte de todos os pais nesta área.

Das vacinas recomendadas extra-programa, foram administradas a vacina contra a Doença meningocócica provocada pela *N. meningitidis* do grupo B e vacina contra o Rotavírus a cerca de 10 crianças. Denotou-se uma preocupação da parte de uma grande percentagem dos pais, já com algum esclarecimento prévio acerca do tema pelo que não se sentiu necessidade de efetuar ensinamentos acerca desta temática. Apenas se realizou o esclarecimento acerca do esquema vacinal, as doses necessárias e em que momento poderiam ser administradas (Comissão de Vacinas da SIP-SPP, 2018).

A Saúde Oral foi também um dos temas no qual houve oportunidade de aumentar o conhecimento e habilidades por parte dos pais. Uma das recomendações passou por iniciar a higienização duas vezes por dia, utilizando uma gaze ou escova macia, com um dentífrico fluoretado, sendo uma das vezes, após a última refeição. Como tal, os pais foram incentivados à aquisição de escovas macias e pasta dentífrica para iniciar a higienização logo após a primeira erupção dentária e, nas crianças a partir dos 3 anos, fomentar a sua autonomia na escovagem com supervisão (DGS, 2011).

O agendamento da consulta seguinte realizou-se sempre no término da presente, mostrando a importância da mesma e dando extrema relevância aos cuidados

antecipatórios. A segurança do ambiente em determinadas faixas etárias, como por exemplo na consulta do ano em que é expectável que a criança que ainda não anda, passe a dar os primeiros passos, foi importante relembrar os pais e alertá-los para a segurança da casa e os perigos que podem existir.

A mudança na cadeira de transporte do carro também foi uma temática explorada. O uso de sistema de retenção infantil em crianças até aos 12 meses é usual em todas as famílias, mas nem todas cumprem a recomendação de usar a cadeira de transporte no carro voltada para trás até aos 3-4 anos. Foi também explorado o uso de cadeira de apoio até aos 8 anos e, entre os 8 e 12 anos o uso de banco elevatório. Sendo um tema em que se notou alguma dificuldade na execução ou inexperiência dos pais, foi trabalhado com os mesmos no sentido de promover uma consciencialização acerca do tema.

Os cuidados antecipatórios no que respeita ao desenvolvimento infantil prenderam-se essencialmente com o alcance das habilidades em diferentes áreas, como as habilidades motoras (aquisição de movimentos como andar, pular), habilidades cognitivas (como a capacidade de raciocínio), habilidades de linguagem (dando ênfase a aspetos como a linguagem compreensiva e expressiva, conseguido através de conversas e livros) e habilidades do foro psicossocial (pela capacidade de interação social) (Souza & Verissimo, 2015). Em cada consulta foram referidos estes temas de acordo com as necessidades dos pais e adotadas estratégias de promoção do desenvolvimento infantil e como criar condições ambientais favoráveis à exploração, contendo estímulos visuais, sonoros e táteis (Falbo *et al.* 2012).

Também na consulta ao adolescente, houve espaço a esclarecimento de dúvidas e exploração de temas atuais e de interesse dos jovens como: o uso das redes sociais, a puberdade e as alterações que daí advêm, e o consumo de álcool e tabaco. No seu estudo, Ferreira & Torgal (2009) conclui que é importante que os Enfermeiros ajudem os adolescentes a desenvolverem competências que os tornem capazes de negociar os níveis de intimidade e a medidas contraceptivas a usar numa relação. Desta forma, estes foram temas abordados na consulta do adolescente. Estes mostraram-se inicialmente mais constrangidos, contudo, no decorrer na consulta, conseguiu-se que falassem mais abertamente relativamente às suas escolhas proporcionando desta forma uma orientação para escolhas de vida saudáveis.

Objetivo

- Desenvolver competências no âmbito da assistência em contexto de Saúde Escolar.

Atividades

- Realizar ação de educação para a saúde intitulada “Higiene Corporal”;
- Realizar ação de educação para a saúde intitulada “Saúde Oral”;
- Realizar vigilância das escolhas alimentares em contexto escolar;
- Participar numa ação de educação para a saúde intitulada “Sexualidade e Planeamento Familiar”;
- Participar numa ação educação para a saúde intitulada “As tuas mãos salvam vidas”.

Reflexão crítica

A Escola sendo um espaço seguro e saudável, deve facilitar a adoção de comportamentos saudáveis promovendo a saúde da comunidade. Duas das estratégias do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) são a vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde (DGS, 2015).

De acordo com o PNSE há que “*agilizar a articulação entre serviços para uma boa execução das atividades do PNSE*” (DGS, 2015). Assim, foi feito um levantamento das necessidades formativas por dois agrupamentos escolares no início do ano letivo e comunicadas posteriormente à UCC no sentido de ser agilizado o planeamento das Ações de Educação para a Saúde (AES).

Foi efetuado o planeamento das AES subordinadas aos temas “Higiene Corporal” e “Saúde Oral” e realizadas, respetivamente, a três turmas do Pré-escolar e uma turma do 1.º Ano, encontrando-se no Apêndice I o planeamento da AES “Higiene Corporal” e no Apêndice II o planeamento da AES “Saúde Oral”.

O planeamento das sessões incorporou uma pesquisa bibliográfica aprofundada sobre os temas, de forma a dar resposta às necessidades formativas da comunidade escolar. Os

métodos e as estratégias de intervenção também foram planeados e ajustados a crianças com idades entre os 3 e 5 anos no pré-escolar e 6 anos no 1.º Ano.

Conforme refere Moreno-Martinez *et al.* (2014) no seu estudo, a importância da higiene corporal para a saúde foi demonstrada pelo estabelecimento de hábitos de higiene pessoal no século XX que, juntamente com outros fatores, desempenharam um papel decisivo na redução da mortalidade infantil e no aumento da expectativa de vida em todas as faixas etárias. Desta forma, a AES permitiu dotar as crianças de conhecimentos sobre a Higiene Corporal e promover a adoção de comportamentos de Higiene Corporal.

A lavagem das mãos é extremamente importante nesta temática, pelo que foi dado ênfase durante o planeamento da AES. Muitas doenças de pele, habituais nas crianças, tais como infeções fúngicas, impetigo, varicela e pediculose, são transmitidas de criança para criança. É da responsabilidade dos profissionais de enfermagem ensinar a prevenir estas doenças transmissíveis, através de técnicas corretas de lavagem das mãos (Opperman & Cassandra, 2001).

As estratégias adotadas para despertar o interesse dos alunos foram eficazes. No final da sessão foram capazes de identificar os momentos cruciais para a lavagem das mãos, assim como os cuidados a ter com as unhas e aproximadamente 85% dos alunos respondeu de forma correta às questões que foram colocadas, através de um jogo interativo.

A intervenção na Saúde Oral foi outra necessidade identificada pelas escolas. O Plano Nacional de Promoção de Saúde Oral, inserido no Plano Nacional de Saúde (2004-2010) tem como objetivo a redução da incidência e prevalência das doenças orais nas crianças e adolescentes, com melhoria do conhecimento e comportamentos sobre saúde oral. Assim, de acordo com a necessidade identificada pela escola, foi elaborada a AES tendo como objetivos sensibilizar as crianças para a importância da Saúde Oral e promover comportamentos de higiene oral adequados. Desta forma, foram abordados temas como placa bacteriana e cárie dentária, reforçada a importância da frequência da escovagem, o uso correto da escova de dentes e pasta dentífrica e passos na escovagem dos dentes. Percebeu-se que nem todas as crianças dispunham de material para a escovagem dos dentes e, aqueles que dispunham, nem sempre faziam uso do mesmo da forma recomendada. Após a sessão e em análise com a Enfermeira tutora, concluiu-se que seria de importância acrescida programar uma AES aos Pais com o intuito de promover ensinamentos

sobre a higiene oral. Esta seria planeada de forma a abordar os mesmos pontos da AES às crianças, tendo ficado agendada para uma data posterior ao término do estágio.

O Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral recomenda que a escovagem dos dentes deve ser no próprio estabelecimento de ensino, sob a orientação dos professores, com a entrada na escola após os seis anos. No entanto, verificou-se renitência das escolas em cumprir, por entraves inerentes às mesmas, como por exemplo por falta de estrutura física adequada e número insuficiente de professores e auxiliares para acompanhar os alunos. Desta forma, durante a AES reforçou-se a importância da escovagem ser após o pequeno-almoço e após o jantar ainda em casa e sob supervisão dos pais, contornando desta forma este entrave.

Como o desenvolvimento de cáries e outros problemas orais estão intimamente relacionados com a alimentação, aproveitou-se o momento para enumerar alguns alimentos cariogénicos e desenvolver uma consciencialização dos alunos para esta problemática, percebendo que as crianças estão despertas para os alimentos saudáveis e os cariogénicos.

Fazendo uma retrospectiva destas atividades, foi gratificante perceber a motivação dos alunos e a sua participação, que revelaram bastante interesse. A aquisição de conhecimentos foi indicada pelos resultados, que apresentaram uma média de 87,4% de respostas corretas.

O desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais foi trabalhado, adotando uma postura física e linguística que permitisse estabelecer uma relação com as crianças, motivando-as para o tema e despertando o seu interesse para a adoção de comportamentos saudáveis.

Também em contexto da Saúde Escolar, junto de dois Centros Escolares do Concelho de Paredes, foram realizadas visitas às cantinas, com intuito de perceber a ementa da escola e as escolhas das crianças. É sabido que as escolas têm responsabilidade acrescida em oferecer refeições saudáveis, equilibradas e seguras, que ajudam a preencher as necessidades nutricionais dos jovens (Batista, 2006).

Perante esta atividade foi notória a renitência dos alunos em cumprir a refeição do almoço por referirem a confeção dos produtos não ser do seu agrado. No entanto, quando abordados relativamente aos lanches escolares, uma grande percentagem demonstrou conhecimento relativamente a alimentos saudáveis a incorporar no dia-a-dia.

Este tema foi abordado com base em diretrizes atuais e adaptadas à realidade das escolas portuguesas, como o Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar, pretendendo-se promover comportamentos alimentares saudáveis e criando estratégias comportamentais que permitisse às crianças e aos pais cumprirem as indicações fornecidas (Ministério da Saúde & ARS Norte).

A AES sobre o tema “Sexualidade e Planeamento Familiar” integrou o planeamento anual das atividades de educação para a saúde que se efetua entre as escolas e a EESIP da UCC, pelo que o projeto já estaria a ser implementado a alunos do 10.º, 11.º e 12.º ano, antes do início do estágio. Todavia, existiu a oportunidade de participar em três formações com preparação dos conteúdos a serem ministrados e participação ativa na formação. Face à população alvo, houve a necessidade de adotar diferentes técnicas comunicacionais para atingir os objetivos propostos, que incluíram contribuir para o aumento de conhecimentos relativos à sexualidade e promover a aprendizagem de comportamentos sexuais responsáveis. Os diapositivos da formação encontram-se em Anexo I.

Conforme refere Moreira *et al.* (2013) no seu estudo, é dever dos profissionais de saúde fornecer informação clara e acessível. Assim, a formação não só abordou os métodos contraceptivos disponíveis, como desmistificou os sentimentos que podem ocorrer na adolescência, assim como o acesso às consultas de planeamento familiar, de forma a elucidar os jovens relativamente aos meios que dispõem para viver a sexualidade de forma saudável e segura. O método utilizado foi o expositivo, embora se criasse no final da formação espaço a interação, que se revelou positivo.

No contexto de estágio do SUP existiu a oportunidade de participar no projeto denominado “As tuas mãos salvam vidas” adaptado do original “*Com tus manos puedes salvar vidas*” de Villazon *et al.* (2015), desenvolvido pela equipa de Enfermagem em parceria com diversas escolas do Concelho, que já tinha sido iniciado há cerca de um ano e mantém-se ativo até completar os Agrupamentos Escolares propostos inicialmente. O projeto está desenvolvido para crianças do 1º ciclo e potencia a consciencialização e adoção de comportamentos na abordagem à vítima inconsciente e em paragem cardio-respiratória.

Foi notório desde o início que o projeto estava desenvolvido de forma bastante estruturada, desde o seu planeamento assim como as estratégias adotadas nas AES (Diapositivos em Anexo II), com grande receptividade por parte das escolas e alunos.

Desta forma, fazer parte do mesmo foi uma mais valia para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências na formação aos alunos com um tema relevante para a consciencialização da população desde cedo para a atuação em situações urgentes ou emergentes.

Objetivo

- Colaborar nas áreas inerentes à função do enfermeiro especialista no âmbito da assistência na comunidade.

Atividades

- Participar em reunião do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR);
- Participar em reunião da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ).

Reflexão crítica

Os maus tratos constituem um fenómeno complexo e multifacetado que se desenrola de forma dramática ou insidiosa, em particular nas crianças e nos jovens, mas sempre com repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade dos indivíduos. Pode causar sequelas físicas (neurológicas e outras), cognitivas, afetivas e sociais, irreversíveis, a medio e longo prazo ou, mesmo, provocar a morte (Ministério da Saúde, 2008).

A intervenção do EESIP deve incidir principalmente na prestação de cuidados de maior complexidade, com responsabilidade na participação e integração dos núcleos existentes na proteção de crianças e jovens em risco.

Houve oportunidade em participar numa reunião do NACJR, no qual a enfermeira tutora integra funções. As reuniões seguem uma calendarização própria, definida na primeira reunião do ano, ou extra se assim os elementos do grupo o entenderem. Pertencem ao NACJR duas EESIP, dois assistentes sociais e dois psicólogos.

Na reunião, foi realizada uma retrospectiva do ano anterior, com avaliação da equipa e das atividades desenvolvidas no ano transato, assim como o planeamento das atividades para o presente ano o que permitiu a compreensão das mesmas de forma efetiva.

No decorrer da reunião foi identificada pelos membros que integram o Núcleo, uma lacuna no que respeita à divulgação do NACJR nas unidades de saúde, tornando-se esclarecedor que a articulação com os parceiros e recursos presentes na comunidade é fundamental para a atuação do núcleo.

Apesar da dinâmica entre o NACJR e as unidades de saúde ser inicialmente de difícil compreensão, com o desenrolar da reunião tornou-se perceptível qual o papel que os membros que o constituem desempenham, principalmente a EESIP, e de que forma as crianças em risco deveriam ser encaminhadas para o Núcleo. Assim, surgiu a oportunidade de participar na divulgação do NACJR, o que exigiu uma pesquisa bibliográfica aprofundada neste tema. Desta participação emergiu a revisão de todos os documentos oficiais do Núcleo, incluindo o planeamento da formação nas Unidades de Saúde, e realização efetiva de uma formação a pares numa Unidade de Saúde Familiar, que serão esclarecidas posteriormente neste documento.

Durante o contexto de estágio na UCC, diversos foram os contactos entre unidades de saúde e a enfermeira tutora, no sentido de sinalizar crianças em risco. Este fator foi promotor de aquisição de conhecimentos neste âmbito, sendo uma área sensível e que requer nível de conhecimentos adotado pela EESIP de forma notável.

Na área de proteção de crianças em risco foi do interesse participar numa reunião do NACJR já referida, assim como numa reunião da CPCJ. No entanto, no início do estágio percebeu-se que, sendo uma comissão restrita, seria difícil. Com todos os esforços, e apesar de ser uma comissão que envolve situações sensíveis do ponto de vista sigiloso, houve possibilidade de integrar uma reunião extraordinária, em que foi discutido um caso de violência a uma adolescente com análise e decisão relativa ao encaminhamento do mesmo. A participação nesta reunião foi posterior à pesquisa bibliográfica referente às crianças e jovens em risco, o que possibilitou uma maior compreensão dos temas abordados e da legalidade jurídica envolvida na situação particular.

A carga emocional associada à decisão do futuro de crianças/jovens em risco é uma barreira difícil de transpor, por estar associada a um período de maior vulnerabilidade ao

qual apenas a experiência *in loco* nos permite adquirir capacidade para lidar com a situação.

As reuniões da CPCJ são realizadas quinzenalmente e a Enfermeira da UCC é a representante da saúde da comissão que integra. Assistir a uma reunião foi uma mais valia pois permitiu uma melhor compreensão dos problemas e a sua resolução, integrando na prática a pesquisa bibliográfica efetuada.

Objetivo

- Aprofundar competências na área da parceria de cuidados.

Atividades

- Compreender junto da família as suas expectativas em relação aos cuidados;
- Centrar os cuidados na parceria enfermeiro-família;
- Estabelecer relação de confiança com a família;
- Capacitar a família a prestar cuidados.

Reflexão crítica

O modelo de parceria de cuidados em Pediatria da autoria de Anne Casey (1988), salienta que os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos e que os Enfermeiros desenvolvem todo o planeamento de cuidados promovendo o envolvimento negociado dos pais no processo de cuidar, otimizando os seus conhecimentos e capacidades para o desenvolvimento do papel parental (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Na USF, apesar de os cuidados serem maioritariamente de vigilância em saúde, tornou-se essencial criar uma relação com os pais que permitisse a estes adquirir conhecimentos promotores de desenvolver confiança nos seus próprios cuidados assim como os cuidados prestados pela enfermeira aos seus filhos. Durante as consultas foi uma preocupação dotar os pais de estratégias e saberes que permitissem a estes cuidar de forma responsável e segura. Interagir com a família, percebendo quais as suas expectativas em relação às atividades desenvolvidas com as crianças que permitissem o seu desenvolvimento psicomotor, foi aliciante.

A promoção da parceria de cuidados ao longo do Estágio não envolveu apenas reconhecer os pais como uma parte essencial dos cuidados à criança, mas também, conhecer e respeitar a perícia destes em cuidar do filho.

A noção de parceria envolveu estabelecer uma relação com os pais e usar comunicação efetiva e construtiva. Implicou igualdade, partilha e negociação de cuidados (Casey, 1995).

Já na unidade de Neonatologia, sendo um ambiente tecnológico e sofisticado, que frequentemente intimida os pais, acentuando o seu sentimento de insegurança para o desenvolvimento da função protetora e cuidadora que gostariam de desempenhar, promoveu-se orientação aos pais sobre quais os cuidados básicos a prestar ao RN e qual a perspetiva de resposta deste face aos cuidados prestados.

Conforme sugere Ferreira & Costa (2004), a presença e interação dos pais com o RN foi fundamental tendo sido aumentada de forma gradual até à prestação de cuidados. A aquisição de competências foi valorizada positivamente para que estes se sentissem parte integrante dos cuidados.

Esta parceria foi indissociável nos cuidados, não só por ser objetivo a atingir, mas, principalmente, por mostrar ser a melhor forma de garantir a prestação de cuidados de qualidade, pois como salienta Mendes & Martins (2012) nos resultados do seu estudo, a parceria de cuidados é tida como “*a que melhor pode garantir cuidados de qualidade*”.

Os pais foram estimulados a manterem-se junto dos RN, a envolverem-se nos cuidados e foi negociado um plano de cuidados muitas vezes para o próprio dia ou para o dia seguinte, dando relevância aos seus conhecimentos, capacidades e habilidades.

Como menciona Ferreira & Costa (2004), a parceria ao ser aplicada numa unidade de cuidados neonatais, irá dar o seu contributo para que a vinculação mãe-filho seja estabelecida e/ou mantida. A equipa deverá integrar os pais na prestação de cuidados ao bebé, sendo a enfermeira um elemento privilegiado para promover o processo de interação. Esta diretriz foi mote para a prestação de cuidados, em que se manteve o foco na integração dos pais nos cuidados, conforme a sua vontade.

Inicialmente, os pais demonstraram receio em prestar cuidados ao RN pelas monitorizações, aparelhos e toda a tecnologia envolta do RN. No entanto, foi importante perceber as suas expectativas e realizar os ensinamentos para cuidar do RN naquele ambiente

e, posteriormente, capacitá-los para cuidar dos seus filhos após a alta, com responsabilidade e segurança.

Houve situações em que os pais necessitam de maior apoio nesta transição. A atuação moveu-se sentido de fomentar a ligação e torná-los confiantes na prestação de cuidados.

A parceria de cuidados tem dois princípios: (1) o cuidado de enfermagem às crianças nos hospitais pode ser prestado pelos pais com o apoio dos enfermeiros e (2) os cuidados familiares podem ser prestados pelos enfermeiros quando os pais não estão presentes (Casey, 1995).

Segundo Casey (1995), o papel dos pais é prestar os cuidados básicos, enquanto o dos enfermeiros é fomentar o ensino, transmitindo conhecimentos e técnicas. Assim, sempre que a família esteve presente e mostrou vontade, iniciou-se um processo de negociação, fornecendo continuamente apoio e informação para a tornar capaz de tomar decisões e participar nos cuidados.

A inclusão dos pais nos cuidados ao filho hospitalizado é considerada como um princípio fundamental na prática dos enfermeiros e é encorajado em Portugal, principalmente quando surge a Lei n.º 21/81, que consagra o direito à permanência de um dos progenitores da criança internada em unidades de saúde (Assembleia da República, 1981). Mas como refere Mendes & Martins (2012), a parceria efetiva engloba também a responsabilidade no apuramento do significado que o afastamento de casa tem na experiência das mães que fazem um acompanhamento integral dos filhos no hospital.

Assim, a permanência dos pais foi negociada, respeitando a sua vontade e a parceria nos cuidados adequada a cada família em particular.

No serviço de urgência, pelo carácter muitas vezes urgente e emergente que as situações acarretam, nem sempre é tão linear esta parceria de cuidados negociada e trabalhada com a família. Perante uma situação de perigo de vida, a impotência familiar destitui-a do papel protetor e cuidador da criança, precisando da colaboração da equipa de saúde. Nos momentos mais críticos, manteve-se este princípio no cuidar a criança.

Constatou-se que os pais por vezes se sentiram retraídos em prestar os cuidados em contexto de urgência, pelo estado clínico da criança. Assim, mostrou-se de que forma poderiam incorporar e participar nos cuidados, desmistificando este sentimento e promovendo segurança e inclusão. Aqui, o processo de negociação esteve presente e

existiram numerosas situações em que os pais foram incorporados nos cuidados e estimulados à parceria, por exemplo na realização de desobstrução nasal, nebulização ou até na administração de terapêutica oral. Percebeu-se que, pela especificidade da situação e, sendo um momento de grande ansiedade, os pais confiam no enfermeiro para determinados cuidados e, quando se sucederam estes momentos, foram respeitados. Em todas as situações, a prática de enfermagem norteou-se pela expectativa e vontade dos pais e a necessidade da criança.

Conforme refere Pruitt *et al.* (2006), “*o cuidado centrado na família é um dos pilares da enfermagem pediátrica, no entanto ainda muitos profissionais de saúde mantêm-se renitentes na permissão para a presença dos pais em momentos em que o sistema de suporte é mais preciso – durante os momentos de provação e ansiedade provocados pelos procedimentos invasivos*”. Durante os contextos assistenciais esta situação não se verificou e os pais sempre foram estimulados a permanecer junto da criança.

Objetivo

- Desenvolver competências no apoio na transição e no desempenho da Parentalidade.

Atividades

- Estimular a adoção de estratégias adaptativas para a Parentalidade;
- Apoiar ao longo de todo o processo de amamentação;
- Realizar visita domiciliar ao RN;
- Participar em sessão de Massagem Infantil;
- Promover o método canguru;
- Adotar cuidados promotores da vinculação e ligação mãe-filho.

Reflexão crítica

A transição para a Parentalidade, classificada como transição desenvolvimental, é um fenómeno complexo, que envolve diferentes estádios de crescimento, físico e psicológico. Este tipo de transição, inclui mudanças na vida das pessoas que podem influenciar a sua saúde e que podem ser afetadas por certas condições, como o significado do

acontecimento, as expectativas, o nível de conhecimento ou competência, o ambiente, o nível de planeamento e ainda o bem-estar físico e emocional (Henriques *et al.* 2015).

Durante as consultas de SI, proporcionaram-se diversos momentos em que se apoiou os Pais, compreendendo as suas dificuldades e angústias, ajudando-os na adaptação a este período de transição pois “*a Enfermagem (...) é também uma disciplina do saber, cujo foco da atenção se relaciona com o estudo da resposta humana face às transições de vida, que correspondem a períodos de maior vulnerabilidade (...)*” (Silva & Carneiro, 2014).

Foi proporcionada à família a vivência deste momento de transição caracterizado por numerosas dificuldades expressas pelos pais. Ficou evidenciado que os cuidados antecipatórios nesta fase de transição para a Parentalidade tornam-se numa expectativa muito grande para os pais. A amamentação, o choro, as cólicas, o ciclo de sono, a eliminação urinária e intestinal, a dermatite de fraldas foram aspetos elencados pelos pais que passaram pelas consultas em que foram esclarecidas dúvidas e desmistificados medos. Para além disto, a família foi incentivada a olhar o RN, a conhecê-lo e a interpretá-lo pois, mais do que qualquer pessoa ou profissional, os pais conhecem o bebé e reconhecem as suas necessidades. A calma transmitida nas consultas foi de apreço pelos pais, que acabam com um sentimento de segurança em relação aos cuidados a prestar.

