



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Criança + Segura! Sem segurança?? Sinto muito...

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Por

Pedro Fialho Teixeira

PORTO, Junho de 2012



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Criança + Segura! Sem segurança?? Sinto muito...

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Por Pedro Fialho Teixeira

Sob orientação da Prof^a Constança Festas

PORTO, Junho de 2012

*“ Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é
senão uma gota de água no mar.*

Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

Este relatório tem por base o Estágio de Saúde Infantil e Pediátrica (SIP) realizado no período de 19/04/2010 a 29/01/2011, em diferentes contextos assistenciais à criança e família. Surge com o propósito de evidenciar a aquisição, desenvolvimento e integração de competências diferenciadas conducentes à obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem, na especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, após defesa pública. Assim, enquanto instrumento de partilha e veículo de transmissão, a sua finalidade primordial é fornecer, de forma global e coerente, um relato sintético e objetivo do trabalho/atividades realizadas nos diferentes contextos de estágio, no sentido de alcançar os objetivos gerais e específicos previamente estabelecidos e, desta forma, desenvolver competências científicas, técnicas, culturais e humanas como Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica nos domínios da prestação de cuidados especializados, gestão de cuidados e de serviços, formação e investigação. O estágio decorreu no Centro de Saúde de São Martinho do Bispo (CSSMB) em Coimbra (Módulo I – Saúde Infantil) e no Hospital de Santo André (HSA) em Leiria (Módulo II- Serviço de pediatria (SP) e Módulo III - Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Pediátricos (UCEP)). A metodologia utilizada é descritiva e reflexiva. A componente crítico-reflexiva, que apresentamos, ao longo de todo este documento visa transmitir a intencionalidade das atividades desenvolvidas, o significado das experiências vividas e o aporte enriquecedor que este período de formação proporcionou como Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, para a prestação de cuidados de enfermagem avançados e especializados, numa perspetiva holística, à criança, adolescente, família e comunidade. Procuramos evidenciar a aquisição, desenvolvimento e integração de competências / saberes para a assistência de enfermagem avançada ao recém-nascido, criança e adolescente, especialmente direcionadas para a promoção do desenvolvimento e adaptação aos processos de saúde e doença. Elegemos como foco de enfermagem privilegiado, e transversal a todo o estágio, a *Promoção da segurança e Prevenção de acidentes na criança*, por razões que se prendem com a sua pertinência social e profissional. Social, porque apesar da evolução do conhecimento científico-tecnológico e dos avanços da medicina, os acidentes na infância, representam, um importante problema de saúde pública. Cultura de segurança – sempre existiu. Contudo, impõem-se a necessidade de manutenção desta cultura. Parece-nos claro que crescer em segurança passa pelo desenvolvimento e pela consolidação de uma cultura social de segurança. Profissional, porque diariamente, enquanto enfermeiro a exercer num serviço de pediatria, somos confrontados com um número significativo de crianças vítimas de acidentes. Trata-se de um foco emergente e altamente sensível à intervenção do Enfermeiro Especialista em SIP, enquanto profissional detentor de conhecimentos, competências e capacidades que lhe permitem um efetivo entendimento do crescimento e desenvolvimento da criança, do seu ambiente familiar e social. As crianças representam o futuro, e garantir o seu crescimento e desenvolvimento seguro e saudável deverá ser uma preocupação primordial de toda a sociedade em geral e dos profissionais de saúde em particular. Assim, neste percurso de estágio, criamos um projeto multimédia, de carácter transversal, intitulado “**Criança + Segura! Sem segurança ?? Sinto muito...**”

Palavras Chave: Enfermagem; Enfermeiro Especialista; Saúde Infantil e pediatria; Criança; Promoção; Segurança Infantil.

ABSTRACT

This document is based on a placement of Pediatrics' health care that took place between 19/04/2010 and 29/01/2011, in different caring contexts for child and family. This becomes with the purpose of showing the acquisition, development and integration of the several skills that will lead to a master's degree in Nursing, in the main area of infant and child health care. Thus, as knowledge instrument, its primary purpose is to provide, in a global and coherent way, a synthetic and objective description of the work/activities undertaken in the different contexts of the placement. In order to achieve the aim and specific objectives of the placement, scientific, technical, cultural and human skills were developed as Nurse Specialist in Pediatric and Child Health in the areas of specialized care, care management and services, training and research. The placement took place at the Health Center of São Martinho do Bispo in Coimbra (Module I - Child Health) and at Santo André Hospital in Leiria (Module II- pediatric service and Module III - Pediatric Emergency and Unit of Pediatric and Neonatal Special Care. The methodology used was descriptive and reflexive. The critical and reflexive component is present throughout this document and it intends to convey the intent of the activities developed and performed. The meaning of the lived experiences and the enriching contribution has provided advanced and specialized nursing care, in a holistic perspective, to the child, adolescent, family and community. This work presents the acquisition, development and integration of skills/knowledge for advanced nursing care to newborns, children and adolescents, especially aimed at promoting the development and adaptation to health and disease processes. The focus of privileged nursing chosen was the safety promotion and accident prevention in children, transversal to the entire placement, for reasons connected with their social and professional relevance. Social, because childhood accidents, represent an important public health problem, despite of the development of the scientific-technological knowledge and the advances in medicine. Safety culture as it always existed. However, it is necessary to maintain this culture. It seems clear that to grow in safety it requires the development and consolidation of a social culture of security. Professional, because daily as a nurse practicing in a pediatric service, a significant number of children victims of accidents is faced. This is an emerging focus and highly sensitive to the intervention of a Specialist Nurse in Pediatric and Child Health, as a professional with knowledge, skills and abilities to a real understanding of the children's growth and development, in their familiar and social environment. Children represent the future and ensure their safe growth and healthy development must be a primary concern of society in general and of health professionals in particular. So, at this stage of the placement, a multimedia presentation of transversal character was elaborated, entitled "***Criança + Segura! Sem segurança ?? Sinto muito...***"

Key Words: Nursing; Nurse Specialist; Pediatrics and Child Health; Child; Promotion; Child Safety.

AGRADECIMENTOS

No término deste trabalho manifesto um sincero e profundo agradecimento a todas as pessoas que, com o seu apoio, sabedoria, colaboração, palavras de encorajamento, críticas e sugestões contribuíram na sua construção e sem os quais a sua concretização e o esforço nele investido teria sido inglório.

À Prof^a Constança Festas pela sábia orientação, que sempre soube escutar com amizade e compreensão as minhas dificuldades e dúvidas, pela sua extraordinária disponibilidade, a sua dedicação e partilha de conhecimentos, pelas brilhantes sugestões, pelo olhar crítico, pelas suas palavras de incentivo nos momentos difíceis e de algum desalento e pelo imenso respeito pelo meu ritmo de trabalho.

Aos tutores de estágio, Enf^{os} Ilda Duarte, Artur Gomes, Emanuel Sismeiro e Manuela António, pelo apoio incondicional, pela partilha de conhecimentos, pela presença constante e por todos os momentos que passamos juntos;

À minha mãe, pessoa que admiro e amo, pela vida, pelo estímulo, pela presença constante e sobretudo por acreditar em mim.

Ao Rui e ao Asdrubal a quem devo em parte, o facto de ter chegado a este porto, pela mão amiga, pela amizade, pelo estímulo nos momentos de desânimo, pelo incentivo para prosseguir até ao fim desta viagem, e por muito mais...

A todos os profissionais pelo caloroso acolhimento prestado nos diferentes contextos de estágio, pelo estímulo e amizade incondicional.

A todas as crianças / famílias pela riqueza das experiências e oportunidades partilhadas.

A todos os professores e colegas de curso, pela caminhada conjunta neste longo e por vezes controverso percurso rumo à excelência do “Cuidar” em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

A todas as pessoas que me incentivaram neste percurso árduo, mas gratificante e enriquecedor e que tornaram possível que hoje me sinta melhor e mais feliz.

A todos o meu sentido e sincero agradecimento...

ABREVIATURAS E SIGLAS

ADELIA	Acidentes Domésticos e de Lazer – Informação Adequada
CE	Conselho de Enfermagem
CHC	Centro Hospitalar de Coimbra
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSSMB	Centro de Saúde São Martinho do Bispo
DGS	Direção Geral da Saúde
DOC. COMP.	Documento Comprovativo
EPE	Entidade Pública Empresarial
EESIP	Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
ENF	Enfermeiro
ESEnfC	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
ESIP	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
ESSC	Escola Superior de Saúde de Coimbra
GEA	Gastroenterite Aguda
HSA	Hospital de Santo André
IC	Idade Corrigida
IMC	Índice de Massa Corporal
IST's	Infeções Sexualmente Transmissíveis
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONSA	Observatório Nacional de Saúde
PNV	Programa Nacional de Vacinação
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RN	Recém-Nascido
SAMP	Sociedade Artística e Musical dos Pousos
SAP	Serviço de Atendimento Permanente
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SIP	Saúde Infantil e Pediatria
SINUS	Sistema Informático Nacional de Unidades de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SP	Serviço de Pediatria
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
UCEP	Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Pediátricos
UICD	Unidade de Internamento de Curta Duração
WHO	World Health Organization

ÍNDICE

	Pág.
0. INTRODUÇÃO	17
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	21
1.1 – CENTRO DE SAÚDE DE SÃO MARTINHO DO BISPO (CSSMB).....	21
1.1.1 – Enquadramento geográfico	21
1.1.2 – Estrutura Física e Orgânico – Funcional do Centro Saúde de São Martinho do Bispo.....	22
1.2 – HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ (HSA).....	23
1.2.1 – Enquadramento geográfico do HSA	24
1.2.2 – Estrutura Física e Orgânico – Funcional do Serviço de Pediátrica (SP).....	24
1.2.3 – Estrutura Física e Orgânico – Funcional do Serviço de Urgência Pediátrica (SUP).....	25
1.2.4 – Estrutura Física e Orgânico – Funcional da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Pediátricos (UCEP).....	27
2. APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO DE SIP – MÓDULO I, II, III	29
2.1 – COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS / OBJECTIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES REALIZADAS EM ESTÁGIO	30
2.2 – REFLEXÃO CRÍTICA FINAL	72
3. CONCLUSÃO	75
4. BIBLIOGRAFIA	77
ANEXOS	81
Anexo I – Área de Influência do HSA – Leiria	83
Anexo II – Parcerias /Protocolos/Projetos e Programas de atuação do serviço de Pediatria (SP, SUP e UCEP) do HSA	87
Anexo III – Movimento assistencial dos diferentes contextos de estágio em SIP	91
Anexo IV – Atividades realizadas no âmbito da Consulta Infanto-Juvenil	95
Anexo V – Atividades realizadas no âmbito da Vacinação	99
Anexo VI – Sessões de Educação para a Saúde realizadas	103
Anexo VII – Planos de Sessão das Sessões de Educação Para a Saúde	133

Anexo VIII – Brochuras Informativas “ Autocuidado – Higiene Corporal” e “ Infeções Sexualmente Transmissíveis”	147
Anexo IX – Questionários de Avaliação das Sessões de Educação para a Saúde	153
Anexo X – Brochura “Alimentação Saudável na Infância”	161
Anexo XI – Documento Resumo dos resultados do Rastreo do IMC	165
Anexo XII – Folhetos “Acidentes domésticos – Como prevenir...”	171
“ Criança Pedestre”	
“ Viagem Segura”	
Anexo XIII – Posters “Acidentes na Infância – A Vida é deles a responsabilidade é nossa!”	179
“Casa Segura – Dicas para uma casa mais segura ...”	
“Alta Segurança”	
Anexo XIV – Norma de atuação “Colheita Assética de Urina”	185
Anexo XV – Norma de atuação “Armazenamento, Transporte, Manipulação e Administração de Vacinas”	197
Anexo XVI – Questionário “Tabagismo”	217
Anexo XVII – Questionário “Febre”	223
Anexo XVIII - Projeto multimédia “ CRIANÇA + SEGURA! Sem segurança?? Sinto muito...”	229
Anexo XIX – Formação de Pares – Apresentações em PowerPoint	233
Anexo XX – Formação de Outros Profissionais - Apresentações em PowerPoint	253

0. INTRODUÇÃO

O estágio em Saúde Infantil e Pediatria (SIP), Módulos I, II, III, é um complemento importante e imprescindível do ensino teórico e da formação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP), sendo um momento privilegiado para refletir e intervir no campo de atuação específico, possibilitando a mobilização, integração e aplicação prática de saberes. Assim, teve como propósito o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, culturais e humanas que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados, autônomos e interdependentes dirigidos aos projetos de saúde da criança a vivenciar processos de saúde/doença visando a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença. Este Relatório de atividades surge no âmbito da unidade curricular Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa (Porto). Tem como finalidade primordial fornecer, de forma global e coerente, um relato sintético e objetivo do trabalho/atividades realizadas em estágio no sentido de alcançar os objetivos previamente estabelecidos e, desta forma, desenvolver competências nos domínios da prestação de cuidados especializados, gestão de cuidados e de serviços, formação e investigação.

No sentido de orientar globalmente as competências a desenvolver, facilitando e promovendo o processo de Ensino/Aprendizagem, foram estabelecidos, pelo plano de estudos do curso, objetivos gerais de estágio, que foram vistos como linhas orientadoras, permitindo a sua adaptação às diferentes unidades Prestadoras de Cuidados em cada um dos contextos da prática. Assim procuramos adquirir e desenvolver capacidade e competências tendo como linha de horizonte atingir os seguintes objetivos gerais:

1. Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria;
2. Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
3. Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Não perdendo de vista os objetivos gerais enunciados, estabelecemos objetivos específicos que consideramos pertinentes e indispensáveis para desenvolver / adquirir esse conjunto de competências do EESIP e que permitiram uma maior clarificação e precisão do trabalho/atividades que se pretendiam desenvolver, facilitando a planificação das atividades e a

avaliação do trabalho desenvolvido, bem como uma personalização do processo de aprendizagem.

É nosso desejo, que este relatório seja o testemunho do nosso percurso de estágio pelo que desejamos aproximá-lo da realidade concreta, fornecendo elementos que permitam avaliar a experiência, as atividades e a aprendizagem realizada, tendo por principais objetivos: - Satisfazer uma exigência curricular e servir de instrumento de avaliação; - Relatar acontecimentos, evidenciando as atividades desenvolvidas, experiência, oportunidades, iniciativas, formação realizada, e que sejam tradutoras da aquisição de competências especializadas na área da Saúde Infantil e Pediatria; - Refletir sobre o processo de aprendizagem / evolução ao longo do estágio.

O estágio de SIP decorreu no Centro de Saúde de São Martinho do Bispo (CSSMB) em Coimbra (Módulo I – Saúde Infantil) e no Hospital de Santo André (HSA) em Leiria (Módulo II-Serviço de pediatria (SP) e Módulo III - Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Pediátricos (UCEP), no período de 20/04/2010 a 29/01/2011.

A metodologia utilizada é descritiva e crítico-reflexiva.

As competências desenvolvidas, objetivos específicos definidos para o estágio (Módulos I, II, III) e respetivas atividades desenvolvidas serão expostos no, ponto 2.1 deste relatório, de forma cronológica e optamos por apresentar os dados em quadros, com o objetivo de facilitar a consulta e permitir maior clareza na exposição.

Para melhor compreensão do relatório, optamos por estruturá-lo em 2 capítulos principais. No primeiro, *Contextualização do estágio*, é apresentada uma sucinta caracterização/contextualização do estágio em SIP: datas, locais e respetiva caracterização Física e Orgânico – Funcional dos diferentes contextos de estágio.

No segundo capítulo, *Aprendizagens desenvolvidas no estágio de SIP*, depois de enunciadas as competências desenvolvidas, objetivos específicos e atividades realizadas nos diferentes contextos de estágio, é realizada uma reflexão crítico-reflexiva da aprendizagem efetuada, enunciando alguns aspetos que consideramos mais importantes, não por serem mais importantes que outros mas por terem contribuído de forma significativa para o desenvolvimento das competências neste processo.

Elegemos como foco de intervenção a desenvolver ao longo do estágio a *Promoção da segurança e Prevenção de acidentes na criança*, fazendo assim referência a uma área que se assumiu como foco de atenção privilegiado e transversal a este percurso de estágio, tendo sempre presente que se tratava de um foco altamente sensível às intervenções do Enfermeiro Especialista em saúde Infantil e Pediátrica. A escolha do foco que elegemos, reflete a sua pertinência social e profissional. Social, porque embora a evolução do conhecimento científico-tecnológico e os avanços da medicina ocorram ininterruptamente, procurando melhorar as condições de vida do ser humano, os acidentes na infância, representam, um importante problema de saúde pública e ocupam lugar de destaque nas estatísticas nacionais e mundiais. Cultura de segurança – sempre existiu. Contudo, o conforto e a revolução tecnológica, associada a outras características das sociedades “ocidentais”, reduziram a importância da manutenção desta cultura enquanto meio fundamental de sobrevivência. Daí o numero elevado

de situações de risco e perigo acrescido que as crianças/adolescentes têm que enfrentar. Assim, parece-nos claro que crescer em segurança passa pelo desenvolvimento, consolidação e manutenção de uma cultura de segurança.

Profissional, porque se trata de uma questão emergente e que surgiu das nossas reflexões quotidianas no âmbito da nossa práxis profissional enquanto enfermeiro num serviço de pediatria com um considerável número de crianças internadas vítimas de acidentes. Trata-se de um problema de saúde pública que reclama uma concentração de recursos e esforços numa ação multissetorial conjunta. Os enfermeiros em geral, e mais especificamente o EESIP, pela sua posição privilegiada junto da criança/família /comunidade e pela sua própria formação profissional, é dotado de conhecimentos, competências e capacidades que lhe permitem um efetivo entendimento do crescimento e desenvolvimento da criança, do seu ambiente familiar e social, devendo incorporar na sua prática clínica a discussão, orientação e divulgação das premissas básicas de promoção de segurança e prevenção de acidentes na infância junto dos seus clientes.

As crianças representam o futuro, e garantir o seu crescimento e desenvolvimento seguro e saudável deverá ser uma preocupação primordial de toda a sociedade em geral e dos profissionais de saúde em particular onde certamente o EESIP tem papel de destaque, assim é urgente proporcionar à **Criança + Segurança!**, caso contrário ... **Sem segurança ?? Sinto muito...**

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Na contextualização do Estágio de Saúde Infantil e Pediatria (SIP), procuraremos ser sucintos, contudo consideramos importante apresentar uma breve e objetiva caracterização dos diferentes contextos onde decorreu o estágio (Módulo I, II, III) bem como no que se refere ao enquadramento geográfico e estrutura física e orgânico – funcional, uma vez que são aspetos relevantes para a compreensão das atividades desenvolvidas durante todo este percurso formativo.

A escolha dos diferentes contextos de estágio foi criteriosa e sustentada em diversos aspetos que consideramos relevantes, tais como: - Unidades de reconhecida referência na assistência à criança/família e comunidade no âmbito da SIP; - Consideramos estes contextos de estágio passíveis de proporcionar grandes aprendizagens e o desenvolvimento de competências indispensáveis ao EESIP tendo em conta os programas, parcerias e projetos inovadores existentes em cada contexto; - consideramos contextos que representavam uma mais-valia na promoção do nosso desenvolvimento pessoal e profissional como EESIP; - Pela possibilidade de gerar potencial e criar mais-valias no contexto onde desenvolvemos a nossa atividade profissional (Serviço de Pediatria do HSA).

1.1– CENTRO DE SAÚDE DE SÃO MARTINHO DO BISPO (CSSMB)

Criado em 20 de Abril de 1986, por Despacho do Diretor Geral dos Cuidados de Saúde Primários, entrou em funcionamento no ano de 1988, ficando sediado em Bencanta, em 1990 passa a funcionar em Fala e em Fevereiro de 1999 passa a funcionar nas instalações atuais. O CSSMB pertence à Administração Regional de Saúde do Centro, caracterizando-se por ser uma unidade dinâmica e polivalente, que visa a prestação de cuidados de saúde primários no sentido da promoção e vigilância da saúde, da prevenção, diagnóstico, reabilitação, tratamento da doença e reintegração na comunidade. Dirige a sua ação ao indivíduo/família e comunidade, de acordo com o preconizado pelo Decreto-Lei nº 157/99 de 10 de Maio, p.2425.

O CSSMB é constituído pela unidade de saúde de S. Martinho do Bispo (sede) e pela extensão de saúde de Taveiro, englobando a zona de abrangência das freguesias de S. Martinho do Bispo, Ameal, Arzila, Ribeira de Frades, e Taveiro. Segundo o Serviço de Planeamento e controlo, estão inscritos na sede do centro de saúde cerca de 17500 utentes e na extensão de Taveiro cerca de 7700 utentes.

1.1.1 – Enquadramento geográfico

O CSSMB está sediado a sul da localidade com o mesmo nome e serve cinco das trinta freguesias que compõem o concelho de Coimbra. A sua zona de abrangência encontra-se localizada na margem esquerda do Rio Mondego, na região Oeste do Concelho de Coimbra. Dista cerca de 3,5 km da cidade de Coimbra. S. Martinho é uma Freguesia do concelho de

Coimbra com 18, 75Km² de área e 14246 habitantes, com uma densidade populacional de cerca de 840,0 hab./km².

1.1.2 – Estrutura Física e Orgânico – Funcional do Centro Saúde de São Martinho do Bispo

O CSSMB integra cinco serviços: Planeamento e controle, enfermagem, Saúde Pública, Cuidados Personalizados, Serviço Social e Administrativo e Apoio Geral.

- O *Serviço de Planeamento e Controle* – Presta apoio consultivo. Tem como função tratar a informação recolhida a fim de elaborar o diagnóstico estatístico do estado de saúde da comunidade que integra a zona de abrangência do Centro de Saúde, bem como o seu controlo, execução e avaliação.

- O *Serviço de Enfermagem* – é composto por enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem à comunidade abrangida pelo Centro de Saúde, no ambulatório e domicílio, com acompanhamento das situações de risco. Responsáveis pelas ações de formação e educação para a saúde. Colabora com as escolas superiores de Enfermagem.

- O *Serviço de Saúde Pública* – é constituído por um grupo multidisciplinar, coordenado por um médico de Saúde Pública responsável pelo exercício da autoridade sanitária (fiscalização das condições de higiene, segurança, cumprimento de leis e regulamentos sanitários), desenvolvimento do programa Saúde escolar e educação para a saúde e outras ações comunitárias.

- O *Serviço de Cuidados Personalizados de Saúde* – é o sector responsável pelos Cuidados de Saúde Primários no centro de saúde, estabelecendo ligações funcionais com os cuidados de saúde diferenciados (no ambulatório e internamento). Constituído por seis equipas compostas por médicos, enfermeiros e administrativos, quatro estão na sede e duas em Taveiro.

- O *Serviço Social* é constituído por uma assistente social com a função de participar com a equipe de saúde, dando apoio ao indivíduo /família e comunidade.

- O *Serviço Administrativo e de Apoio Geral* – composto por administrativos e auxiliares. Aos administrativos compete marcação de consultas, registo de inscrição e elementos auxiliares de diagnóstico, organização de ficheiros e outras atividades de cariz administrativo

A prestação de cuidados de saúde à população está organizada por equipas de saúde multidisciplinares constituídas por médico, enfermeiro e administrativo, responsáveis por uma lista de utentes inscritos. As atividades desenvolvidas são registadas em suporte de papel (processo clínico) e informático (SAPE e SINUS).

Funciona nos dias úteis das 8.00 às 20.00h, sendo que das 16.00 às 20.00h o serviço é assegurado apenas por um a três médicos, um enfermeiro, um administrativo e uma auxiliar de apoio e vigilância (sede).

De modo a cumprir a sua missão o Centro de Saúde desenvolve parcerias através de protocolos de atuação e projetos em vigor com escolas, Centro Paroquial de S. Martinho,

Escolas Superiores, Lares de 3ª idade, Junta de freguesia e outras instituições da sua área de abrangência.

Para dar resposta às necessidades em saúde da população o CSSMB organiza as suas atividades em programas e projetos de acordo com as orientações emanadas pela Direção geral da Saúde, Administração Regional de Saúde e Programa Nacional de Saúde.

O CSSMB é constituído por dois pisos cuja descrição física se encontra no quadro seguinte:

Estrutura física do CSSMB	
PISO SUPERIOR	- Serviços de prestação de cuidados de saúde: Na ala direita estão distribuídos 3 módulos polivalentes – cada módulo é composto por 4 gabinetes de enfermagem, 4 gabinetes médicos, 2 gabinetes administrativos e uma sala de espera. Na ala esquerda, existe a receção, um espaço infantil, 2 gabinetes médicos de pediatria, em estrita articulação com o módulo II onde está a única enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, o gabinete da higienista oral, e I consultório de estomatologia, I sala de formação/educação para a saúde, I gabinete do serviço social, I sala de aerossolterapia e colheita de espécimens para análises, I vestíário, 2 casas de banho para utentes e I para funcionários.
PISO INFERIOR	- Serviços de apoio à prestação de cuidados: serviços gerais e administrativos, os gabinetes de coordenação, do diretor, da enfermeira chefe e do responsável administrativo; biblioteca, sala de reuniões, bar, arrumos, armazém, instalações sanitárias, salas de esterilização e limpeza de materiais e a lavandaria.

1.2 – HOSPITAL DE SANTO ANDRÉ (HSA)

O Hospital de Santo André (HSA), EPE é uma unidade hospitalar que entrou em funcionamento em 1995, de âmbito regional, abrangendo uma população da ordem dos 350 000 habitantes, pertencentes maioritariamente a sete dos dezasseis concelhos do distrito de Leiria: Batalha, Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós e parte dos concelhos de Alcobaça, Nazaré, Ourém e Pombal.

É um Hospital Público, integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS), com a natureza jurídica – desde de 1 de Janeiro de 2006 – de Entidade Pública Empresarial (EPE), sucedendo à forma de Sociedade Anónima que teve desde Dezembro de 2002.

Enquanto unidade hospitalar de referência do distrito de Leiria, o HSA desenvolve a sua atividade assistencial em Internamento, Urgência (com três sectores autónomos: Urgência Geral, Urgência Ginecológica/Obstétrica e Urgência Pediátrica), Consulta Externa, Hospital de Dia e Cirurgia Ambulatória.

No âmbito da prestação de cuidados de saúde à população da área de influência, o Hospital articula-se, por intermédio de um sistema de referenciação, com os Centros de Saúde existentes nessa área geográfica e com os demais hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) do Distrito e Centrais de Coimbra: uma relação desenvolvida numa ótica de racionalização, complementaridade e hierarquização do sistema de cuidados.

Da mesma forma apoia e colabora, muitas vezes mediante a celebração de protocolos específicos, com as restantes unidades privadas ou de natureza social integradas no SNS, através da aquisição ou prestação de serviços, ou com outras instituições cujas atividades se interligam com a missão do hospital, como sejam as entidades com responsabilidade de ensino, formação ou investigação.

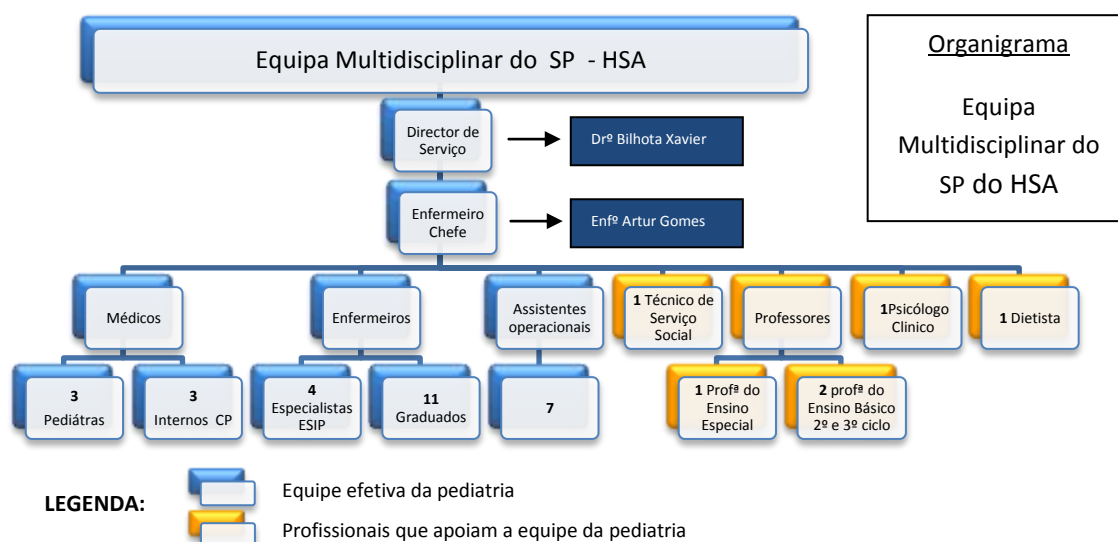
1.2.1 – Enquadramento geográfico

O HSA está sediado a norte da cidade de Leiria, ocupando uma área de implantação de 17.240 m². A área de influência (**Anexo I**) a que está adstrito no contexto do SNS é a correspondente aos concelhos de Batalha, Leiria, Marinha Grande, Nazaré, Porto de Mós e parcialmente a de Ourém. Como hospital de 2^a linha, o hospital serve ainda parte dos concelhos de Alcobaça e Pombal, e na valência específica de urologia, parte dos concelhos de Bombarral, Caldas da Rainha, Óbidos e Peniche, sem prejuízo do disposto nos documentos das redes de referência hospitalar.

1.2.2 – Estrutura Física e Orgânico – Funcional do Serviço de Pediátrica (SP)

O SP acolhe crianças provenientes da Urgência Pediátrica, Consulta Externa, Urgência Geral, Transferências, Internamentos programados, com mais de vinte e oito dias, até aos dezoito anos menos um dia, independentemente do tipo de doença, exceto as que necessitem de cuidados especiais, prestando cuidados de saúde diferenciados em articulação com todos os prestadores de cuidados de saúde intra e extra hospitalares. Situado na Torre Poente – Piso 1, o serviço de Pediatria internamento dispõe de 26 camas, distribuídas por 10 quartos, dois dos quais individuais (destinados a acolher crianças portadoras de doença infecto contagiosa, imunodeprimidas ou em fase terminal) e os restantes triplos.

Dispõe de uma vasta equipa multidisciplinar (Ver organigrama seguinte) responsável por fornecer cuidados assistenciais individualizados e globais à criança e família, tendo ainda acesso à Neuropediatria através do protocolo com o Centro Hospitalar de Coimbra (CHC).



De modo a cumprir a sua missão o SP desenvolve parcerias através de protocolos / Programas de atuação e projetos em vigor (**Anexo II**) com entidades/Instituições diversas da sua área de abrangência (Escolas, Câmara Municipal de Leiria, Escolas Superiores, Junta de freguesia e outras instituições).

O SP (Internamento) é constituído por 1 pisos cuja descrição física se encontra no quadro seguinte:

Estrutura física do Serviço de Pediatria	
Internamento	10 Quartos, 2 dos quais individuais; Sala de Convívio; Sala de acolhimento; Três arrumos; Sala de desinfeção de camas; Sala de limpos; Sala dos sujeitos; Sala de tratamentos; Sala de medicação; Sala de Estar Adolescentes; Refeitório; Gabinete do Enfermeiro Chefe; Sala Enfermagem; WC pessoal; WC deficientes; WC's doentes; Sala material.
Quartos de Pais	10 Quartos para acompanhantes das crianças internadas (quartos duplos); 2 balneários /wc.

O acesso ao serviço de pediatria dispõe de um sistema de segurança, que permite a abertura da porta mediante a marcação de código de acesso ou se a abertura for efetuada a partir do interior, após identificação por intercomunicador da pessoa que pretende entrar.

1.2.3 – Estrutura Física e Orgânico – Funcional do Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)

Situado no piso 01, num espaço físico independente, o SUP do HSA – Leiria, foi a primeira unidade do SNS no país a ser distinguida com a declaração oficial de “Serviço Certificado”, em 2003, o que lhe permitiu colaborar na norma ET-SC-HESO-26, que actualmente rege e atribui a certificação a todas as urgências pediátricas, a nível nacional e internacional. É uma unidade orgânica funcional dotada de meios materiais, humanos e técnicos que lhe confere um funcionamento autónomo, recorrendo no entanto, sempre que considere indispensável, ao apoio dos outros serviços, que se mantêm obrigatoriamente disponíveis para prestar a sua colaboração com a urgência que cada situação justificar.

O SUP é constituído pela estrutura física que apresentamos no quadro seguinte:

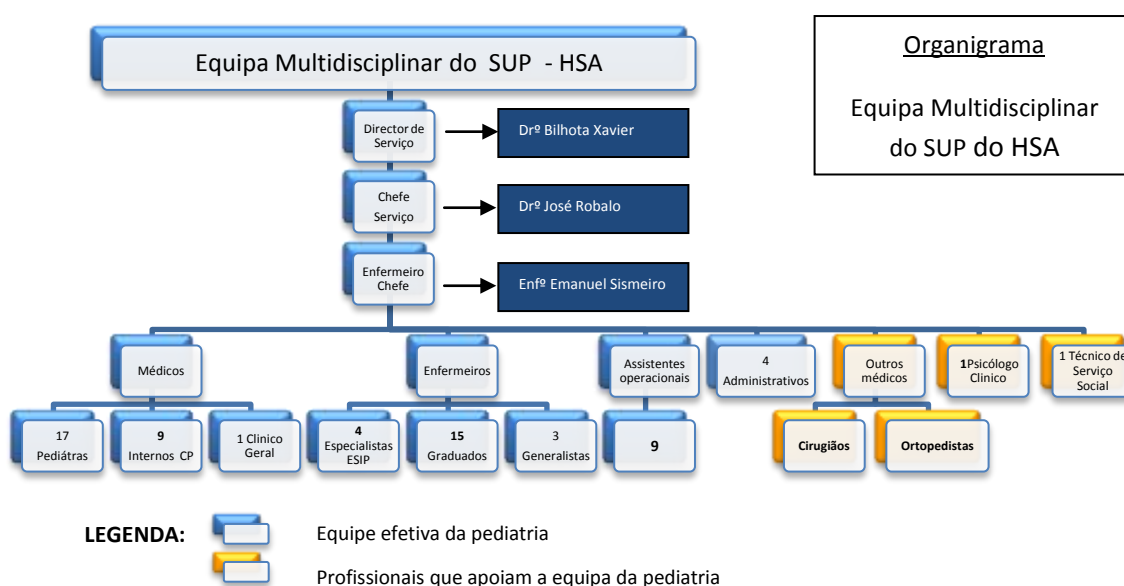
Estrutura física do Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)		
Área de admissão	Área de consulta/ Atendimento	Área da Unidade de internamento de curta duração (UICD)
<ul style="list-style-type: none"> • 1 Sala de espera; • 1 Gabinete de receção administrativa; • 2 Sala de triagem; • 1 Sala de emergência (com maca com plano rígido, berço aquecido, ventilador e desfibrilhador) 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Sala de pequena cirurgia; • 1 Sala de ortopedia, com sala de gessos; • 3 Gabinetes de consulta; • 1 Salas de tratamento; • 1 Sala de aerossolterapia • 1 Sala de pessoal 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Quarto individual com 1 camas; • 1 Quarto com 2 camas; • 1 Quarto com 2 berços. • 1 Sala de terapêutica; • 1 Gabinete de sujeitos/limpos.

O SUP tem por objetivo a prestação de cuidados de qualidade em situações urgentes e/ou emergentes, de forma permanente, a todas as crianças e jovens até aos 17 anos e 364 dias, independentemente do tipo de patologia que apresentem (médica, cirúrgica, ortopédica), exceto as que necessitem de cuidados especiais, prestando cuidados de saúde diferenciados em articulação com todos os prestadores de cuidados de saúde intra e extra hospitalares. O SUP acolhe crianças provenientes de toda a sua zona de intervenção, é a correspondente à

área de influência do Hospital, o que determina a obrigatoriedade da observação dos doentes daí oriundos. Esta definição da área de influência não exclui a observação de doentes de outra zona, desde que as circunstâncias clínicas o justifiquem. É também tido em conta a proximidade geográfica, mesmo se fora da área de atração oficial.

O atendimento passa pela inscrição/admissão no SUP (à exceção das situações de emergência), sendo depois efectuada uma triagem por um elemento de enfermagem com atribuição de uma prioridade e observação posterior pela equipa médica de acordo com essa prioridade.

Dispõe de uma vasta equipa multidisciplinar (Ver organigrama seguinte) responsável por fornecer cuidados assistenciais individualizados e globais à criança e família, tendo ainda acesso à Neuropediatria através do protocolo com o Centro Hospitalar de Coimbra (CHC).



O funcionamento é assegurado entre as 9 e as 13 horas por uma equipa médica fixa (um responsável do sector, dois assistentes hospitalares e um ou dois internos de Pediatria) e no restante horário pela equipa rotativa de urgência composta por três elementos, reforçado por um 4º elemento entre as 21 e as 01 horas. Aos fins-de-semana e feriados são sempre 4 elementos em todos os horários. Dão apoio ao SUP especialistas em Cirurgia e Ortopedia, de serviço à Urgência Geral, deslocando-se ao SUP quando solicitados para a observação e orientação de crianças com patologia da respetiva área.

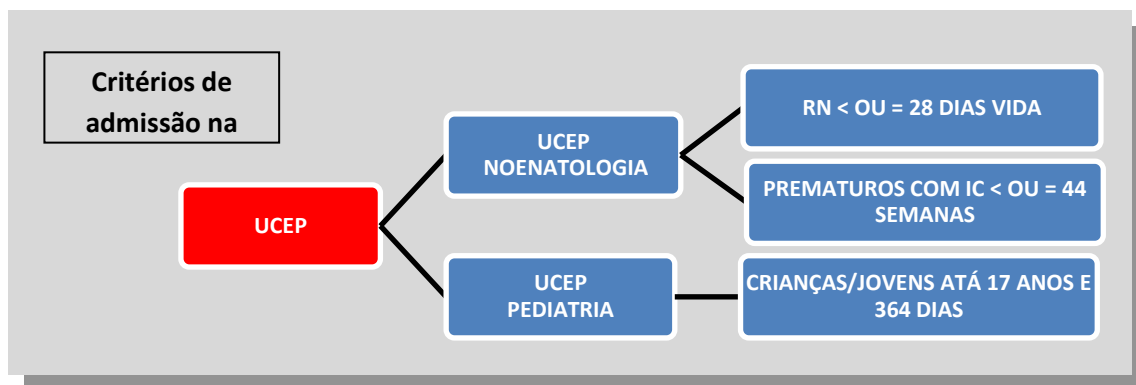
O SUP dispõe de um Manual de Boas práticas que é facultado na integração de profissionais de saúde e com as regras básicas de funcionamento, com o objetivo de promover um maior grau de humanização dos cuidados ao doente.