Prestar cuidados em Pediatria significa ver a criança/família como um todo, tendo presente que as intervenções devem ser efetuadas a nível familiar. Durante este percurso, tornou-se fundamental atribuir importância aos conhecimentos e experiências de cada família, envolvendo-as no processo, discutindo ideias e resolvendo os problemas a par.

Neste sentido, encorajou-se os pais na gestão dos seus papéis, colaborando na resolução de problemas, tendo sempre em conta as dificuldades expressas durante o processo de adaptação à Parentalidade (Gage *et al.* 2006).

O sucesso da amamentação pode ser definida, segundo o Manual de Aleitamento Materno da United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), pela qualidade da interação entre mãe e bebé, durante a mamada, pois este proporciona a oportunidade de contacto físico e visual e a vivência da cooperação mútua entre a mãe e o bebé (Levy & Bertolo, 2012). Este pressuposto esteve presente nas consultas, em que se mostrou às mães que a vinculação mãe-bebé também é proporcionada através da amamentação.

Segundo Silva (2000), é a partir da realidade concreta de ser mãe, vivenciando a prática de amamentação, que ela terá elementos para definir ações e tomar decisões. Conforme afirma Castro, Silva, & Silva (2015), as dificuldades que podem ocorrer durante o início da amamentação são consideradas como das principais causas do desmame precoce e entre elas encontram-se a dor por ingurgitamento da mama, mamilos gretados, mastite, bloqueio de ducto e abscesso mamário.

Assim, a visita domiciliária ao RN constituiu um momento privilegiado no que diz respeito à proximidade criada com a família, compreendendo as suas dificuldades e inseguranças, proporcionando um momento de intervenção no processo de adaptação à Parentalidade.

Durante o Estágio, na visita domiciliária realizada na primeira semana após o nascimento, a mãe demonstrou algumas inseguranças e dúvidas, nomeadamente à duração da mamada e à qualidade do leite, as cólicas que tinham tido início e às mamas que começaram a ficar ingurgitadas. Criou-se um momento de empatia com espaço a esclarecimento de dúvidas, e os ensinamentos foram realizados no sentido de aumentar a confiança e segurança dos pais em prestar cuidados ao RN. Posteriormente, realizou-se uma consulta, em que a mãe mostrou o seu agrado relativamente à visita domiciliária, conseguindo transpor os ensinamentos realizados para a sua realidade.

A amamentação foi um foco de atenção durante este percurso, em que se proporcionou sempre espaço a esclarecimento de dúvidas tendo em conta a experiência anterior de cada família e as suas expectativas em relação à amamentação, tendo em vista o sucesso da mesma. Desmistificar medos ou até mesmo esclarecer que a amamentação pode ser realmente um período difícil, foi tido em conta nas entrevistas.

Sabe-se que um ponto fulcral para o sucesso da amamentação é o suporte da amamentação depois da alta da maternidade. As primeiras consultas de SI tornaram-se um apoio para mães, que se mostraram interessadas em falar relativamente à posição para amamentar, os cuidados às mamas, a frequência e duração das mamadas, assim como a posição correta para eructar. Estas foram as dúvidas mais frequentes das mães e, durante as consultas manteve-se o uso de expressões/gestos que demonstraram interesse no tema, elogiando as suas atitudes de forma a que estas se sentissem à vontade para expor as suas dúvidas e sentimentos, o que foi conseguido.

Na USF, a periodicidade das consultas de SI é cumprida criteriosamente segundo as orientações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013). Assim, foram momentos em que foram realçados e transmitidos os benefícios do aleitamento materno defendidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) quer para a criança, quer para a mãe.

Foi perceptível que o EESIP se encontra numa posição privilegiada para contribuir para a transição saudável para a Parentalidade pois acompanha a criança e a família desde os primeiros dias após o nascimento e está presente em várias fases.

Na UCC, proporcionou-se a oportunidade de participar numa aula de massagem infantil, que é realizada segundo a Associação Internacional de Massagem Infantil e são promovidos o toque nutritivo e a comunicação, mas também são abordados com frequência temas como cólicas, choro e estados comportamentais do bebé, entre os diversos aspetos identificados como necessários juntos das mães e pais.

Para Barcia & Verissimo (2010), a massagem infantil permite a proximidade entre pais e bebé e a construção de uma ligação entre ambos. Este contacto íntimo aumenta a sensibilidade dos pais para identificar os sinais que o bebé lhes dá, através da linguagem corporal. Ter a capacidade de dar respostas adequadas permite, aos pais, avaliarem e satisfazerem as necessidades do bebé possibilitando um ajuste no sistema de regulação mútuo.

Durante a sessão de massagem infantil, e tendo em conta que foi a segunda em que os Pais participaram (num total de cinco), ficou evidenciado a existência dos benefícios conhecidos, quer no que diz respeito à interação promovendo a vinculação, tempo de qualidade entre a díade, empatia, comunicação e sentimento de respeito, quer na estimulação de diferentes sistemas, como na promoção de alívio e relaxamento do bebé.

Para Silva & Carneiro (2014), o nascimento de um filho é um acontecimento que altera, transforma e reestrutura definitivamente a vida dos progenitores e que requer, segundo Henriques *et al.* (2015), mudanças cognitivas, afetivas e comportamentais. O conhecimento e a compreensão destas experiências foram fundamentais para apoiar os pais na vivência desta transição.

No serviço de urgência foi evidente a angústia dos Pais, natural de quem tem um filho doente. Os casos mais frequentes e que se denotou nos pais maior preocupação e, por vezes, algum desalento, foram casos de bronquiolites e diarreia em crianças com idades

compreendidas entre os 2 e 5 meses. Por todo o processo de adaptação à Parentalidade já ser difícil, o bebé ficar doente acarreta sentimentos de impotência e insegurança que foram notórios. Assim, proporcionou-se oportunidades de apoio à Parentalidade, em que da forma mais tranquila que o serviço permitiu, foram realizadas as orientações para o cuidado à criança não só no SUP, mas posteriormente no domicílio de forma a que os pais sintam a confiança que afirmaram muitas vezes faltar.

Durante o internamento na sala de observação (OBS), pela maior disponibilidade dos pais e da equipa em relação à sala de tratamentos na urgência, o apoio foi realizado de forma mais tranquila e dada oportunidade de serem os próprios a prestar cuidados, para que se sintam parte integrante do processo de melhoria da criança e o podem fazer em casa.

Os paradigmas atuais de assistência à criança preconizam a presença dos pais nas unidades de saúde hospitalares, a sua participação na assistência e o envolvimento em todo o processo de vida da criança, reforçando a Parentalidade (Melo *et al.* 2014).

O internamento no serviço de neonatologia demonstrou ser um período crítico para os pais em termos de vivências e sentimentos na transição para a Parentalidade. A dualidade de sentimentos de alegria pelo nascimento de um filho com a angústia deste ser prematuro ou ter algum problema de saúde fica instalada e foi prioritário ao longo deste contexto de estágio adotar uma postura promotora do processo de aproximação e interação pais/RN, envolvendo-os nos cuidados, tais como alimentação, higiene, conforto e segurança.

Esteve sempre presente a necessidade de realizar ensino, formação e orientação acerca do desenvolvimento e características das crianças prematuras e das estratégias parentais para lidar com a forma de interação dessa criança com particularidades próprias.

Os pais foram sempre estimulados a estarem presentes nos cuidados, com aproximação à criança de forma a promover um contacto efetivo durante os procedimentos.

O método canguru¹ é uma prática recorrente no serviço, e foi estimulada e promovida durante o estágio. Diversos são os estudos que demonstram a sua eficácia em várias vertentes, nomeadamente contribui para o senso de competência dos pais (Costa & Monticelli, 2005). Sabe-se que os pais desenvolvem o processo de vinculação mantendo

¹ Método Canguru: tipo de assistência neonatal que implica contato pele-a-pele precoce entre mãe e recém-nascido de baixo peso de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente (Costa & Monticelli, 2005).

a proximidade e interação com o bebé (Silva & Carneiro, 2014). Assim, a sua participação permitiu que estes desenvolvessem um sentimento de interveniente ativo, o que promoveu sentimentos de segurança.

Consequentemente, o plano de cuidados desenvolvido, para além de individualizado, identificou qual o nível de envolvimento que a família desejava adotar e foi reforçado que a escolha do modo como quer vivenciar a Parentalidade cabia ao casal. Para tal, foi estabelecida uma relação de confiança, com disponibilidade para ouvir e com flexibilidade nas interações.

Objetivo

- Demonstrar competências na gestão da dor.

Atividades

- Utilizar escalas adequadas à avaliação da dor em pediatria;
- Utilizar estratégias não farmacológicas no alívio da dor.

Reflexão crítica

A Dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre (DGS, 2003) e, sendo uma experiência subjetiva por definição, a forma como se vive e classifica a dor de cada um é única e intransmissível e dá-lhe uma necessidade de intervenção individualizada que vai muito além da administração de analgésicos. Acresce a estes pressupostos a especificidade do cuidar crianças e adolescentes (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A pesquisa de estudos na área da dor em Pediatria, bem como orientações da Direção Geral da Saúde (DGS) foram uma linha orientadora na prática.

Sabe-se que as intervenções não farmacológicas são um importante recurso para o alívio da dor, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas. A sua utilização tem sido considerada importante nas situações potencialmente dolorosas (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A presença dos pais foi um elemento importante na planificação de intervenções individualizadas e no processo de gestão da dor na criança, em que esta presença assumiu particular importância (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Assim, durante todos os procedimentos, estabeleceu-se uma negociação da presença da mãe e/ou pai e estes foram instruídos acerca dos comportamentos a adotar.

Nos contextos assistenciais de USF e SUP, facultou-se informação antecipada de forma simples e exata sobre o que iria ser feito tanto aos pais como à criança; preparou-se as crianças antes dos procedimentos com utilização de linguagem e estratégias adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo; adotou-se intervenções comportamentais como o exercício de respiração diafragmática, a técnica de distração muitas vezes com recurso a vídeos (DGS, 2010).

Igualmente outras estratégias de controlo não farmacológico de dor foram adotadas, nomeadamente a sucção não nutritiva e administração de Glicose antes dos procedimentos, as quais mostraram-se eficazes (DGS, 2012) (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Nem sempre foi simples a avaliação e controlo da dor, principalmente quando se trata de crianças com história de dor em que já experienciaram no passado dor, ou que manifestem medo antes dos procedimentos. O facto de informar os pais sobre a conduta adequada a adotar durante o procedimento potenciou o seu apoio à criança, ajudando esta a ficar mais tranquila. As estratégias adotadas mostraram-se fundamentais no controlo não farmacológico da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2013) (DGS, 2012).

Foram utilizadas as escalas de avaliação da dor conforme a orientação da DGS (2010) e da Ordem dos Enfermeiros (2008) com registo realizado antes e após as intervenções de enfermagem.

Conforme refere Silva & Silva (2010), crianças que não verbalizam, o reconhecimento da dor é feito de forma indireta, com base em indicadores comportamentais e fisiológicos.

Desta forma foi essencial a compreensão da utilização das escalas, distinguindo quais as adaptadas a cada faixa etária e características desenvolvimentais de cada criança.

A escala EDIN (Échelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né) utilizada para crianças com idade até 1 mês, a escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry and Consolability) utilizada em crianças com idade entre 1 mês a 4 anos, a FPS-R (Face Pain Scale – revised)

utilizada em idade compreendida entre 4 a 6 anos, a EVA (Escala visual analógica) utilizada em crianças com idade superior a 6 anos e a FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry and Consolability – revised) para crianças com multideficiência. As escalas estavam inseridas informaticamente, o que facilitou o processo de avaliação, registo da dor, atuação em conformidade e reavaliação (DGS, 2010) (Silva & Silva, 2010).

Na unidade de neonatologia a escala utilizada é a EDIN, que se trata da escala de referência para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (DGS, 2010). Conforme refere Batalha, Santos, & Guimarães (2007) no seu estudo, para que todos os RN possam beneficiar de um controlo adequado da dor, seria importante que a avaliação, prevenção e tratamento fosse orientada por uma abordagem interdisciplinar, multimodal e individualizada com a adoção de práticas como o NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment program). Este programa permite a formulação de um plano de cuidados que melhora e fortalece as forças do RN e que o suporta em situações de sensibilidade e vulnerabilidade, como a título de exemplo a adoção de técnicas de posicionamento que aumentam o bem estar e tranquilidade do RN, a adoção de um meio ambiente tranquilo ou agrupamento de cuidados nas 24 horas (Santos A. O., 2011).

Apesar da unidade de neonatologia na qual se realizou Estágio não adotar este modelo, as intervenções ao RN orientaram-se por uma prática que promovesse o conforto com avaliação da dor através da escala EDIN e implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas como a sucção não nutritiva e administração de Glicose a 30% antes dos procedimentos invasivos. Para além disso, os cuidados foram sempre agrupados ao longo das 24 horas de forma à manipulação ser a mínima possível respeitando os períodos mais prolongados de sono e repouso. Foi promovido o contacto pele-a-pele com a mãe, aleitamento materno, adotou-se posicionamento adequado para a estabilidade e regulação das funções fisiológicas e redução da incidência de luz, redução do ruído ambiente e promoveu-se sempre um ambiente tranquilo (DGS, 2012) (Batalha L. C., 2010).

Um potencial de melhoria que foi identificado de forma transversal em todos os contextos de estágio, foi a não utilização de anestésicos locais, nomeadamente a lidocaína+prilocaína (EMLA[®]) que está descrito poderem desempenhar um importante papel na diminuição da dor aquando alguns procedimentos invasivos tais como a punção venosa periférica. A necessidade de se esperar 60 minutos após a sua aplicação, o produzir vasoconstrição (dificultando a punção) e o não poder ser utilizado repetidamente (risco

de meta-hemoglobinemia) constatou ser obstáculos nos contextos assistenciais (Batalha, Santos, & Guimarães, 2007).

Competências

Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área de especialização em SIP;

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

Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área de especialização em SIP.

Objetivos

- Desenvolver competências de assistência à criança e família em situações complexas;
- Demonstrar competências de reflexão crítica sobre a prática de enfermagem em cada contexto assistencial;
- Aprofundar conhecimentos e habilidades na utilização do sistema de documentação de cuidados em uso.

Atividades

- Colaborar no cuidado à criança na sala de emergência;
- Realizar triagem conforme método utilizado na instituição;
- Cuidar o RN em contexto de Neonatologia;
- Promover momentos de reflexão com os enfermeiros tutores sobre atuação em situações complexas;
- Refletir criticamente na e sobre as ações realizadas;
- Realização de reflexão crítica através de um portfólio para cada contexto de estágio;
- Realizar documentação dos cuidados de enfermagem nos diferentes contextos assistenciais.

Reflexão Crítica

A reflexão na e sobre a prática foi uma condição inerente à prestação de cuidados nos contextos assistenciais. Conforme refere a OE, o EESIP:

“presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Tem como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, (...) de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Resultante da reflexão realizada ao longo dos contextos assistenciais, compreendeu-se que o campo de intervenção do EESIP ultrapassa a promoção da saúde e prevenção da doença. A prática é guiada por princípios abrangentes que traduzem uma responsabilidade acrescida.

O modo como se lida com a complexidade, faz apelo ao conhecimento enquanto pessoa e profissional. Falar em complexidade foi ter consciência crítica em lidar com situações especiais, com misto de conhecimento complexo e prática que se efetivou numa qualidade dos cuidados.

Em contexto de SUP existiram situações complexas que exigiram um maior conhecimento e competência técnica para a prestação de cuidados. Uma situação marcante foi a de uma criança de dois anos transportada pela viatura de emergência médica por convulsão não controlada associada a crise febril. Apesar da equipa já ter administrado a dose máxima recomendada de diazepam, a criança mantinha movimentos tónico-clónicos. O tratamento passou por administração de antipirético por manter temperatura febril, monitorização cardio-respiratória, cateterização periférica para administração de anticonvulsivante de 2ª linha (fenobarbital) e proteção da via aérea.

Sabe-se que em pediatria a convulsão é um evento de risco, tanto de óbito como de sequelas neurológicas e, apenas com reconhecimento e tratamento precoce, permitem a prevenção destas sequelas (Agertt *et al.* 2005). Assim, a atuação passou por ser rápida e

coordenada, com possibilidade de integração nesta equipa e com colaboração nos procedimentos.

Uma outra situação em sala de emergência foi a de um adolescente de 14 anos com dispneia grave associada a infeção respiratória. Esta situação marcou, não pelos cuidados em sala de emergência que decorreram dentro do expectável (monitorização cardio-respiratória, colheitas analíticas, estabilização hemodinâmica com suplemento de oxigénio), mas pela oportunidade em manter os pais na sala de emergência, pela angústia vivenciada por estes aliada à segurança que mostraram sentir na equipa por poderem assistir aos cuidados e perceber que tudo estava a ser feito. Estudos mostram que, quando é dada a opção, as famílias em geral escolhem permanecer durante a emergência e a sua presença auxilia o processo de luto em casos de óbitos, propicia uma comunicação mais efetiva com a equipa multiprofissional e permite constatar que todos os esforços necessários foram feitos para salvar a vida do doente (Mekitarian & Angelo, 2015).

Em ambas as situações, após a estabilização da criança em sala de emergência, foi prestado apoio emocional aos Pais e explicados os procedimentos e a situação da criança. Acredita-se que a proximidade criada com os pais foi importante para estes se manterem mais tranquilos, com confiança na equipa e nos cuidados prestados. Esta consciência foi importante para o desenvolvimento de competências a nível relacional em situações de especial complexidade.

Como refere Mekitarian & Angelo (2015) no seu estudo, os motivos determinantes para que os profissionais excluam as famílias da sala de emergência são relacionados ao desconforto e à insegurança sentidos pelos profissionais ao ter a família ao seu lado durante a prestação de cuidados.

Além do comprometimento físico e vital que acomete a criança numa emergência, foi tida em conta a carga emocional, o sofrimento e a dor dos pais. Como refere Mekitarian & Angelo (2015), as famílias necessitam de comunicação e informações para aliviar suas emoções, e a enfermeira deve possuir sensibilidade para lidar com os familiares, demonstrando capacidade comunicativa adequada a cada situação e favorecendo formas de conforto físico e espiritual.

Uma outra situação que se mostrou complexa foi a de uma criança de 5 anos, que após avaliação clínica se verificou o diagnóstico médico de síndrome nefrótica, com necessidade de vigilância e monitorização contínua, perfusão de albumina e colheitas

analíticas como recurso para perceber a evolução clínica. A criança permaneceu no OBS até estar estável e posteriormente, foi transferida para a Pediatria. Foi importante a comunicação com a criança, explicando previamente e com linguagem simples os procedimentos de forma a mantê-la tranquila ao longo de toda a permanência na urgência. Informar os pais sobre a sua conduta durante os procedimentos potenciou o seu apoio à criança, ajudando desta forma a que esta ficasse mais tranquila.

A triagem foi outro aspeto complexo vivenciado em contexto de SUP, pela especificidade em determinar a classificação dos doentes em urgentes e não urgentes, adquirir competência em reconhecer sinais e sintomas representativos de uma situação urgente, assim como ter a capacidade organizativa de conjugar quase em simultâneo a avaliação pelo triângulo de avaliação pediátrica, a queixa principal e constantes fisiológicas com a introdução informática dos dados.

O modelo adotado pelo SUP é a Triagem de Manchester², que pelo seu conteúdo e organização, revelou ser simples de perceber o seu funcionamento. No entanto, conforme refere Andrade *et al.* (2008) no seu estudo, a sua aplicabilidade na idade pediátrica é mais suscetível de erros, não só pela variabilidade do tipo e gravidade da queixa, mas também por causa da frequente inespecificidade das próprias queixas, reportadas quase sempre pelos pais. Isto ficou evidenciado na prática, em que se denotou a importância da avaliação da criança ser aliada à experiência da EESIP, revelando que há maior qualidade na triagem quando efetuada por profissionais de saúde com treino adequado e especialidade pediátrica (Andrade *et al.*, 2008).

Durante o Estágio houve oportunidade de triar cerca de 30 crianças com diversos motivos/focos de atenção, tais como: dificuldade respiratória, febre, vómito, diarreia, abdominalgia, alterações cutâneas, entre outros. A aplicação do Triângulo de Avaliação Pediátrico foi realizada na primeira abordagem e após, percebeu-se a queixa principal e constantes fisiológicas. Foi um aspeto bastante trabalhado e discutido com a Enfermeira tutora, de forma a aprimorar a triagem, adequando os conhecimentos que uma EESIP deve deter com o Modelo de Triagem a adotar.

² Desenvolve um modelo de triagem baseado em cinco níveis, aos quais corresponde uma cor e um tempo estimado para observação, baseando-se em organigramas de decisão que atribuem a cada utente uma determinada cor de acordo com os sintomas descritos (Andrade *et al.*, 2008).

Na Unidade de Neonatologia todas as situações de prematuridade e de necessidade de suporte ventilatório revelaram-se complexas pela instabilidade clínica de alguns RN, assim como pela inexperiência na área intensiva. Neste contexto, prestou-se assistência a 20 RN e famílias, cerca de 13 de cuidados intermédios e 7 de cuidados intensivos. Um aspeto facilitador na integração neste contexto diferenciado, foi prestar assistência ao mesmo RN e família durante alguns turnos, o que contribuiu para uma continuidade de cuidados e promoção de uma relação com os pais.

A necessária revisão bibliográfica relativa aos Cuidados Centrados no Desenvolvimento³ assim como as reflexões realizadas a par com a Enfermeira tutora foram uma importante ajuda à aquisição de conhecimentos e habilidades no cuidar ao RN e sua família.

Outra situação complexa já foi abordada anteriormente, e há necessidade de a voltar a referir pois marcou este percurso académico. Tratou-se de uma adolescente vítima de violência doméstica que revelou este facto na escola e o diretor entrou em contacto com a EESIP da UCC, referenciando-a para a CPCJ. Foi convocada uma reunião extraordinária na qual houve oportunidade em estar presente, pelo que houve acompanhamento deste processo desde o início. Como já referido anteriormente, as situações de crianças e jovens em risco são situações de maior complexidade que requerem um nível de conhecimento aprofundado na área. Apesar da dificuldade, essencialmente a nível emocional, em fazer parte da reunião na qual se decidiram medidas a implementar para a proteção da adolescente, tornou-se evidente que a presença da EESIP nestes contextos de assistência à criança é fulcral, pelo seu nível de conhecimento e detenção de capacidades especializadas que fazem a diferença em momentos decisivos, tal como a articulação com os cuidados de saúde primários de forma a ser feita uma avaliação física da adolescente (pela violência doméstica à qual esteve submetida).

A promoção de momentos de reflexão com os enfermeiros tutores sobre atuação em situações complexas foi positivo no sentido de debater problemas reais da prática profissional e perceber como a EESIP atua perante os mesmos.

A realização de registos informáticos foi feita em base própria, com utilização de linguagem classificada, nomeadamente a Classificação Internacional para a Prática de

³ Práticas sistematizadas e adequadas às necessidades individualizadas de cada RN/família, promotoras do desenvolvimento neurológico da criança (Halder, Bera, & Banerjee, 2015).

Enfermagem (CIPE), de todas os focos, diagnósticos de enfermagem e resultados. Os registos em contexto do SUP e Unidade de Neonatologia estavam bem incorporados pelos enfermeiros e foram de fácil utilização, também pelo facto de as intervenções parametrizadas irem de encontro à realidade dos contextos assistenciais. Por outro lado, no contexto da USF e UCC denotou-se uma maior dificuldade em realizar registos uma vez que as intervenções inseridas no sistema informático ficavam aquém das intervenções realizadas o que constituiu por si só momentos de reflexão com as enfermeiras tutoras, das intervenções que o sistema poderia adotar que espelhassem o trabalho de enfermagem realizado.

A realização do portfólio constituiu uma mais valia no sentido em que promoveu o pensamento crítico ao longo deste percurso, fomentando a melhoria do desempenho profissional. Ao longo da realização das reflexões críticas, foi imperativo a pesquisa de artigos de investigação relevantes que contribuíssem não só para aquisição de conhecimentos ou consolidação dos mesmos, mas também para a reflexão entre a teoria e a prática e de que forma se consegue transpor para a prática os resultados da investigação.

Esta construção permitiu o desenvolvimento de competências de análise e reflexão, essenciais na seleção e organização de conteúdos, bem como aprofundar capacidades de pesquisa em bases de dados científicas.

Competência

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 relacionais e comunicacionais com a criança e família.

Atividades

- Estabelecer comunicação com a criança e família;

- Utilizar diferentes estratégias comunicacionais na abordagem ao RN, criança, adolescente e família.

Reflexão crítica

A comunicação em Pediatria é um desafio aliciante do ponto de vista profissional e pessoal. O investimento nesta área foi transversal aos contextos de estágio, por considerar de extrema importância para a relação terapêutica, a aquisição de competências que permitam um canal de comunicação efetivo com o RN/criança/jovem e família.