Dispõe ainda de um Manual de Qualidade que contém a descrição do Sistema de Garantia da Qualidade para Admissão e Encaminhamento de Utentes na Urgência Pediátrica, as respetivas funções e as responsabilidades associadas a cada uma delas. Desenvolvido com a finalidade de disciplinar processos e definir procedimentos padrão, constitui a melhor forma de garantir que os colaboradores do serviço estão preparados para responder com segurança,

flexibilidade e iguais padrões de qualidade a situações imprevistas e altamente variáveis de utente para utente. Tem por objetivo, assegurar que os diferentes profissionais a desempenhar funções no SUP, conheçam os princípios orientadores que enquadram as suas atividades na receção e encaminhamento dos utentes desde a sua admissão até à alta, constituindo um documento mandatário para todos no desempenho das suas funções.

1.2.4 – Estrutura Física e Orgânico – Funcional da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Pediátricos (UCEP)

Localizada na Ala B do piso 1 da Torre Poente, a UCEP, destina-se ao internamento de Recém-Nascidos (RN), doentes ou prematuros, e crianças até aos 17 anos e 364 dias que necessitam de cuidados especiais (intensivos) ou de uma monitorização/vigilância permanente e rigorosa, vindos do Bloco de Partos, da Obstetrícia, do SUP ou transferidos de outras Maternidades ou outras instituições de saúde desde que se enquadrem nos seguintes critérios de admissão que abaixo esquematizamos:



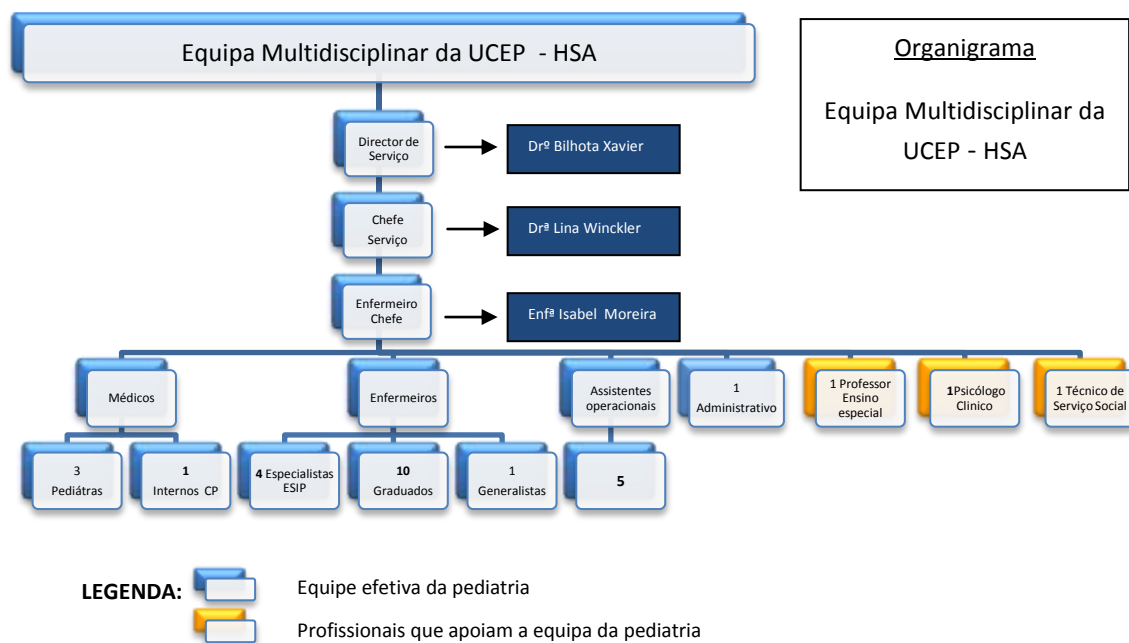
O sector é constituído por um total de 16 camas, distribuídas por um quarto individual com capacidade de isolamento (que pode receber uma criança até aos 17 anos e 364 dias, a necessitar de cuidados diferenciados), uma sala com seis incubadoras e duas salas com nove berços de cuidados intermédios. A sua estrutura física é apresentada no quadro seguinte:

Estrutura física da Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Pediátricos – UCEP		
Cuidados intensivos	Cuidados Intermédios	Outras estruturas
<ul style="list-style-type: none"> • 1 Quarto individual (com uma cama habitualmente de adulto, mas que pode ser trocada por uma incubadora ou berço. • 1 Sala com 6 incubadoras (onde são distribuídas incubadoras fechadas (disponíveis 7) e /ou incubadoras abertas (disponíveis 4). 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Sala com 5 berços. • 1 Sala com 4 berços 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Sala de pessoal; • 1 Sala/Box de extração de leite; • 3 Gabinetes médicos; • 1 Sala de equipamento; • 1 Sala de desinfeção de camas/incubadoras/berços; • 1 Gabinete de sujos/ limpos; • 1 Sala de reuniões; • 5 Quartos duplos para alojamento de acompanhantes das crianças.

A UCEP, dispõem 4 Ventiladores: 2 SERVO 300 (Neonatal/Adulto) e 2 CUB BEAR (RN). Estão sempre preparadas duas unidades de emergência e reanimação: O quarto individual com 1 SERVO 300 e a unidade 2 com CUB BEAR.

O acesso à UCEP é efetuado através de um sistema de segurança, que permite a abertura da porta mediante a marcação de código de acesso ou se a abertura for efetuada a partir do interior, após identificação por intercomunicador da pessoa que pretende entrar.

Dão habitualmente apoio a este sector, três especialistas e um interno de Pediatria. Dispõe de uma vasta equipa multidisciplinar (Ver organigrama seguinte) responsável por fornecer cuidados assistenciais individualizados e globais à criança e família.



Sempre que se verifica a necessidade de proceder à transferência de uma criança para uma Unidade de Cuidados Intensivos de um hospital central, procurando encontrar para cada criança ser único e irrepetível, o melhor tratamento para a sua situação específica, o transporte é assegurado por uma equipa especializada sediada no Hospital Pediátrico de Coimbra em ambulância devidamente equipada para prestação de cuidados intensivos.

De modo a cumprir a sua missão o SUP e a UCEP desenvolvem parcerias através de protocolos / Programas de atuação e projetos em vigor (**Anexo II**) com entidades/Instituições diversas da sua área de abrangência (Escolas, Câmara Municipal de Leiria, Escolas Superiores, Junta de freguesia e outras instituições como a SAMP).

Apresentamos em anexo (**Anexo III**) os dados relativos ao movimento assistencial nos diferentes contextos de o Estágio em SIP (Módulo I, II, III).

2. APRENDIZAGENS DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO SIP – MÓDULOS I, II, III

Dando resposta aos princípios orientadores preconizados pela Universidade Católica Portuguesa para a formação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP), os estágios decorreram numa unidade de Cuidados de Saúde Primários (Módulo I - Saúde Infantil) cujo objetivo primordial é a prevenção da doença e promoção da saúde familiar, e numa de Cuidados de Saúde Diferenciados (Módulos II, III – Pediatria, Urgência pediátrica e Neonatologia, respetivamente) cujos objetivos primordiais são: o tratamento de crianças com problemas de saúde de natureza aguda e/ou crónica, com doença resultante de problemas médicos, cirúrgicos e ortopédicos, possibilitando-nos a aquisição de competências científicas, técnicas, culturais e humanas indispensáveis como futuro EESIP, para a prestação de cuidados de enfermagem avançados e especializados, numa perspetiva holística, à criança, adolescente, família e comunidade.

MÓDULO DE ESTÁGIO	PROF. ORIENTADOR	ENF. TUTOR	LOCAL DE ESTÁGIO	CIDADE	DATAS	
					Início	Término
I Saúde Infantil	Constança Festas	Ilda Duarte	CSSMB	Coimbra	20/04/10	04/06/10
II Pediatria: Médica e cirúrgica		Artur Gomes	Serviço Pediatria do HSA	Leiria	04/10/10	27/11/10
III a) Urgência Pediátrica		Emanuel Sismeiro	Serviço de Urgência Pediátrica do HSA	Leiria	29/11/10	23/12/10
III b) Neonatologia		Manuela António	UCEP do HSA	Leiria	03/01/11	29/01/11

A carga horária semanal, em estágio, foi de 21 – 31h, distribuídas por 3 a 4 turnos por semana, tendo cumprido as horas estabelecidas para os módulos de estágio, tal como se apresenta esquematizado no quadro seguinte:

MÓDULO DE ESTAGIO	CARGA HORÁRIA		
	Horas de Contacto	Horas de estudo individual	Total de Horas por Módulo
I Saúde Infantil	180	70	250
II Pediatria: Médica e cirúrgica	180	70	250
III a) Urgência Pediátrica	90	35	125
III b) Neonatologia	90	35	125

As horas de estudo individual (70h+70h+35h+35h) foram utilizadas em atividades como: pesquisa individual, criação do projeto multimédia, preparação de sessões de educação para a saúde, preparação de ações de formação, elaboração do relatório de estágio, planos e aprofundamento de questões emergentes da prática, etc.

2.1 – COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS / OBJECTIVOS ESPECÍFICOS E ATIVIDADES REALIZADAS EM ESTÁGIO

O termo “competência” vem do latim “competentia” e traduz um amplo conceito como: capacidade, aptidão, resolução, conhecimento, ...” (Dicionário de Língua Portuguesa, 2010). A definição de “competência” pressupõe a aquisição de um conjunto de conhecimentos e de processos que conduzam o enfermeiro à compreensão, interpretação e resolução de problemas, desenvolvendo a sua capacidade de pensamento e de atitudes favoráveis à sua aprendizagem.

A competência é entendida, segundo Le Boterf citado por Rey, Carette, Defrance e Kahn (2005) como, “*saber gerir uma situação profissional complexa*”, dando ênfase, não apenas ao conjunto do saber, saber fazer ou saber ser/estar, “*mas na capacidade de os mobilizar e conjugar, respondendo a novas situações*”. Assim fica em clara evidencia, que na demonstração das suas competências o enfermeiro deverá ser capaz de demonstrar o seu conhecimento, as suas capacidades e desenvolver estratégias nos diversos contextos da sua prática profissional e também estar apto a evidenciar tais competências em situações de eventual complexidade na área de especialidade.

Competência, é a capacidade de mobilizar adequadamente os saberes ou conhecimentos previamente adquiridos e pressupõe o agir em situação, mobilizando nessa ação, de uma forma equilibrada e integrada, conhecimentos, capacidades, procedimentos e atitudes, o que determina melhor capacidade para pensar, fazer ou apreciar alguma coisa (Le Boterf, 2002).

Sendo que, o principal objetivo do estágio foi promover o desenvolvimento de competências específicas na assistência de crianças no âmbito da promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença (de natureza aguda e/ou crónica), os mesmos foram pensados e planeados no sentido de dar resposta às necessidades da criança/família, bem como às necessidades de formação e aprendizagem.

De ressaltar, que apesar de fazer uma descrição mais detalhada de algumas competências desenvolvidas e atividades realizadas, o facto não se deve a uma forma de hierarquização ou intenção de lhes atribuir diferente valor, mas apenas corresponde à necessidade de evidenciar o trabalho desenvolvido durante o período de estágio.

De referir ainda que, as atividades adiante mencionadas pautaram-se pelo respeito por protocolos, circulares normativas, orientações técnicas e textos de apoio da Direção Geral da Saúde (DGS) em uso no local de estágio, que incluem a metodologia de execução de algumas das atividades, bem como as particularidades relativas a cada idade.

A componente crítico-reflexiva, que procuramos desenvolver, ao longo de todo este documento visa transmitir a intencionalidade das atividades desenvolvidas, o significado das experiências vividas e o aporte que este período de formação proporcionou.

Convém aqui ressaltar que, ao longo deste relatório, sempre que falo em criança, me

refiro a “todo o ser humano com menos de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo” (Convenção Sobre os Direitos da Criança, 1990).

Neste capítulo, depois de enunciadas as competências desenvolvidas, objetivos específicos e atividades realizadas nos diferentes contextos de estágio, será feita uma reflexão crítico-reflexiva da aprendizagem efetuada, enunciando alguns aspetos que consideramos mais importantes, não por serem mais importantes que outros mas por terem contribuído de forma significativa para o desenvolvimento das competências neste processo.

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	
Competências	<p>4. <i>Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;</i></p> <p>17. <i>Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.</i></p>
Objetivos específicos	<p>- Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do local de estágio, bem como as características do serviço e sua abrangência (população, área de influência, problemas mais comuns, etc.);</p> <p>- Identificar a metodologia de trabalho que sustenta a prática de enfermagem nos diferentes contextos de estágio;</p>
Atividades Realizadas	
<ul style="list-style-type: none"> • Efetuamos uma visita guiada aos serviços; • Conhecemos a dinâmica estrutural, organizacional e funcional dos serviços; • Conhecemos a metodologia de trabalho instituída nos diferentes contextos de estágio; • Conhecemos o percurso da Criança/Família nos diferentes locais de estágio, desde a sua Admissão até à sua Alta/Transferência; • Estabelecemos um diálogo informal e oportuno com os Enf.ºs Tutores e demais elementos das equipas; • Observamos e participamos num conjunto de intervenções (terapêuticas e preventivas), definidas e protocoladas, em função do diagnóstico clínico e de enfermagem e procedemos à realização dos respetivos registos; • Sustentamos a prática no conhecimento científico tendo presente as especificidades de cada contexto de estágio; • Identificamos necessidades de formação pessoal nos vários contextos de estágio; • Demonstramos espírito de iniciativa e sentido de apropriação por todas as oportunidades de aprendizagem surgidas em cada contexto de estágio; • Esclarecemos dúvidas com os Enf.ºs Tutores e restante equipa; • Mostramos recetividade a sugestões de orientação pedagógica e outras dos restantes elementos das diferentes equipas. 	

REFLEXÃO:

O Acolhimento/integração é um processo importante para o sucesso da adaptação do aluno ao local de estágio e conseqüentemente para o seu desempenho futuro e eficácia do estágio enquanto percurso formativo de ensino-aprendizagem.

Frederico (2001), refere a propósito do acolhimento, que a impressão inicial causada a alguém recém-chegado é, de um modo geral, bastante marcante e determinante, sendo por

isso importante que essa experiência seja positiva, proporcionando, deste modo, a motivação, segurança e sentimento de pertença à organização e ao local de estágio.

Reconhecemos a importância crucial do acolhimento e integração para o êxito do estágio pelo que tais determinantes mereceram uma atenção privilegiada nos diferentes módulos de estágio, à exceção do Módulo II dado que o mesmo decorreu no serviço de pediatria, onde exercemos a nossa atividade profissional, como Enfermeiro Graduado.

No primeiro dia de estágio fomos recebidos cordialmente nos diferentes locais de estágio (CSSMB, SUP e UCEP) pelos enfermeiros tutores – Enf^{os} Ilda Duarte, Emanuel Sismeiro e Enf^a Manuela António, respetivamente.

Tal como refere Millet (1975) a integração refere-se à “introdução do indivíduo na organização e sua orientação” e de facto, fomos apresentados à equipa multidisciplinar seguindo-se uma apresentação da estrutura física do serviço e seus respetivos setores, com visita guiada às instalações e em simultâneo recebemos informação sobre a dinâmica e orgânica funcional: Tipo de utentes, métodos de prestação de cuidados de enfermagem, planos de cuidados de enfermagem, registos, demonstração de material e equipamento, abastecimentos e organização dos recursos materiais, etc. Entregamos e discutimos o nosso Projeto de estágio com o tutor de cada campo de estágio, informamos das nossas expectativas, necessidades de formação e procuramos em conjunto adaptar os objetivos de estágio à realidade concreta garantindo assim, tanto quanto possível, a sua exequibilidade.

A Integração “constitui um processo através do qual o indivíduo apreende o sistema de valores, normas e padrões de comportamento requeridos pela organização em que ingressa” (Frederico, 2001)

Assim sendo fomos também, informados/esclarecidos sobre Normas, protocolos e Instruções de trabalho existentes nos serviços, organização do processo clínico, suportes de informação informática e escrita (como sejam, impressos referentes à admissão, transferência, alta, sistema eletrónico de segurança de crianças), circuitos de doentes, articulação com outros serviços, articulação com outras instituições. Tudo se encontra muito bem documentado, o que consideramos de capital importância para a qualidade e uniformização dos cuidados a prestar.

Com o propósito de promover e viabilizar o melhor possível o nosso processo de integração, consultamos manuais de qualidade, normas e protocolos de atuação, instruções de trabalho. Para além de nos proporcionar a aquisição de competências específicas no preâmbulo de atuação do EESIP nos contextos de Saúde Infantil, Pediatria, SUP e UCEP, estes documentos, serviram ainda, como instrumentos de consulta para esclarecimento de dúvidas e permitiram-nos uniformizar procedimentos e reforçar a segurança na nossa atuação ao longo do estágio.

No CSSMB, Pediatria e UCEP constatamos que o enfermeiro é responsável por um determinado número de doentes a quem presta a totalidade dos cuidados. A metodologia científica de trabalho utilizada é o *método individual*, favorecendo um elevado nível de desempenho na satisfação das necessidades do RN/criança e família (neste caso concreto os pais). Verificamos, deste modo, que toda a assistência de enfermagem é centrada na célula familiar e não unicamente na criança. Verificamos que se trata de uma metodologia de trabalho

apropriada, pois facilita a comunicação enfermeiro/criança/família, a identificação de necessidades/problemas, visão holística da criança/família, continuidade de cuidados. Porém, também percebemos que se trata de uma metodologia que requer maior número de enfermeiros por turno, logo tem custos mais elevados.

No que concerne à metodologia de trabalho do SUP, pudemos identificar a utilização de dois métodos de trabalho neste serviço. Na área de triagem e de atendimento é utilizado o *método de equipa*. Assistimos a uma metodologia de trabalho em que os enfermeiros se apoiam mutuamente numa atitude de interajuda e de complementaridade recíproca, centrando a sua atuação na criança/família e não nas tarefas a cumprir. Os enfermeiros destas duas áreas prestam a globalidade dos cuidados assistenciais necessários. Este método foi para nós muito importante na medida em que nos possibilitou maior troca de experiências e complementaridade de saberes com enfermeiros com diferentes preparações e diferentes níveis de formação académica sendo em simultâneo promotor de uma comunicação efetiva e de boas relações no seio da equipa pela interação constante a que obriga.

Na UICD o método de trabalho em enfermagem instituído é o Individual. Este método consiste na distribuição de um grupo de doentes a um enfermeiro que fica responsável pela prestação da totalidade dos cuidados de enfermagem por turno. O enfermeiro para além identificar, planear, executar e avaliar cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades individuais, à criança e família, é também responsável pela implementação de todas as intervenções autónomas e interdependentes, procurando otimizar o potencial da criança e família para a obtenção de ganhos em saúde não perdendo de vista a consecução dos seus projetos de saúde/vida. Efetivamente, consideramos que esta metodologia de trabalho se torna bastante adequada tendo em conta que se trata de uma unidade em tudo semelhante a um internamento onde a assistência de enfermagem é centrada na célula familiar e não unicamente na criança. Verificamos que para além de apropriada, esta metodologia nos permitiu estabelecer uma comunicação efetiva com a criança/família, e foi promotora da prestação/continuidade de cuidados de qualidade e humanizados.

À exceção do CSSMB em que o enfermeiro é responsável por um nº estabelecido de utentes e inscritos em ficheiro, nos restantes contextos de estágio a distribuição dos enfermeiros, fica a cargo dos enfermeiros chefes quando este está presente, na sua ausência cabe ao enfermeiro responsável pelo turno (coordenador de turno).