Como afirma Jorge (2004), *“a faculdade da comunicação é um dos atributos essenciais dos enfermeiros. Abrange o estudo da situação física, psíquica e social da criança de modo a conhecer o seu comportamento, atitudes e comunicação verbal e não-verbal”*. Aprofundar esta competência relacional e comunicacional em Pediatria assentou na promoção de um ambiente facilitador, respeitando a criança e família em toda a sua dimensão biopsicossocial, as suas crenças, culturas e valores familiares.

As crianças constituem um desafio à comunicação em Enfermagem, *“pois dependem de múltiplos fatores, destacando-se o estado de desenvolvimento, a situação de saúde/doença e o contexto em que a criança se encontra”* (Sequeira, 2016) e este facto não foi exceção nos contextos assistenciais.

Desta forma, na comunicação com a criança, procurou-se adequar à idade e ao seu desenvolvimento cognitivo, recorrendo a estratégias de comunicação verbais e não verbais. Assim, foi o ponto central da intervenção, assumindo-se uma posição de igual para igual (a nível visual), com fala calma, simples e direta, com tempo para que estas se ambientassem e expressassem. Foi utilizado, sempre que adequado, a brincadeira como linguagem universal das crianças.

Além da comunicação verbal, foi importante o desenvolvimento de competências a nível da comunicação não-verbal. O tom de voz, a expressão facial, os gestos, a postura, o saber ouvir e “escutar” são fundamentais. A importância de deixar a criança manusear os objetos que iriam ser utilizados mostrou-se reveladora nas consultas de saúde infantil como no SUP, conferindo-lhes assim poder de escolha e decisão. As crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 7 anos foram um desafio à aplicação destas estratégias, mas denotaram-se favoráveis para a implementação dos cuidados.

Comunicar com o RN foi uma experiência nova que acarretou inquietação por não ser uma competência trabalhada anteriormente. Neste sentido, foi uma preocupação atentar a postura corporal do RN, as expressões, o choro e promover o toque e um tom de voz suave. Seria uma área a necessitar de maior aprofundamento, que a experiência e limite temporal do contexto não permitiu na sua totalidade. No entanto, em todos os contactos com o RN foi notório que a comunicação é feita de forma bidirecional, com resposta evidente da parte do RN.

A comunicação com a família do RN internado na unidade de neonatologia foi alvo de análise e preocupação pois “*destaca-se a necessidade de humanização da assistência de enfermagem junto a estes (familiares), através de uma comunicação eficaz capaz de gerar um vínculo de confiança*” (Salimena *et al.*, 2012). Tornou-se um desafio prestar apoio e estabelecer uma comunicação eficaz com a família pela situação delicada que atravessam.

A comunicação não se procede da mesma forma com o adolescente, dada as características próprias da sua fase de vida. Tanto nas consultas de saúde infantil como no SUP, houve diversas ocasiões de contacto com adolescentes e as experiências foram bastante diferentes.

A atuação foi sempre no sentido de respeitar as suas convicções e facilitar a comunicação, sem transmitir qualquer tipo de julgamento ou incompreensão. Assim, a utilização de estratégias de comunicação específicas foram o ponto de partida para o êxito da intervenção, utilizando O Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Ordem dos Enfermeiros (2010), como um elemento essencial para o fornecimento de diretrizes a utilizar na comunicação com o adolescente.

A disponibilidade em escutar sem induzir a resposta ou interromper, evitar juízos de valor e silêncios prolongados, assegurar a confidencialidade e o direito à privacidade, utilizar uma linguagem simples e realista, e não a linguagem do adolescente, conhecer as suas expectativas e reforçar competências e comportamentos positivos e de autoestima, foram posturas adotadas nos contextos.

Nas consultas de saúde infantil, em que o adolescente revelou constrangimento na abordagem de questões da sua sexualidade na presença dos pais, proporcionou-se um momento a sós com o mesmo de forma a possibilitar o esclarecimento de dúvidas. Em todas as intervenções, proporcionou-se uma comunicação eficaz.

Pelo contrário, em contexto de SUP a comunicação em algumas situações demonstrou-se difícil talvez pelos casos encontrados (como por exemplo intoxicações alcoólicas e medicamentosas) e por este motivo revelou-se uma complexidade acrescida a relação que se tentou estabelecer. Não obstante, considerou-se pertinente respeitar o espaço do adolescente, não transmitindo qualquer tipo de juízo de valor.

Durante os ensinamentos à família adequou-se o que era transmitido ao grau de compreensão da mesma, procurando dar lugar a que os pais expressassem as suas preocupações e ansiedades, estimulando-os a falar, sabendo ouvir, esclarecendo as suas dúvidas, sabendo usar o silêncio quando necessário e demonstrando interesse e disponibilidade para as questões que foram sendo colocadas procurando sempre que possível dissipá-las.

4.2 Domínio da Investigação em Enfermagem

A Enfermagem, sendo uma disciplina, necessita de produção e renovação contínua do seu próprio corpo de conhecimento, o que poderá ser assegurado de forma efetiva pela investigação. Conforme publicado no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), “*os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral*” (Ministério da Saúde, 1996).

Assim, assumiu-se como um compromisso fomentar a prática baseada na evidência, aumentando o corpo de conhecimentos da disciplina de enfermagem, com o intuito de melhorar e otimizar os cuidados de forma a que os mesmos fossem assentes em decisões fundamentadas.

Competências

Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da especialização em SIP;

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

Participar e promover a investigação em serviço na área de especialização em SIP;

Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.

Objetivos

- Desenvolver competências na procura e utilização do conhecimento científico;
- Incorporar na prática os resultados da investigação relevantes no âmbito da EESIP.

Atividades

- Realizar revisão da literatura na procura do conhecimento mais atualizado;
- Suportar na prática clínica os resultados da investigação;
- Identificar áreas de interesse, passíveis de serem investigadas;
- Partilhar os resultados da investigação atualizada com a equipa de enfermagem.

Reflexão crítica

A evidência científica aliada a uma metodologia de trabalho, trilham um caminho de excelência na adoção de cuidados de qualidade que potenciam boas práticas.

Foi imperativo sustentar a tomada de decisão em padrões do conhecimento sólidos, fidedignos e atualizados, decorrentes dos resultados da investigação. A noção desta realidade norteou a prática, tendo sido privilegiado o conhecimento resultante da investigação.

Desta forma, foi objetivo procurar e utilizar o conhecimento científico e incorporar na prática os resultados da investigação, adotando a melhor evidência científica na área da Saúde Infantil e Pediatria. A pesquisa bibliográfica foi a estratégia utilizada no decorrer do Estágio, utilizando como base de dados a B-On, EBSCO, PubMed e Scielo na procura de informação fidedigna, sustentadora de uma prática baseada na evidência. Tendo a Direção-Geral de Saúde diversas orientações relativas à prestação de cuidados em Saúde Infantil e Pediátrica, a consulta destes documentos foi igualmente fundamental.

Traçar objetivos ao longo do Estágio foi promotor de uma busca pelo conhecimento relativo a áreas da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente a

Vigilância em Saúde, a Saúde Escolar, a Parceria de Cuidados, a Parentalidade, a Dor, Crianças e Jovens em Risco, a Comunicação e algumas situações complexas inerentes à prestação de cuidados em contextos assistenciais diferenciados.

Mais especificamente, na área de Crianças e Jovens em Risco foi realizada uma revisão da literatura com intuito de reunir o conhecimento mais atual para levar a cabo a formação a pares intitulada “NACJR – Detecção e referenciação precoce”. Esta permitiu integrar conhecimentos na área da criança e jovem em risco, bem como discutir a pesquisa com a enfermeira tutora durante a realização do trabalho, assim como, posteriormente, os resultados foram partilhados com a uma equipa multidisciplinar numa USF, através da formação e com fornecimento dos documentos de apoio elaborados.

Ao longo do Estágio tornou-se fundamental a pesquisa aprofundada destas temáticas, mas foi igualmente produtivo comunicar os resultados dessa investigação aos pares, na medida em que surgiram algumas discussões que balanceiam o conhecimento científico com a prática, fomentando assim a prática baseada na evidência.

Experienciou-se que, o alargamento do conhecimento, tornou possível comunicar e partilhar o mesmo com as equipas de enfermagem, participando desta forma para uma atualização de conhecimentos nas suas áreas de atuação.

Este percurso fomentou a procura do conhecimento que foi para além do estágio. Tornou-se notório que a prática baseada na evidência não pode ser apenas enquanto estudante do Mestrado, mas deve ser incorporada no local de trabalho incentivando os pares a manter os conhecimentos atualizados, potenciando a qualidade da prática clínica na procura de um cuidado de excelência, contribuindo desta forma para o desenvolvimento da profissão.

4.3 Domínio da Formação em Enfermagem

A Formação em Enfermagem deve ser um contributo para uma prestação de cuidados de qualidade, promotora do desenvolvimento pessoal e profissional.

A atualização de conhecimentos através da formação contínua deve ser promovida em todos os contextos assistenciais, de forma a que os enfermeiros desenvolvam uma prática profissional complexa e especializada.

Competências

Identificar as necessidades formativas na área de especialidade;

Manter, de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;

Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;

Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;

Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;

Colaborar no processo de integração de novos profissionais;

Promover formação em serviço em SIP.

Objetivo

- Desenvolver competências no âmbito da formação de pares.

Atividades

- Identificar áreas com necessidade formativa;
- Realizar ação de formação aos profissionais mediante as necessidades identificadas.

Reflexão Crítica

No caminho para a excelência, o investimento contínuo foi uma premissa para o autodesenvolvimento pessoal e profissional, assumindo-se como um processo evolutivo. Pensa-se ser indispensável a formação dos profissionais para que estes adquiram/atualizem conhecimentos na área.

Conforme publicado pela Ordem dos Enfermeiros (2011), o enfermeiro especialista “*responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área*

da especialidade. Assim, deve atuar como formador no contexto de trabalho, diagnosticando as necessidades formativas e favorecendo a aprendizagem". Desta forma, durante o Estágio surgiram oportunidades formativas, em que se identificaram necessidades junto dos profissionais e se realizou formação de forma a suprir as mesmas.

A experiência profissional trouxe contributos formativos assim como proporcionou momentos de reflexão com as enfermeiras tutoras, da aplicabilidade na sua prática. A título de exemplo, a manipulação de cateteres venosos centrais e a administração de medicamentos em pediatria, foram temáticas com partilha de conhecimentos. No entanto, houve necessidade de atualizar saberes e realizar pesquisa bibliográfica que fundamentasse as escolhas na prática, de forma a que o conhecimento transmitido fosse fundamentado na evidencia mais atual.

Relativamente à formação a pares, identificou-se uma necessidade formativa após uma reunião com o NACJR. Foi diagnosticada uma necessidade formativa das equipas de saúde em referenciar crianças e jovens em risco ao referido grupo. Desta forma, ficou definida a implementação de ações de formação nas USF para colmatar esta necessidade e proporcionar o conhecimento necessário ao encaminhamento precoce de situações de risco.

Após realizar uma revisão bibliográfica aprofundada relativa ao tema de crianças e jovens em risco, elaboraram-se documentos de apoio com intuito de auxiliar na referência e encaminhamento precoce de forma a *“adequar os modelos organizativos dos serviços, incrementar a preparação técnica dos profissionais, adequar os mecanismos concertados de resposta e promover a circulação atempada de informação pertinente”* (Ministério da Saúde, 2008).

A preparação desta sessão exigiu competências científicas, técnicas, capacidade de reflexão e de decisão. O tema exigiu um planeamento de sessão (Apêndice III), que permitiu a aquisição de conhecimentos, assim como competência de os integrar na prática, capacidade de comunicação, uma forte consciência ética e o cumprimento da Lei e deontologia profissional.

Esta formação teve como propósito permitir dinamizar a articulação interna entre as Unidades de Saúde Familiares e o NACJR, possibilitando futuramente a identificação do número de crianças em risco e assim, atuar perante a criança em risco e família.

Para além da formação a pares, foi realizada a elaboração de vários documentos, com intuito de uniformizar procedimentos e sistematizar os processos no NACJR, o que permitiu harmonizar as intervenções e procedimentos realizados pela equipa multidisciplinar com os conhecimentos científicos mais recentes. Os documentos reformulados foram a Ficha de Sinalização, que após preenchimento pelas unidades de saúde é remetida ao NACJR, Modelo de Plano Individual de Apoio à Família (PIAF), como documento uniformizado de registo da intervenção à família, Ficha de Encerramento de Processo para as USF's, Ficha de Encerramento de Processo para o NACJR, Panfleto e Fluxograma de Encaminhamento.

A formação foi realizada aos elementos da saúde (médicos e enfermeiros) de uma USF, promovendo a formação em serviço dos mesmos e, conforme recomenda Dias (2004), foi utilizada uma estratégia de atualização do conhecimento em contexto de trabalho, de forma dinâmica, envolvendo todos os intervenientes.

4.4 Domínio da Gestão de Cuidados

A gestão de cuidados configura-se fundamental na área da saúde e assume real importância na enfermagem com desenvolvimento de competências no âmbito da gestão de cuidados e recursos, sem comprometer a qualidade dos cuidados.

Os enfermeiros gerem os cuidados, otimizam a resposta da equipa de enfermagem e a articulação com a equipa multidisciplinar, adaptam a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011), tornando assim a aquisição de competências nesta área fulcral à prestação de cuidados especializados e de qualidade.

Competências

Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de especialização;

Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na área de especialização em SIP.

Gerir os cuidados de enfermagem na área de especialização;

Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização.

Objetivos

- Desenvolver competências no âmbito da gestão de cuidados especializados em enfermagem;
- Compreender o papel do enfermeiro especialista na dinâmica organizacional dos serviços, na gestão de recursos materiais e das equipas de saúde;
- Compreender o papel do enfermeiro especialista no âmbito da gestão de cuidados especializados em enfermagem.

Atividades

- Conhecer os modelos de gestão de cuidados, recursos materiais e das equipas de saúde;
- Perceber e integrar o papel do EESIP na dinâmica organizacional do serviço;
- Perceber e integrar o papel do EESIP na gestão de materiais e das equipas de saúde;
- Realizar as atividades tendo por base a qualidade e segurança dos cuidados à criança/família.

Reflexão crítica

A cultura de implementação de cuidados de saúde que assentem na qualidade e segurança dos cuidados para a criança e família foi uma preocupação constante ao longo do Estágio.

De acordo com Sousa *et al.* (2010), a segurança é considerada uma componente chave da qualidade na prestação de cuidados de saúde, e um componente crítico da gestão em saúde, impondo um leque de ações de melhoria do desempenho, segurança ambiental e gestão do risco, incluindo controlo de infeções, segurança na utilização de fármacos, segurança no equipamento, segurança na prática clínica e segurança no ambiente envolvente à prestação de cuidados (Sousa, Uva, & Serranheira, 2010).

Assim, os padrões de qualidade foram uma premissa para a prestação de cuidados e um foco constante ao longo dos contextos assistenciais. Zelar pela qualidade dos cuidados

prestados foi uma competência a desenvolver, com adoção de linhas orientadoras como as descritas acima.

O controlo de infeção e segurança do ambiente são temas transversais a todos os contextos assistenciais e foi garantido nos mesmos que as *guidelines* fossem cumpridas, sentindo que as equipas estão despertas para esta problemática. Cumpriram-se todas as normas de controlo de infeção estipuladas em cada serviço, nomeadamente a higiene das mãos, a etiqueta respiratória, o controlo ambiental e adoção de práticas seguras da preparação e administração de injetáveis (DGS, 2002).

A segurança na utilização de fármacos e equipamentos na prática clínica foram um foco na prestação de cuidados e assumiram especial relevância no sentido em que, aos cuidados pediátricos, estão associados inúmeros cálculos de dose e diluições de fármacos, assim como a manipulação de equipamentos, o que permitiu uma reflexão acerca das práticas corretas a serem adotadas (Belela, Pedreira, & Peterlini, 2011). Compreender esta especificidade foi tomar consciência que adotar comportamentos adequados e seguros é essencial na gestão e prestação de cuidados.

Percebendo a dificuldade em garantir que todos os cuidados sejam assentes numa prática de qualidade, não se pode descurar diariamente em garantir a segurança nos cuidados. Pois, conforme os estatutos da Ordem dos Enfermeiros e do Código Deontológico,

“o enfermeiro tem o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos técnico-científicos, integrando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem. De modo acrescido, o enfermeiro especialista assume, em compromisso profissional, um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica e melhoria contínua da qualidade, bem como na gestão de um ambiente terapêutico e seguro.” (Assembleia da República, 2009).

A realidade em contexto hospitalar foi percecionada como diferente da realidade em contexto de cuidados de saúde primários.

No âmbito da UCC, existe uma Enfermeira-Coordenadora que integra as funções de gestão. No entanto, a gestão relativa aos programas de saúde infantil é realizada a par com a EESIP. Neste contexto, foi essencial a observação e participação na gestão da Saúde Escolar, com planeamento do *timing* das reuniões com os professores, psicólogos

e planeamento das AES para cada centro escolar ao longo do ano letivo. A gestão dos recursos materiais para dar resposta às AES também faz parte das funções da EESIP, que planeia os que são necessários a cada formação.

Na USF, método de trabalho adotado é o de Enfermeiro de Família em que “*o enfermeiro cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família (...) em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde*” (Ministério da Saúde, 2014). Considera-se este método de trabalho vantajoso no sentido em que permite a EESIP conhecer a dinâmica familiar, criando uma proximidade entre enfermeira e família. A prestação de cuidados neste contexto permitiu desenvolver estratégias de gestão relativamente à adequação do tempo da consulta com os cuidados planeados para cada situação.

Na Unidade de Neonatologia e SUP, tentou-se perceber o papel dos enfermeiros gestores e do ESSIP enquanto gestor e constatou-se que existe uma cooperação entre os mesmos na resolução de imprevistos, nomeadamente faltas imprevistas dos enfermeiros com necessidade de completar as equipas e permitir uma dinâmica organizacional dos serviços que garantam o funcionamento do mesmo sem que comprometa a qualidade dos cuidados.

A gestão de planos de trabalho foi igualmente uma função trabalhada ao longo do Estágio, em que se percebeu a metodologia e critérios para a elaboração dos mesmos. As especificidades de cada criança e família, o grau de complexidade clínica da criança, as competências de cada elemento que integra o turno são fatores reguláveis que interferem na organização do planeamento do turno.

A gestão de recursos materiais também passou pelas funções do EESIP, que gere *stocks* de material e medicação, adequando este às necessidades dos serviços. O papel do EESIP assume importância na gestão de recursos materiais e das equipas de saúde no sentido de garantir o correto funcionamento dos serviços. Este papel foi assumido na maior parte das vezes pelo Enfermeiro responsável de turno, que normalmente é EESIP.

No SUP a gestão dos cuidados é fulcral e percebeu-se a importância do EESIP, que normalmente assume o papel de Responsável de Turno. O método de trabalho é individual, mas em situações emergentes o trabalho é realizado em equipa e, quem prioriza os cuidados é o EESIP, que coordena os elementos que asseguram as restantes valências na urgência assim como determina as tarefas de cada elemento na sala de

emergência. A importância do trabalho em equipa é destacada pela vantagem na capacidade de liderança e comunicação necessária ao elemento responsável que foi notória em contexto de estágio e um fator promotor de aprendizagem (Costa J. S., 2004)

Relativamente ao contexto de Neonatologia o método de trabalho utilizado para a prestação de cuidados é o método individual, em que cada RN e família é distribuído pelo número de enfermeiros no turno, ficando este responsável pela prestação de todos os cuidados (Costa J. S., 2004). Apesar da individualização dos cuidados própria deste método, cria-se uma relação entre enfermeiro, RN e família de maior proximidade e permite uma continuidade dos cuidados que se considera mais efetiva na qualidade e segurança dos cuidados prestados.

5. Implicações do percurso formativo para a prática profissional

Com o término do Estágio tornou-se imprescindível realizar uma reflexão relativamente à adaptação dos conhecimentos e competências trabalhadas, para o contexto da prática profissional.

O contexto de trabalho, sendo uma Pediatria Oncológica, a avaliação da criança enquanto ser em desenvolvimento passa muitas vezes para segundo plano e, desta forma, a vigilância do desenvolvimento psico-motor fica aquém das suas necessidades e a avaliação não é realizada nas diferentes etapas do processo de desenvolvimento. A doença, os tratamentos e as sequelas envolvem de tal forma a equipa, que a vigilância em saúde fica aquém das necessidades desenvolvimentais da criança.

A vigilância em saúde é realizada pelos Pediatras e Enfermeiros da instituição desde a admissão até à alta do IPOFG. Considera-se assim pertinente dar enfoque à criança no seu todo, considerando que *“as suas necessidades não se restringem apenas à cura da doença, mas são, também, estabelecidas de acordo com o seu crescimento, desenvolvimento e individualidade, tendo em conta as suas características individuais e o contexto familiar onde está inserida”* (Santos & Figueiredo, 2013).

A parceria de cuidados, tendo sido estudada e revista sob várias perspetivas nos contextos assistenciais, despertou interesse que levou a refletir se seria aplicado na prática profissional. Na realidade, a negociação enfermeira e família é realizada diariamente relativamente a todos os cuidados. Percebe-se no final deste percurso formativo que, apesar de não haver junto da equipa de enfermagem a noção de que se implementa um modelo considerado fundamental em pediatria, como o é a parceria de cuidados, na prática a negociação de cuidados, o envolvimento dos pais e a sua capacidade e autonomia é trabalhada e tida em conta durante todas as etapas do tratamento.

Habitualmente, os pais permanecem junto das crianças e assumem o cuidado à mesma, com o apoio da Enfermeira. Desde a admissão que se transmite aos pais a segurança para cuidar das crianças e os capacita a serem autónomos no cuidado, com uma relação de suporte sempre que acharem necessário. São diversas as dúvidas que surgem, mas são proporcionados momentos de esclarecimento das mesmas, acompanhados das intervenções necessárias que os levem a sentirem-se capazes.

Esta problemática envolveu igualmente uma reflexão, pois a prática diária já tem em conta o fundamento e a importância da Parceria de Cuidados em Pediatria, no entanto, conhecer novas realidades e trabalhar as competências sob diferentes perspetivas é uma mais valia para a melhoria dos cuidados.

A temática de Crianças e Jovens em Risco foi marcante pela dificuldade sentida em lidar emocionalmente com situações de risco. A elaboração da formação a pares e a pesquisa bibliográfica inerente, levou a um despertar de consciência para estes problemas de forma mais prática. Inclusivamente, em contexto profissional, houve já a necessidade de, num passado recente, referenciar uma criança para o NHACJR (Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em risco), em que o facto de ser uma temática trabalhada ao longo do estágio permitiu uma compreensão mais profunda relativamente ao desenrolar que a situação poderá seguir e as intervenções necessárias a adotar. Assim, considera-se que este percurso formativo trará um contributo muito importante para o trabalhar a temática, agora já com o conhecimento mais aprofundado.

A Dor em Pediatria, como já referenciado neste documento, é uma área fundamental em Pediatria Oncológica. Grande parte das recomendações são adotadas diariamente, bem como alguns protocolos de atuação vigoram no serviço, como a título de exemplo a utilização de EMLA® em grande parte dos procedimentos que envolvam uma punção. É também uma prática corrente a sedação com midazolam em procedimentos mais dolorosos, como administração de quimioterapia via intramuscular ou realização de Punção Lombar. O trabalho em equipa com os pediatras no uso de analgésicos é crucial para um controlo efetivo da dor. O trabalho em equipa ganha importância acrescida pela avaliação que é feita pelos Enfermeiros e comunicação necessária com a equipa médica para atuar em conformidade. A criação de protocolos de atuação em casos mais graves permite uma intervenção mais rápida e eficaz e só é possível com trabalho em equipa. O uso de estratégias não farmacológicas também são adotadas, das quais a orientação dada aos pais para estarem presentes durante os procedimentos dolorosos, acalmando-os e orientando a sua postura durante o processo, permitindo à criança sentir segurança, ganha relevo pela importância evidente no controlo da dor.

Apesar de considerar que se cumprem boas práticas, este percurso formativo permitiu adquirir competências crítico-reflexivas que irão ser úteis para manter as mesmas e criar junto da equipa momentos de reflexão no sentido de se realizarem melhorias, nomeadamente na avaliação da dor. Esta é realizada mediante a idade da criança, no

entanto as escalas de dor adaptadas a cada faixa etária não estão parametrizadas informaticamente, ficando em falta o registo da avaliação. Nesse sentido, foi comunicado aos grupos de trabalho responsáveis pela adaptação de intervenções de Enfermagem no sistema informático a necessidade de serem incorporadas escalas adequadas à idade pediátrica, sendo uma medida que se pensa ser implementada num futuro próximo.

A comunicação figura-se fundamental num contexto assistencial complexo e considera-se necessário manter presente a necessidade em adaptar as estratégias comunicacionais a cada criança mediante a sua faixa etária e aos pais. Do ponto de vista profissional, é um desafio conseguir manter uma comunicação com a criança e família e denota-se a sua importância na relação terapêutica que é estabelecida, quando bem-sucedida.

A pesquisa bibliográfica no âmbito da comunicação em Pediatria é extensa e depreende-se que, apenas com a experiência, a prática baseada na evidência contribui efetivamente para uma comunicação eficaz. Assim, a observação das estratégias comunicacionais adotadas pelas EESIP na sua prática, aliada à pesquisa realizada neste âmbito, foi um fator promotor de desenvolvimento e consciencialização da importância da comunicação em Pediatria, o que contribuiu para o aperfeiçoamento na prática profissional.

No término deste percurso formativo, fica bem patente a necessidade de investigar, no intuito de aplicar na prática a evidência científica resultante do conhecimento produzido.

A área da Pediatria Oncológica é muito específica e os Pais não estão preparados para prestar cuidados, principalmente ao longo da fase de tratamentos em que é necessário cuidado com medicação específica, com cateteres venosos centrais, alerta de sinais e sintomas importantes para referenciar aos profissionais de saúde. Assim, um dos projetos futuros será o de identificar junto dos pais de crianças já em fase de tratamento as suas maiores necessidades e, face aos resultados obtidos, perspetiva-se implementar um programa de capacitação dos pais que atenda às suas necessidades. A fase de tratamento de uma doença oncológica acarreta mudanças a vários níveis e julga-se pertinente iniciar um projeto que auxilie os pais a sentirem-se mais informados e apoiados ao longo do processo.

6. Conclusão

O final de um percurso implica a avaliação reflexiva sobre o processo formativo, auxiliando na organização prática dos conhecimentos adquiridos e implicações para prática profissional.

A elaboração do relatório foi o retrato de uma reflexão contínua, das experiências vivenciadas ao longo dos contextos assistenciais, as dificuldades sentidas e as estratégias adotadas ao longo do percurso. A estrutura adotada com o delineamento prévio dos objetivos, com agrupamento das competências pelos domínios de atuação, foram um fator promotor da organização de trabalho.

O Relatório de Estágio foi mediador entre o conhecimento científico e a sua aplicabilidade na prática, permitindo uma progressão a nível profissional. A passagem por três contextos assistenciais distintos (Cuidados de Saúde Primários, Unidade de Neonatologia e Serviço de Urgência Pediátrica) mostrou ser uma mais valia pelas suas especificidades. As oportunidades de aprendizagem foram aproveitadas, salientando-se a possibilidade de trabalhar a parceria de cuidados na Neonatologia pelo contexto com características específicas, as estratégias de controlo de dor e estratégias comunicacionais em diferentes contextos assistenciais assim como a temática das Crianças e Jovens em Risco. Foram momentos de aprendizagem que levaram à aquisição das competências nas diferentes áreas de atuação, que se refletiram ao longo deste documento e espelharam o alcance com sucesso dos objetivos propostos inicialmente.

As mesmas especificidades dos contextos traduziram algumas dificuldades iniciais, como a dinâmica organizacional em contexto de UCC e SUP, a manipulação do RN hemodinamicamente instável e com suporte ventilatório ou o estabelecimento de prioridades em contexto de SUP. No entanto, foi motivador compreender e adquirir as competências da EESIP em diferentes áreas do cuidar em Pediatria ficando a convicção que houve a integração de conhecimentos na resolução de questões complexas.

A convicção que o investimento académico é crucial para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto profissão do conhecimento ficou patente e mostrou ser um contributo para a assistência à criança/adolescente e família de qualidade.

A oportunidade de transferir a teoria para a prática, traduzida numa reflexão constante foi fulcral para perceber o papel do EESIP nos diversos contextos assistenciais.

O trajeto académico revelou-se motivador para manter o investimento profissional, com procura de novos saberes que permitam manter o crescimento pessoal e profissional.

Mais uma vez salienta-se a importância que este percurso teve e a aplicabilidade que terá para a prática profissional, mostrando que não se pode apenas traçar um percurso com data de início e fim, mas que será estendido enquanto futura EESIP.

7. Referências Bibliográficas

- Agertt, F., Antoniuk, S. A., Bruck, I., & Santos, L. C. (2005). Tratamento do Estado de Mal Epilético em Pediatria - Revisão e Proposta de Protocolo. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 183-188.
- Almeida, A. N., Andre, I. M., & Almeida, H. N. (1999). Sombras e marcas: os maus tratos às crianças na família. *Análise social*, 91-121.
- Andrade, T., Carvalho, F., Fernandes, A., & Casanova, C. (2008). Triage de Manchester na idade pediátrica - Estudo Inter-hospitalar. *Nascer e Crescer*, 16-20.
- Assembleia da República. (16 de Setembro de 2009). Lei n.º 111/2009. *Código Deontológico do Enfermeiro*.
- Assembleia da República. (21 de Março de 2014). Lei n.º 15/2014. *Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde*.
- Assembleia da Republica. (1981). LEI 21/81. *I Série - n.º 189* .
- Assembleia da Republica. (1 de Setembro de 1999). Lei n.º 147/99. *Lei da Proteção de Crianças e Jovens em Perigo*. Lisboa.
- Azeredo, Z., Amado, J., Silva, H., Marques, I., & Mendes, M. (2004). A família da criança oncológica: testemunhos. *Acta Médica Portuguesa*, 375-380.
- Azevedo, V. G., David, R. B., & Xavier, C. C. (2011). Cuidado mãe canguru em recém-nascidos pré-termo sob suporte ventilatório: avaliação dos estados comportamentais. *Revista brasileira de Saúde Materno-Infantil*, 133-138.
- Barata, C., Veiga, N., Mendes, C., Araujo, F., Octavio, R., & Coelho, I. (2013). Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes do concelho de Mangualde. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 27-32.
- Barcia, S., & Verissimo, M. (2010). A importância da massagem do bebé para as atitudes face à maternidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 271-281.
- Batalha, L. C. (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*, 73-80.

- Batalha, L., Santos, L. A., & Guimarães, H. (2007). Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 144-151.
- Batista, M. M. (2006). *Educação Alimentar em meio Escolar - Referencial para uma Oferta Alimentar Saudável*. Lisboa: Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular.
- Belela, A. S., Pedreira, M. L., & Peterlini, M. A. (2011). Erros de medicação em Pediatria. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 563-569.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal cares. *Journal of Advanced Nursing*, 1058-1065.
- Castro, R. J., Silva, E. M., & Silva, D. M. (2015). Perceção das mães sobre as práticas dos enfermeiros na promoção do aleitamento materno. *Revista de Enfermagem Referência*, 65-73.
- CNPDPJC. (2016). *Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens*. Obtido de <https://www.cnpdpjc.gov.pt/direito-das-criancas.aspx>
- Comissão de Vacinas da SIP-SPP. (2018). Recomendações sobre vacinas extra programa nacional de vacinação.
- Costa, J. S. (2004). *Métodos de prestação de cuidados*. Obtido de www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf
- Costa, R., & Monticelli, M. (2005). Método Mãe-Canguru. *Acta Paulista de Enfermagem*, 427-433.
- DGS. (2002). Prevenção de infeções adquiridas no hospital - Um guia prático.
- DGS. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.
- DGS. (2008). Maus Tratos em Crianças e Jovens - Intervenção da Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças.
- DGS. (2011). *Maus Tratos em crianças e Jovens - Guia Prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS. (2011). Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.

- DGS. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos).
- DGS. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias).
- DGS. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- DGS. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar.
- DGS. (2017). Programa Nacional de Vacinação. Lisboa.
- Dias, J. M. (2004). *Formadores: Que Desempenho?* Loures: Lusociência.
- Falbo, B. C., Andrade, R. D., Furtado, M. C., & Mello, F. D. (2012). Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 148-154.
- Ferreira, M. C., & Costa, M. F. (2004). Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais-bebé pré-termo. *Escola Superior Enfermagem de Viseu*, 51-58.
- Ferreira, M. S., & Torgal, M. L. (2009). Estilos de vida na adolescência: comportamento sexual dos adolescentes portugueses. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 589-595.
- Gage, J., Everett, K., & Bullock, L. (2006). Integrative Review of Parenting In Nursing Research. *Journal of Nursing Scholarship*, 56-62.
- Halder, P., Bera, D., & Banerjee, A. (2015). Developmentally supportive care in neonatal intensive care unit (NICU): a review. *Indian Journal of Medical Research and Pharmaceutical Sciences*, 17-23.
- Henriques, C., Santos, M., Caceiro, E., & Ramalho, S. (2015). Determinantes na transição para a parentalidade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 63-68.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança - Re(Pensar) o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Levy, L., & Bertolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. *Comité Português para a UNICEF*.

- Maia, A. C., & Azevedo, M. (2006). *Maus-tratos à criança*. Lisboa: Climepsi.
- Mekitarian, F. F., & Angelo, M. (2015). Presença da família em sala de emergência pediátrica: opiniões dos profissionais de saúde. *Revista Paulista de Pediatria*, 460-466.
- Melo, E. O., Ferreira, P. L., Lima, R. G., & Mello, D. F. (2014). Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 432-439.
- Mendes, M. S., & Martins, M. F. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 113-121.
- Ministério da Saúde . (5 de Dezembro de 2008). Despacho n.º 31292/2008. *Diário da República n.º 236-2ª série*. Lisboa.
- Ministério da Saúde. (4 de Setembro de 1996). Decreto-Lei n.º 161/96. *Diário da República n.º 205/1996 - Série I-A - 4 de Setembro de 1996. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*.
- Ministério da Saúde. (5 de Dezembro de 2008). Despacho n.º 31292/2008. *Diário da República, 2.ª série - N.º 236 - 5 de Dezembro de 2008*.
- Ministério da Saúde. (5 de Agosto de 2014). Decreto-Lei n.º 118/2014. *Diário da República, 1.ª série - n.º 149*.
- Ministério da Saúde. (10 de Fevereiro de 2015). Despacho n.º 1400-A/2015. *Diário da República, 2.ª série - N.º 28 - 10 de fevereiro de 2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*.
- Ministério da Saúde. (27 de Maio de 2015). Despacho n.º 5613/2015. *Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde*.
- Ministério da Saúde, & ARS Norte. (s.d.). Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar.
- Monteiro, A. (2010). *Direitos da Criança: Era uma vez...* Coimbra: Almedina .
- Moreira, R. M., Teixeira, S. C., Teixeira, J. R., Camargo, C. L., & Boery, R. N. (2013). Adolescência e sexualidade: uma reflexão com enfoque bioético. *Adolescência e Saúde*, 61-71.

- Moreno-Martinez, F., Ruzafa-Martinez, M., Ramos-Morcillo, A., Garcia, C. I., & Hernandez-Susarte, A. (2014). Diseño e Validación de un cuestionario sobre conocimientos y hábitos en higiene corporal infantil. *Elsevier*, 419-427.
- Opperman, C., & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Concetual e Enunciados Descritovs. *Divulgar*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). DOR - Guia orientador de boa prática.
- Ordem dos Enfermeiros. (4 de Dezembro de 2008). *Servir a Comunidade e Garantir Qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2008.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guia Orientador de Boa Prática em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos OE*.
- Ordem dos Enfermeiros. (18 de Fevereiro de 2011). Regulamento n.º 122/2011. *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*.
- Ordem dos Enfermeiros. (18 de Fevereiro de 2011). Regulamento n.º 123/2011. *Diário da República n.º 35/2011, Série II de 2011-02-18*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). Formação sobre massagem para pais com os filhos internados na unidade de cuidados intensivos neonatais. *Mesa do Colégio de Especialidade em Saúde infantil e Pediátrica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Cadernos OE*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. *Cadernos OE*.
- Ordem dos Enfermeiros. (22 de Junho de 2015). Regulamento n.º 351/2015. *Diário da República, 2.ª série - N.º 119 - 22 de junho de 2015. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa.

- Ordem dos Enfermeiros. (12 de Julho de 2018). Regulamento n.º 422/2018. *Diário da República*, 2.^a série — N.º 133 — 12 de julho de 2018.
- Padrao, P., Lopes, A., Lima, R. M., & Graça, P. (2014). Hidratação adequada em meio escolar. Direção-Geral da Saúde; Direção-Geral da Educação.
- Pruitt, L., Johnson, A., Elliott, C., & Polley, K. (2006). Parental Presence during Pediatric Invasive Procedures. *Journal of Pediatric Health Care*, 120-127.
- Ribeiro, C. R., Moura, C. M., Sequeira, C., Barbieri, M., & Erdmann, A. L. (2015). Perceção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem de Referência*, 137-146.
- Salimena, A. O., Oliveira, C. P., Buzatti, J. R., Moreira, A. F., & Amorim, T. V. (2012). A comunicação entre enfermeiros e pais de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *HU Revista*, 97-101.
- Santos, A. O. (2011). NIDCAP: Uma filosofia de cuidados. *Nascer e Crescer*, 26-31.
- Santos, C. Q., & Figueiredo, M. B. (2013). Experiências dos familiares no processo de adaptação à doença oncológica na criança. *Revista de Enfermagem Referência*, 55-65.
- Seeley, R., Philip, T., Stephens, T., Leal, M., Durao, M., Abecassis, L., & Pais, D. (2003). *Anatomia e Fisiologia* (Vol. 6ª Edição). Loures: Lusociência.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: LIDEL.
- Silva, A., & Aguiar, H. (2011). Diversificação alimentar no primeiro ano de vida. *Acta Médica Portuguesa*, 1035-1040.
- Silva, C. S., & Carneiro, M. (2014). Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. *Revista de Enfermagem Referência*, 17-26.
- Silva, I. A. (2000). Enfermagem e aleitamento materno: combinando práticas seculares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 362-369.
- Silva, T. P., & Silva, L. J. (2010). Escalas de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido - revisão sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 437-454.
- Simoës, A. C., Dixe, M. C., & Lopes, M. S. (2016). As crianças e jovens referenciados à CPCJ: o espelho das problemáticas. *Revista portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 63-66.

- Sousa, P., Uva, A. S., & Serranheira, F. (2010). Investigação e Inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de saúde pública*, 89-95.
- Souza, J. M., & Verissimo, M. R. (2015). desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 1097-1104.
- Teufel, S. S., Fernandez, M. M., & Banacloig, E. (2006). *Promoção e proteção dos Direitos das Crianças*. KOLOR litógrafos, S.L.
- UNICEF. (21 de Setembro de 1990). Convenção sobre os Direitos da criança.
- Villazon, R. P., Robles, M. N., Moran, F. C., Roldan, L. L., & Fernandez, A. C. (2015). Proyecto "Con tus manos puedes salvar vidas". *Enfermería Comunitária*, 35-43.

Apêndices

Apêndice I – Planeamento da Ação de Educação para a Saúde “Higiene Corporal”



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Planeamento Sessão de Educação para a Saúde
“Higiene Corporal”

Sónia de Fátima Carneiro Brito

Orientadoras:

Prof. Doutora Isabel Quelhas

Enf.^a Especialista F. M.

Porto, Março 2019

Lista de abreviaturas

ANCI	Associação Nacional de Controlo de Infecção
DGS	Direção Geral de Saúde
PNSE	Programa Nacional Saúde Escolar
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCP	Universidade Católica Portuguesa

Índice

1. Introdução	92
2. Fundamentação Teórica	93
2.1 A pele	93
2.2 Importância da formação na infância	93
2.3 Higiene Corporal	94
2.4 Higiene das mãos	95
3. Análise do contexto	97
4. Estratégias	98
5. Objetivos	99
6. Indicadores de resultado	100
7. Resultados	101
8. Conclusão	102
9. Referências Bibliográficas	103
Apêndices	105
Apêndice I: Plano de Sessão de Educação para a Saúde “Higiene Corporal”	106
Apêndice II – Diapositivos	110

1. Introdução

O presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, do 3º semestre do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Católica Portuguesa, como forma de dar resposta aos objetivos propostos para o presente contexto assistencial, na Unidade de Cuidados na Comunidade a ser realizado entre 4 de fevereiro e 30 de Março de 2019, na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) preconiza que a Escola, ao constituir-se como um espaço seguro e saudável, deve facilitar a adoção de comportamentos mais saudáveis promovendo a saúde da comunidade educativa. Duas das estratégias do PNSE é a vigilância e proteção da saúde e a aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde (DGS, 2006). Desta forma, e após identificada esta necessidade por parte de um Agrupamento Escolar, procedeu-se à realização de um planeamento de sessão de educação para a saúde intitulado “Higiene corporal”.

Sendo a higiene corporal, entendida como o conjunto de cuidados que as pessoas devem ter com o seu corpo, em que há promoção a saúde com melhoria da autoestima e do bem-estar físico, mental e social, tornou-se relevante a implementação desta temática na escola como parte da promoção de estilos de vida saudáveis (DGS, 2006).

Este documento tem como finalidade o planeamento da sessão, apresentando a fundamentação teórica necessária à compreensão da importância da higiene corporal, bem como a descrição da população-alvo, a metodologia utilizada, os objetivos da sessão e os indicadores de resultado.

2. Fundamentação teórica

2.1 A pele

A pele, o maior órgão do corpo, não é meramente um revestimento, mas também uma estrutura complexa com várias funções, das quais a mais importante é proteger os tecidos que ela reveste e proteger a si própria (Hockenberry & Wilson, 2014).

Sendo um órgão de grande importância, promove, mediante a função de barreira cutânea, proteção mecânica, termorregulação, vigilância imunológica, e previne a perda insensível de fluidos corporais (Fernandes, Oliveira, & Machado, 2011).

A pele infantil é bastante delicada devido à grande imaturidade das estruturas que a constituem. Caracteriza-se por ser sensível e frágil, devido a diferentes fatores. A sua superfície possui um pH neutro, o que diminui significativamente a defesa contra a excessiva proliferação microbiana. O seu conteúdo lipídico é menor devido à baixa atividade das glândulas sebáceas, mas apresenta um elevado teor em água. É uma pele macia, uma vez que a camada córnea tem uma menor espessura, e a epiderme e derme são mais finas do que a dos adultos. A derme apresenta uma menor quantidade de colagénio maduro do que a do adulto e, por conter uma elevada concentração de proteoglicanos, atinge um maior teor em água (Meireles *et al.* 2007).

Assim, a pele da criança é particularmente sensível ao excesso de secreções glandulares (suor e sebo), aos ácaros do pó da casa, às bactérias presentes no ambiente exterior e às condições atmosféricas extremas (Meireles *et al.* , 2007)

2.2 Importância da formação na infância

Os três primeiros anos de vida da criança têm significativa importância no processo de desenvolvimento sensorial, motor, cognitivo, linguístico, afetivo e social. O período compreendido entre o final do primeiro e fim do terceiro ano de vida oferece novos meios à dinâmica do desenvolvimento infantil. Este tempo representa uma fase de organização e formação de hábitos (Penteado, Seabra, & Pereira, 1996).

O processo educativo em saúde deve ser iniciado com a criança sob responsabilidade da família, assessorada pela equipa de profissionais da saúde/educação, partilhando responsabilidades (Penteado, Seabra, & Pereira, 1996).

2.3 Higiene corporal

Conforme refere Moreno-Martinez *et al.* (2014), a importância da higiene corporal para a saúde foi demonstrada pelo estabelecimento de hábitos de higiene pessoal no século XX, que, juntamente com outros fatores, desempenharam um papel decisivo na redução da mortalidade infantil e no aumento da expectativa de vida em todas as faixas etárias.

A pele deve ser limpa com sabão não alcalino suave ou com agentes de limpeza não saponáceos no banho de rotina. A limpeza dos olhos, cavidade oral, perianal e quaisquer áreas de ruptura da pele devem ser diárias (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os latentes e as crianças pequenas nunca devem ser deixadas sem supervisão numa banheira, e os latentes que não são capazes de se sentar sozinhos são adequadamente sustentados com uma das mãos durante o banho. As crianças em idade escolar podem tomar banho de banheira ou chuveiro (Hockenberry & Wilson, 2014).

As áreas que precisam de atenção especial durante os banhos são as orelhas, as pregas cutâneas, o pescoço, as costas e a região genital. Esta última deve ser cuidadosamente limpa e seca, com particular atenção às pregas da pele e, nos meninos não circuncidados com mais de 3 anos, o prepúcio deve ser suavemente retraído e as superfícies expostas e limpas, retornando-se em seguida o prepúcio (Hockenberry & Wilson, 2014).

Escovar e pentear o cabelo faz parte dos cuidados diários e deve ser feita pelo menos uma vez por dia. A lavagem deve ser feita uma a duas vezes por semana, a não ser em casos em que a criança apresente hipersudorese ou aumento das secreções sebáceas oleosas (Hockenberry & Wilson, 2014).

Devido às características próprias da pele infantil, os produtos cosméticos destinados à sua higiene e proteção requerem cuidado especial na sua formulação. Uma das condições essenciais é que sejam excluídos todos os ingredientes que possam constituir potencial agressão cutânea. Essa premissa é, obviamente, extensível a todos os cosméticos, mas, sem dúvida, mais difícil de executar nos produtos para aplicação sobre a frágil pele infantil (Fernandes, Oliveira, & Machado, 2011).

Sendo o tema do presente documento a higiene corporal, não se pode descurar a higiene oral como sendo parte integrante do assunto.

Segundo o PNPSO (2005), a higiene oral deve iniciar-se logo após a erupção do primeiro dente, com uma escova macia, com uma gaze ou, ainda, com uma dedeira. A recomendação é que a escovagem dos dentes seja feita pelo menos duas vezes por dia, sendo que uma delas deve, obrigatoriamente, ser após a última refeição (DGS, 2005).

2.4 Higiene das mãos

A Associação Nacional de Controlo de Infecção (ANCI) indica que o contacto é a via de transmissão mais comum de germes através das mãos. A maioria dos germes são inofensivos, mas alguns podem provocar doenças, como por exemplo, constipações, gripes, diarreias.

Lavar as mãos corretamente com água e sabão é a forma mais simples e eficaz de ajudar a reduzir a transmissão da infeção (ANCI, 2015).

Muitas doenças de pele, habituais nas crianças, tais como infeções fúngicas, impetigo, varicela e pediculose, são transmitidas de criança a criança. É da responsabilidade dos profissionais de enfermagem ensinar a prevenir estas doenças transmissíveis, através de técnicas corretas de lavagem das mãos (Opperman & Cassandra, 2001).

Há evidência científica que a lavagem apropriada reduz a contaminação das mãos e o risco de disseminação de doenças infecciosas. Intervenções para promover a lavagem de mãos são custo-efetivas e estima-se que possam salvar milhões de vidas, com grande impacto na saúde pública (Nesti & Goldbaum, 2007).

Tradicionalmente aceite como efetiva para prevenção da diarreia, a lavagem das mãos mostra-se capaz de reduzir também, a incidência da infeção das vias aéreas superiores, já que alguns agentes de infeções respiratórias podem ser transmitidos através da via fecal-oral; além disso, mãos contaminadas com microorganismos respiratórios podem tocar no nariz e na boca, contaminando desta forma as vias aéreas superiores (Nesti & Goldbaum, 2007).

A exposição a bactérias e vírus é uma realidade, sendo necessário os cuidados preventivos que passem por ações simples, tais como a lavagem das mãos antes da alimentação. Ainda são comuns hábitos inadequados de higiene, seja por falta de informação, seja por se desconsiderar a relevância da questão (Vasconcelos *et al*, 2008).

É de vital importância que as crianças saibam os benefícios e a importância da correta lavagem das mãos. Encorajá-las a lavar as mãos na altura certa vai ajudar a garantir que esta prática se torne num hábito ao longo da vida (ANCI, 2015).

Lavar as mãos deve fazer parte da rotina, nomeadamente:

- Antes de comer ou manusear os alimentos;
- Após ter utilizado a casa-de-banho;
- Após assoar o nariz, tossir ou espirrar;
- Após manusear resíduos;
- Após tocar em animais.

Também o cuidado às unhas assume relevância, principalmente as unhas das crianças, que devem ser mantidas limpas e curtas, para evitar que magoem a pele (Fernandes, Oliveira, & Machado, 2011).

3. Análise do contexto

O público-alvo torna-se fundamental para adequar as intervenções. Desta forma, a implementação das sessões referentes à “Higiene Corporal” será direcionada a alunos do Pré-Escolar, a três turmas com uma média de 24 alunos. Estes alunos pertencem à área geográfica abrangida pelo Programa de Saúde Escolar, implementado pela UCC X.

Esta atividade é desenvolvida tendo como base o PNSE, sendo que este apresenta como área de intervenção a temática da Higiene Corporal.

A identificação das necessidades foi realizada no início do ano letivo, pela equipa pedagógica do Centro Escolar, tendo sido realizado o pedido de colaboração à Enfermeira Especialista de Saúde Infantil F.M.

Desta forma o planeamento deste projeto foi ao encontro desta necessidade, tendo sido efetuado o planeamento das ações de educação para a saúde a serem realizadas durante o 2º semestre do ano letivo.

4. Estratégias

A metodologia adotada foi expositiva, com explicação dos conteúdos e interativa em que durante a apresentação pretendeu-se que os alunos interagissem com questões do conteúdo aprendido.

Os recursos humanos foram constituídos por uma equipa formada pela Enfermeira Especialista F.M. e pela Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermeira Sónia Brito, sendo os participantes alunos do Pré-Escolar.

Os recursos materiais a que se recorreu foram: sala, mesa e cadeiras, computador, vídeo-projetor e tela de apresentação.

As estratégias de implementação foram diapositivos, encontrando-se no Apêndice II, e vídeos.