Pudemos constatar que os enfermeiros tutores responsáveis pelo nosso acolhimento e integração nos serviços, para além de possuírem conhecimentos técnico-científicos sólidos, eram também detentores de reconhecidas competências, comunicacionais, humanas, que nos transmitiram confiança e segurança, requisitos que foram fundamentais a uma integração efetiva. Pelo exposto, consideramos que o nosso acolhimento e integração foi um processo facilitador de uma adaptação plena e eficaz a um ambiente até então estranho, no mais curto espaço de tempo.

Relativamente à organização e estrutura dos diversos contextos de estágio, consideramos que nem sempre se proporcionam as condições físicas necessárias, para que a

criança /família possa ter uma vivência positiva e humanizada tanto na sua passagem pelo CSSMB e SUP como da hospitalização no SP e UCEP. O espaço exíguo destas unidades, salas de espera pequenas e desconfortáveis, a falta de espaço próprio para a amamentação, falta de cadeirões, etc., associada à falta de privacidade dos pais corrobora esta condição.

No que diz respeito à dinâmica funcional dos serviços, e atendendo aos referenciais teóricos e legais, que preconizam uma parceria de cuidados, isto é, um modelo de prestação de cuidados centrados na família, reconhecendo-a como uma constante na vida da criança, pudemos observar que este é um aspeto amplamente “cultivado” e respeitado em todos os contextos de estágio e no qual participamos ativamente. No âmbito dos cuidados assistenciais, aponta-se para uma doutrina que potencia uma partilha, uma continuidade de intervenções centradas na criança/família, com o intuito de amenizar o impacto da hospitalização e minorar a separação entre criança e a família. Anne Casey (1988) criou, a este propósito, um modelo de parceria nos cuidados, para ser usado no âmbito da prestação de cuidados pediátrico, que reconhece expressamente o contributo dos pais na assistência à criança. Este modelo tem subjacente um processo de negociação, essencial para o planeamento dos cuidados, o qual deve ser alicerçado no respeito pela família, suas necessidades, valores, crenças e desejos. Defende que, para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de proteção, estímulo e amor. Desta forma não nos restam dúvidas que os pais são quem esta mais bem preparado para os prestar.

Lidar com a família de crianças doentes exige tolerância, sensibilidade, abertura para ouvir e estar com o outro e habilidade para confrontar. Ao colocar a família como parceira no processo de assistência à criança ao mesmo tempo em que se reconhece que também ela é foco da assistência/intervenção. Considerando a realidade com que nos deparamos, pudemos constatar que este modelo conceptual era já uma filosofia de cuidados institucionalizada em ambos os contextos de estágio. Os pais são incentivados a acompanhar permanentemente a criança (no hospital é permitido um acompanhante permanente e um 2º acompanhante entre as 11h e as 20.30h) e envolvidos nos cuidados (nomeadamente na alimentação, administração de terapêutica oral, prestação de cuidados de higiene e posicionamentos, etc.). A humanização, a qualidade e a parceria de cuidados foi uma realidade e uma preocupação constante de ambos os serviços, que sempre incentivaram a presença dos pais ou de outro cuidador mais ligado à criança, durante as 24h de cada dia. Para esse fim, e dando cumprimento aos direitos consagrados na Legis-Artis, os serviços fornecem as principais refeições gratuitamente a um dos acompanhantes e a UCEP e o SP disponibilizam ainda, alojamento aos pais a funcionar em espaço adjacente, no mesmo piso (5 quartos e 10 quartos, respetivamente, partilhados, quando necessário, com o acompanhante de outra criança). Pontualmente, são permitidas outras visitas, sempre que se trate de irmãos e de avós. Sempre que os pais, manifestaram sinais evidentes de particular vulnerabilidade (pais adolescentes, défices cognitivos, estados psico-emocionais exacerbados, etc.), foi permitido ser acompanhado por uma pessoa significativa, sendo a avaliação e respetiva autorização destas situações da responsabilidade da equipe de Enfermagem.

Ao longo deste percurso formativo estabelecemos um diálogo informal e oportuno com todos os elementos da equipa multidisciplinar, com o intuito de tomar conhecimento e esclarecer determinadas questões, tais como: organização do espaço físico, localização/identificação de equipamentos e materiais farmacêuticos/cirúrgicos/clínicos, recursos humanos e metodologia de trabalho instituída, horários dos profissionais de enfermagem, rotinas/normas/protocolos e sistema de registos instituído, processo clínico da criança e outros formulários, particularidades do processo de admissão e alta da criança e principais diagnósticos de admissão.

Nesta perspetiva, tornou-se possível sistematizar informações/atividades inerentes a cada contexto de estágio (CSSMB, SP, SUP e UCEP) com vista à aquisição de segurança e eficiência contribuindo para a satisfação e desenvolvimento de capacidades e competências pessoais e profissionais indispensáveis ao EESIP pela otimização das nossas potencialidades.

Foi nossa preocupação suportar no conhecimento científico as decisões tomadas, pelo que foram atividades permanentes, a reflexão da atividade/prática profissional, a procura constante de informação e formação através da pesquisa bibliográfica, formação em serviço ou formação em contexto académico, interação com os profissionais mais experientes ou peritos em diversas áreas de intervenção e por último, a mobilização e integração dos conhecimentos adquiridos para responder de forma adequada às situações e questões emergentes da prática.

Estamos certos que a formação e informação que obtivemos neste processo formativo, foram fundamentais não só no processo de integração mas também, na construção de conhecimentos e competências no âmbito da EESIP. Estamos certos, que um acolhimento e integração bem orientado e bem sucedido, como foi o nosso, contribuiu consideravelmente para o êxito de todo este processo/percurso de estágio. Tal facto permitiu-nos uma maior envolvimento, confiança e segurança indispensáveis a uma aquisição máxima de conhecimentos e competências necessárias a um EESIP. Identificamos lacunas no nosso conhecimento (Consulta de Saúde infantil/juvenil, Vacinação, Triagem, Suporte Ventilatório, Prematuridade, etc.) e aproveitamos todas as oportunidades de aprendizagem, assumindo responsabilidade pelo nosso processo de formação. Pretendíamos pois, o desenvolvimento de competências no âmbito de EESIP nas três vertentes do desempenho nomeadamente a científica, técnica e relacional/humana, ou seja nas três dimensões do saber, designadamente o saber-saber, saber-fazer e o saber-ser e estar.

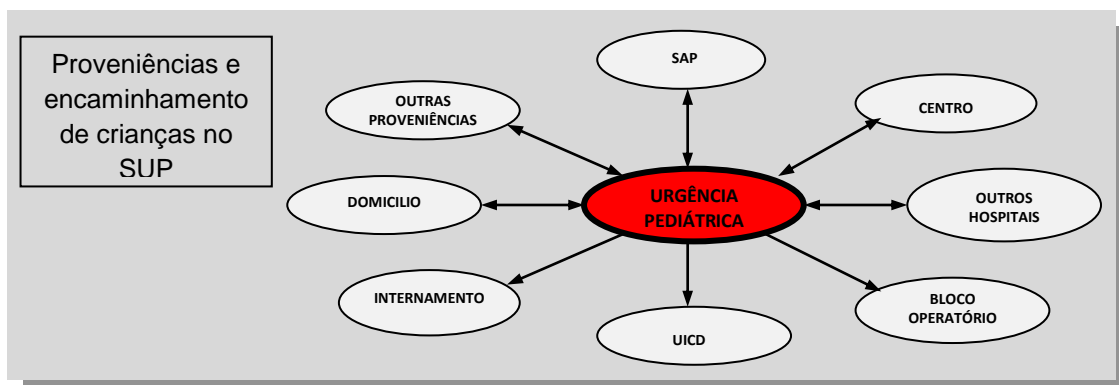
No desenvolvimento do estágio foi sempre nossa preocupação aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem e a procura incessante de mais e melhores conhecimentos, visando o aperfeiçoamento da nossa prática assistencial junto da criança/família, pelo que estivemos sempre atentos e disponíveis a participar em todas as experiências de aprendizagem facultadas.

Pelo exposto, julgamos ter sido capazes, com vontade e empenho, de *“manter, de forma contínua e autónoma, o nosso próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional”* (competência 4) e *“Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”* (Competência 17).

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	
Competências	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada 2. Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral 5. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara.
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Participar no processo de admissão/triagem da criança/família nos diferentes contextos de estágio, cumprindo com rigor as normas e protocolos instituídos; - Adquirir conhecimentos sobre admissão e triagem de Manchester; - Sustentar a prática assistencial no conhecimento científico;
Atividades Realizadas	
<ul style="list-style-type: none"> • Alicerçamos saberes sobre a temática através do recurso aos conhecimentos ministrados durante a componente teórica do curso; • Realizamos entrevistas informais com a Enf.^a Tutora e restante Equipa de Enfermagem, no intuito de esclarecer dúvidas; • Realizamos pesquisa bibliográfica sempre que necessário; • Observamos e realizamos admissão, triagem, integrando os conhecimentos decorrentes da nossa formação, experiência profissional e de vida; • Identificamos as patologias e causas mais frequentes de admissão no SU; • Observamos e colaboramos na admissão da criança/família; • Refletimos sobre as estratégias de coping perceptíveis na figura paterna. 	

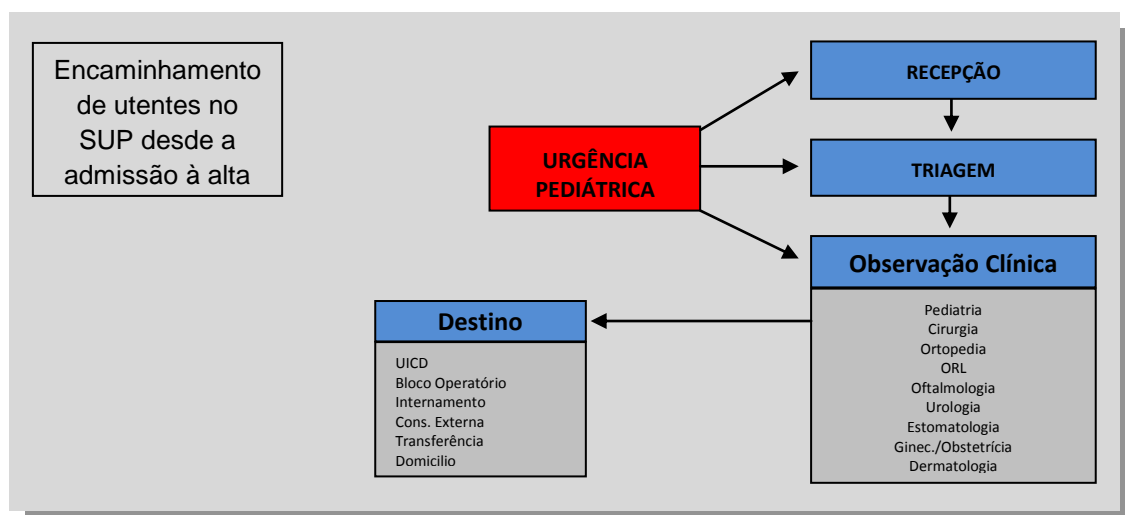
REFLEXÃO:

Ao longo do estágio constatamos uma elevada afluência de lactentes e de crianças na primeira infância ao serviço de urgência, com predomínio das doenças agudas e algumas situações de agudização de doenças crónicas. O SUP recebe crianças provenientes do domicílio, Serviço de Atendimento Permanente (SAP), Centro de Saúde, outras instituições de saúde, outras proveniências. Depois de observadas as crianças, na sua maioria, tiveram alta para o domicílio ou foram encaminhadas para os locais de proveniência, havendo ainda alguns casos em que se verificou a necessidade de ficarem em observação na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), internamento em pediatria ou em última análise necessitarem de ser submetidas a cirurgia (o caso de apendicites agudas, por exemplo).



Fonte: Manual da Qualidade para a Admissão e Encaminhamentos de Utentes. Leiria: Hospital de Santo André, 2001.

No que concerne às principais causas que motivaram o recurso à urgência hospitalar, verificamos que se prenderam essencialmente com problemas do foro respiratório e gastrointestinal, tais como dificuldade respiratória, obstrução nasal, tosse seca/produziva; Persistência de Febre; recusa alimentar, vômitos, diarreia, desidratação; Otites; Amigdalites e variadíssimas situações do foro traumatológico (entorses, fraturas, etc.) e cirúrgico (Apendicite Aguda); Infecções Urinárias; Erupções cutâneas. Todas as crianças inscritas no SUP, aguardam na sala de espera até serem chamadas e submetidas a um processo de triagem (Triagem de Manchester), efetuada por um enfermeiro, que respeita a ordem de inscrição, exceto nas situações de emergência. Depois de ler o Manual de Qualidade do SU, tivemos oportunidade de observar e de participar na realização da triagem, conscientes que esta tem como propósito a avaliação/caracterização da gravidade do quadro clínico através de uma avaliação rápida da criança, da qual depende a atribuição do grau de prioridade, que permitirá hierarquizar o momento da observação médica. A informação do grau de prioridade atribuído é dada através da colocação de uma pulseira de identificação da cor respetiva, o encaminhamento é feito de acordo com o que se encontra definido no manual da qualidade deste serviço (ver esquema seguinte).



Fonte: Manual da Qualidade para a Admissão e Encaminhamentos de Utentes. Leiria: Hospital de Santo André, 2001.

Esta é uma atividade de enorme responsabilidade, correspondendo à primeira avaliação da criança/família, o que requer competência técnico-científica, destreza e perspicácia, experiência, bem como a capacidade de tomar decisões. Tivemos a oportunidade de realizar triagem sobre supervisão do nosso tutor, procurando desenvolver tais competências e perícia bem como apurar a nossa capacidade de tomar decisões sustentadas num suporte científico coeso, procurando adquirir experiência na prestação de cuidados às crianças com doença aguda, de acordo com as regras definidas no Manual de Triagem, cumprindo a função com rigor científico, respeitando a lista de prioridades em vigor, e no rigoroso respeito pelas normas de privacidade e confidencialidade. A atividade assistencial desenvolvida no SUP assumiu particular relevo na nossa formação. Reforçou-nos a importância da semiologia na deteção de pequenos sinais/sintomas que poderão fazer toda a diferença (um gemido numa criança febril, uma taquicardia numa criança com GEA e sem febre, ...). Permitiu-nos sistematizar e

consolidar conhecimentos e atitudes assistenciais (considerando os motivos de recorrência ao SUP e os diagnósticos de saída já enunciados) e terapêuticas pela repetição de situações contribuindo para uma maior autonomização e segurança. Familiarizou-nos na abordagem de situações urgentes.

Aquando da realização da triagem verificamos a observância de comportamentos de procura de saúde desadequados e hábitos de vida pouco saudáveis, o que nos possibilitou e induziu à realização de ensinamentos individuais, de acordo com as necessidades identificadas e recorrendo aos conhecimentos provenientes da nossa formação, experiência profissional e de vida.

De salientar que, verificamos um elevado número de “falsas urgências” que consomem os recursos existentes e dificultaram a prestação de cuidados às situações mais preocupantes e o normal funcionamento do SUP, motivando horas de espera para atendimento médico. Tivemos a oportunidade de aferir através de conversas informais com a Equipa de Enfermagem, e constatamos na prática, que o SUP está cada vez mais a ser utilizado para problemas não urgentes, o que parece estar relacionado com o facto de estes terem uma funcionalidade contínua, e que permite coadunar-se melhor com o quotidiano laboral e familiar dos utentes, por um lado devido à atual falta de capacidade de resposta dos Centros de Saúde (o qual foi afirmado por alguns pais) e ao facto das crianças serem observadas por um pediatra, o que lhes confere maior credibilidade e segurança. Isto associado a uma contenção de custos que caracteriza a nossa política atual, em especial no que se refere à limitação dos recursos humanos poderá levar a que a prestação de cuidados diferenciados em situação de urgência/emergência possa ser comprometida. Neste sentido, “ *a filosofia da assistência de emergência têm-se ampliado, passando a incluir o conceito de que emergência é tudo aquilo que o doente e a sua família consideram ser*” (Smertzer, 2005). Consideramos assim, que os enfermeiros também devem atuar no sentido de educar a população acerca do atendimento relativo aos cuidados diferenciados, tendo tido a oportunidade de sensibilizar os pais para tal, sempre que se justificou.

No término do estágio no SUP, e após o contacto e familiarização inicial com a dinâmica da triagem pudemos constatar que a sua eficácia exige do Enfermeiro destreza e competência, aos mais diversos níveis, no sentido de efetuar uma observação rápida e eficaz da criança e na capacidade de recolher informação pertinente da história subjacente à doença. Consideramos (e tendo em conta que tivemos a oportunidade de passar por todas as áreas assistenciais do SUP) ser o local do SUP que oferece mais responsabilidades e só esta interpretação cuidadosa e refletida decorrente da avaliação da Equipa de Enfermagem viabiliza o estabelecimento de prioridades e concorre para o melhor funcionamento do serviço.

Durante o estágio na UCEP foi-nos, também, facultada a oportunidade de assistir e realizar a admissão/acolhimento de várias crianças/família cumprindo com o máximo rigor os procedimentos e normas de acolhimento instituídas entre as quais a preparação prévia da unidade. Pudemos constatar que uma das singularidades deste serviço é o facto de se receber a criança/família na entrada principal da unidade, atendendo ao seu local de proveniências. Depois de feitas as apresentações à criança/família, explicamos o uso de bata e

lavagem/desinfecção das mãos, encaminhamos para o interior do serviço interagindo com a criança atendendo às suas competências de desenvolvimento. Já no interior da unidade instalamos a criança, colocamos pulseira eletrônica de segurança, avaliamos o grau de conhecimento da criança/família sobre a doença, seu tratamento e evolução. Sensibilizamos os pais para a importância da sua colaboração nos cuidados à criança, demos a conhecer as instalações e os locais do serviço que teriam de usar (copa de leites, sala de estar, W.C, sala de extração de leite), normas de entrada e saída do serviço e entrega do guia de acolhimento. Certos de que o acolhimento é um momento privilegiado de comunicação entre o enfermeiro e a criança/família e de que as primeiras impressões são por vezes as que mais perduram, desenvolvemos todos os esforços, no sentido de exteriorizar interesse, simpatia e compreensão, desde os primeiros momentos com a criança e família. Pelo que recorremos a um relacionamento afetivo/confiança promovendo a escuta ativa, a aceitação pessoal, o respeito por valores e crenças pessoais, no sentido de minimizar ansiedade e contribuir para otimizar a aceitação da situação real. Dadas as características da unidade e a situação de maior fragilidade inerente ao internamento de um filho, verificamos que os pais frequentemente se sentiam intimidados com o ambiente envolvente. Para minorar esta situação prestamos todos os esclarecimentos necessários e convenientes, em linguagem clara e acessível ao seu nível de compreensão, reforçados com a entrega do Guia de Acolhimento e na sua integração na prestação de cuidados, como parceiros de eleição com a equipa de saúde. Ao mesmo tempo proferíamos palavras de segurança e conforto. Tudo isto faz parte do processo de acolhimento do RN/Família, o qual seguramente, teve o potencial de deixar a estrutura parental mais confortável e tranquila e contribuir para a diminuição da ansiedade ligada a todo o ambiente desconhecido e à própria situação clínica do RN.