Foram apresentadas de forma interativa, por meio de demonstração e questões/resposta entre as enfermeiras e alunos.

5. Objetivos

Os objetivos gerais propostos para a sessão de Educação para a Saúde são:

- Dotar as crianças de conhecimentos sobre a Higiene Corporal;
- Promover a adoção de comportamentos de Higiene Corporal.

Os objetivos específicos propostos para a sessão de Educação para a Saúde são que as crianças:

- Reconheçam a importância da Higiene Corporal;
- Conheçam os comportamentos de higiene corporal a adotar;
- Conheçam os comportamentos de higiene das mãos a adotar;
- Conheçam os comportamentos na Etiqueta Respiratória a adotar.

6. Indicadores de resultado

Os indicadores de resultado foram avaliados durante a apresentação, com colocação de questões e através de um jogo de perguntas denominado “O Joca pergunta”, tendo em conta o número de respostas corretas.

7. Resultados

A sessão de educação para a saúde foi realizada a três turmas do Pré-Escolar e a avaliação realizada ao término da sessão, com colocação de questões.

Na primeira turma denominada “JIDA”, dos 25 alunos presentes, 20 (80%) respondeu de forma correta.

Na segunda turma denominada “JIDB”, dos 25 alunos presentes, 22 (88%) respondeu de forma correta.

Na terceira turma denominada “JIDA”, dos 25 alunos presentes, 22 (88%) respondeu de forma correta.

8. Conclusão

A higiene e, de modo especial, a higiene corporal, têm sido conceitos valorizados pela Enfermagem ao longo do tempo (Oliveira, Garcia, & Sa, 2003).

Atualmente, a educação passou a ser o centro do esforço, esclarecendo toda a população, desde a mais tenra idade, através da divulgação e conscientização preventiva, sobre o significado e a importância de hábitos de higiene (Marques, 2002).

O espaço escolar deve ser um meio de formação de novos hábitos e atitudes para os alunos, um espaço que educa, um território vivenciado e incorporado à experiência e, consequentemente, à memória dos alunos. Assim, a formação da higiene corporal estender-se-ão às suas vidas fora do ambiente escolar (Pykosz & Oliveira, 2009).

Conforme refere Marques (2002) “*A higiene cuida da saúde, ensinando a protegê-la*”.

Desta forma, e dando resposta aos objetivos propostos conclui-se que esta temática é de extrema importância, que se mostrou importante nas sessões às turmas supracitadas e que deve ser mantida no futuro de forma a consciencializar e inculcar hábitos de higiene nas crianças desde tenra idade, como referem diversos autores citados.

9. Referências Bibliográficas

- ANCI. (2015). *ANCI - Associação Nacional de Controlo de Infecção*. Obtido de <https://www.anci.pt/higiene-das-maos>
- DGS. (2005). Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.
- DGS. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar.
- Fernandes, J. D., Oliveira, Z. N., & Machado, M. R. (2011). Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Scielo*, 102-110.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier Medicina.
- Marques, M. A. (2002). Saúde e bem-estar social. *Scielo*, 368-373.
- Meireles, C., Hergy, F., Mousinho, M., Afonso, S., & Rosado, C. (2007). Caracterização da Pele Infantil e dos Produtos Cosméticos destinados a esta Faixa Etária. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 73-80.
- Moreno-Martinez, F., Ruzafa-Martinez, M., Ramos-Morcillo, A., Garcia, C. I., & Hernandez-Susarte, A. (2014). Diseño e Validación de un cuestionario sobre conocimientos y hábitos en higiene corporal infantil. *Elsevier*, 419-427.
- Nesti, M., & Goldbaum, M. (2007). As creches e pré-escolas e as doenças transmissíveis. *Jornal de Pediatria*, 299-312.
- Oliveira, E. A., Garcia, T. R., & Sa, L. D. (2003). Aspectos valorizados por profissionais de enfermagem na higiene pessoal e na higiene corporal do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 479-483.
- Opperman, C., & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.
- Penteado, R. Z., Seabra, M. N., & Pereira, I. B. (1996). Ações educativas em saúde da criança: o brincar enquanto recurso para participação da família. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 57-63.
- Pykosz, L. C., & Oliveira, M. T. (2009). A higiene como tempo e lugar na educação do corpo. *Currículo sem Fronteiras*, 135-158.

Vasconcelos, V. M., Martins, M. C., Valdes, M. M., & Frota, M. A. (2008). Educação em Saúde na Escola: estratégia em enfermagem na prevenção da desnutrição infantil. *Ciência Cuidado e Saúde*, 355-362.

Apêndices

Apêndice I: Plano de Sessão de Educação para a Saúde “Higiene Corporal”

Plano de Sessão de Educação para a Saúde

<i>Tema</i>	Higiene Corporal
<i>Data</i>	25 de Fevereiro de 2019
<i>Local</i>	Centro Escolar X
<i>Duração Total da Sessão</i>	40 Minutos
<i>Público-Alvo</i>	Alunos do Pré-Escolar (3 a 6 Anos)
<i>Dinamizadores</i>	Enfermeira Especialista F.M.; Estudante do Curso de Mestrado com Especialidade em Saúde infantil e Pediátrica Enfermeira Sónia Brito
<i>Objetivos gerais</i>	Dotar as crianças de conhecimentos sobre a Higiene Corporal; Promover a adoção de comportamentos de Higiene Corporal.
<i>Objetivos específicos</i>	Que as crianças: <ul style="list-style-type: none"> • Reconheçam a importância da Higiene Corporal; • Conheçam os comportamentos de higiene corporal a adotar; • Conheçam os comportamentos de higiene das mãos a adotar; • Conheçam os comportamentos na Etiqueta Respiratória a adotar.

Plano de Sessão de Educação para a Saúde

<i>Fases da sessão</i>	Conteúdos	Estratégia		Tempo	Indicadores de resultado
		Metodologia	Recursos/estratégias		
<i>Introdução</i>	Apresentação da Equipa de Enfermagem e do tema da Sessão Temas: Higiene corporal; higiene das mãos.	Expositiva	Sala Mesa e cadeiras Computador Vídeo-projetor	5 Minutos	
<i>Desenvolvimento</i>	Esclarecimento sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Importância de adotar comportamentos adequados na higiene Corporal; • Existência de fatores externos influenciadores de comportamentos de higiene corporal; • Comportamentos Gerais de higiene 	Expositiva Interativa	Tela Apresentação em PowerPoint Apresentação em vídeo	15 minutos	

Conclusão

<p>corporal e específicos no âmbito da higiene das mãos incluindo a etiqueta respiratória.</p>				
<p>Síntese dos temas abordados e esclarecimento de dúvidas</p>	<p>Expositivo Interrogativo Interativo</p>		<p>20 Minutos</p>	<p>Jogo “O Joca pergunta”</p>

Apêndice II – Diapositivos









Apêndice II - Planeamento da Ação de Educação para a Saúde “Saúde Oral”



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

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

Planeamento Sessão de Educação para a Saúde
“Saúde Oral”

Sónia de Fátima Carneiro Brito

Orientadoras:

Prof. Doutora Isabel Quelhas

Enfermeira F.M.

Porto, Março 2019

Lista de abreviaturas

CSI	Cárie Severa na Infância
DGS	Direção Geral de Saúde
PNPSO	Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral
PNSE	Plano Nacional Saúde Escolar
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCP	Universidade Católica Portuguesa

Índice

1. Introdução	120
2. Fundamentação Teórica	121
2.1 Anatomofisiologia do dente	121
2.2 Cárie dentária na infância	121
2.3 Alimentos cariogénicos, cariostáticos e anticariogénicos	122
2.4 Escovagem dos dentes	123
3. Análise do contexto	126
4. Estratégias	127
5. Objetivos	128
6. Indicadores de resultado	129
7. Resultados	130
8. Conclusão	131
9. Referências Bibliográficas	132
Apêndices	133
Apêndice I: Plano de Sessão de Educação para a Saúde “Saúde Oral”	134
Apêndice II – Diapositivos	137

1. Introdução

O presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, do 3º semestre do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Católica Portuguesa, como forma de dar resposta aos objetivos propostos para o presente estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade a ser realizado entre 4 de fevereiro e 30 de Março de 2019, na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Sendo um dos objetivos do Plano Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) inserido no Plano Nacional de Saúde (2004-2010) a redução da incidência e prevalência das doenças orais nas crianças e adolescentes, com melhoria do conhecimento e comportamentos sobre saúde oral (DGS, 2011) e após identificada esta necessidade por parte de um Agrupamento Escolar, procedeu-se à realização de um planeamento de sessão de educação para a saúde intitulado “Saúde Oral”.

Este documento tem como finalidade o planeamento da sessão, apresentando a fundamentação teórica necessária à compreensão da importância da saúde oral e higiene oral, bem como a descrição da população-alvo, a metodologia utilizada, os objetivos da sessão e os indicadores de resultado.

2. Fundamentação teórica

2.1 Anatomofisiologia do dente

A cavidade oral, ou boca, é uma porção do tubo digestivo que se encontra delimitada anteriormente pelos lábios, posteriormente pela fauce, superiormente pelo palato, inferiormente pelo pavimento muscular e lateralmente pela mucosa jugal (Seeley *et al.*, 2003).

Durante o desenvolvimento, considera-se que a dentição vai-se alterando, passando por três fases: a dentição decídua, a dentição mista e, por fim, a dentição definitiva (Melo, Azevedo, & Henriques, 2008). Entre os 6 e os 24 meses de vida, começam a aparecer os primeiros dentes, denominados dentes primários, mais conhecidos como dentes de leite. A dentição primária é composta por 20 dentes e a sua substituição por uma dentição definitiva (segunda dentição) começa por volta dos 5 anos, terminando cerca dos 11 (Seeley *et al.*, 2003).

A dentição definitiva é habitualmente composta por 32 dentes, distribuídos por duas arcadas dentárias sendo que a inferior é denominada arcada mandibular e a superior arcada maxilar. Os dentes encontram-se distribuídos igual e simetricamente pelas duas arcadas, encontrando-se divididos por quatro quadrantes: superior direito, superior esquerdo, inferior direito e inferior esquerdo. Cada um destes quadrantes possui um incisivo central e um lateral, um canino, o primeiro e o segundo pré-molares e o primeiro, segundo e terceiro molares, ficando, então, cada arcada com 16 dentes. Os terceiros molares são conhecidos vulgarmente por dentes do siso (Silva, 2007).

2.2 Cárie dentária na infância

A cárie dentária é uma doença com alta prevalência em todo mundo, afetando pessoas com diferentes faixas etárias, visto que desde que o primeiro dente erupciona a mesma pode começar a manifestar sinais desta doença (Melo, Azevedo, & Henriques, 2008).

Segundo Barata, *et al.* (2013), atualmente, as doenças orais mais comuns são a cárie dentária e a doença periodontal, acometendo, cada patologia, 60-90% das crianças em idade escolar e 5-20% dos adultos de meia-idade, respetivamente.

Deste modo, a saúde oral não deve ser dissociada da saúde geral, visto que pode ser prevenida, controlada ou até mesmo revertida. (Losso *et al.*, 2009)

Segundo a American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), 2008 cit. por Losso *et al.*, 2009, a cárie precoce na infância é classificada como:

“a presença de um ou mais dentes decíduos cariados (lesões cavitadas ou não), perdidos (devido à cárie) ou restaurados antes dos 71 meses de idade. Porém, qualquer sinal de superfície dentária lisa cariada, com ou sem cavidade, em crianças com menos de três anos de idade é considerada cárie severa na infância (CSI).”

Nesta faixa etária, um dos primeiros sinais clínicos que nos podem levar a inferir que podemos estar perante uma cárie dentária *“é a presença de manchas brancas e opacas, que são áreas de desmineralizadas pela presença de biofilme dental.”* (Losso *et al.*, 2009). A evolução da mesma pode levar ao aparecimento de cavidades com perda de estrutura dental que, caso não seja tratada a tempo, *“pode levar a uma destruição de toda a coroa do dente e com processos infecciosos radiculares em decorrência da necrose pulpar.”* (Losso *et al.*, 2009).

O desenvolvimento da cárie dentária tem uma forte relação com determinados fatores, nomeadamente a dieta. O consumo excessivo de alimentos açucarados e alimentos adesivos que permanecem durante muito tempo em contacto com os dentes aumentam a sua cariogenicidade. (Areias *et al.*, 2008). Assim, estes hábitos estão associados ao desenvolvimento da CSI.

Com o desenvolvimento de cavidades de lesão de cárie, a criança passa a apresentar um quadro de infeção, dor, dificuldade de mastigação, trauma psicológico e prematura dos dentes (AAPD, 2008, Leal SC. *et al.*, 2003 e Nascimento *et al.*, 2005 cit. por Losso *et al.*, 2009). Todos os fatores supracitados podem interferir nas atividades quotidianas, como por exemplo, comer, dormir ou brincar, na vida social da mesma, rendimento escolar e repercussões a nível cognitivo e desenvolvimental (Losso *et al.*, 2009).

2.3 Alimentos cariogénicos, cariostáticos e anticariogénicos

O papel da alimentação desempenha importantes tarefas no desenvolvimento dos dentes, na integridade dos tecidos e ossos da cavidade oral bem como na prevenção e tratamento de doenças orais, como a cárie dentária. Assim, de acordo com a ação que exercem no

desenvolvimento da cárie dentária, os alimentos podem ser classificados como cariogénicos, cariostáticos ou anticariogénicos (Silva, 2007)

Os alimentos cariogénicos (bolos, bolachas e doces) são aqueles que contêm, na sua composição, hidratos de carbono passíveis de serem fermentados, o que irá causar um decréscimo do pH salivar para um valor inferior a 5,5; o contacto deste tipo de alimentos com os microrganismos presentes na cavidade bucal provoca desmineralização dos dentes; os alimentos cariostáticos (carne, peixe, ovos, legumes e fruta fresca) são alimentos que não são metabolizados pelos microrganismos da boca e que, por isso, não alteram em nada o pH salivar; por outro lado, os alimentos anticariogénicos (queijo, leite, chá e alimentos ricos em fibras) são aqueles que impedem o desenvolvimento da cárie dentária uma vez que aumentam a produção de saliva e funcionam como barreiras para a placa bacteriana, ou seja, impedem que esta os reconheça como alimentos cariogénicos; estes alimentos promovem, ainda, a remineralização dos dentes (Silva, 2007)

O grau de cariogenicidade de um alimento é, ainda, influenciado por determinantes como:

“a forma do alimento, a frequência do consumo de hidratos de carbono fermentáveis, o tempo de retenção do alimento na boca, a composição nutricional, o potencial do alimento em estimular a saliva e a combinação dos alimentos” (Silva, 2007).

2.4 Escovagem dos dentes

A higiene oral deve iniciar-se logo após a erupção do primeiro dente, com uma escova macia ou com uma gaze, ou, ainda, com uma dedeira (DGS, 2005).

A escovagem diária dos dentes constitui o primeiro nível de prevenção do aparecimento da cárie dentária e de doenças periodontais (Areias *et al*, 2008). Assim, a DGS (2005) recomenda que a escovagem dos dentes seja feita pelo menos duas vezes por dia, sendo que uma delas deve, obrigatoriamente, ser após a última refeição. Por outro lado, só é realmente eficaz a escovagem que dure entre 2 a 3 minutos e que respeite os passos determinados pela mesma fonte. Assim, uma escovagem eficaz consiste nos seguintes passos:

1. Colocar o dentífrico fluoretado na escova;

2. Inclinando a escova em direção à gengiva e fazer pequenos movimentos vibratórios horizontais ou circulares; fazer pouca pressão;
3. Escovar 2 dentes de cada vez, fazendo aproximadamente 10 movimentos (ou 5 no caso de crianças até aos 6 anos);
4. Escovar com uma sequência. Começar a escovar a superfície externa (do lado da bochecha) do último dente de um dos maxilares e continuar a escovar até atingir o último dente do lado oposto;
5. Com a mesma sequência, escovar as superfícies do lado da língua;
6. Proceder do mesmo modo para escovar os dentes do outro maxilar;
7. Escovar as superfícies mastigatórias dos dentes com movimentos de vaivém;
8. Por fim, pode escovar-se a língua e cuspir o excesso de dentífrico, sem bochechar com água.

A escova com a qual se vai proceder à escovagem deve respeitar algumas características para que a escovagem se torne eficaz: o seu tamanho deve ser adequado à boca da criança que a irá escovar; esta informação está, normalmente, contida na embalagem na qual vem a escova; a textura da escova deve ser macia, para não causar danos durante a escovagem; por fim, a escova deve ser trocada pelo menos a cada 3 meses ou se os pelos começarem a ficar deformados (DGS, 2005).

É importante salientar que a escova dos dentes é um objeto pessoal e intransmissível, cada criança deve possuir a sua. Após a escovagem, a escova deve ser passada por água de forma abundante, de modo a que todos os vestígios de pasta dentífrica sejam retirados. Deve ser guardada num local seco e sem pó, preferencialmente com os pelos voltados para cima (DGS, 2005).

O flúor tem uma influente ação no que diz respeito à prevenção e redução da prevalência e gravidade da cárie dentária. Atualmente acredita-se que a ação preventiva e terapêutica deste não é mais eficaz a nível tópico e que, por isso, o dentífrico floretado constitui a melhor opção para a aplicação do mesmo (Areias *et al.*, 2008).

O uso de dentífrico floretado deve começar, segundo o PNPSO (DGS, 2005), imediatamente após a erupção do primeiro dente, procedendo à higienização do mesmo duas vezes por dia, com uma compressa, uma dedeira ou uma escova macia e o tal dentífrico com 1000-1500ppm (mg/l) de fluoreto; uma dessas vezes deve ser

impreterivelmente após a última refeição. A quantidade de pasta dentífrica a utilizar deve corresponder ao tamanho da unha do quinto dedo criança. Estas recomendações devem ser seguidas até a criança completar 3 anos de idade.

Entre os 3 e os 6 anos de idade, a criança, sob a supervisão dos pais, deve escovar os dentes igualmente duas vezes por dia, sendo um obrigatoriamente após a última refeição do dia. Esta escovagem deve ser acompanhada de um dentífrico que contenha flúor no intervalo de 1000-1500ppm (mg/l). Tal como no grupo etário anterior, a quantidade de pasta a utilizar deve corresponder à unha do quinto dedo da criança (DGS, 2005).

Após os 6 anos, as recomendações da DGS mantêm-se idênticas às referidas para os grupos etários anteriores, salvaguardando o facto de que, nesta idade, a criança deve escovar os dentes com uma quantidade de dentífrico de aproximadamente 1 centímetro (DGS, 2005).

A DGS (2005) preconiza, ainda, que com a entrada na escola, após os 6 anos, as crianças procedam à escovagem dos dentes no próprio estabelecimento de ensino, sob a orientação dos professores. As crianças que frequentam o 1º ciclo do Ensino Básico devem também realizar o bochecho quinzenal com uma solução de fluoreto de sódio a 0,2%.

3. Análise do contexto

De forma a contextualizar as intervenções em causa, é necessário conhecer o público-alvo ao qual estas se vão dirigir, sendo que é fundamental para adequar as intervenções e enunciar as necessidades. Dessa forma, a implementação das sessões referentes à saúde oral foi direcionada a alunos do 1º Ano, a duas turmas com uma média de 18 alunos.

Esta atividade foi desenvolvida tendo como base o PNSE, sendo que este apresenta como área de intervenção a temática da Saúde Oral.

A identificação das necessidades foi realizada no início do ano letivo, pela equipa de saúde escolar que propôs a realização da AES pela UCC, tendo sido efetuado um planeamento das ações de educação para a saúde a serem realizadas durante o 2º semestre do ano letivo. Desta forma o planeamento deste projeto foi ao encontro desta necessidade.

4. Estratégias

A metodologia adotada foi:

- Expositiva, com explicação dos conteúdos;
- Demonstrativa através da demonstração da escovagem dos dentes num modelo de cavidade oral;
- Interativa em que os alunos demonstraram a aprendizagem realizando a escovagem no modelo de cavidade oral.

Os recursos humanos são constituídos por uma equipa formada pela Enfermeira Especialista F.M. e pela Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermeira Sónia Brito, sendo os participantes alunos do 1º Ano.

Os recursos materiais a que se recorreu foram: sala, mesa e cadeiras, computador, vídeo-projetor, tela de apresentação, modelo de cavidade oral e escova de dentes.

A estratégia de implementação foram diapositivos, encontrando-se no Apêndice II, com recurso a vídeos. O mesmo foi apresentado de forma interativa, por meio de demonstração e questões/resposta entre as enfermeiras e os alunos.

5. Objetivos

Os objetivos gerais propostos para a sessão de Educação para a Saúde são:

- Sensibilizar as crianças para a importância da saúde oral;
- Promover comportamentos de Higiene oral.

Os objetivos específicos propostos para a sessão de Educação para a Saúde são que as crianças:

- Reconheçam a importância da saúde oral;
- Conheçam as estruturas da cavidade oral;
- Conheçam a existência de placa bacteriana e cárie dentária;
- Identifiquem o material a utilizar na escovagem dos dentes;
- Identifiquem os passos corretos na escovagem dos dentes;
- Saibam qual a frequência e os momentos fundamentais da escovagem dos dentes;
- Saibam a quantidade da pasta a utilizar em cada escovagem dos dentes;
- Identifiquem os alimentos cariogénicos.

6. Indicadores de resultado

Os indicadores de resultado serão avaliados durante a apresentação, com colocação de questões e através de um jogo de perguntas denominado “Dentinho saudável”, tendo em conta o número de respostas corretas.

7. Resultados

A sessão de educação para a saúde foi realizada a uma turma do 1º Ano, denominada “IDA”.

A avaliação foi feita durante a sessão, com interação entre as enfermeiras e os alunos, com colocação de questões em cada fase da apresentação. Em média, dos 24 alunos presentes, 20 (83,3%) respondeu de forma correta às questões. Em relação ao jogo “Dentinho Saudável”, dos 24 alunos presentes, 22 (91,63%) responderam de forma correta.

8. Conclusão

Existe uma forte evidência de que as doenças orais estão relacionadas com os comportamentos de saúde oral. Estas patologias podem diminuir, com a melhoria significativa da higiene oral e a diminuição do consumo de alimentos açucarados (Barata *et al.*, 2013).

Em Portugal, a prevalência da cárie dentária tem vindo a diminuir nas crianças e nos adolescentes, nos últimos anos, devido à implementação de programas de saúde oral. Contudo, as doenças orais continuam a possuir uma elevada prevalência, constituindo, assim, um importante problema de saúde pública (Barata *et al.*, 2013).

O PNPSO preconiza uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais ao longo de todo o ciclo de vida, em particular nos ambientes onde as crianças vivem e estudam (DGS, 2005).

Conforme está explícito no documento “Saúde Oral – Estudo Nacional de Prevalência da Doenças oral (DGS, 2008):

“Ter saúde oral é muito mais do que ter dentes sãos. É ter práticas de higiene oral adequadas, comportamentos alimentares saudáveis e é ter qualidade de vida”.

Após a realização deste trabalho, conclui-se que as estratégias adotadas foram importantes para a promoção da saúde oral nas crianças e que as sessões de educação para a saúde nas escolas são uma via importante e significativa na promoção de hábitos de vida saudáveis.

9. Referências bibliográficas

- Areias, C., Frias-Bulhosa, J., Guimaraes, H., & Andrade, C. (2008). Saúde Oral em Pediatria. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 126-132.
- Barata, C., Veiga, N., Mendes, C., Araujo, F., Octavio, R., & Coelho, I. (2013). Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes d concelho de Mangualde. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e cirurgia maxilofacial*, 27-32.
- Carvalho, T., Pinheiro, N., Santos, J., Costa, L., Queiroz, F. S., & Nobrega, C. (2013). Estratégias de promoção de saúde para crianças em idade pré-escolar do município de Patos-PB. *Revista de Odontologia da UNESP*, 426-431.
- DGS. (2011). Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.
- DGS. (2008). Saúde Oral - Estudo Nacional de Prevalência de Doenças Oraís.
- Losso, E., Tavares, M., Silva, J., & Urban, C. (2009). Cárie precoce e severa na infância: uma abordagem integral. *Jornal de Pediatria*, 295-300.
- Melo, P., Azevedo, A., & Henriques, M. (2008). Cárie dentária – a doença antes da cavidade. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 253-259.
- Narvai, P. C. (2000). Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Ciência & Saúde Coletiva*, 381-392.
- Seeley, R., Philip, T., Stephens, T., Leal, M., Durao, M., Abecassis, L., & Pais, D. (2003). *Anatomia e Fisiologia* (Vol. 6ªEdição). Loures: Lusociência.
- Silva, J. F. (2007). *Avaliação da frequência do consumo de alimentos cariogénicos e sua relação com a cárie dentária numa amostra de crianças*. Obtido de https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/54450/4/115462_0728TCD28.pdf

Apêndices

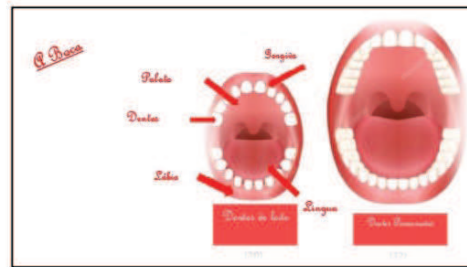
Apêndice I: Plano de Sessão de Educação para a Saúde “Saúde Oral”

Plano de Sessão de Educação para a Saúde

<i>Tema</i>	Saúde Oral
<i>Data</i>	15 de Março de 2019
<i>Local</i>	Centro Escolar X
<i>Duração Total da Sessão</i>	40 Minutos
<i>População-Alvo</i>	Alunos do 1º Ano (6 Anos)
<i>Dinamizadores</i>	Enfermeira Especialista F.M.; Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermeira Sónia Brito
<i>Objetivos gerais</i>	Sensibilizar as crianças da importância da saúde oral. Promover comportamentos de Higiene oral.
<i>Objetivos específicos</i>	Que as crianças: <ul style="list-style-type: none"> • Reconheçam a importância da saúde oral; • Conheçam as estruturas da cavidade oral; • Conheçam a existência de placa bacteriana e cárie dentária; • Identifiquem o material a utilizar na escovagem dos dentes; • Identifiquem os passos corretos na escovagem dos dentes; • Saibam qual a frequência e os momentos fundamentais da escovagem dos dentes; • Saibam a quantidade da pasta a utilizar em cada escovagem dos dentes; • Identifiquem os alimentos cariogénicos.