Como se depreende, a situação de hospitalização de um filho gera preocupação e ansiedade, as quais nem sempre são fáceis de ultrapassar havendo a necessidade de *“...ativar mecanismos que permitam encontrar uma leitura e resposta o mais adequada possível perante a situação, o que implica a procura de estratégias e a mobilização de recursos internos e externos que permitam fazer face à situação”*(Jorge, 2004)). É o que se designa por estratégias de *coping*. Jorge (2004), refere que, de acordo com Monat e Lazarus (1985) citados por Vaz Serra (1988) *coping* refere-se a *“...pensamentos e comportamentos que o indivíduo utiliza, para lidar com as exigências das transações pessoa/meio que têm relevância para o seu bem-estar”*. Jorge (2004) afirma ainda, que Stone, Helder e Scheneider (1988) citados por Matos(1989), defendem um conjunto de estratégias que podem ser mobilizadas pela família, tais como o apoio familiar, social e a religiosidade, as quais tivemos a oportunidade de observar em inúmeras situações. Verificamos que, a prestação de auxílio afetivo evidenciado pela família mais alargada certamente se constituiu como algo de extremamente estruturante neste processo, o qual foi possível depreender pelos estados psico-emocionais, colaboração com a equipa de saúde e pelas posturas dos mesmos. A religiosidade foi algo também perceptível no discurso proferido pelas figuras paternas (*“Deus permita que ele fique bom”*, *“já acendi 3 velinhas à nossa senhora de Fátima”*) sendo esta também uma das medidas potencializadoras da capacidade de enfrentar adversidades e situações de grande stress

emocional, contribuindo “...para manter a família unida...e atuando como um ponto de referência para expectativas que guiam a família nas situações stressantes” (Jorge, 2004).

Perante o exposto, consideramos deste modo ter sido possível “Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada” (Competência 1), “Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral” (Competência 2) e “Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara” (Competência 5).

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	
Competências	<p>8. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;</p> <p>9. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;</p> <p>11. Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica;</p> <p>7/12. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva profissional e académica avançada;</p> <p>13. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;</p> <p>14. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;</p> <p>15. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;</p> <p>20. Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;</p> <p>21. Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;</p> <p>24. Zelar pelos cuidados prestados na área da EESIP.</p>
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à criança /Família em contexto de SIP (Identificar, planear, executar cuidados de enfermagem especializados), de acordo com as necessidades individuais, à criança e família, com respeito pelos seus valores, costumes, crenças, prestando cuidados culturalmente sensíveis; - Prestar cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido, criança e adolescente, envolvendo a família como parceiro, promovendo o seu nível de saúde, o aleitamento materno, a parentalidade, a vinculação e a autonomia; - Adquirir conhecimentos e habilidades técnicas, científicas e humanas no âmbito da Consulta de Saúde infantil/juvenil, Saúde escolar e Vacinação. - Otimizar os recursos técnicos e humanos disponíveis para garantir cuidados emergentes de qualidade à criança; - Refletir criticamente sobre o papel do Enfermeiro Especialista em ESIP na equipa de enfermagem. - Demonstrar capacidades de mobilizar conhecimentos científicos e técnicos de enfermagem avançada na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família, evidenciando capacidades de ajuizar e de tomar decisões fundamentadas; - Mobilizar e integrar os contributos de estudos / evidências científicos adquiridos para ajuizar em consciência e tomar decisões dando resposta adequada às situações de particular complexidade e não familiares. - Compreender as implicações físicas, comportamentais, familiares e sociais associadas ao processo de doença/internamento em contexto de urgência pediátrica e neonatologia

Atividades Realizadas

- Realizamos Consultas de Saúde Infanto-Juvenil tendo presente os postulados e diretrizes do Programa de Saúde Infantil e Juvenil;
- Administramos vacinas, incentivando e motivando a criança e família para a efetiva adesão ao PNV;
- Colhemos dados, planeamos, executamos e avaliamos cuidados de enfermagem, nos diferentes contextos de estágio, tendo em conta os problemas de saúde identificados e de acordo com as normas e procedimentos do serviço;
- Envolvermos a família nos cuidados a prestar à criança, sempre que exequível;
- Gerimos de forma adequada os cuidados, de acordo com os recursos disponíveis e estabelecendo em tempo útil prioridades de atuação;
- Prestamos cuidados de enfermagem de forma efetiva, incorporando na prática a evidência e rigor científico e os padrões de documentação mais atuais;
- Realizamos revisão bibliográfica sempre que pertinente, visando o aprofundar de conhecimentos e clarificar questões emergentes da prática;
- Demonstramos espírito de iniciativa e apropriação de todas as oportunidades de aprendizagem proporcionadas, de forma a contribuir para o nosso enriquecimento pessoal e profissional.
- Observamos criticamente o papel do Enfermeiro Especialista no seio da equipa multidisciplinar;
- Observamos a prestação de cuidados efetuada pelo Enfermeiro Especialista e pelo Enfermeiro Generalista;
- Dialogamos com a Enf.^a Tutora e restante Equipa de Enfermagem sobre esta temática;
- Observamos as expectativas dos Enfermeiros Generalistas relativamente ao Enf.^o Especialista.
- Colaboramos e prestamos cuidados à criança, nomeadamente avaliação do desenvolvimento/crescimento, alimentação por gavagem, copo ou tetina, avaliação de sinais vitais, preparação e administração de terapêutica prescrita, aspiração de secreções e administração de vacinas;
- Promovemos e utilizamos, sempre que possível, medidas não invasivas (estratégias não farmacológicas) para promover o conforto e minimizar a dor e o grau de traumatismo inerente aos procedimentos/ técnicas invasivas;
- Utilizamos os recursos de forma racional, eficiente otimizando todas as suas potencialidades;
- Aplicamos de forma adequada e pertinente os conhecimentos técnico-científicos aos cuidados gerais e especializados a prestar à criança/Família.
- Promovemos a amamentação, a Vinculação e a parentalidade;
- Incentivamos a mãe a expressar os seus sentimentos/emoções relativamente ao ato de amamentar, demonstrando disponibilidade para ouvir, atendendo à linguagem verbal e não-verbal, promovendo sentimentos de segurança e confiança;
- Atendemos à disponibilidade física/emocional e receptividade da figura materna para o ato de amamentar e na realização do ensino;
- Incentivamos/Ensinamos/Instruímos a mãe quanto à amamentação e técnica.
- Realizamos ensinios informais, individuais e em grupo, de acordo com as necessidades detetadas, com o intuito de promover a autonomia e responsabilidade após alta.
- Produzimos folhetos informativos no âmbito da prevenção de acidentes na infância / promoção da segurança, sensibilizando as crianças/jovens, a família e os profissionais de saúde para a importância da segurança e prevenção de acidentes, e assim, contribuir para a melhoria da qualidade de vida da criança, e conseqüentemente ganhos em saúde;
- Elaboramos posters no âmbito da promoção da segurança da criança e prevenção de acidentes;
- Valorizamos os instrumentos promotores de uma continuidade de cuidados, com especificação dos diagnósticos que se manterão ativos e respetivas intervenções, bem como do Boletim de Saúde Infantil/Juvenil, onde se efetua uma descrição sumária da ocorrência que motivou o recurso aos Serviços;

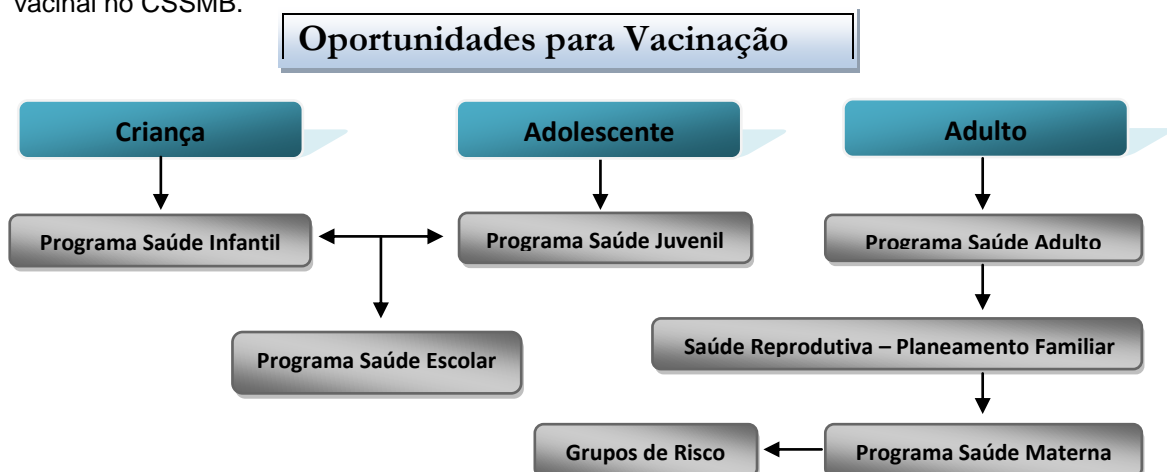
REFLEXÃO:

Ao longo do estágio procuramos integrar-nos na dinâmica dos serviços, sendo que todas as atividades inerentes ao exercício profissional de Enfermagem se pautaram pelo respeito por protocolos, circulares normativas, orientações técnicas e textos de apoio da Direção Geral da Saúde (DGS) em uso no local de estágio, que incluem a metodologia de execução de algumas das atividades, bem como as particularidades relativas a cada idade. Na prestação de cuidados tivemos ainda em linha de conta os referenciais teóricos e uma metodologia científica, procurando manter um espírito crítico relativamente ao nosso desempenho, o que nos permitiu estabelecer com alguns elementos da equipa sugestões de melhoria relativamente aos cuidados prestados. Assumindo simultaneamente as limitações existentes fruto da nossa inexperiência nesta realidade assistencial em contexto de SI, SUP e UCEP, sentimos necessidade de recorrer à pesquisa bibliográfica, nomeadamente no que se refere a determinadas temáticas/patologias (Desenvolvimento Infanto-Juvenil, Programa Nacional de Vacinação (tipos de vacinas, locais e vias de administração), prematuridade, Hiperbilirrubinémia /Fototerapia, técnicas de suporte ventilatório invasivas e não invasivas, etc). Durante o estágio em SIP atuamos inseridos numa equipa de saúde multidisciplinar.

Durante o período de estágio no CSSMB, tivemos a oportunidade de realizar 61 consultas de vigilância de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil a crianças com idades compreendidas entre os 12 dias e os 18 anos. Todas as consultas foram registadas no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), suporte informático, utilizando linguagem CIPE e no Boletim Individual de Saúde das crianças/adolescentes. As atividades realizadas, no âmbito da consulta Infanto-Juvenil, encontram-se descritas em pormenor no **Anexo IV**. De uma maneira geral, acompanhamos e avaliamos o crescimento e desenvolvimento; estimulamos a opção por comportamentos saudáveis, entre os quais o incentivo de uma nutrição adequada às diferentes idades, a prática do exercício físico, vida ao ar livre e em ambientes despoluídos e a prevenção de consumos nocivos. Promovemos e elogiamos o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV), realizamos educação para a saúde tendo em conta as necessidades identificadas e detetamos precocemente e encaminhamos situações que afetavam negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e do adolescente. Atuamos no sentido de Prevenir e identificar as doenças comuns nas várias idades, reforçando o papel dos pais e alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de saúde. Sinalizamos e proporcionamos apoio continuado às crianças com doença crónica e promovemos a autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde. Apoiamos e estimulamos o exercício do papel parental, vinculação e parceria de cuidados. Tivemos ainda a oportunidade de participar no armazenamento, manipulação e administração de vacinas. Estamos certos de que as vacinas constituem uma das maiores vitórias da medicina, e muitos de nós não estaríamos vivos se não fosse a vacinação. Em Portugal, administram-se vacinas desde o início do século XIX, designadamente a anti-variólica, mas foi apenas a partir de 1965, com a criação do PNV que os ganhos em saúde foram significativos. A vacinação é uma forma de fortalecer o organismo contra

determinadas infeções. Os seus princípios empíricos já são conhecidos há muito tempo, embora só recentemente tenham sido utilizados de forma moderna e massiva.

Desde 1965, em Portugal foram vacinados mais de sete milhões de crianças e vários milhões de adultos através do PNV, que é universal e gratuito. As doenças abrangidas estão eliminadas ou controladas, tendo-se evitado milhares de casos de doença e centenas de mortes, sobretudo em crianças, que teriam ocorrido na ausência de vacinação. A vacinação constitui um dos meios mais eficazes em termos de prevenção e controle de doenças infecto-contagiosas, sendo de uma extraordinária importância para a saúde do homem em geral e da criança em particular. No PNV (2006:5) pode mesmo ler-se *“as vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico”*, pelo que toda a população deve ser corretamente vacinada desde o nascimento, sobretudo as crianças e os adolescentes. Considerando os postulados enunciados e cientes do primordial papel do EESIP na promoção e cumprimento do PNV, e conseqüente promoção da Saúde Infanto-Juvenil, tivemos a oportunidade ao longo do estágio de divulgar o programa, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades de vacinação, prestando um contributo que consideramos válido nas atividades de promoção e administração da vacinação. Os dados das nossas atividades e respetivas intervenções, neste âmbito, apresentam-se em anexo (**Anexo V**). Com as atividades que desenvolvemos no âmbito da vacinação, tornou-se possível sistematizar e consolidar conhecimentos inerentes a esta área de intervenção, tais como: Tipos de vacinas, Esquemas cronológicos de vacinação (primovacinação, atraso e tardio), precauções e contraindicações, falsas contra indicações, locais e vias de administração, reações pós-vacinais e tratamento de reações anafiláticas, mas também desenvolver competências no âmbito do armazenamento, manipulação e administração de vacinas. Tal como preconizado pela Direção Geral de Saúde, procuramos agendar/planear a administração de vacinas, sempre que possível, em simultâneo com as consultas de vigilância de Enfermagem de Saúde Infanto-Juvenil, saúde escolar e/ou saúde do adulto (dado que muitas vezes a criança acompanha os pais quando estes se deslocam ao centro de Saúde no âmbito da vigilância/programas de saúde do adulto) e sempre de acordo com a conveniência dos pais/próprio. Todas as oportunidades para administração das vacinas foram aproveitadas (Ver esquema seguinte), contribuindo assim para a manutenção de elevadas taxas de cobertura vacinal no CSSMB.



O registo informático de todos os atos vacinais que realizamos, no módulo de vacinação do Sistema Informático Nacional de Unidades de Saúde (SINUS - aplicação informática em funcionamento desde 2000), é um aspeto que salientamos, dadas as suas potencialidades. Com esta atividade, para além de termos contactado com uma realidade que até então desconhecíamos, muito aprendemos. Pois, ao realizar os respetivos registos, verificamos que este sistema permitia, não só, o cálculo de coberturas vacinais, mas também, a gestão do plano vacinal de cada utente e gestão das reservas em tempo real. Pudemos concluir, que a utilização plena do sistema depende da introdução sistemática e com critérios uniformes, dos dados referentes a todas as doses de vacinas administradas em todos os serviços de vacinação. Trata-se assim, de uma aplicação informática essencial para uma boa gestão do PNV aos vários níveis.

Ainda no CSSMB, tivemos a oportunidade, no âmbito da Saúde Escolar, de participar num rastreio de avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC) e nas atividades de Educação para a Saúde.

É nosso entendimento, que a educação para a Saúde é uma das estratégias mais salutaras na promoção da Saúde Infante-Juvenil, assumindo-se como um importante cuidado antecipatório com reconhecidas potencialidades na promoção da saúde e bem-estar da criança/Família e comunidade. Considerando esta premissa, averiguamos junto da nossa tutora de estágio das necessidades de ações de Educação para a Saúde na comunidade educativa da zona de atração e quais as solicitações das instituições de ensino ao CSSMB, neste âmbito. Depois de identificadas as necessidades educativas, e procurando responder de forma eficaz e eficiente às necessidades identificadas e desenvolver competências no domínio da Educação para a saúde, realizamos 22 sessões de educação para a saúde, em 2 instituições de ensino, envolvendo um total de 493 alunos a frequentar o 5º, 6º, 7º, 8º, 9º e 11º anos, cujos dados apresentamos de forma pormenorizada em anexo (**Anexo VI**). Abordamos 5 temas distintos (**Anexo VI**) no âmbito das áreas de promoção de Saúde e estilos de vida consideradas prioritárias pelo Programa Nacional de Saúde Escolar (2007). As Sessões de Educação para a Saúde que realizamos inscreveram-se assim, nas áreas da: Alimentação saudável; Saúde Sexual e Reprodutiva; Consumo de Substâncias lícitas e ilícitas; Doenças sexualmente transmissíveis; Violência em meio escolar e Segurança (ver temas abordados no **anexo VI**). Tivemos a colaboração de 3 alunas do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Coimbra (ESSC) em estágio no CSSMB e, envolvemos ativamente os próprios professores para assegurarem a ordem e eficácia das mesmas. Elaborados planos de sessão para todas as sessões (**Anexo VII**), Brochuras informativas (**Anexo VIII**) e questionários de avaliação (**Anexo IX**) dos conhecimentos apreendidos pelos alunos e eficácia das sessões de educação desenvolvidas. As referidas sessões de educação, e considerando os critérios de avaliação previamente definidos nos respetivos planos de sessão, pautaram-se por um elevado nível de participação (99% – 100%) dos alunos, situando-se os resultados da avaliação a um nível Bom / Muito bom. Os alunos demonstraram motivação, interesse nos temas abordados e participaram de forma ativa e

dinâmica colocando questões, partilhando conhecimentos e experiências pessoais e/ou familiares. Os resultados obtidos nos questionários de avaliação, revelaram ter retido / apreendido, sem dificuldades, os conhecimentos transmitidos de uma forma muito satisfatória.

As sessões educativas que realizamos, para além de nos permitir o contacto com uma comunidade/realidade singular e desconhecida para nós, permitiu-nos compreender como uma abordagem holística da saúde aumenta o bem-estar e reduz o risco de doença nas crianças/adolescentes. Para isso, propiciamos aos alunos alvo, a expressão (de ideias, mitos, preconceitos, dúvidas, questões, sentimentos, etc.), a comunicação, participação. Procuramos estimular assim, a vontade de saber mais e a responsabilização pela adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. Em suma, as ações de educação para a saúde que realizamos, foi um trabalho gratificante e enriquecedor, possibilitando-nos a oportunidade de consolidar conhecimentos e desenvolver competências nesta área de intervenção da EESIP, e contribuir para a promoção da saúde, tendo como ponto de partida “*o que eles sabem*” e alertando para “*o que eles podem fazer*”, *para se protegerem. Procuramos desenvolver em cada um, a capacidade de interpretar o ambiente circundante e o mundo real e concreto de modo a induzir a adoção de atitudes preventivas em matéria de saúde, edificadas em comportamentos e estilos de vida salutogénicos.*

Como já referimos, participamos também na realização de um rastreio de IMC (também chamado de Índice de Quetelet, é um cálculo que se faz com base no peso e na altura da pessoa e serve para avaliar se determinado peso é excessivo ou não para determinada altura, sendo utilizado como indicador básico do estado nutricional), nos dias 29-30/04/2010, aos alunos do 5º e 6ºanos, num total de 81 alunos, do Colégio São Martinho (Fala-Coimbra), com o propósito de determinar a prevalência de obesidade e situações de baixo peso nos alunos rastreados e com esses resultados instituir medidas corretivas e promotoras de hábitos e estilos de vida saudáveis conducentes à promoção da saúde. De facto, a obesidade é uma doença. Mais, é uma doença que constitui um importante fator de risco para o aparecimento, desenvolvimento e agravamento de outras doenças.

Há tantas pessoas obesas a nível mundial que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considerou esta doença como a epidemia global do século XXI. De acordo com a OMS, a obesidade é uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde.

A obesidade acarreta múltiplas consequências graves para a saúde. Cientes desta realidade e do primordial papel da escola e do EESIP na prevenção da obesidade e promoção de estilos de vida saudáveis, aquando da avaliação do IMC, decidimos elaborar uma brochura educativa sobre “Alimentação Saudável na Infância” (**Anexo X**), que foi entregue a cada aluno após o rastreio, e na qual se incluiu o nome do aluno e respetivos resultados da avaliação.

O quadro seguinte apresenta de forma sumária os dados da referida atividade:

DATA	TEMA	INSTITUIÇÃO	HORÁRIO	DURAÇÃO	PÚBLICO ALVO		
					Ano	Turma	Nº de Alunos
2010/04/29	Rastreamento do Índice de Massa Corporal	Colégio São Martinho - Coimbra	14.30-15.15 h	45 minutos	6º	B	28
			15.30-16.15h	45 minutos	6º	C	26
2010/04/30			11.40-12.25h	45 minutos	5º	D	27

Depois de tratados todos os dados colhidos, e tendo por base o enunciado na Circular Normativa Nº: 05/DSMIA de 21/02/06 da Direção Geral da Saúde, verificamos que 21,6% dos alunos rastreados apresentavam excesso de peso, 5,4% eram obesos e 8,4% tinham baixo peso. Foi entregue à equipa de Saúde escolar do CSSMB e à Direção da Instituição escolar um documento com os resultados da referida atividade para que, com base nos mesmos, pudessem, numa ação conjunta, planear e introduzir as medidas corretivas consideradas pertinentes (**Anexo XI**).

Esta foi para nós uma atividade de considerável interesse, na medida em que para além de nos proporcionar um melhor entendimento da importância e aplicabilidade do IMC como instrumento básico na avaliação do estado nutricional dos alunos e sua qualidade de vida, também se revelou um importante meio de informação para a implementação de medidas corretivas e programa de reeducação alimentar.

Na prestação de cuidados a crianças ou adolescentes internados, tivemos a preocupação de colher dados, planear, executar e avaliar cuidados de enfermagem atendendo a determinados aspetos que consideramos relevantes, tais como hábitos de higiene, alimentares, sono, etc.

No que se refere ao estágio em Pediatria, SUP e UCEP, realizamos determinadas intervenções de enfermagem, tais como inaloterapia, punções venosas para colheita de espécimes para análise, colheitas de urina asséptica por saco coletor/cateterização vesical, aspiração de secreções, avaliação e monitorização de sinais vitais e administração de terapêutica oral, endovenosa e intramuscular.

Durante a permanência da criança/adolescente no SP, SUP e UCEP foram ocorrendo alterações no seu estado geral, pelo que procuramos exercer uma observação cuidadosa nesse sentido, esforçando-nos por monitorizar a avaliação do seu estado e da eficácia e resultado dos cuidados prestados.

No que concerne à área da emergência, não foi possível, em nenhum dos campos de estágio desenvolver competências na área da emergência pediátrica, dado não ter surgido nenhuma situação durante o período de estágio, tendo a nossa atuação se cingido às situações de doença aguda e crónica agudizada. Contudo, fomos confrontados com uma situação urgente e complexa, uma Intoxicação Medicamentosa Voluntária de uma adolescente de 15 anos. Trata-

se de uma situação que requer uma intervenção o mais precoce possível, tendo sido efetuada prontamente a lavagem gástrica com SF e posteriormente com carvão ativado. Concomitantemente procedemos à monitorização dos SV, à punção venosa para colheita de sangue e posteriormente preparamos e administramos a medicação endovenosa. Apesar de consciente, a adolescente apresentava-se ligeiramente desorientada, agressiva e não colaborante com as nossas intervenções. Foi uma situação difícil de gerir, tendo sido necessária a presença de vários profissionais para uma atuação eficaz e coesa. Sem dúvida que se tratou de uma situação/experiência totalmente nova para nós, que apela a um conhecimento especializado e a uma intervenção rápida e eficaz, no entanto, consideramos termos sido capazes de *“Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP”* (Competência 13).

Numa sociedade complexa e cada vez mais exigente, urge a necessidade de uma Enfermagem distinta e especializada, capaz de dar resposta às exigências oriundas dos progressivos avanços tecnológicos e científicos, o que implica a capacidade de gerir saberes e competências não descurando os princípios deontológicos, a legis-artis, ético-morais e na qual a formação tem um papel preponderante, aos mais diversos níveis. De acordo com a Proposta de Sistema de Individualização de Especialidades em Enfermagem (2007), Enfermeiro Especialista é aquele *“...tem um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”*. Para Alegre (2006) *“O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, centrado na sua população-alvo, terá de ser o impulsionador do desenvolvimento do conhecimento disciplinar nesta área, através da investigação e da reflexão na e sobre a prática”*.

Na concretização deste facto foi fundamental a observação da realidade assistencial praticada pelo Enfermeiro Generalista e o Enfermeiro Especialista tendo constatado que, nos diversos contextos de estágio, este último não possui funções específicas no seio da equipa, à exceção de que é habitualmente o responsável de turno quando elemento mais categorizado. De referir que em ambos os serviços são vários os enfermeiros especialistas que integram a Equipa de Enfermagem, à exceção do CSSMB (apenas 1 em horário fixo), sendo que todos exercem a sua atividade em horário de roulement. Consideramos, que tal facto é positivo, pois constatamos que os Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica assume um papel preponderante na dinâmica organizacional do serviço e na gestão dos cuidados a prestar.

Benner (2001), refere que a perícia de desempenho é incrementada pela experiência e pela formação/educação, defendendo que *“a prática competente de enfermagem excede os limites da teoria formal”*. Enfatiza a experiência, considerando que é através dela que o Enfermeiro aprende a focar de imediato aquilo que é relevante da situação e a extrair o seu próprio significado. Ela descreveu o Enfermeiro Perito como *“ (...) tendo um domínio intuitivo da situação e como capaz de identificar a região do problema sem deixar de considerar uma série de diagnósticos e soluções alternativas”*. Preconiza que a excelência da prática dos cuidados é

conseguida quando se atinge a perícia profissional, ao qual está inerente uma aprendizagem experiencial. Sendo que a experiência corresponde a uma associação entre o conhecimento teórico e a prática profissional. Isto permite-nos inferir que para alcançar o caminho da excelência do Cuidar em Enfermagem impõem-se a necessidade de articular diferentes formas de conhecimento, inclusive aquele que advém da experiência e da prática diária contextual.

Nesta linha de pensamento, consideramos que a diferença na atuação entre o Enfermeiro Generalista e o Enfermeiro Especialista vem de encontro aos pressupostos defendidos pela autora. Efetivamente, reconhecemos que o Enfermeiro Especialista dada a sua formação pós-graduada e o seu saber experiencial está mais apto para a prestação de cuidados de excelência, sendo capaz de descodificar intuitivamente as situações e “olhar para uma criança e aperceber-se que ela não está bem”. Parece-nos residir aqui o cerne da questão e o que efetivamente marca consideravelmente a diferença na atuação entre o Enf.º Generalista e o Enf.º Especialista. Tivemos o privilégio de contactar com inúmeros enfermeiros especialistas em SIP cujo desempenho profissional era demonstrador um nível de competências científicas, técnicas e humanas e de um saber experiencial sem igual. A sua capacidade de ajuizar e tomar decisões era claramente alicerçada num sólido conhecimento teórico-prático, e na proficiente e efetiva mobilização e utilização desse conhecimento.

Tendo por base o que acabamos de enunciar consideramos termos sido capaz de *“Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP”* (Competência 9), *“Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica”* (Competência 11), *“Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspetiva académica e profissional avançada”* (Competência 7 e 12).

O nascimento de uma criança prematura representa para os pais um momento de grande stress, angústia e por vezes de crise emocional motivada pelo conflito entre o bebé real e o bebé idealizado, para o qual não estão munidos de estratégias de confrontação e adaptação, o que se traduz num momento de crise “ (...) *trazendo desapontamento, sentimento de incapacidade, culpa e medo de perda. Todos estes sentimentos criam stress e muitas vezes levam ao distanciamento entre os pais e o filho*”(Tamez,1999). Acresce a tudo isto o facto de ainda se encontrarem numa fase de preparação para o desempenho da parentalidade, o que nos permite dizer que a ligação afetiva (Vinculação) atual e futura da criança/pais, bem como o desempenho do papel parental pode estar comprometido.

Por outro lado, não podemos descorar o facto da hospitalização de um recém-nascido e particularmente se este tiver necessidade de cuidados intensivos, o que determina um afastamento precoce da mãe, o que poderá comprometer o processo de vinculação. Para que o processo de vinculação se desenvolva, torna-se necessário o envolvimento da criança com a figura de vinculação numa interação recíproca e permanente, o que nestes contextos esta comprometido/limitado, quer pelas barreiras físicas existentes (incubadora) quer pelo impacto e intimidação e muitas vezes afastamento que o aparato tecnológico provoca nos pais.

No sentido de minorar esta situação procuramos promover a vinculação. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), Vinculação é *“um tipo de Paternidade com as seguintes características específicas: ligação entre a criança e o (os) pai (s); formação de laços afetivos que se vão afrouxando gradualmente desde o parto e durante a infância”* (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Assim, incentivamos e promovemos a envolvimento da família nos cuidados a prestar ao RN (como por exemplo, mudança de fraldas, alimentação por gavagem, higiene corporal, massagem, posicionamentos); fomentamos uma atitude vinculativa através do contacto corporal precoce recorrendo ao Método Canguru; incentivamos a visita dos pais de modo a promover a afeição dos pais para com os filhos; mostramos sempre disponível para responder às perguntas dos pais ou procurar as respostas necessárias, em caso de dúvida e realizamos ensinamentos informais aos pais, de acordo com as necessidades detetadas.

Estão documentados os benefícios do Método Canguru, tais como *“ (...) maior apego materno ao recém-nascido, ganho de peso corporal mais rápido do recém-nascido e alta hospitalar antecipada (...) também colabora para o aumento da produção do leite materno”*(Tamez, 1999). Na mesma linha de pensamento, a aproximação do bebé com os pais *“...oferece estímulos positivos para a estabilidade e evolução clínica do recém-nascido pré-termo (RNPT), redução no tempo de internamento e diminuição dos reinternamentos da criança”,* o qual se deve ao *“...fortalecimento de laços afetivos e melhor preparação dos pais para os cuidados aos filhos...”*(Martinez, 2007).

A promoção da Vinculação está fortemente ligada à promoção da amamentação, pela interação e proximidade físico-afetiva que proporciona, existindo entre elas uma relação de complementaridade e tal como irá ser referenciado em seguida, constituiu uma estratégia de atuação potencializada por nos e pela equipa de saúde durante todo o estágio.

No decurso do estágio, pudemos ainda aferir que a intervenção com estes pais é crucial, tendo procurado fundamentalmente pôr em prática atitudes de apoio e empatia. Verifiquei que o cônjuge (marido) e os familiares de origem constituem fortes recursos de apoio e que as crenças/sentimentos religiosos/teológicos proporcionavam a esperança numa solução. Pude aperceber-me ainda que a compreensão do suporte facultado pelas outras mães e a relação da confiança estabelecida com a equipa de saúde constituem recursos promotores de esperança para a díade Criança/Família.

Em suma, o sentido do verdadeiro Cuidar deve portanto, envolver a família e *“...esse significado de cuidar da família é modificado pelo profissional por meio de um processo interpretativo ao lidar com as vivências do dia-a-dia”* (Pedroso, 2003), o qual procuramos incutir em toda a nossa atividade assistencial.

O aleitamento materno para além de ser uma prática altamente recomendada pela OMS até aos 3 anos, constituiu também, uma das principais diretrizes postuladas pela Direcção-Geral da Saúde, que para além de ser uma política desta instituição, constituiu uma virtude asseverada por toda a equipa de saúde.

Segundo a CIPE (Ordem dos Enfermeiros, 2005), Amamentar corresponde a *“um tipo de Ligação Mãe - Filho com as seguintes características específicas: estabelecimento de uma relação maternal adequada com a criança enquanto a alimenta, dando-lhe leite do peito, ao*

mesmo tempo que a encoraja, estabelece contacto e vai compreendendo o temperamento da criança e os sinais precoces de fome”.

Pudemos verificar a verbalização de sentimentos de fracasso, impotência e insegurança por parte da figura materna, o que poderia comprometer esta Ligação Mãe - Filho e o processo de amamentação. Foi com base nesta premissa que desenvolvemos as nossas atividades, procurando apoiar a mãe no seu projeto de amamentar tendo sempre presente que “O Aleitamento Materno bem sucedido depende mais do desejo da mãe de amamentar o seu filho, do que qualquer outro fator” (Pedroso, 2003), realizando os ensinamentos paulatinamente e no momento oportuno atendendo à sua disponibilidade física e emocional, demonstrando uma atitude de apoio, interajuda (não a substituindo) e empatia para com os seus sentimentos, de modo a reforçar a sua segurança e confiança, na maior parte das vezes perdida.

Apesar da sua inexistência, consideramos, que seria pertinente a entrega de algum documento de apoio às mães, no sentido de reforçar, enfatizar e consolidar os ensinamentos efetuados.

No domínio da prestação de cuidados autónomos de enfermagem à criança/família nos diferentes contextos de estágio, destacamos como preocupação constante e alvo da nossa atenção a promoção da amamentação, da Vinculação e inevitavelmente do papel parental e do desenvolvimento infantil. Pelo que no SUP e na UCEP, não deixamos de ter presente o facto de se tratar de contextos assistenciais muito específicos que apelam a uma intervenção rápida e eficaz, pelo que aproveitamos todos os potenciais momentos para triar problemas e necessidades em termos de comportamentos de saúde, rever comportamentos de risco, reforçar cuidados desenvolvidos pela estrutura parental e esclarecer dúvidas e questões. Tivemos a oportunidade de realizar diversos ensinamentos informais relativamente a diversos temas, tais como alimentação do RN/criança, procedimentos para uma amamentação eficaz, prevenção acidentes domésticos, cuidados a ter com a febre no domicílio, prevenção das infeções respiratórias, etc. A abordagem para a realização dos ensinamentos foi feita de forma perspicaz e oportuna, indo sempre de encontro às necessidades da Criança/Família. Pudemos constatar que a Criança e os Pais nem sempre são capazes de tomar decisões no âmbito do processo Saúde/Doença e atendendo às competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria procuramos na nossa intervenção não descorar este aspeto, ajudando os pais a desenvolver esta capacidade, informando-os adequadamente e verificando a observância de uma correta integração das informações por parte dos mesmos, e envolvendo-os sempre que possível nos cuidados assistenciais e na tomada de decisões. O processo de hospitalização / doença de uma criança, desencadeia um desequilíbrio nos pais quer individualmente, quer enquanto elementos dos subsistemas familiares e conseqüentemente provoca alterações no equilíbrio familiar sobretudo ao nível da dinâmica familiar. De facto, esta foi uma realidade a que pudemos assistir principalmente, no que se refere ao internamento verificamos por parte da figura parental a verbalização de sentimentos de angústia e ansiedade perante a reestruturação familiar a ele implicado, tendo assumido nesta situação um papel facilitador com base no apoio para a procura de soluções e estratégias e na demonstração de aceitação pela vivência emocional experimentada. No âmbito do processo assistencial e

relativamente à tomada de decisão procuramos ainda proporcionar à Criança/Família a escolha de alternativas, sempre que exequível e oportuno.

Analisando o exposto, consideramos ter sido capaz de *“Demonstra compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência”* (Competência 20); *“Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências”* (Competência 21).

Relativamente à alta, estamos conscientes, e tal como refere Tamez (1999) de que *“a alta hospitalar para os pais do recém-nascido de alto risco é um momento almejado, mas também de muito stress. Durante semanas e mesmo meses, os pais sentiram-se seguros do que seu filho estava sendo cuidado por pessoas treinadas, que poderiam detetar e resolver qualquer problema. É natural que eles se sintam incapacitados para desempenhar este novo papel”*. É consensual, na literatura, que a preparação da alta, deve começar no momento da admissão da criança numa unidade de cuidados, pelo que se torna particularmente importante a integração dos pais na equipa de cuidados viabilizando-lhes, desta forma, o desenvolvimento de competências e habilidades para cuidar da criança, o que contribui para a minimização da ansiedade e promoção de autoconfiança e autonomia no desempenho do seu papel parental, proporcionando à criança um ambiente seguro e onde se torna possível a satisfação das suas necessidades.

Felizmente pudemos orgulhar-nos da realidade encontrada em todos os contextos de estágio, pois verificamos que a preparação da alta é assim, um aspeto fulcral que os Enfermeiros têm em consideração de forma a assegurar a continuidade dos cuidados e habilitar os pais na promoção do papel parental. Orgulhamo-nos de ter participado numa realidade onde a preparação da alta é um processo planeado, organizado e sistematizado, existindo um instrumento de registo da informação transmitida, estágio da aquisição de competências/conhecimentos e capacidades por parte dos pais, que salvaguarda a adequação, continuidade e eficácia dos procedimentos. Na UCEP existe mesmo um manual de boas práticas sobre a preparação da alta assumido por toda a equipa (multidisciplinar), com o objetivo de uniformizar o tipo e qualidade de informação e ensinamentos a realizar aos pais, de entre os quais se destacam: Desenvolvimento infantil, banho e cuidados à pele, cuidados ao coto umbilical, amamentação, aleitamento, preparação e armazenamento de leite, padrão alimentar da criança, eliminação intestinal, cólicas, sono e repouso, segurança e prevenção de acidentes, vacinação e vigilância de saúde infantil.

Assim sendo, tivemos o privilégio de poder participar/colaborar em todo este processo de preparação para a alta, efetuando ensinamentos aos pais sobre as temáticas supra citadas, envolvendo os pais na prestação de cuidados, prestando todos os esclarecimentos/explicações necessárias, possibilidade aos pais a oportunidade de exporem as suas dúvidas, participar na tomada de decisões, de forma a diminuir a sua ansiedade e aumentar o senso de competência por parte dos mesmos, no exercício da função parental.

Contudo, ao longo do estágio, registamos casos em que os pais, apesar de todos os esforços desenvolvidos durante o internamento da criança, se sentiam inseguros e ansiosos

com a perspectiva de terem de assumir a responsabilidade de cuidar sozinhos dos seus filhos no pós alta. Tal facto conduziu-nos a uma reflexão profunda e, parece-nos legítimo que tal situação possa acontecer, após um internamento onde estiveram sempre acompanhados pela equipa de saúde e muitas vezes limitados nos processos de tomada de decisão. Ouvimos desabafos em que os pais diziam *"como posso adquirir um desses monitores? Acho que não vou conseguir dormir sem o monitor a controlar o meu filho"*, *"não sei se vou ser capaz de estar à altura de cuidar tão bem do meu filho como vocês"* e após a alta eram por vezes frequentes os telefonemas para esclarecer dúvidas relacionadas com os cuidados ao bebé, o que deixa claro a angustia e a insegurança que estes pais evidenciam. Salientamos o facto de no momento da alta, facultarmos a todos os pais, alguns contactos telefónicos úteis como: número do serviço, Saúde 24, Serviço de Urgência Pediátrica, sobretudo para esclarecimento de dúvidas que possam surgir em casa. Consideramos que se trata de um procedimento deveras importante, o qual incrementa a relação de confiança e reduz a ansiedade dos pais que sentem que existem profissionais de retaguarda e com experiência, aptos a responder às suas necessidades.