<i>Fases da sessão</i>	Conteúdos	Métodos/Técnicas	Recursos/Estratégias	Tempo	Avaliação
<i>Introdução</i>	Apresentação da Equipa de Enfermagem e do tema da Sessão	Expositivo	PowerPoint	5 Minutos	
<i>Desenvolvimento</i>	<p>Esclarecimento sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estruturas da cavidade oral; • Existência da placa bacteriana e cáries dentárias e forma de as prevenir; • Material a utilizar na escovagem dos dentes; • Passos da escovagem dos dentes; • Frequência e momentos adequados à escovagem dos dentes; • Quantidade da pasta a utilizar na escovagem dos dentes; • Alimentos cariogénicos. 	<p>Expositivo</p> <p>Demonstrativo</p> <p>Interativo</p>	<p>Sala</p> <p>Mesa e cadeiras</p> <p>Computador</p> <p>Vídeo-projetor</p> <p>Tela</p> <p>Apresentação em PowerPoint</p> <p>Modelo de cavidade oral e escova de dentes</p>	15 minutos	
<i>Conclusão</i>	Síntese dos temas abordados, introdução dos alimentos saudáveis em forma de jogo e esclarecimento de dúvidas	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p> <p>Interativo</p>	<p>Modelo de cavidade oral e escova de dentes</p> <p>Vídeo interativo</p>	20 Minutos	Jogo “Dentinho Saudável”

Apêndice II - Diapositivos





**Apêndice III – Planeamento da sessão de formação a pares “NACJR –
deteção e referenciação precoce”**



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Planeamento da Formação

“NACJR – Detecção e Encaminhamento Precoce”

Sónia de Fátima Carneiro Brito

Orientadoras:

Prof. Doutora Isabel Quelhas

Enf.^a Especialista F. M.

Porto, Março 2019

Lista de abreviaturas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
CDC	Convenção dos Direitos da Criança
CNPDPJ	Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CS	Cuidados de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral de Saúde
DL	Decreto-lei
NACJR	Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NHACJR	Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
OE	Ordem dos Enfermeiros
PIAF	Plano Individual de Apoio à família
PNV	Plano Nacional de Vacinação
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCF	Unidades Coordenadoras Funcionais
UCP	Universidade Católica Portuguesa
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
URAP	Unidade Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar

Índice

1. Introdução	147
2. Enquadramento Teórico	148
2.1 Crianças e Jovens em Risco	148
2.2 Maus tratos em crianças e jovens	150
2.3 Indicadores e caracterização de maus tratos	151
2.4 Grau de severidade da situação de maus tratos	155
2.5 Princípios orientadores da intervenção junto de crianças e jovens em risco/perigo	156
2.6 Proteção de crianças e jovens em perigo	157
2.7 Fluxograma de Intervenção	159
3 Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco	161
3.1 Objetivos Funções do NACJR	162
3.2 O Contexto Específico	164
4 Plano de Formação	165
4.1 Metodologia	165
4.2 Recursos/Estratégias de Implementação	165
4.3 População-Alvo	165
4.4 Objetivos	165
4.5 Indicadores de resultado	166
4.6 Resultados	166
5 Conclusão	167
6 Referências Bibliográficas.....	169
Apêndices	170
Apêndice I - Plano de Sessão – Formação “NACJAR – Detecção e referenciação precoce”	171
Apêndice II - Ficha de Sinalização	174
Apêndice III – Modelo de PIAF.....	179

Apêndice IV – Ficha de Encerramento de Processo para as USF's	181
Apêndice V - Ficha de Encerramento de Processo para o NACJR	183
Apêndice VI – Panfleto	185
Apêndice VII - Fluxograma de Encaminhamento	187
Apêndice VIII – Diapositivos	189
Apêndice IX – Questionário de avaliação	196

Índice de Tabelas

Tabela 1. Alguns sinais, sintomas e indicadores de negligência.....	151
Tabela 2. Alguns sinais, sintomas e indicadores de mau trato físico	152
Tabela 3. Alguns sinais, sintomas e indicadores de abuso sexual	153
Tabela 4. Alguns sinais, sintomas e indicadores de mau trato psicológico/emocional	154

Índice de Figuras

Figura 1. Níveis de intervenção	158
Figura 2. Fluxograma de intervenção	160

1. Introdução

O presente documento surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, do 3º semestre do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Católica Portuguesa, como forma de dar resposta aos objetivos propostos para o presente contexto assistencial na Unidade de Cuidados na Comunidade a ser realizado entre 4 de Fevereiro e 30 de Março de 2019, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Sendo um dos objetivos o planeamento de uma formação a pares e, após a deteção de um défice de informação relativa ao divulgação do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), durante uma reunião do mesmo, foi proposto a colmatação da necessidade com a participação na elaboração dos documentos relativos á referenciação de casos e a realização de uma formação aos enfermeiros.

Este documento tem como finalidade o planeamento da formação a pares, apresentando a fundamentação teórica necessária à compreensão da problemática das crianças e jovens em risco e do enquadramento legal das unidades funcionais de saúde na sua referenciação.

Sabe-se que, no âmbito das competências nas unidades de saúde, para que a sua ação se torne mais efetiva, há necessidade de melhorar a aplicação dos mecanismos de prevenção da ocorrência dos maus tratos, da deteção precoce das situações de risco e de perigo, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e ou encaminhamento de casos para outros serviços, no âmbito de uma eficiente articulação funcional (Ministério da Saúde, 2008).

Desta forma e, após realizar uma revisão bibliográfica relativa aos maus tratos a crianças e jovens em risco, pretende-se a elaboração de documentos de apoio que auxiliem na referenciação e encaminhamento precoce de forma a “*adequar os modelos organizativos dos serviços, incrementar a preparação técnica dos profissionais, adequar os mecanismos concertados de resposta e promover a circulação atempada de informação pertinente*” (Ministério da Saúde , 2008).

O presente documento está dividido em 3 capítulos, sendo o primeiro referente ao enquadramento teórico da problemática que se pretende abordar, o segundo relacionado com o NACJR, o terceiro a descrição da metodologia utilizada, os objetivos da formação, os recursos e estratégias implementadas, os indicadores de resultado, a avaliação e por fim a conclusão.

2. Enquadramento teórico

2.1 Crianças e Jovens em Risco

A Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPJC) defende os direitos humanos da criança como sendo os gerais, reconhecidos a qualquer pessoa, e os específicos, resultantes da sua condição de criança – ser em desenvolvimento, com fases muito próprias que exigem particulares cuidados de respeito, afeto, educação e promoção, para que possa atingir a sua autonomia positiva, do ponto de vista pessoal, familiar e comunitário, no seu caminho de vida para o êxito de uma «candidatura» a uma humanidade plenamente realizada que toda a infância significa (CNPDPJC, 2016).

A Convenção dos Direitos da Criança (CDC), enumera os direitos fundamentais das crianças como os direitos à sobrevivência (ex. o direito a cuidados adequados), os direitos relativos ao desenvolvimento (ex. o direito à educação), os direitos relativos à proteção (ex. o direito de ser protegida contra a exploração) e os direitos de participação (ex. o direito de exprimir a sua própria opinião) (UNICEF, 1990).

É importante fazer a ponte entre os direitos das crianças com o conceito de risco que pode colocar uma criança em perigo e os fatores protetores que poderão equilibrar ou anular os de risco, diminuindo a probabilidade de ocorrer uma situação crítica (Ministério da Saúde, 2008).

As crianças e jovens em risco têm vindo a merecer, nas últimas décadas, uma maior atenção por parte da sociedade e, em especial, das entidades com competência em matéria de vigilância na infância e juventude, sendo importante compreender o fenómeno do risco associado a esta faixa etária para atuar em conformidade, protegendo os direitos das crianças.

As situações de risco implicam um perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento (CNPDPJC, 2016).

Os fatores de risco dizem respeito a qualquer tipo de influências que aumentem a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus tratos. Representam variáveis físicas, psicológicas e sociais que podem potenciar, no meio em que ocorrem,

alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e dos jovens (Ministério da Saúde , 2008).

A presença isolada dos mesmos pode não consubstanciar risco, pelo que a avaliação das situações deverá atender ao contexto global, devendo imperar uma ponderação criteriosa e o bom senso dos profissionais ou equipa (Ministério da Saúde, 2008).

Neste processo, é incontornável a necessidade de se procurar identificar, sempre, outros elementos que, ao invés, atuem como fatores protetores, os quais devem ser equacionados no processo avaliativo (Ministério da Saúde, 2008).

A manutenção ou a agudização dos fatores de risco poderão, em determinadas circunstâncias, conduzir a situações de perigo, na ausência de fatores de proteção ou compensatórios (CNPDPJC, 2016).

Considera-se existir perigo sempre que se objetiva uma situação que, antes, era de risco, devido a insuficiência ou falência de fatores protetores, em particular durante as crises de vida. (DGS, 2011).

As situações de perigo encontram-se consagradas no n.º 2 do art.º 3.º da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo e enumeram-se (Assembleia da Republica, 1999):

- a) Estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- b) Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos ou ser vítima de abusos sexuais;
- c) Não receber os cuidados ou a afeição adequada à sua idade e situação pessoal;
- d) Ser obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais á sua formação ou desenvolvimento;
- e) Estar sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- f) Assumir comportamentos ou entregar-se a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhe oponham de modo adequado a remover essa situação.

Nem todas as situações de perigo decorrem, necessariamente, de uma situação de risco prévia, podendo instalar-se perante uma situação de crise aguda (ex.: morte, divórcio, separação) (CNPDPJC, 2016).

Entende-se por fatores de proteção as variáveis físicas, psicológicas e sociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e que podem atuar como moderadores dos fatores de risco, controlando ou evitando o respetivo impacto (ex.: uma criança que demonstre capacidade em pedir ajuda quando necessário) (Ministério da Saúde, 2008). São, portanto, os fatores que incluem variáveis biopsicossociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e podem remover ou minorar o impacto dos fatores de risco (DGS, 2008).

Constituem objetivos programáticos desta «Ação de saúde para crianças e jovens em risco», descritos no Despacho n.º 31292 de 2008:

- a) Promover os direitos das crianças e jovens, em particular a saúde, através da prevenção da ocorrência de maus tratos, da deteção precoce de contextos, fatores de risco e sinais de alarme, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e ou encaminhamento dos casos identificados;
- b) Adequar os modelos organizativos dos serviços nesse sentido, incrementar a preparação técnica dos profissionais, concertar os mecanismos de resposta e promover a circulação atempada de informação pertinente.

Na sociedade atual constata-se uma maior sensibilização para as necessidades das crianças, através da adoção progressiva de um papel mais responsável e defensor do seu bem-estar. Direitos tão fundamentais como a integridade física e emocional da criança, a inclusão numa família que lhe dê afetos, segurança e cuidados e a abolição de tratamentos desumanos ou vexatórios, são amplamente reconhecidos pelo coletivo social (Teufel, Fernandez, & Banacloig, 2006).

2.2 Maus tratos em crianças e jovens

Os maus tratos às crianças podem definir-se como qualquer ação não acidental que comporte abuso (emocional, físico ou sexual) ou omissão (emocional ou física) para com uma criança, menor de dezoito anos, perpetrada pelo seu progenitor ou cuidador principal, por outra pessoa ou por qualquer instituição, e que ameace o desenvolvimento adequado da criança (Teufel, Fernandez, & Banacloig, 2006).

Os maus tratos constituem um fenómeno complexo e multifacetado que se desenrola de forma dramática ou insidiosa, em particular nas crianças e nos jovens, mas sempre com

repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade dos indivíduos. Pode causar sequelas físicas (neurológicas e outras), cognitivas, afetivas e sociais, irreversíveis, a medio e longo prazo ou, mesmo, provocar a morte (Ministério da Saúde , 2008).

Embora exista uma variedade de situações que consubstanciam a prática de maus tratos infantis, é possível verificar que os mesmos classificam-se de formas diferente, nomeadamente: negligência, mau trato físico, abuso sexual, mau trato psicológico e síndrome de Munchausen por procuração (Ministério da Saúde , 2008).

2.3 Indicadores e caracterização dos maus tratos

Entende-se por **negligência** a incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação das necessidades de cuidados básicos de higiene, alimentação, afeto e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento normais (DGS, 2008).

A nível dos CS, em particular, existem formas de negligência que podem ser detetadas através de sinais ligados à não prestação de cuidados de saúde adequados; por exemplo, não cumprir persistentemente o Programa Nacional de Vacinação, não comparecer às consultas programadas, ou, ainda, não procurar ou prestar cuidados de saúde de forma atempada quando necessários, em situação de doença ou de acidente (DGS, 2008).

Negligência
<ul style="list-style-type: none"> • Carência de higiene (tendo em conta as normas culturais e o meio familiar); • Vestuário desadequado em relação à estação do ano e lesões consequentes de exposições climáticas adversas; • Inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília); • Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas; • Incumprimento do Programa-Tipo de atuação em Saúde Infantil e Juvenil e/ou do Programa Nacional de Vacinação; • Doença crónica sem cuidados adequados (falta de adesão a vigilância e terapêutica programadas); • Intoxicações e acidentes de repetição.

Tabela 1. Alguns sinais, sintomas e indicadores de negligência

Fonte: (DGS, 2011)

O **mau trato físico** resulta de qualquer ação, não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa provocar) dano físico.

Este tipo de maus tratos, engloba um conjunto de situações traumáticas, tais como a síndrome da criança abanada (sacudida ou chocalhada), as queimaduras, as fraturas, os traumatismos crânio-encefálicos, as lesões abdominais, a sufocação, o afogamento, as intoxicações provocadas e outras.

Trata-se da forma que é mais frequentemente diagnosticada nos serviços de saúde, sendo responsável por índices elevados de morbilidade, incapacidade permanente e mortalidade. Se por um lado, a negligência tem mais probabilidades de ser detetada através do seguimento de crianças, jovens e famílias feito a nível dos CS, o mau trato físico é frequentemente detetado nas urgência hospitalares (DGS, 2008).

Mau trato físico
<ul style="list-style-type: none"> • Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo acidental (face, perioclar, orelhas, boca e pescoço ou na parte proximal das extremidades, genitais e nádegas); • Síndrome da criança abanada (sacudida ou chocalhada); • Alopecia traumática e/ou por postura prolongada com deformação do crânio; • Lesões provocadas por objetos que deixam marca(s) (por exemplo, de fivela, corda, mãos, chicote, régua...); • Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fratura); • Fraturas das costelas e corpos vertebrais, fratura de metáfise; • Demora ou ausência na procura de cuidados médicos; • História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos diferentes cuidadores; • Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem, ...); • Alterações graves do estado nutricional.

Tabela 2. Alguns sinais, sintomas e indicadores de mau trato físico

Fonte: (DGS, 2011)

O **abuso sexual** corresponde ao envolvimento de uma criança ou adolescente em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha e mais forte.

Este tipo de maus tratos pode revestir-se de diferentes formas – que podem ir desde importunar a criança ou jovem, obrigar a tomar conhecimento ou presenciar conversas, escritos e espetáculos obscenos, utilizá-la em sessões fotográficas e filmagens, até à prática de coito, passando pela manipulação dos órgãos sexuais, entre outras (DGS, 2008).

ABUSO SEXUAL
<ul style="list-style-type: none"> • Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infeção); • Presença de esperma no corpo da criança/jovem; • Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais; • Leucorreia persistente ou recorrente; • Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal; • Lesões no pénis ou região escrotal; • Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração do freio dos lábios; • Laceração do hímen; • Infeções de transmissão sexual; • Gravidez.

Tabela 3. Alguns sinais, sintomas e indicadores de abuso sexual

Fonte: (DGS, 2011)

O **mau trato psicológico** resulta da incapacidade de proporcionar à criança ou jovem um ambiente de tranquilidade, bem-estar emocional e afetivo, indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados.

Este tipo de maus tratos engloba diferentes situações, desde a ausência ou precariedade de cuidados ou afeição adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afetiva, passando pela depreciação permanente da criança ou do jovem, os quais podem repercutir-se, por exemplo, no sono, no controlo dos esfíncteres, no comportamento, no rendimento escolar e em outras atividades da criança ou do jovem (DGS, 2011).

O mau trato psicológico tem implicações no desenvolvimento físico e psicossocial da criança/jovem e na estabilidade das suas competências emocionais e sociais (DGS, 2008).

Mau trato psicológico / emocional
<ul style="list-style-type: none"> • Episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente; • Comportamentos agressivos (autoagressividade e/ou hetero agressividade) e/ou automutilação; • Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas interpessoais; • Perturbações do comportamento alimentar; • Alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese); • Choro incontrolável no primeiro ano de vida; • Comportamento ou ideação suicida.

Tabela 4. Alguns sinais, sintomas e indicadores de mau trato psicológico/emocional

Fonte: (DGS, 2011)

O **Síndrome de Munchausen por Procuração** diz respeito à atribuição à criança, por parte de um elemento da família (que, na maior parte dos casos, apresenta um discurso credível e sedutor mas ao qual subjaz, por vezes, patologia do foro psiquiátrico, nem sempre fácil de identificar), de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando hospitalizações frequentes, necessidades de procedimentos de diagnóstico exaustivos e recurso a técnicas invasivas.

Trata-se de uma forma rara de maus tratos, e que coloca aos profissionais grandes dificuldades de diagnóstico. Algumas formas de manifestação deste síndrome são, por exemplo, administrar uma droga/medicamentos para provocar a sintomatologia; adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina da criança; semi-sufocar, repetidamente, a criança e, depois, procurar o hospital, queixando-se de que a criança sofre de crises de apneia (DGS, 2008).

2.4 Grau de severidade da situação de Maus Tratos

Está patente no documento da DGS “Maus Tratos em Crianças e Jovens - Intervenção da Saúde” (2008) que a avaliação do grau de severidade da situação de mau trato deve ter em conta a análise de um conjunto de fatores, em particular:

- As circunstâncias do incidente que gerou o mau trato;
- Os efeitos do mau trato na criança;
- O facto de se tratar de um ato isolado ou de uma situação repetida ou continuada;

A existência de fatores que aumentam a vulnerabilidade, tais como:

- Tratar-se de uma criança pequena (menor que 5 anos);
- Haver incapacidades físicas ou psíquicas.

A inexistência de fatores de proteção externos:

- Ausência de outro familiar ou pessoa idónea que tenha capacidade para proteger a criança/jovem;
- Dificuldade de acesso ao apoio de estruturas sociais (por incapacidade devida à idade/grau de desenvolvimento ou à oposição por parte dos cuidadores).

Ponderado os fatores descritos, é possível estabelecer a classificação quanto ao grau de severidade.

Considera-se ligeiro quando os efeitos do mau trato não provocam sinais ou sintomas na criança e/ou na presença de algum sinal/sintoma este não é significativo ao ponto de justificar tratamento ou intervenção especializada. Neste grau de severidade a intervenção cabe aos profissionais que o identificam.

O grau moderado é observado quando o mau trato provoca sinais ou sintomas na criança/jovem ou se preveja que venha a provocar e quando requer algum tipo de intervenção ou tratamento especializado, assim como um plano de intervenção interdisciplinar e personalizado.

O grau grave é considerado quando o efeito do mau trato põe em causa a integridade física ou emocional da criança/jovem, ou provoque perturbações significativas no seu desenvolvimento, quando existe um risco elevado de recorrência e/ou quando a criança tem idade inferior a cinco anos ou apresenta algum tipo de incapacidade física ou psíquica

que a torne especialmente vulnerável. A presença destas circunstâncias pode implicar a tomada de medidas de promoção/proteção a favor da criança/jovem por parte da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) ou do Tribunal de Família e Menores da área de residência (DGS, 2011).

2.5 Princípios orientadores da intervenção junto de crianças e jovens em risco/perigo

As boas práticas face aos maus tratos havendo, ou não, ocorrência confirmada destes, exigem que os profissionais de saúde assegurem o respeito por diversos pressupostos que merecem relevo particular.

Assim, conforme publicado no Despacho n.º 31292/2008, o interesse superior da criança e do jovem como referencial primeiro da ação, sem prejuízo da ponderação devida a outros interesses legítimos presentes em cada situação de imperar e alguns fatores orientadores devem ser considerados:

- A privacidade, relacionada com o respeito pela intimidade, direito à imagem e reserva da vida privada da criança ou do jovem;
- A intervenção, o mais precoce possível, a desencadear logo que conhecida a situação de perigo;
- A intervenção mínima, salvaguardando que apenas intervêm os agentes indispensáveis à promoção de direitos e proteção da criança ou do jovem em perigo;
- A intervenção proporcional e atual, assegurando que a mesma se processa segundo princípios de razoabilidade e no momento imediato à tomada de decisão, produzindo impacto mínimo na vida da criança, do jovem e respetiva família da forma estritamente necessária à finalidade pretendida;
- O exercício da responsabilidade parental, sendo a intervenção acionada de forma que os pais assumam os respetivos deveres para com a criança e o jovem;
- A obrigatoriedade da informação, tendo em conta que a criança, o jovem, os pais, o representante legal ou a pessoa que tenha a respetiva guarda de facto devem ser informados acerca dos seus direitos, dos motivos que determinam a intervenção e da forma como esta se processa;

- A participação nos atos e na definição das medidas e a audição obrigatória são asseguradas, quer à criança ou jovem a partir dos 12 anos de idade, quer aos pais, representantes legais ou quem tenha a guarda de facto;
- A subsidiariedade na intervenção, a qual deve caber, em primeira instância, às entidades com competência em matéria de infância e juventude, em segunda instância, às CPCJ e, em terceira instância, aos Tribunais;
- Consentimento livre e esclarecido por parte dos pais, representante legal ou da pessoa que tem a guarda de facto, devendo os mesmos ser informados desse direito. É igualmente reconhecido o direito da criança ou jovem com idade igual ou superior a 12 anos, a não autorizar a intervenção das entidades com competência em matéria de infância e juventude, ou das CPCJ.

Não havendo situação de perigo eminente, mas existindo risco que justifique acompanhamento continuado pelas equipas de saúde, e havendo oposição a esta pelos pais/cuidadores, o caso deve ser remetido à CPCJ da área de residência da criança, devendo aqueles serem informados dessa diligência. Quando, no domínio da ação das CPCJ, a oposição se mantém, a situação é remetida por aquela ao Tribunal de Família e Menores ou, na sua ausência, ao Tribunal de Comarca (Ministério da Saúde, 2008).

2.6 Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

A Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, criada em 1999, tendo entrado em vigor em Janeiro de 2001, tem como principal objetivo “*a promoção dos direitos e a proteção das crianças e dos jovens em perigo, de forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral*”. Esta lei para além da definição de criança em situação de perigo e das situações consideradas de perigo, reconhece, os pais, a família, a sociedade e o Estado, como garantes na cooperação e na intervenção, de modo a assegurar a promoção dos direitos e proteção das mesmas.

Este diploma define o conceito de "superior interesse da criança", na perspetiva do respeito pelos seus direitos, constituindo-se como princípio orientador da intervenção em matéria de crianças e jovens em situação de perigo, às entidades com competências em matéria de infância e juventude, comissões de proteção de crianças e jovens e tribunais. O mesmo diploma estatui, no seu artigo 4.º, os princípios orientadores da intervenção, considerando que a mesma deve ser precoce e mínima, deve:

"ser efetuada logo que a situação de perigo seja conhecida e ser exercida exclusivamente pelas entidades e instituições cuja ação seja indispensável à efetiva promoção dos direitos e à proteção da criança e do jovem em perigo".

A intervenção da Saúde enquadra-se num contexto de responsabilidades partilhadas pelos diferentes atores da comunidade, conforme o regime jurídico consagrado na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo¹ (Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro). De acordo com esta, a ação processa-se segundo um modelo que estabelece três níveis de intervenção, articulados e complementares (Ministério da Saúde, 2008).

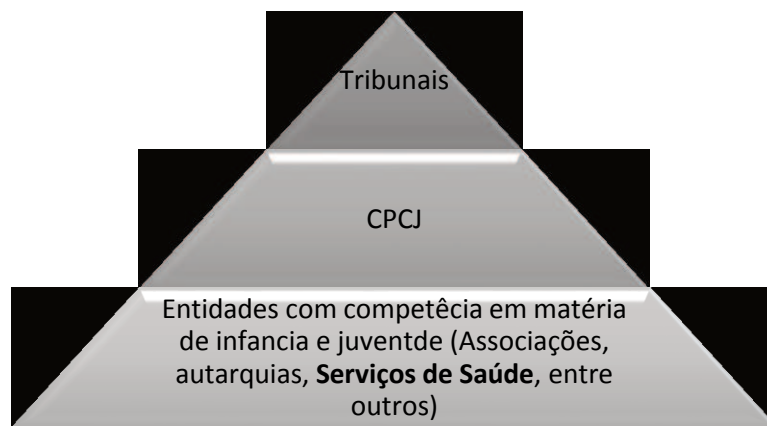


Figura 1. Níveis de intervenção

No primeiro nível, o social, intervêm as entidades com competência em matéria da infância e juventude - ou seja, as que têm ação privilegiada em áreas como as da saúde, educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, entre outros – tendo em vista a promoção dos direitos e a proteção das crianças e dos jovens, em geral, e das que se encontrem em situação de risco ou perigo, em particular. A este nível a intervenção só pode ser efetuada de modo consensual com os pais, representantes legais ou quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem.

No segundo nível, administrativo, quando não seja possível às entidades acima mencionadas atuar de forma adequada e suficiente para remover o perigo, cabe a ação da CPCJ, intervir nas situações de perigo, mas igualmente diante o consentimento dos pais, legais ou quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem.

No terceiro nível, administrativo, situa-se à intervenção judicial (Tribunal/Ministério Público), que se pretende residual. Na impossibilidade de intervenção das Comissões de

Proteção (ausência de consentimento dos progenitores ou por incumprimento reiterado do acordo de promoção e proteção). O tribunal procede à apreciação e avaliação das situações, e caso se verifique perigo pode proceder à aplicação de uma Medida de Promoção e Proteção.

Atendendo que as instituições do sistema de Saúde são entidades de primeira linha de intervenção, os CSP enquadram-se neste contexto de responsabilidades partilhadas por outros atores da comunidade, assumindo um papel de grande relevância.

Sabe-se hoje que a criança pode ser maltratada em diferentes instituições e lugares, públicos ou privados, mas é dentro de casa, em cenário familiar, que os maus tratos são mais frequentes e perigosos (Almeida, Andre, & Almeida, 1999).

Compete assim aos profissionais de saúde, nomeadamente aos Enfermeiros que diariamente estão em contacto com as famílias, dar respostas adequadas, efetivas e exequíveis as populações a que prestam assistência, sendo sua inerente responsabilidade a "deteção precoce de contextos, fatores de risco e sinais de alarme, nesta matéria no acompanhamento dos casos e na sinalização dos mesmos" (DGS, 2011).

2.7 Fluxograma de Intervenção

Como já anteriormente referido, é a diferença entre situações de risco e de perigo, que determina os diferentes níveis de responsabilidade e legitimidade de intervenção.

Desta forma a ação dos serviços de Saúde, a nível dos CSP, tem responsabilidade de intervenção no risco. Eventualmente a intervenção no perigo deve ser iniciada por estas entidades, transitando para a CPCJ apenas quando não seja possível às mesmas atuar de forma suficiente para remover o perigo.

3. Núcleo de apoio a crianças e jovens em risco

A compreensão plena sobre o contexto em que os Núcleos surgiram, só é possível abordando, de uma forma geral, o conceito de CSP, uma vez que essa é a área de influência dos mesmos.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008), os CSP são o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, as famílias e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde tão próximos quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham.

Desta forma, a saúde surge como uma instância de primeiro nível no DL no 147/99, de 1 de Setembro e deverá ter como principais objetivos,

“melhorar a aplicação dos mecanismos de prevenção da ocorrência dos maus tratos, da deteção precoce das situações de risco e de perigo, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e/ou encaminhamento de casos para outros serviços, no âmbito de uma eficiente articulação funcional” (Ministério da Saúde , 2008).

Neste âmbito, o Despacho no 31292/2008, aprovou o documento "Maus tratos em crianças e jovens — Intervenção da saúde", atribuindo-lhe a denominação de "Ação de saúde para crianças e jovens em risco", introduzindo um conjunto de orientações técnicas, promovendo nas unidades de cuidados de saúde primários e hospitais do Sistema Nacional de Saúde com atendimento pediátrico a criação de equipas pluridisciplinares, designadas por núcleos de apoio a crianças e jovens em risco – NACJR, no primeiro caso, e por núcleos hospitalares de apoio a crianças e jovens em risco – NHACJR, no segundo, que apoiem os profissionais de saúde nas intervenções neste domínio, articulando-se e cooperando com outros serviços e instituições (Ministério da Saúde , 2008).

Tendo em conta o que se encontra supracitado, é possível verificar que os cuidados primários devem dispor de uma equipa pluridisciplinar designada por NACJR, em que cada um é composto, no mínimo, por um médico, um enfermeiro e outro(s) profissional(ais) de saúde, designadamente, das áreas de saúde mental e ou do serviço social e que se identifiquem com os objetivos propostos. Para uma melhor eficácia ao nível da prevenção, deteção e intervenção é importante adequar os modelos organizativos dos serviços nesse sentido, incrementar a preparação técnica dos profissionais, concertar os mecanismos de resposta e promover a circulação atempada de informação pertinente.

Desta forma, segundo o Despacho n.º 31292 de 2008, todos os elementos que constituem as equipas dos NACJR, devem:

- Ser conhecedores do contexto sociocultural em que intervêm e dos recursos comunitários disponíveis;
- Ser capacitados para a intervenção junto de crianças e jovens, em particular, nos contextos de risco, terem formação e ou experiência de trabalho nas áreas do desenvolvimento infantil e juvenil, assim como na dos maus tratos;
- Saber utilizar os mecanismos legais e os protocolos instituídos acerca desta matéria, nomeadamente os procedimentos da sinalização e da complementaridade funcional entre as diversas estruturas que intervêm em situações de risco.

Os NACJR devem estar presentes em ACES, inserido na unidade funcional considerada mais adequada pela respetiva organização, de acordo com os normativos aplicáveis (Ministério da Saúde , 2008).

3.1 Objetivos e Funções do NACJR

Quando ocorre alguma situação de suspeita de maus tratos, existe uma responsabilidade partilhada dos profissionais na colaboração e concentração das ações através do funcionamento de equipas de trabalho com vocação específica para o efeito, constituindo uma mais valia, neste domínio (Ministério da Saúde , 2008).

Conforme escrito no Despacho n.º 31292/2008, sem prejuízo da atividade e da aplicação das boas práticas em todas as modalidades de prestação de cuidados personalizados, em matéria de crianças e jovens em risco — nomeadamente as constantes da carteira básica de serviços das Unidades de Saúde Familiar (USF), conforme a Portaria n.º 1368/2007, de 18 de Outubro, são atribuídas aos núcleos as seguintes funções:

- a) Difundir informação de carácter legal, normativo e técnico sobre o assunto;
- b) Incrementar a formação e preparação dos profissionais, na matéria;
- c) Coletar e organizar a informação casuística sobre as situações de maus tratos em crianças e jovens atendidos no centro de saúde, ou no hospital, conforme aplicável, em articulação com as estruturas de vigilância de saúde pública;

- d) Prestar apoio de consultadoria aos profissionais e equipas de saúde no que respeita à sinalização, acompanhamento ou encaminhamento dos casos;
- e) Gerir, a título excecional, as situações clínicas que, pelas características que apresentem, possam ser acompanhados a nível do centro de saúde, ou do hospital, conforme aplicável, e que, pelo seu carácter de urgência em matéria de perigo, transcendam as capacidades de intervenção dos outros profissionais ou equipas da instituição;
- f) Fomentar o estabelecimento de mecanismos de cooperação intrainstitucional no domínio das crianças e jovens em risco, quer, no âmbito das equipas profissionais dos centros de saúde, quer a nível das diversas especialidades, serviços e departamentos dos hospitais com atendimento pediátrico;
- g) Estabelecer a colaboração com outros projetos e recursos comunitários que contribuem para a prevenção e acompanhamento das situações de crianças e jovens em risco, conforme preceituado na lei de proteção de crianças e jovens em perigo, com vista a reforçar o primeiro nível de intervenção nesta matéria e a incrementar a aplicação do princípio da subsidiariedade;
- h) Mobilizar a rede de recursos internos do centro de saúde e dinamizar a rede social, de modo a assegurar o acompanhamento dos casos;
- i) Assegurar a articulação funcional com os outros Núcleos criados na rede a nível de cuidados primários e a nível hospitalar, através, nomeadamente, da ação das unidades coordenadoras funcionais (UCF), com as CPCJ e com o Ministério Público junto dos Tribunais, de acordo com os preceitos legais e normativos em vigor.

Conforme publicado no Guia de Maus Tratos em Crianças e Jovens - Intervenção da Saúde (2008), face a uma situação em que haja suspeita de sujeição a maus tratos, a intervenção dos profissionais de saúde deve ter como objetivos prioritários:

- Proteger a criança/jovem;
- Intervir no risco para prevenir evolução para o perigo;
- Evitar a recorrência.

3.2 O Contexto Específico

O NACJR desenvolve a sua atividade com autonomia organizativa e técnica, em intercooperação com as unidades funcionais do ACES, sem perda da indispensável articulação interinstitucional e intersectorial, essencial ao cumprimento da sua missão.

O trabalho desenvolvido pelo NACJR, é conduzido por uma equipa multidisciplinar, constituída por seis elementos, entre os quais: duas enfermeiras especialistas em Saúde Infantil e Pediatria; dois Psicólogos e dois Assistentes Sociais. A Coordenação desta equipa está a cargo de uma das Assistentes Sociais.

Não obstante do trabalho que tem vindo a ser desenvolvido, na reunião com a equipa multidisciplinar do NACJR, no início do estágio, detetou-se a existência de algumas dificuldades, nomeadamente a sinalização das situações de risco se manter de uma forma informal ao núcleo, o que impedia uma articulação mais efetiva.

Foi reconhecido como objetivo prioritário consolidar uma rede de articulação interna entre os vários profissionais que integram e prestam cuidados nas unidades de saúde do ACES, que possibilite um trabalho sistematizado e articulado, onde todos os profissionais tenham a mesma linguagem e partilhem estratégias de intervenção.

Desta forma, foram desenvolvidas algumas atividades para o seu alcance. Perante as necessidades detetadas, propôs-se como uma das atividades de estágio (que permitissem atingir um dos objetivos), operacionalizar no NACJR a planificação de uma formação para os profissionais de saúde das unidades funcionais do referido ACES, com a reformulação dos documentos internos tendo em vista uma mais eficiente articulação funcional entre os diversos profissionais e equipas, que nos diferentes níveis de prestação de cuidados trabalham na promoção da saúde de crianças e dos jovens. Os documentos reformulados foram a Ficha de Sinalização (Apêndice II), Modelo de Plano Individual de Apoio à Família - PIAF (Apêndice III), Ficha de Encerramento de Processo para as USF's (Apêndice IV), Ficha de Encerramento de Processo para o NACJR (Apêndice V), Panfleto (Apêndice VI) e Fluxograma de Encaminhamento (Apêndice VII).

3. Plano de formação

O Plano de Sessão subordinado ao tema “NACJAR – Detecção e referenciação precoce” encontra-se no Apêndice I.

4.1 Metodologia

A metodologia adotada foi expositiva, com explicação dos conteúdos.

4.2 Recursos/Estratégias de implementação

Os recursos humanos são constituídos por uma equipa formada pela Enfermeira Especialista F.M. e pela Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermeira Sónia Brito.

Os recursos materiais a que se recorreu foram: sala, mesa e cadeiras, computador, vídeo-projetor, tela de apresentação, papel e canetas.

A estratégia de implementação foi o PowerPoint, encontrando-se os diapositivos em no Apêndice VIII.

4.3 População Alvo

A População-Alvo são os elementos constituintes da equipa de Enfermagem de uma USF pertencente ao mesmo ACES do NACJR.

4.4 Objetivos

Objetivos gerais

- Dar a conhecer o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em risco (NACJR);
- Incentivar o envolvimento dos enfermeiros de cuidados de saúde primários na deteção do risco infantil;
- Contribuir para a formação aos enfermeiros dos CSP sobre a criança e jovem em risco, tendo em vista uma identificação e referenciação precoce destas situações;
- Promover a articulação entre os enfermeiros dos CSP e a equipa do NACJR.

Os objetivos específicos propostos para a Formação são que os Enfermeiros conheçam:

- A constituição da equipa do NACJR;
- Objetivos e funções do NACJR;
- Os princípios orientadores da intervenção junto das crianças e jovens em risco;
- Critérios de inclusão e exclusão de referenciação de crianças e jovens para o NACJR;
- O Fluxograma de referenciação ao NACJR;
- A Ficha de referenciação de crianças e jovens em risco ao NACJR;
- A necessidade de elaboração de um Plano Individual de Apoio à Família (PIAF);
- O Panfleto do NACJR.

4.5 Indicadores de resultado

Os indicadores de resultado serão avaliados no término da apresentação, mediante a aplicação de um Questionário (Apêndice IX).

4.6 Resultados

A Formação foi realizada na USF a 8 profissionais.

A avaliação foi feita no término da sessão mediante a apresentação de um questionário (Apêndice IX) no qual houve 92,5% de respostas certas.

5. Conclusão

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria deve incidir principalmente na prestação de cuidados de maior complexidade à criança em risco, salientando a componente técnica, científica e relacional. Através desta complexidade, tende-se para a reflexão e melhoria da prática profissional. O enfermeiro deve ter também, conhecimento de que os instrumentos legais existentes são um importante contributo para a prática diária de cuidados. A importância do conhecimento destas leis para todos os profissionais de saúde, são uma mais valia para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente no que diz respeito à proteção da saúde da criança e garantia dos cuidados necessários de que elas necessitam.

Com a elaboração do documento e após realizada uma análise reflexiva da problemática, nota-se uma preocupação crescente na deteção e acompanhamento das crianças e jovens em risco.

Simoes, Dixe, & Lopes (2016), que aborda a problemática das crianças e jovens referenciados à CPCJ no seu estudo, conclui que mais de metade das crianças sinalizadas à CPCJ são do sexo masculino, pertencentes maioritariamente a famílias nucleares e tal como noutros estudos o maior percentual de sinalização é a negligência. Questionam-se que futuro se está a construir para as crianças/jovens, que saúde mental temos para lhes oferecer e como vamos conseguir inverter esta pirâmide cuja prevenção se torna cada vez mais estreita e inexistente. E conclui que se torna claro que contribuir para a formação dos profissionais na área da prevenção e despertar para a importância da deteção e referência precoce tornou-se evidente.

Com a criação do NACJR, as crianças que se encontram em situação de risco são sinalizadas precocemente, podendo desta forma evitar que se exponham ao perigo. No entanto, para que isto seja possível é indispensável a formação dos profissionais de forma a que estes estejam adquiram conhecimentos na área.

Desta forma, tendo como objetivo contribuir para a formação dos enfermeiros sobre a criança em risco tendo em vista uma identificação e sinalização precoce destas situações foi realizada uma formação e reestruturados os documentos de sinalização/referênciação, PIAF e arquivamento de processo.

A preparação desta sessão exigiu competências científicas, técnicas, capacidade de reflexão e de decisão. O tema exigiu conhecimentos profundos, assim como competência

de os integrar na prática, capacidade de comunicação, uma forte consciência ética e o cumprimento da Lei e deontologia profissional.

A pertinência deste documento foi o de permitir dinamizar a articulação interna entre as Unidades de Saúde Familiares e o NACJR, permitindo futuramente a identificação do número de crianças em risco e possibilitando, assim, atuar perante a criança em risco e família, no sentido de preservar os laços existentes, apostando nas competências parentais, pois permite que as equipas dos CSP compreendam a importância de elaborar, em conjunto com a família, um PIAF, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança e sua família.

A uniformização de procedimentos e a sistematização dos processos no NACJR através da elaboração de vários documentos permitiu sistematizar e harmonizar as intervenções e procedimentos realizados pela equipa multidisciplinar com os conhecimentos científicos mais recentes, sendo assim, de extrema importância a organização do processo na melhoria da qualidade dos cuidados à criança/família.

No que concerne aos objetivos propostos no início do trabalho, considera-se que foram atingidos, sendo que o mesmo se tornou um desafio dada a complexidade e a quantidade de obstáculos, nomeadamente a falta de artigos e estudos recentes na área específica nos Núcleos de Crianças e Jovens em Risco, confundindo-se muitas vezes a intervenção destes com a referência à CPCJ.

De referir que é objetivo dos elementos do NACJR, manter a utilização de todos os documentos elaborados, inclusive realizar formação futura em outras unidades de saúde familiares, contribuindo desta forma para a capacitação de todos os profissionais de saúde pertencentes ao ACES para a deteção e referência precoce.

No que concerne aos objetivos propostos no início do trabalho, considera-se que foram atingidos, sendo que o mesmo se tornou um desafio dada a complexidade e a quantidade de obstáculos, nomeadamente a falta de artigos e estudos recentes na área específica nos Núcleos de Crianças e Jovens em Risco, confundindo-se muitas vezes a intervenção destes com a referência à CPCJ.

6. Referências Bibliográficas

- Almeida, A. N., Andre, I. M., & Almeida, H. N. (1999). Sombras e marcas: os maus tratos às crianças na família. *Análise social*, 91-121.
- Assembleia da República. (1 de Setembro de 1999). Lei n.º 147/99. *Lei da Proteção de Crianças e Jovens em Perigo*. Lisboa
- CNPDPJC. (2016). *Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens*. Obtido de <https://www.cnpdpcj.gov.pt/direito-das-criancas.aspx>
- DGS. (2005). *Saúde Infantil e Juvenil - Programa-tipo de Actuação*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- DGS. (2008). *Maus Tratos em Crianças e Jovens - Intervenção da Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- DGS. (2011). *Maus Tratos em crianças e Jovens - Guia Prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Maia, A. C., & Azevedo, M. (2006). *Maus-tratos à criança*. Lisboa: Climepsi.
- Ministério da Saúde. (5 de Dezembro de 2008). Despacho n.º 31292/2008. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 236 - 5 de Dezembro de 2008
- Monteiro, A. (2010). *Direitos da Criança: Era uma vez...* Coimbra: Almedina .
- Ordem dos Enfermeiros. (4 de Dezembro de 2008). *Servir a Comunidade e Garantir Qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários*. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2008.pdf
- Simoës, A. C., Dixe, M. C., & Lopes, M. S. (2016). As crianças e jovens referenciados à CPCJ: o espelho das problemáticas. *Revista portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 63-66.
- Teufel, S. S., Fernandez, M. M., & Banacloig, E. (2006). *Promoção e proteção dos Direitos das Crianças*. KOLOR litógrafos, S.L.
- UNICEF. (21 de Setembro de 1990). *Convenção sobre os Direitos da criança*.


Apêndices

**Apêndice I - Plano de Sessão – Formação “NACJAR – Detecção e
referenciação precoce”**

<i>Tema</i>	NACJR – Detecção e referenciação precoce
<i>Data</i>	29 de Março 2019
<i>Local</i>	USF X
<i>Duração total da sessão</i>	1 hora
<i>Grupo Alvo</i>	Enfermeiros de cuidados de saúde primários
<i>Dinamizadores</i>	Enfermeira Especialista F.M.; Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermeira Sónia Brito
<i>Objetivos gerais</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conhecer o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em risco (NACJR); • Incentivar o envolvimento dos enfermeiros de cuidados de saúde primários na deteção do risco infantil; • Contribuir para a formação aos enfermeiros de CSP sobre a criança e jovem em risco, tendo em vista uma identificação e referenciação precoce destas situações; • Promover a articulação entre os enfermeiros de CSP e a equipa do NACJR
<i>Objetivos específicos</i>	<p>Que os enfermeiros conheçam:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A constituição da equipa do NACJR; • Objetivos e funções do NACJR; • Os princípios orientadores da intervenção junto das crianças e jovens em risco; • Critérios de inclusão e exclusão de referenciação de crianças e jovens para o NACJR; • O Fluxograma de referenciação ao NACJR; • A Ficha de referenciação de crianças e jovens em risco ao NACJR; • A necessidade de elaboração de um Plano Individual de Apoio à Família (PIAF); • O Panfleto do NACJR.

<i>Fases da Sessão</i>	Conteúdos	Métodos/técnicas	Recursos	Tempo	Avaliação
<i>Introdução</i>	Apresentação da Equipa de Enfermagem, do tema da Sessão e dos objetivos da mesma	Expositivo	Sala Cadeiras Vídeo projetor Computador PowerPoint	5 minutos	
<i>Desenvolvimento</i>	Esclarecimento sobre: <ul style="list-style-type: none"> • A constituição da equipa do NACJR; • Objetivos e funções do NACJR; • Os princípios orientadores da intervenção junto das crianças e jovens em risco; • Critérios de inclusão e exclusão de referenciação de crianças e jovens para o NACJR; • Fluxograma de referenciação ao NACJR; • Folha de referenciação de crianças e jovens em risco para o NACJR, PIAF e Panfleto do NACJR. 	Expositivo	PowerPoint	35 minutos	
<i>Conclusão</i>	Síntese dos temas abordados Esclarecimento de dúvidas Avaliação	Expositivo Interativo Interrogativo	Papel Canetas	10 minutos	Questionário

Apêndice II - Ficha de Sinalização

		APROVADO em reunião de: Março 2019	
Identificação 01	PROCESSO Ficha de Sinalização ao NACJR	REVISÃO N.º 1	Pág. 4

NACJR



E-MAIL

OBJETIVO

Sinalizar crianças e jovens em risco ao NACJR

QUEM SINALIZA

Todos os profissionais das unidades de saúde

ENCAMINHAR PREFERENCIALMENTE VIA E-MAIL

TODA A INFORMAÇÃO CONSTANTE NA FICHA É CONFIDENCIAL.

DADOS DA IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome: _____

Data nascimento: _____

Idade: _____

Número de irmãos coabitantes: _____

Morada: _____

Número do utente: _____

USF/Médico e/ou Enfermeiro de Família:

Nome dos Pais/Representante legal: _____

DADOS DA SINALIZAÇÃO

Unidade Funcional: _____

Contactos da instituição

Telefone/telemóvel: _____

Morada: _____

E-mail: _____

Profissional que sinaliza:

Data da sinalização: __/__/__

Data do primeiro contacto com a família: __/__/__

I. Circunstâncias do episódio atual

Há quanto tempo ocorreu? _____	Local onde ocorreu: _____
Cuidador em causa: _____	Parentesco: _____
Sexo: M. ___ F. ___	Antecedentes conhecidos: _____
Descrição do episódio/Outra informação relevante: _____ _____ _____ _____.	

2. Iniciativas atuais e/ou medidas tomadas

Encaminhamento para urgência	Outros: _____ _____ _____ _____.
Apoio junto de outro familiar	
Contacto com psicólogo	
Contacto com serviço social	
Contacto com outras instituições/Núcleo da Rede/Parceiros	

Elaborou ou tem conhecimento da existência de um plano para seguimento/esclarecimento de situações anteriores?

Sim: ___ Não: ___

Técnico responsável pelo plano: _____

Data de início da implementação do plano: ___ / ___ / ___

A Família/Jovem foi informada(o) da presente sinalização? ___

Porquê? _____
_____.