A segurança e o assegurar a continuidade dos cuidados são outras das prioridades. Na alta, os RN/crianças só saem da UCEP, se devidamente transportados em sistemas de retenção para automóvel homologados e com encaminhamento assegurado para uma Unidade de Saúde (geralmente médico e enfermeiro do Centro de Saúde da sua área de residência), independentemente da necessidade de manter ou não consulta no hospital.

No momento da alta, a articulação entre os Cuidados de Saúde Diferenciados e Primários assume uma posição de destaque, pelo que tivemos a oportunidade de verificar e participar no preenchimento do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e na elaboração da Carta de Alta de Enfermagem. Documentos estes que fazem parte integrante do processo de alta, assegurando a continuidade de cuidados e a adequada vigilância do desenvolvimento da criança.

A segurança da criança não foi descurada, tivemos a oportunidade de enfatizar alguns ensinamentos/cuidados na prevenção de acidentes no banho, no berço/cama, com brinquedos, etc., e no transporte do mesmo e aconselhamos os pais sobre o Sistema de Retenção de Crianças (SRC) adequado para o seu bebé. De salientar, que no dia da alta, nenhuma criança saiu do serviço de neonatologia sem que os pais trouxessem o referido SRC para transportar o seu bebé, tendo sido colocado o bebé e efetuados todos os ensinamentos sobre a correta instalação do mesmo.

Detetamos a inexistência na Pediatria e na UCEP de um Guia para a Alta da criança, com o propósito de complementar e consolidar a informação disponibilizada aos pais durante o processo de internamento e assim minimizar as dificuldades ou dúvidas que possam surgir após a alta, contribuindo para diminuir a ansiedade e angústia dos pais com o filho em casa. Neste sentido apresentamos ao nosso tutor de estágio (em ambos os contextos de estágio) uma proposta para a sua elaboração, que considerou não ser viável dado o reduzido tempo de estágio que não permitiria a sua validação pela instituição, opinião esta unânime de ambos os tutores. No e de um folheto informativo e de um Poster sobre os SRC, proposta esta que foi aceite com muito agrado. Contudo, dada a inexistência na Pediatria e na UCEP, de suporte

informativo sobre a promoção da segurança da criança, elaboramos vários folhetos, procurando colmatar tais lacunas. Assim, na Pediatria, criamos 2 folhetos informativos intitulados “Acidentes Domésticos – Como Prevenir...” e “Criança Pedestre”, e na UCEP um intitulado “Viagem Segura” (**Anexo XII**) destinados a serem distribuídos a todos os acompanhantes das crianças e crianças (de acordo com o seu nível de entendimento e compreensão) internadas nestas unidades, procurando desta forma proporcionar toda a informação necessária para uma tomada de decisão consciente no âmbito da promoção da segurança e na aquisição de um SRC adequado à idade e peso da criança, bem como os aspetos relevantes sobre a sua correta utilização.

No SUP, visto não haver qualquer informação sobre a promoção da segurança da criança, foi-nos proposta a elaboração de 2 posters (**Anexo XIII**) destinados a dinamizar a mesma e contribuir para a divulgação de conhecimentos importantes na área da prevenção de acidentes na infância. Elaboramos 1 poster intitulado “*Acidentes na Infância – A vida é deles a responsabilidade é nossa!*” (este poster teve como objetivo fundamental sensibilizar todos os atores sociais para a importância desta problemática) e um 2º poster intitulado “Casa Segura – Dicas para uma casa mais segura...” (tendo em conta que a maioria dos acidentes ocorre em contexto doméstico, procuramos disponibilizar informação sobre a prevenção de acidentes domésticos a todos quantos passam pelo SUP).

Foi ainda criado na UCEP, um Poster (**Anexo XIII**) intitulado “Alta Segurança” (este destinado a dinamizar os espaços da unidade enquanto contexto formativo, contribuindo simultaneamente para a difusão de conhecimentos na área da segurança rodoviária).

Neste momento da nossa formação profissional e atendendo à realidade que vivenciamos, consideramos a continuidade de cuidados como um verdadeiro desafio e um caminho que ainda carece de “limar” algumas arestas, sendo importante a delimitação de responsabilidades e fundamental o exato reconhecimento dos recursos da comunidade capazes de dar resposta aos problemas de saúde encontrados.

Em suma, a promoção da continuidade dos cuidados é o princípio basilar da assistência ao RN/Família, ao longo do seu ciclo vital, sendo um dever e uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde. Na medida em que a alta, poderá constituir uma ameaça para a qualidade do papel parental, a equipa de saúde e mais concretamente, a equipa de enfermagem deve priorizar o momento da alta, como uma etapa fundamental que deve ser privilegiada o mais precocemente possível.

Após a análise efetuada e tendo em conta os objetivos supracitados consideramos ter sido capaz de “*Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP*” (Competência 8), “*Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica*” (Competência 11), “*Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente*” (Competência 14), “*Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas*” (Competência 15), “*Zelar pelos cuidados prestados na área da EESIP*” (Competência 24).

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	
Competências	<p>26. Realizar a gestão de cuidados na área da EESIP;</p> <p>23. Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP.</p>
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar situações/necessidades passíveis de intervenção no âmbito da gestão de cuidados; - Participar na criação / manutenção de um ambiente de serviços e cuidados seguros, no âmbito da ESIP, através de estratégias promotoras da qualidade dos serviços e dos cuidados assistenciais; - Compreender a importância de normas, protocolos e manuais de qualidade na manutenção de uma gestão de cuidados eficaz e eficiente; - Mobilizar conhecimentos e desenvolver potenciais capacidades no âmbito da gestão e supervisão de cuidados. - Atuar de modo a reduzir e/ou minimizar situações de risco real ou potencial para a segurança do ambiente e dos cuidados assistenciais;
Atividades Realizadas	
<ul style="list-style-type: none"> • Consultamos, protocolos, manuais, Circulares e outros instrumentos no âmbito da gestão de cuidados, existentes nos diferentes contextos de estágio; • Cumprimos as normas de qualidade definidas e fizemos uso racional dos recursos; • Procedemos de acordo com as normas de prevenção da Infeção nosocomial (nomeadamente técnica de lavagem das mãos, encaminhamento de materiais e equipamentos para o correto processamento, respeito pelos princípios do isolamento e correta utilização do equipamento de proteção individual). • Averiguamos possibilidades de intervenção no âmbito da gestão de cuidados, junto dos tutores de estágio, enfermeiros chefes e equipa de enfermagem; • Criamos duas Normas de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil (referentes à Vacinação e à Colheita Asséptica de Urina) no CSSMB; • Identificamos focos de Saúde Infantil, diagnósticos e intervenções de enfermagem, face à realidade assistencial concreta no CSSMB, para posterior parametrização do SAPE, contribuindo para a uniformização de procedimentos assistenciais, otimizando os instrumentos de gestão de cuidados; • Conhecemos instrumentos utilizados nos vários contextos de estágio para notificação de acontecimentos indesejáveis e a notificação de todas as não conformidades; • Gerimos recursos materiais e humanos em função das necessidades, no âmbito dos cuidados assistenciais; • Supervisionamos as atividades assistenciais de enfermeiros mais jovens, estagiários, e outros profissionais; • Identificamos e comunicamos ao tutor de estágio, procedimentos, atitudes e comportamentos indesejáveis e/ou não conformes que comprometem a manutenção de um ambiente e cuidados seguros e de qualidade; • Apoiamos enfermeiros mais jovens, estagiários e outros profissionais no desenvolvimento de atitudes e capacidades promotoras da qualidade dos cuidados, minimizando eventos indesejáveis e ocorrência de efeitos adversos e/ou erros. 	

REFLEXÃO:

No que se refere à área da gestão de cuidados sempre foi nosso desejo participar na criação / manutenção de um ambiente de serviços e cuidados seguros, no âmbito da ESIP, através de estratégias promotoras da qualidade dos serviços, dos cuidados e gestão do risco minimizando eventos indesejáveis e ocorrência de efeitos adversos e/ou erros. A gestão de

cuidados, recursos e serviços tem, inevitavelmente, como objetivos primordiais otimizar, de forma racional, os recursos técnicos e humanos disponíveis para garantir cuidados emergentes de qualidade à criança/família, sendo que todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados têm responsabilidades individuais e coletivas na gestão dos recursos disponíveis e indispensáveis para a qualidade do processo. A existência e respeito por Manuais de atuação, protocolos e normas de boas práticas, circulares normativas, instruções de trabalho e orientações técnicas de apoio da Direção Geral da Saúde (DGS) em uso nos locais de estágio, que incluem a metodologia de execução de algumas das atividades, bem como as particularidades relativas a cada idade, são, entre outros, instrumentos estratégicos indispensáveis a uma gestão de cuidados eficaz e eficiente. Tal como já referimos anteriormente, em cada contexto de estágio foi nossa preocupação a consulta e análise de tais instrumentos de atuação. No CSSMB, surpreendentemente, confrontamo-nos com a inexistência de normas de boas práticas, sendo as atividades assistenciais sustentadas pelas circulares normativas, orientações técnicas e textos de apoio da DGS, o que, inevitavelmente, conduzia a uma pluralidade de metodologias no âmbito das práticas assistenciais. O mesmo não aconteceu no HSA onde em todos os campos de estágio por onde passamos, existe manual de qualidade, abundam normas e protocolos de atuação, instruções técnicas que permitem normatizar e uniformizar os cuidados assistenciais, garantindo uma gestão de cuidados eficaz e eficiente pela otimização dos recursos humanos e materiais disponíveis.

Assim, tendo em conta a realidade encontrada no CSSMB, procuramos identificar necessidades nesta área de intervenção junto da Enfermeira Chefe e Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e pediatria que prontamente nos apresentaram duas necessidades para as quais ansiavam dar resposta:

1- *A Criação de Normas de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil* (referentes à Vacinação e à Colheita Asséptica de Urina), procurando assim, normatizar e definir a forma correta, eficaz e eficiente de atuar dos respetivos profissionais, segundo determinados procedimentos, tendo em conta a realidade concreta do CSSMB. A existência das normas de boas práticas, para além de uniformizar as práticas e cuidados, servem ainda para sustentar a avaliação e controle da prática e promovem a qualidade de cuidados.

2- *Identificação dos Focos de Enfermagem de Saúde Infanto-Juvenil*, face à realidade assistencial concreta no CSSMB, construção de diagnósticos e intervenções de enfermagem a partir de um conjunto de eixos da CIPE e sua parametrização posterior no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), sistema informático de registo de intervenções de enfermagem atualmente em uso nos Centros de Saúde.

Foi com grande satisfação, espírito de trabalho e motivação, que procurando desenvolver competências na área da gestão cuidados, demos resposta a estas duas necessidades e elaboramos os documentos, que foram apreciados e aprovados pelas Enf^{as} supra citadas e pelo diretor do centro de saúde e, que abaixo referenciamos:

DATA	TIPO DE DOCUMENTO	ASSUNTO	DESTINATÁRIOS	Doc. Comp.
2010/05/11	Norma de Atuação	Colheita Asséptica de Urina	Médicos e Enfermeiros do CSSMB	Anexo XIV
2010/05/25	Norma de Atuação	Armazenamento, Transporte, Manipulação e Administração de Vacinas	Médicos e Enfermeiros do CSSMB	Anexo XV
2010/05/28	Fichas - Focos de ESIP	Focos de Saúde Infantil – Parametrização do Sistema de Apoio à prática de Enfermagem (SAPE)	Enfermeiros	

Muito aprendemos com a elaboração das referidas normas, pois para além de nos permitir a aquisição de conhecimentos inerentes à sua criação, importância e aplicabilidade prática, também nos obrigou a uma constante reflexão sobre a sua importância enquanto instrumentos que normatizam a atuação eficaz e eficiente dos respetivos profissionais, segundo determinados procedimentos, tendo em conta a realidade concreta do CSSMB. Para tal, na sua elaboração, procuramos respeitar com rigor 3 níveis de exigência fundamentais: Clareza, exequibilidade e pertinência. A Norma “Armazenamento, Transporte, Manipulação e Administração de Vacinas” inclui em anexo 3 documentos: “Descrição geral das vacinas do PNV”; “Mapa de registo diário de temperaturas do equipamento de frio; “Instrumento de gestão do Stock geral de vacinas/Registo do movimento mensal de vacinas”.

Na verdade, estamos certos que a criação e existência das normas de boas práticas, para além de uniformizar as práticas e cuidados, têm ainda o potencial de sustentar a avaliação e controle da prática e promovem a qualidade de cuidados.

Os documentos “ Norma de atuação – Colheita Asséptica de Urina” e “ Focos de ESIP” foram apresentados à equipe de enfermagem do CSSMB em ação de formação nos dias 04/06/2010 e 28/05/2010, respetivamente.

A Prevenção e controlo da infeção nosocomial, é outro aspeto relevante da gestão de risco e conseqüentemente da gestão de cuidados e se é um dever e boa prática de todos os profissionais é também um aspeto que em nossa opinião precisa ser permanentemente trabalhado, divulgado e supervisionado pelos responsáveis das unidades de cuidados. Pois constatamos ao longo do estágio no CSSMB e no HSA, que nem todos os grupos profissionais envolvidos na assistência à criança e família (ex: Assistentes operacionais, sem formação e com baixo nível de escolaridade) têm formação adequada e /ou sensibilidade para esta questão. Nos diferentes contextos de estágio, supervisionamos assistentes operacionais, particularmente na limpeza e desinfeção dos materiais, equipamentos e unidades de cuidados. Tivemos também especial atenção à lavagem e desinfeção das mãos, sobretudo de profissionais de enfermagem, alunos de enfermagem e outros, que não têm formação ou desvalorizam a importância destes procedimentos. Assim, dada a heterogeneidade de formação e experiências dos diversos profissionais que integram as equipas, observamos procedimentos incorretos como a lavagem inadequada das mãos, a manipulação de roupas conspurcadas e/ou produtos orgânicos sem o uso do respetivo material de proteção individual indicado, a desinfeção inadequada de equipamentos e da unidade do utente pela utilização de produtos inadequados e pelo desrespeito dos tempos de ação e/ou quantidades insuficientes.

Sempre que presenciámos tais situações, atuamos no sentido de implementar as medidas corretivas necessárias, disponibilizando informação, formação, instrução e encaminhando para a leitura de protocolos e instruções de trabalho com o intuito de colmatar tais défices de conhecimento e/ou competências operacionais e atitudinais. Comunicamos tais situações aos nossos tutores e enfermeiros chefes que tomaram as diligências necessárias incluindo as respetivas notificações de acontecimentos indesejáveis e a notificação de todas as não conformidades, procurando não a punição ou castigo dos atores envolvidos, mas proporcionar/garantir a cada criança/família o acesso a um ambiente seguro e promotor de saúde e a cuidados assistenciais de qualidade. Assim, as atividades enunciadas permitiram-nos *“Realizar a gestão de cuidados na área da EESIP” (Competência 26)*.

De referir ainda, que durante o nosso percurso de estágio em SIP (Módulo I, II, III), estiveram em estágio, nestes contextos, alunos do 3º e 4º anos do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto (Coimbra) em estágio no CSSMB e alunos do 3º e 4º anos do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Leiria e da Escola de Enfermagem Piaget de Viseu.

De forma formal e informal, tivemos, a oportunidade de colaborar na sua orientação pedagógica e supervisionar os cuidados assistenciais prestados por estes alunos à criança/família sempre que estávamos presentes.

Inevitavelmente, e considerando o exposto, fomos confrontados com a necessidade de *“Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP (Competência 23)*.

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	
Competências	16. <i>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 cultura;</i>
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstrar capacidades para trabalhar, inserido na equipa multidisciplinar; - Demonstrar domínio de capacidades relacionais e comunicacionais para prestação de cuidados EESIP;
Atividades Realizadas	
<ul style="list-style-type: none"> • Integramos a equipa multidisciplinar e estabelecemos com esta uma relação de interajuda e comunicação eficaz, procurando esclarecer todas as nossas dúvidas e questões; • Promovemos o acolhimento e integração da Criança/Família; • Estabelecemos uma relação terapêutica com a família da criança (e com a criança), adotando uma atitude empática e de interajuda; • Comunicamos de acordo com a idade e capacidades cognitivas da criança e dos pais; • Utilizamos linguagem familiar à criança/família, validando a compreensão da informação prestada; • Comunicamos de forma assertiva tendo a intencionalidade de uma relação de ajuda eficaz; • Estabelecemos uma comunicação efetiva sobre cuidados de saúde com vista a influenciar comportamentos de saúde e promover a adoção de estilos de vida saudáveis; • Transmitimos informação e explicamos procedimentos de forma clara e objetiva; • Estabelecemos uma relação terapêutica com a Criança/Família através da adoção de uma atitude empática e de interajuda, utilizando uma linguagem adaptada ao seu nível cognitivo e sociocultural; • Otimizamos o processo comunicacional e relacional com a Criança através do recurso à componente lúdica. 	

REFLEXÃO:

Ao longo deste período de estágio integramos uma equipa multidisciplinar, pelo que procuramos estabelecer e utilizar a comunicação de forma adequada e efetiva, enquanto instrumento/ferramenta facilitadora dos processos assistenciais. Reconhecemos que a comunicação é instrumento basilar e central em todo o processo assistencial, à volta do qual gravitam todos os cuidados à criança/família. No entanto, perceberemos que o ato comunicacional com a Criança/Família é algo bastante complexo. Em Neonatologia, por exemplo, verificamos que esta competência ganha particular importância numa fase tão precoce do ciclo vital, como é o período neonatal, contudo pudemos constatar que a comunicação nem sempre é assumida como aspeto relevante, dado que o interlocutor (neonato/criança), tem uma forma particular de comunicar e interagir nem sempre compreendida, dado que se expressa muitas vezes de forma muito ténua e exige do enfermeiro uma atenção reforçada e o desenvolvimento de capacidades e competências essenciais na perceção e descodificação da comunicação do neonato. Este estágio do crescimento e de desenvolvimento, é profundamente marcado por necessidades acrescidas de desenvolvimento de uma panóplia de competências sociais, imprescindíveis a um desenvolvimento infantil harmonioso e adequado. Num contexto adverso como a UCEP, onde abundam pessoas estranhas, equipamentos por todo o lado, barulhos estranhos, entre outros, é uma constante a privação de estímulos afetivos, sociais e sensoriais, o que percebemos facilmente se recordarmos os bebés prematuros e outros que permanecem longos tempos em incubadoras. Simultaneamente, pudemos constatar que ocorrem com abundância os estímulos instrumentais e agressivos. Neste sentido procuramos ao longo da nossa prática assistencial planear e agrupar cuidados, minimizando tanto quanto possível os estímulos instrumentais e agressivos em prole da promoção do conforto e bem-estar da criança/família. A solidão é um dos aspetos amplamente referenciado por alguns autores dos referenciais teóricos em enfermagem, sendo encarada como um problema que afeta estas crianças e por conseguinte um importante obstáculo ao desenvolvimento infantil dada a privação de estímulos a que podem estar sujeitos. Cientes desta problemática e conhecedores das potencialidades e benefícios, utilizamos o Método Canguru em Neonatologia como uma das respostas para minimizar esta realidade e promover a comunicação da díade mãe/filho, uma vez que está cientificamente documentado e provado que o desenvolvimento infantil é potenciado com a sua utilização, pela interação, proximidade (física e afetiva) que proporciona.