3. Seguimento da situação com a elaboração do PIAF (Plano de Intervenção e Apoio à Família)

___ Pretendo orientação do NACJR para elaboração do PIAF.

___ Elaboro o PIAF sem orientação do NACJR e comunico quando o processo for arquivado.

5. Na família ou Criança/jovem

Gravidez não aceite/mal vigiada/não vigiada (pedido de aborto, adoção...)
Contraceção inadequada/ausente
Família monoparental sem suporte sociofamiliar sustentável
Parentalidade precoce, sem suporte sociofamiliar sustentável
Indisponibilidade para a prestação de cuidados aos dependentes (questão laboral, conflitos familiares, ...)
Situação socioeconómica precária e/ou família com subsídio do estado (RSI)
Carência de higiene e aspeto descuidado dos pais
Pais/cuidadores com doença mental
Pais/cuidadores apresentam dificuldades de compreensão
Situações anteriores de negligência ou mau trato e/ou retirada das responsabilidades parentais e/ou outras crianças institucionalizadas
Violência familiar ou doméstica
Separação/divórcio e conflitos de custódia
Dificuldade dos pais/cuidadores em aderir às intervenções propostas (consultas, visitas domiciliárias, convocatórias diversas...)
Mudança sucessiva de serviço de saúde
Comportamento conflituoso e/ou agressivo nos serviços
Acompanhamento insuficiente de situações de doença e/ou internamento da criança/jovem
Tentativa de ocultação de sinais de mau trato físico da criança/jovem ou o causador
História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão
Explicações contraditórias ou discordantes pelos diferentes cuidadores face à situação
Disciplina demasiado rígida e autoritária
Aparente falta de preocupação com a criança e/ou não prestação da atenção devida
Proteção excessiva da criança/jovem
Fuga às responsabilidades parentais e/ou abandono da criança/jovem
Procura excessiva de cuidados médicos
Atraso e/ou incumprimento do Programa de Saúde Infantil e Juvenil e/ou PNV
Expectativas irrealistas e/ou negativas em relação à criança/jovem
Desvalorização, rejeição ou culpabilização da criança/jovem
Vinculação insegura/desorganizada e/ou ausência de manifestações de afeto com a criança/jovem
Antecedentes de abuso nos pais, no período da infância
Ansiedade excessiva perante a educação da criança/jovem
Outros:

Apêndice III – Modelo de PIAF

<div style="border: 1px solid black; width: 500px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>			APROVADO em reunião de: Março 2019
Identificação	PROCESSO	REVISÃO N.º	Pág.
04	Plano de Intervenção e Apoio à Família (PIAF)	0	1

Fase de Diagnóstico (Necessidades/problemas detetados)	Fase de Implementação (Medidas acordadas e implementadas)	Fase de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> •
Data de arquivamento do processo:		

Apêndice IV – Ficha de Encerramento de Processo para as USF's

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div>			APROVADO em reunião de: Março 2019
Identificação	PROCESSO	REVISÃO N.º	Pág.
03	Ficha de Arquivamento de Processo	0	1

Exma. Sr.ª Dr.ª

Coordenadora do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

A USF _____, do ACES vem, por este meio, informar que procederá ao arquivo do processo aberto nesta equipa referente ao menor _____ (D.N.: __/__/__); CC: _____), com efeito a partir da data __/__/__ por motivo de

_____, de _____ 20__

Pais/Representante legal

Responsável pelo caso:

Apêndice V - Ficha de Encerramento de Processo para o NACJR

<div style="border: 1px solid black; width: 400px; height: 30px; margin: 0 auto;"></div>			APROVADO em reunião de: Março 2019
Identificação	PROCESSO	REVISÃO N.º	Pág.
02	Ficha de Arquivamento de Processo	0	1

O Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, do ACES
 ao arquivamento do processo referente ao menor
 _____ (D.N.: ___/___/___;
 CC_____) com efeito a partir da data ___/___/___ por motivo de

_____, ____ de _____ 20__

Pais/Representante legal

Decidido em reunião de:

___/___/___

P'

Apêndice VI – Panfleto

"A denúncia de uma suspeita de maus tratos a uma criança ou jovem é uma tentativa responsável e um exercício de cidadania para proteger esse menor.
A comunicação é obrigatória para qualquer pessoa que tenha conhecimento de situações que ponham em risco a vida, a integridade física ou psíquica ou a liberdade da criança ou do jovem."

Artigo n.º 66º, n.º2 Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro, de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

NACJR

Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

Telemóvel
927995567


Correio eletrónico
agpncalves@arsnorte.min-saude.pt

Funções
Assistente Social

Nome
Alice Gonçalves


Funções do NACJR

- Prestar apoio de consultadoria aos profissionais/equipas;
- Organizar a intervenção e encaminhamento;
- Apoiar os profissionais/equipas no acompanhamento dos casos com a elaboração de um PIAF (Plano de Intervenção e Apoio à Família);
- Dar continuidade ao acompanhamento iniciado por outras entidades;
- Avaliar, acompanhar e/ou sinalizar a outra entidade ou nível de intervenção, quando necessário.



CrITÉrios de inclusão

Todas as crianças e jovens inscritos nas Unidades funcionais do ACES com identificação de taxas de alerta registados de situação de risco

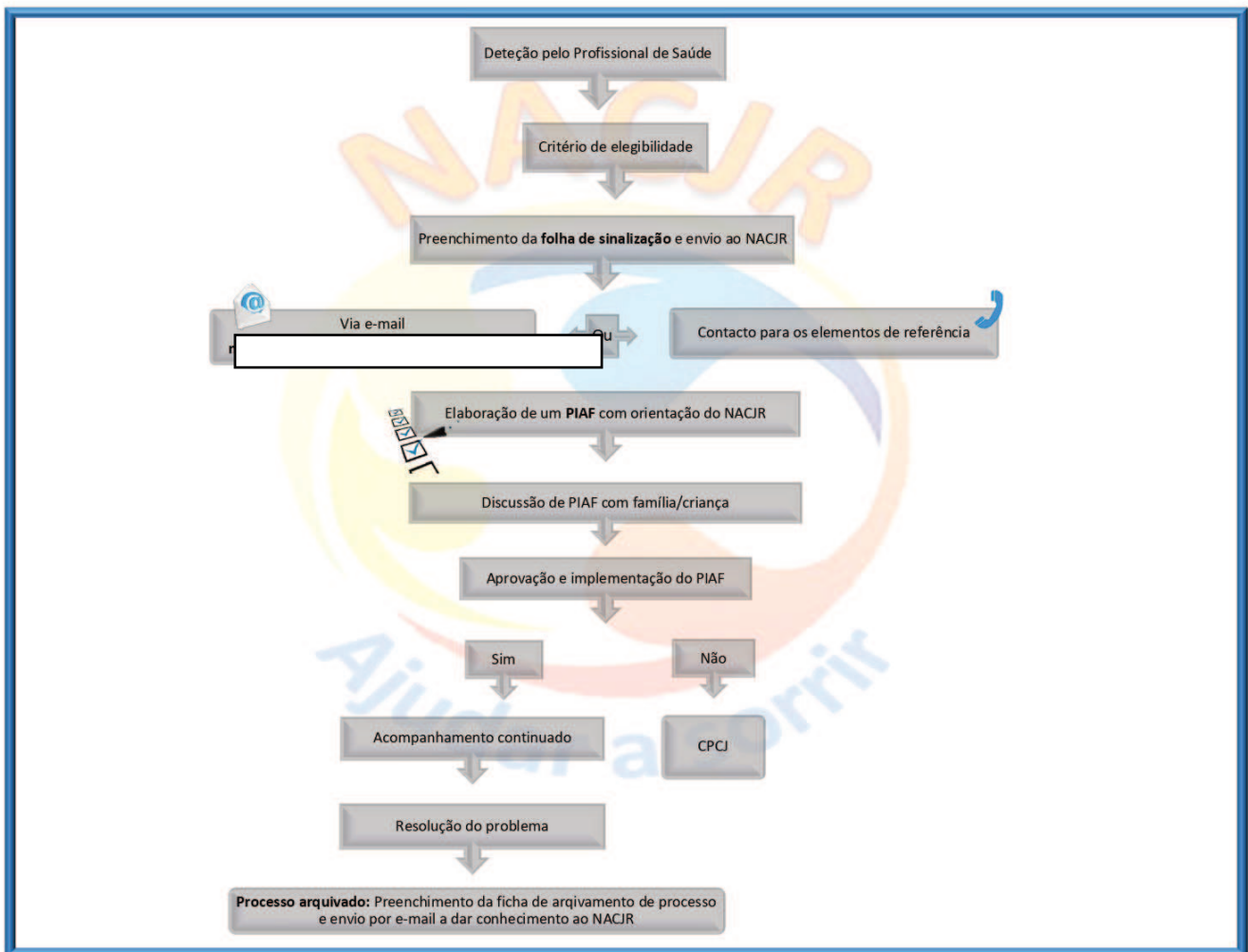


CrITÉrios de exclusão

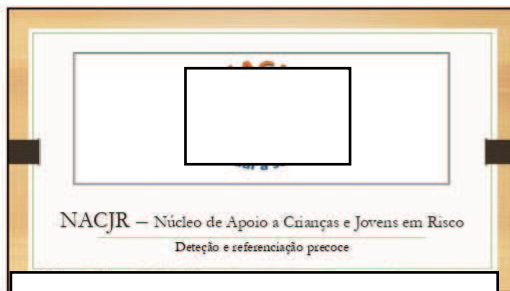
Crianças e jovens não inscritos nas Unidades funcionais do ACES



Apêndice VII - Fluxograma de Encaminhamento



Apêndice VIII – Diapositivos



Sumário

- Conteúdo do relatório ao tema "Crianças e Jovens em risco";
- Fatores de risco e fatores de proteção para os atuais casos;
- Diferentes tipos de intervenção de apoio social;
- Funções orientadoras da intervenção (apoio de crianças e jovens em risco) (perigo);
- Tipos de intervenção;
- Funções de intervenção;
- Funções e objetivos do NACJR;
- Constituição de equipas e elementos de referência;
- Casos de inclusão e exclusão de crianças e jovens em risco no NACJR;
- Funções de referência ao NACJR;
- Documentos oficiais de referência (acompanhamento de processo).

"Os profissionais de saúde, por inerência das funções que desempenham, têm responsabilidade particular na deteção precoce de fatores de risco, de sinais de alarme e na sinalização de crianças e jovens em risco, ou em evolução para verdadeiro perigo, pelo que há que criar, ou reformular onde existam, modelos organizativos e formas mais estruturadas de ação de cuidados de saúde que assegurem mecanismos, cada vez mais qualificados e efetivos, para intervir neste contexto".

Despacho n.º 31/202/2008

Conceitos

Maus Tratos

"Qualquer forma de tratamento físico e/ou emocional, não acidental e inadequado, resultante de distorções e/ou carencias nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e/ou poder".

Magalhães (2004)

Os maus tratos podem causar sequelas físicas (neurológicas e outras), cognitivas, afetivas e sociais, irreversíveis, a médio e longo prazo ou, mesmo, provocar a morte.

Despacho n.º 31/202/2008

Risco e Perigo

- Situações de risco dizem respeito ao perigo potencial para a efetivação dos direitos da criança, no domínio da segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento.
- Considera-se existir perigo sempre que se objetiva uma situação que, actuando de risco, e que se efetivou constituindo perigo para a segurança, saúde, formação, educação e desenvolvimento integral da criança.

Situações de perigo para a criança/jovem

- Estar abandonada ou viver entregue a si própria;
- Sofrer maus tratos físicos ou psíquicos ou ser vítima de abusos sexuais;
- Não receber os cuidados ou afeição adequados à sua idade;
- Ser obrigada a atividades inadequadas à sua idade, dignidade ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento;
- Estar sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem a sua segurança ou equilíbrio emocional;
- Assumir comportamentos prejudiciais à sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento, sem que os pais/representante legal intervenham de modo adequado a remediar esta situação.

Fatores de risco e fatores de proteção para os maus tratos

- **Fatores de risco:** qualquer tipo de influências que aumentem a probabilidade de ocorrência de situações de maus tratos.
- **Fatores de proteção:** variáveis físicas, psicológicas e sociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social, e que podem atuar como moderadores dos fatores de risco, controlando ou evitando o respetivo impacto.

- Os fatores de risco e de proteção não constituem, por si só, determinantes das situações de maus tratos;

- Assim, na avaliação das situações é fundamental atender-se ao facto de que os fatores de risco e de proteção constituem um campo de forças, interagindo entre si, demandando sempre uma ponderação cuidadosa e o bom senso dos profissionais ou equipa.

Diferentes tipos de caracterização de maus tratos

- Negligência;
- Mau trato físico;
- Abuso sexual;
- Mau trato psicológico (Abuso emocional);
- Síndrome de Munchausen por Procuração.

Intervenção dos profissionais

"Cabe aos profissionais que tomam contacto com os casos, o dever de, no limite máximo das suas competências, proceder à avaliação, intervenção e encaminhamento dos mesmos."

Despacho n.º 31292/2008

Princípios orientadores da intervenção junto de crianças e jovens em risco/perigo

Confirmar existência de perigo

- Conhecimento do país/região/local
- Conhecimento da criança quando idade > 12 Anos

Estabelecer um PIAF

- Identificar a situação do plano e ponderar a respetiva monitorização de adequação e posterior avaliação

Após remoção da situação de perigo

- Acompanhamento continuado da situação
 - Equipa do centro de saúde e centro de 1ª linha
 - Equipa de apoio comunitário




Não cumprimento do PIAF/insuficiências do mesmo

- Situação suscitada a CPCJ
- Chamamento do NACJR

Funções do NACJR

- Informar, formar e sensibilizar os profissionais para a problemática;
- Prestar apoio de consultadoria aos profissionais/equipas e dinamizar o funcionamento das redes de intervenção a nível interno, a nível externo e com os parceiros da comunidade;
- Organizar a intervenção e encaminhamento de modo a minimizar o contínuo de risco ou estabelecer medidas que permitam remover o perigo;
- Apoiar os profissionais/equipas no acompanhamento dos casos com a elaboração de um PIAF (Plano de Intervenção e Apoio à Família) desenvolvidos a partir das necessidades identificadas;
- Dar continuidade ao acompanhamento iniciado por outras entidades do mesmo nível ou de nível superior (NACJR, CPCJ, ZELANAS);
- Analisar, acompanhar e/ou sinalizar a outra entidade ou nível de intervenção, quando necessário.

Objetivos do NACJR

- 
Fomentar a recuperação;
- 
Intervir no caso para permitir a inclusão para o perigo ou desalojamento do indivíduo;
- 
Prevenir a recorrência;

Constituição da Equipa

Nome	Função	Coord. Administrativo	Coord. de

Elementos de Referência no ACES

- Unidades Funcionais da Área de Paredes e Termas de S. Vicente
- Unidades Funcionais da Área de Paredes e Rebordões
- Unidades Funcionais da Área de Castelo de Paiva



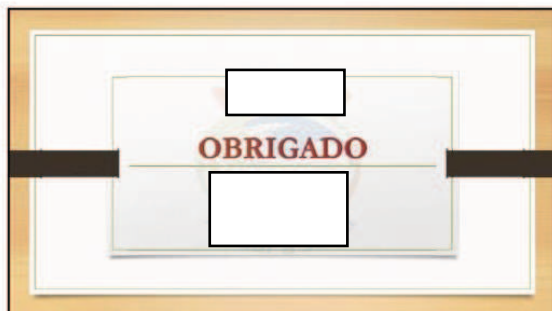
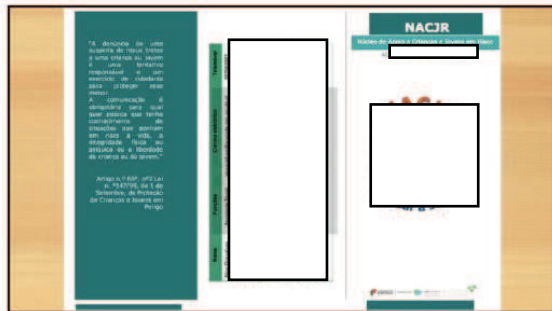
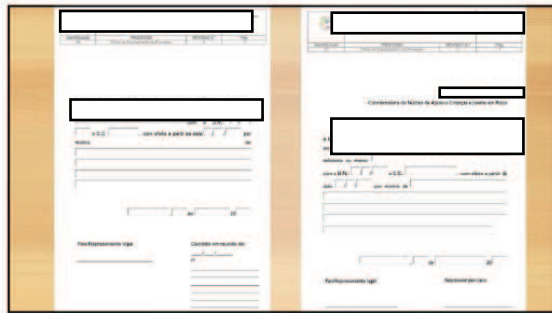
Critérios de inclusão

Todas as crianças e jovens inscritos nas Unidades funcionais do ACES com identificação de sinais de alerta registados de situação de risco.



Critérios de exclusão

Crianças e jovens não inscritos nas Unidades funcionais do ACES



Apêndice IX – Questionário de avaliação

5. De entre as resposta seguintes, assinale as funções do NACJR?
 - a. Informar, formar e sensibilizar os profissionais
 - b. Prestar apoio de consultadoria
 - c. Organizar a intervenção
 - d. Apoiar na elaboração de um PIAF
 - e. Todas as anteriores

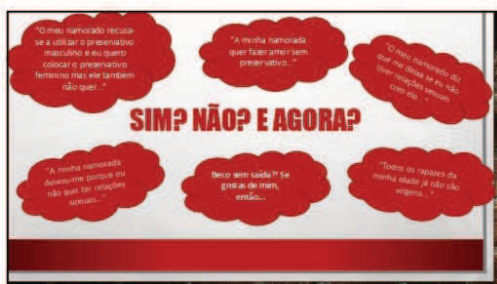
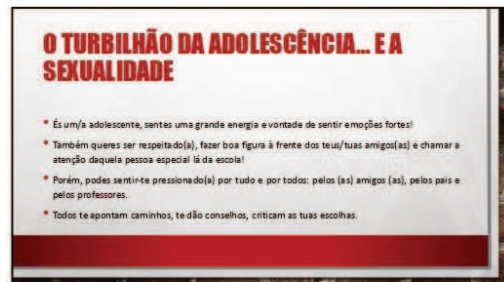
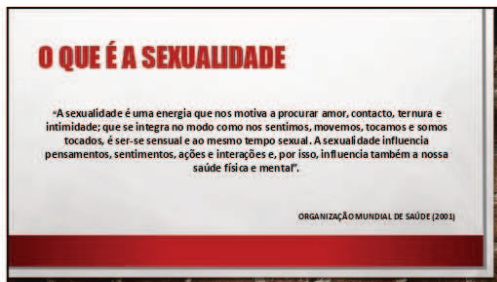
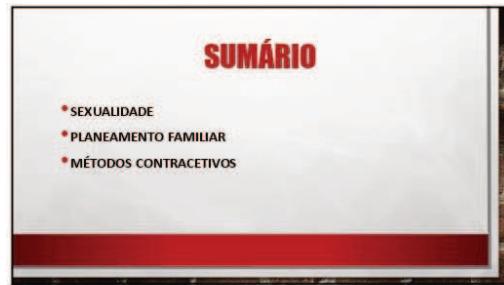
6. Quais os critérios de inclusão de referenciação de crianças e jovens em risco ao NACJR?
 - a. Todas as crianças e jovens inscritos nas Unidades funcionais do ACES com identificação de sinais de alerta sugestivos de situação de risco
 - b. Todas os adultos inscritos nas Unidades funcionais do ACES
 - c. Crianças e jovens não inscritos nas Unidades funcionais do ACES
 - d. Todas as anteriores

7. Após a deteção de uma criança/jovem em risco com critério de elegibilidade, qual o próximo passo?
 - a. Preencher a ficha de sinalização e enviar por e-mail ao NACJR
 - b. Contactar telefonicamente o NACJR
 - c. Todas as anteriores
 - d. Nenhuma das anteriores

8. Qual o método preferencial de referenciação ao NACJR?
 - a. E-mail
 - b. Telefone
 - c. Fax
 - d. Todos os anteriores

Anexos

Anexo I - Diapositivos da Ação de Educação para a Saúde “Sexualidade e Planeamento Familiar”




GRAVIDEZ INDESEJADA / INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS



A woman is shown holding a baby. To the right, there are four small images showing various skin lesions, likely related to sexually transmitted infections.

É NA CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR QUE PODES TER RESPOSTA A TODAS AS TUAS DÚVIDAS!!



A doctor in a white coat is talking to a patient in a blue shirt in a clinical setting.

CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR

- As consultas de planeamento familiar são gratuitas e sigilosas;
- O acesso a estas consultas é garantido a qualquer pessoa, mesmo a imigrantes;
- Os contraceptivos orais e preservativos são entregues gratuitamente no âmbito das consultas;
- A contraceção de emergência está disponível em todos os centros de saúde e hospitais;

CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR

- Promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura;
- Elucidar sobre as consequências de gravidez não desejada;
- Facultar informação completa, isenta e com fundamento científico sobre todos os métodos contraceptivos;
- Proceder ao acompanhamento clínico qualquer que seja o método contraceptivo;

MÉTODOS CONTRACETIVOS EXISTENTES

PRESERVATIVO – ÚNICO QUE PROTEGE DE IST'S



MASCULINO

PRESERVATIVO MASCULINO

- O preservativo masculino é constituído por um invólucro de látex (borracha fina) pré-lubrificado ou em poliuretano ultrafino que vem enrolado e funciona como uma barreira física que impede os fluidos genitais de entrarem em contacto com a vagina, o ânus ou a boca, evitando assim uma gravidez ou a transmissão de infeções.
- Deve ser colocado no pénis ereto antes de qualquer contato genital, isto porque, mesmo antes da ejaculação, existe a produção do líquido pré-ejaculatório (que pode já conter espermatozoides). É um bom método contraceptivo eficaz, prático e seguro.

SIM...COM TODA A SEGURANÇA!

- **PRESERVATIVO MASCULINO**



(a) (b) (c) (d)

MÉTODOS CONTRACETIVOS EXISTENTES

PRESERVATIVO – ÚNICO QUE PROTEGE DE ISTs

- **FEMININO**



DUPLA PROTEÇÃO



MÉTODOS CONTRACETIVOS EXISTENTES

CONTRACEÇÃO HORMONAL


- ORAL
- ADESIVO
- ANEL VAGINAL
- INJETÁVEL
- IMPLANTE



MÉTODOS CONTRACETIVOS EXISTENTES

CONTRACEÇÃO HORMONAL – ACO - pílula


- Atua através da ação hormonal, inibe a ovulação evitando a gravidez;
- **Vantagens:**
 - Não interfere com relação sexual;
 - Pode regularizar os ciclos menstruais;
 - Melhora sintomas pré-menstruais (tensão mamária, distensão metá. .);
- **Desvantagens:**
 - Exige empenho da mulher no cumprimento da toma diária;
 - Não protege das ISTs.



MÉTODOS CONTRACETIVOS EXISTENTES

CONTRACEÇÃO HORMONAL – ADESIVO

- Requer a utilização de um pequeno adesivo aplicado na pele;
- Deve ser substituído a cada 7 dias durante 3 semanas, seguindo-se uma semana de intervalo sem a sua aplicação;
- **Não protege das ISTs.**



MÉTODOS CONTRACETIVOS EXISTENTES

CONTRACEÇÃO HORMONAL – ANEL VAGINAL



- Requer a utilização de um anel flexível na vagina;
- Deve ser substituído regularmente na data correta;
- **Não protege das IST.**

MÉTODOS CONTRACETIVOS EXISTENTES

CONTRACEÇÃO HORMONAL – INJETÁVEL



- A injeção é de 3 em 3 meses, é muito eficaz e segura;
- Não tem efeitos colaterais de estrogénio;
- Pode ser usado em qualquer idade;
- **Não protege das IST.**

MÉTODOS CONTRACETIVOS EXISTENTES

CONTRACEÇÃO HORMONAL – IMPLANTE



- Prolonga-se por 3 anos, é muito eficaz e segura;
- Não tem efeitos colaterais de estrogénio;
- Pode ser usado em qualquer idade;
- **Não protege das IST.**

MÉTODOS CONTRACETIVOS EXISTENTES

DIU Espermicida




- É muito eficaz e de longa duração;
- Alguns dispositivos podem permanecer no útero por 3, 5 ou 10 anos consoante o dispositivo utilizado;
- **Não protege das IST.**

- Os espermicidas podem ser apresentados sob a forma de creme, espuma, esponja, cones ou comprimidos vaginais;
- **Não protege das IST.**

MÉTODOS CONTRACETIVOS EXISTENTES

MÉTODOS DE CONHECIMENTO DO PERÍODO FÉRTIL OU DE AUTO OBSERVAÇÃO



- Métodos com base no calendário;
- Método da temperatura basal;
- Método do muco;
- Método sintotérmico

MÉTODOS CONTRACETIVOS EXISTENTES

CONTRACEÇÃO CIRÚRGICA
VASECTOMIA



- Métodos contraceptivos para homens que **não** desejam ter mais filhos;
- A vasectomia só é eficaz após 3 meses da cirurgia;
- **Não protege das IST.**

MÉTODOS CONTRACETIVOS EXISTENTES

**CONTRAÇÃO CIRÚRGICA
LAQUEAÇÃO DE TROMPAS**

- Métodos contraceptivos para mulheres que não desejam ter mais filhos:
- Não protege de IST.**



É ERRADO PENSAR QUE...

- SÓ ACONTECE AOS OUTROS E QUE O AMOR DE TUDO TE DEFENDE;
- PENSAR QUE O QUE OUVISTE DIZER SE APLICA TAMBÉM A TI E NÃO ESCLARECERES AS TUAS DÚVIDAS COM UM PROFISSIONAL DE SAÚDE;
- E, SOBRETUDO, NÃO CONHECERES O TEU CORPO E NEM SABERES COMO ELE FUNCIONA.

SER INTELIGENTE É ESTAR BEM INFORMADO, EVITANDO OS RISCOS.
AMAR TAMBÉM É... PROTEGER! UTILIZA O PRESERVATIVO EM TODAS AS TUAS PRÁTICAS SEXUAIS.



IMPORTANTE é que saibas que podes-te informar junto de um profissional de saúde na
Consulta de planeamento familiar!



DÚVIDAS

O NOSSO DESAFIO...



Quem se atreve a demonstrar a correta colocação de um preservativo?



Anexo II - Diapositivos da Ação de Educação para a Saúde “Com as tuas mãos podes salvar vidas”