No que se refere ao SUP, o ambiente hostil e constrangedor que o caracteriza, gera sentimentos de angústia e ansiedade, tanto na estrutura parental como na Criança, ao qual acresce os múltiplos cuidados/tratamentos que esta última recebe e a imprevisibilidade do decurso dos acontecimentos. Para além disto, adita o facto de muitas crianças não terem condições ou mesmo disposição para a brincadeira, fruto da sua condição de saúde. Indubitavelmente, perceberemos o quanto a presença da família é fundamental para preservar a estabilidade e o mundo da criança. O envolvimento da família é uma prática amplamente consolidada e promovida por toda a equipa de enfermagem, nos diferentes contextos de

estágio, fazendo parte de uma filosofia assistencial institucionalizada. Cientes destes factos, valorizamos a presença da família, a participação dela no cuidar, encarando-a como coparticipante de todo o processo assistencial, somando esforços a um cuidar que se desejou sempre de qualidade e humanizado. Neste sentido, a nossa prática interventiva foi direcionada não só para a Criança como para a Estrutura Parental, reconhecendo-a e integrando-a como recetora dos cuidados, na medida em que requer informação e acompanhamento por parte dos profissionais, de modo a minorar as emoções negativas. Sendo assim, foi nossa preocupação esclarecer dúvidas e questões dos pais, explicar os procedimentos à Criança/Família, comunicando de uma forma clara, sucinta, organizada, com base em estratégias assertivas; respeitamos e aceitamos valores, crenças e atitudes da família; incluímos a família no planeamento/prestação de cuidados e procuramos manter os hábitos e rotinas da Criança, sempre que exequível. Pudemos, ainda, constatar também que a presença dos pais (pessoa significativa) neste contexto assistencial constitui a medida mais importante para atenuar as emoções negativas da Criança, na medida em que estes constituem as suas figuras de referência, o seu “porto de abrigo”, a sua fonte de segurança, tranquilidade e afetividade e o seu suporte emocional, pelo que promovemos e incentivamos o contacto permanente entre a díade, principalmente na altura da realização de procedimentos técnicos para que esta se sentisse mais confiante e protegida. A presença da família permitiu atenuar a ansiedade, o medo, a insegurança da criança e desta forma constituiu-se como uma estratégia fulcral para uma comunicação mais eficaz entre equipa de saúde/criança/família. Não esquecemos, que nas crianças, as competências comunicacionais são particularmente importantes no reconhecimento e alívio da dor e no âmbito das estratégias não farmacológicas, cujo sucesso se estende muito para além da intensidade da dor e do contexto, da personalidade da criança e da cooperação familiar. Ciente também que a componente lúdica é colossal neste processo assistencial, procuramos integrá-la na nossa atuação, como estratégia/forma comunicacional, sempre que possível e considerado oportuno. Neste sentido, por exemplo no SUP, enquanto as Crianças permaneciam na sala de espera, na sala de Nebulizações ou na UICD promovemos a oportunidade para desenharem, pintarem, brincarem com um balão ou objeto significativo e visualizarem/manipularem material específico, e em simultâneo interagíamos com elas. Às crianças maiores e adolescentes foi proporcionada a possibilidade de verem televisão, dado ser algo que eles apreciam na maioria das vezes. Pude constatar contudo, que o serviço é desprovido de brinquedos e de um local próprio para a atividade lúdica apesar de em termos visuais ser bastante apelativo. Para as crianças maiores e adolescentes constatamos a inexistência de materiais/equipamentos didáticos como computadores, consolas de jogos, ou outros equipamentos. Consideramos uma lacuna e que seria vantajoso a aquisição de materiais e equipamentos didáticos adequados às diferentes faixas etárias e a criação de um local para o efeito.

Relativamente aos pais, a comunicação que estabelecemos teve a intencionalidade de abrir espaço a uma relação terapêutica e de ajuda pelo que utilizamos uma comunicação assertiva, a relação de ajuda e disponibilizamos informação como ferramentas essenciais. Neste domínio procuramos atuar no respeito e reconhecimento pelos valores e padrões

culturais, o direito à autodeterminação (refira-se a este propósito que sempre promovemos o consentimento livre e esclarecido, como uma das formas de garantir o direito à autodeterminação) dos pais e das crianças, na salvaguarda dos interesses da criança, pois acreditamos que são elementos cruciais e basilares para uma relação terapêutica bem sucedida e profícua.

No que se refere à Equipa de Saúde procuramos trabalhar sempre em espírito de interajuda e colaboração, reconhecendo que este é essencial para o bom funcionamento de qualquer equipa, porém neste serviço é seguramente vital.

Perante o exposto, consideramos ter sido capaz de “*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 cultura*” (Competência 16).

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	
Competências	19. Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de EESIP; 22. Participa e promove a investigação em serviço na área de EESIP;
Objetivos específicos	- Diagnosticar necessidades de investigação nos diferentes contextos de estágio em SIP; - Participar em eventuais projetos de investigação na área da EESIP; - Identificar situações problemáticas, passíveis de ser investigadas; - Valorizar a investigação como contributo válido para o desenvolvimento da EESIP;
Atividades Realizadas	
<ul style="list-style-type: none"> • Averiguamos da existência de projetos de investigação em curso na área da EESIP junto dos nossos tutores e da equipa; • Diagnosticamos necessidades de investigação através de conversas informais com os nossos tutores e restante equipa multidisciplinar; • Identificamos lacunas de conhecimento e oportunidades relevantes de investigação na área da EESIP (Ex: Conhecimentos e competências dos pais na avaliação e tratamento da febre dos filhos); • Identificamos situações problemáticas, passíveis de serem investigadas; • Identificamos problemas no âmbito da EESIP, tomamos iniciativas e fomos criativos na sua interpretação e resolução (Ex: O Projeto multimédia de segurança infantil intitulado” CRIAÇA+SEGURA! Sem segurança?? Sinto muito...”); • Promovemos a investigação na área da EESIP (construímos 2 instrumentos de colheita de dados para dois projetos de investigação); • Valorizamos a Investigação como contributo válido para o desenvolvimento da enfermagem e como meio de aperfeiçoar os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da EESIP (Ex: Tendo por base os estudos de investigação realizados pela APSI, DGS e outras entidades na área da segurança infantil, produzimos um projeto multimédia de segurança infantil intitulado” CRIAÇA+SEGURA! Sem segurança?? Sinto muito...”). 	

REFLEXÃO:

Durante o percurso de estágio, averiguamos, junto dos nossos tutores de estágio e da equipa multidisciplinar, da existência de eventuais projetos de investigação na área da EESIP, tendo como propósito participar nesses mesmos projetos, sendo que em nenhum dos campos de estágio havia estudos ou outros projetos de investigação em curso. Contudo, tendo por

base a atividade assistencial no âmbito da EESIP, identificamos lacunas de conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, identificamos situações problemáticas, foram várias as questões/inquietações que surgiram passíveis de ser investigadas nos diferentes contextos de estágio, e para as quais não fomos indiferentes.

Ao longo do estágio em SIP, obviamente que sentimos necessidade de obter informações mais precisas e consistentes relativamente a algumas dessas questões (Tabagismo, Febre, Acidentes na Infância, Promoção da segurança Infantil, pela sua pertinência e relevância, entre muitas outras decorrentes da prática assistencial como por exemplo, a eficácia da utilização do EMLA na criança submetida a procedimentos traumáticos/dolorosos e ainda, a Influência da musicoterapia na criança submetida a procedimentos dolorosos) que percebemos como potenciais focos de investigação e para as quais a atividade de pesquisa foi uma constante. Procurar a evidência científica para a prática da enfermagem foi para nós um constante desafio, e tem-no sido para os enfermeiros, de forma crescente ao longo dos tempos e sem dúvida a importância da investigação para a praxis de Enfermagem não carece de ser demonstrada. Estamos convictos como que um EESIP não poderá sustentar a sua atuação com base em percepções, pois correria o risco de uma atuação /intervenção desadequada, cujas consequências poderão ser um esforço inútil e o desenvolvimento de uma prática assistencial fútil e inglória no âmbito da EESIP.

Tendo por base a literatura disponível e os referenciais teóricos no âmbito da investigação em ciências sociais e humanas, uma investigação é por definição, algo que se procura, caminhando no sentido de um melhor conhecimento /entendimento de um fenómeno de interesse para o investigador. Por conseguinte, deverá determinar-se tão rápido quanto possível, o primeiro fio condutor.

Segundo Quivy e Campenhoudt (2003), a melhor forma de começar qualquer percurso de investigação consiste em esforçar-se por enunciar o projeto de investigação sob a forma de uma ou mais questões, tentando exprimir o mais exatamente possível o que procura saber, elucidar ou compreender melhor, servindo assim, de primeiro fio condutor da investigação. Tais questões deverão reger-se e respeitar 3 níveis de exigência essenciais: clareza, exequibilidade e pertinência. As questões de investigação constituem o elemento fundamental do início de uma investigação, abrindo caminho a todo o percurso investigativo. Durante o estágio surgiram várias questões, que mereceram a nossa atenção e que passamos a expor.

Em Janeiro de 2009 foi criada a consulta de Cessação tabágica no CSSMB, tendo sido previamente (Setembro de 2008) realizado um rastreio sobre hábitos tabágicos cujos resultados sustentaram a sua criação. A equipe de saúde responsável por esta consulta é constituída por 2 médicos, 2 enfermeiros (um dos quais a nossa tutora de estagio) e 1 administrativo.

O tabagismo é classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a principal causa evitável de doença e morte no mundo ocidental. É hoje consensual, que o tabaco tem graves consequências para a saúde, provoca forte dependência e produz custos sociais elevados.

A grande maioria dos fumadores inicia o consumo na adolescência, sendo que o pico da iniciação tabágica ocorre entre os 12 e os 14 anos. A escola, espaço de formação e aprendizagem onde os adolescentes passam grande parte do tempo, é o meio privilegiado para desenvolver preventivas, procurando evitar ou atrasar a iniciação e hábito tabágico. De facto ao longo do estágio no CSMB tivemos a oportunidade de participar na realização destas consultas e pudemos constatar que são muito frequentadas por adolescentes, o que para nós é significativo e vem de encontro aos dados disponíveis na literatura atual.

Após conversa com a nossa tutora de estágio, apresentamos algumas questões que desde logo nos pareceram muito pertinentes: Qual a caracterização epidemiológica e prevalência do tabagismo nos adolescentes que frequentam as escolas da área de afluência do CSSMB, grau de dependência tabágica e sua motivação para deixar de fumar? Constatamos não haver resposta para esta pergunta apesar de ser um projeto de investigação desta equipa. Desde logo mostramos disponibilidade em participar neste projeto de investigação no âmbito da SIP, procurando desenvolver competências nesta área de intervenção. Assim sendo, e dando resposta a um dos projetos desta equipe de saúde, elaboramos um Inquérito por questionário (**Anexo XVI**) que servirá de base a um estudo que tem por finalidade determinar e caracterizar a prevalência do tabagismo e padrões de consumo nos adolescentes que frequentam a escola, avaliar o seu grau de dependência tabágica e a sua motivação para deixar de fumar, procurando assim, conciliar uma vertente de investigação e uma vertente de intervenção educativa (implementação de medidas educativas de prevenção do tabagismo). Depois de elaborado o referido instrumento foi analisado e aprovado pela equipe e será aplicado num futuro muito próximo aos adolescentes a partir do 12 anos de idade a frequentar as escolas da área de abrangência do CSSMB.

Caracterização sumária do inquérito por questionário “Tabagismo”				
ASSUNTO	Grupos de questões	Tipo de questões	Escala de medida	Doc. Comp
Tabagismo	I. Caracterização Sociodemográfica	<ul style="list-style-type: none"> • Abertas • Fechadas 	<ul style="list-style-type: none"> • V. Quantitativa contínua • V. Qualitativa nominal 	Anexo XVI
	II. Caracterização de hábitos tabágicos	<ul style="list-style-type: none"> • Abertas • Fechadas • Fechadas Dicotómicas • Mistas 	<ul style="list-style-type: none"> • V. Quantitativa contínua • V. Qualitativa nominal 	
	III. Caracterização de fumadores	<ul style="list-style-type: none"> • Abertas • Fechadas • Fechadas Dicotómicas 	<ul style="list-style-type: none"> • V. Quantitativa • V. Quantitativa contínua • V. Qualitativa nominal 	
	a) Avaliação do grau de dependência (Teste de Fagerstrom) b) Avaliação da motivação para deixar de fumar (Teste de Richmond) c) Métodos para deixar de fumar e profissionais de saúde			

No decurso do estágio em pediatria também surgiram várias questões, mas duas delas permaneceu na nossa mente, vislumbrando-se as eleitas para serem investigadas. Uma relacionada com a febre na criança e os conhecimentos e competências dos pais na avaliação e tratamento da febre, e a outra, relacionada com a segurança infantil/prevenção de acidente.

Considerando os dados relativos ao movimento assistencial durante o período de estágio (**Anexo III** deste documento), considerando a nossa prática assistencial, verificamos que a febre é comum na criança e é frequentemente o primeiro sinal detetável e por vezes o único de doença. É motivo de grande preocupação para os pais, contribuindo para um número avultado de afluência aos serviços de saúde, principalmente aos SUP. Consiste num aumento da temperatura corporal acima do normal mas é também um importante mecanismo de defesa do organismo contra infeções, daí que o seu controlo deva ser racionalizado e adequado. Esta realidade suscitou o nosso interesse, como potencial foco de investigação, pelo que a discutimos com o nosso tutor e orientador de estágio.

Dando resposta a esta inquietação/preocupação no âmbito da febre, elaboramos um inquérito por questionário que servirá de base a um estudo que tem como finalidade determinar os conhecimentos e competências dos pais na avaliação e tratamento da febre dos filhos (**Anexo XVII**), procurando assim, conciliar uma vertente de investigação e uma vertente de intervenção. Depois de elaborado o referido instrumento foi analisado e aprovado pela orientadora e tutor de estágio e será aplicado, por nós, num futuro muito próximo.

Caracterização sumária do inquérito por questionário “Febre”				
ASSUNTO	Grupos de questões	Tipo de questões	Escala de medida	Doc. Comp.
Febre	II. Caracterização Sociodemográfica da criança	<ul style="list-style-type: none"> • Abertas • Fechadas 	<ul style="list-style-type: none"> • V. Quantitativa contínua • V. Qualitativa nominal 	Anexo XVII
	II. Caracterização Socio – demográfica do respondente;	<ul style="list-style-type: none"> • Abertas • Fechadas • Mistas 	<ul style="list-style-type: none"> • V. Quantitativa contínua • V. Qualitativa nominal 	
	III. Questões para avaliação dos conhecimentos e competências dos pais na avaliação e tratamento da febre dos filhos.	<ul style="list-style-type: none"> • Abertas • Fechadas 	<ul style="list-style-type: none"> • V. Quantitativa • V. Quantitativa contínua • V. Qualitativa nominal 	

No que se refere segurança da criança, e tendo por base a prática assistencial no âmbito do nosso estágio em pediatria, desde cedo tivemos a perceção do número considerável de crianças internadas vítimas de acidentes na sua maioria domésticos, lazer/escolares e rodoviários. Esta perceção começou a despertar o nosso interesse e preocupação, pois trata-se de uma realidade passível de ser minorada e/ou evitada. Assim sendo efetuamos pesquisas e procuramos aprofundar conhecimentos sobre a problemática, com base em dados estatísticos e estudos de investigação disponíveis. Os acidentes são a primeira causa de morte e incapacidade nas crianças e jovens. Um dos objetivos da Organização Mundial da Saúde (OMS) é reduzir a mortalidade e incapacidade, resultante dos acidentes rodoviários, domésticos e de lazer, e por acidentes de trabalho, na população em geral e nas crianças e jovens em particular.

No Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (DGS, 2004) os traumatismos, ferimentos e lesões acidentais são reconhecidamente uma área de intervenção prioritária. A Estratégia Europeia para o Desenvolvimento da Saúde da Criança e Adolescente da WHO (2005) insere nas suas áreas prioritárias de atuação os acidentes e violência. O Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2007) aponta como área primordial a investir na promoção de estilos de vida saudáveis - a promoção da segurança e prevenção de acidentes. Por outro lado, o

Programa-Tipo de Atuação de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2005) menciona como objetivo a estimulação de comportamentos saudáveis relacionada com a adoção de medidas de segurança, e ainda, a promoção da prevenção de acidentes e intoxicações.

Verificamos que as projeções da OMS para 2020 colocam os acidentes como a terceira causa de morte, a seguir às doenças cardiovasculares e à depressão (Murray, 1996). No entanto, devido à magnitude dos efeitos dos acidentes sobre a sociedade, passou a ser consensual na comunidade científica que os acidentes configuram um grave problema de saúde pública. Segundo a OMS (2002), esta é a nova “doença” do séc. XXI que afeta idades bastante precoces, contribuindo para uma redução da média de vida dos europeus em cerca de 30 anos. Os traumatismos, ferimentos e lesões acidentais (TFLA) constituem, na maior parte dos países, a maior causa de morte nos grupos etários da infância e da adolescência, potenciais anos de vida perdidos, doença, internamento, recurso aos serviços de urgência, incapacidades temporárias ou definitivas. Vidas e famílias destroçadas. São, assim, um dos problemas com mais elevados custos socioeconómicos.

Neste sentido, os acidentes rodoviários continuam a ser a maior causa de morte nas crianças, em Portugal. A APSI em 2005 realizou um estudo de observação nas autoestradas sobre a utilização de dispositivos de retenção em crianças até aos 12 anos, nos dias 1 e 2 de Setembro de 2001. Esta pesquisa concluiu que cerca de 60% das crianças continuam a viajar no automóvel sem qualquer tipo de proteção, ao colo ou à solta: dos 0 aos 3 anos, 37% viajam à solta ou ao colo; dos 4 aos 12 anos, 70% são transportadas sem qualquer proteção. Embora se verifique uma tendência para um aumento lento e regular das crianças que usam o dispositivo de retenção, a má utilização destes artigos aumentou significativamente.

Por outro lado, foi também verificado pela APSI em 2007 que mais de metade dos dispositivos utilizados por crianças com menos de 4 anos estava incorreta. A Associação realça que a observação foi feita do exterior dos automóveis, o que significa que apenas se detetaram os erros óbvios, tais como: bebés voltados para a frente; cintos debaixo dos braços e folgas exageradas. O uso de cadeiras e dispositivos de retenção para crianças é obrigatório por Lei (Decreto-lei nº44/2005 de 23 de Fevereiro, artº55, ponto 1), mas não existe suficiente fiscalização por parte das autoridades e os pais e educadores são muitas vezes negligentes em relação a esta matéria.

Quanto aos acidentes domésticos, esses são muito comuns e mereceram uma atenção privilegiada das entidades governamentais e não-governamentais responsáveis pela promoção da segurança infantil. Mesmo com todo o cuidado, há objetos e situações que representam risco e podem provocar acidentes tornando-se completas armadilhas para as crianças. Acidentes Domésticos e de Lazer - Informação Adequada (ADELIA) é a designação portuguesa para o sistema de monitorização, vigilância e registo dos acidentes domésticos e de lazer, registados numa amostra de unidades de saúde como os serviços de urgência, hospitais e centros de saúde. Os acidentes domésticos e de lazer, até aos 14 anos, representam 42% do total de acidentes. Contudo, para além dos acidentes por quedas salientam-se os afogamentos, as queimaduras, as intoxicações e a asfixia (ONSA, 2006).

Segundo o Relatório Mundial sobre Prevenção dos Acidentes nas Crianças (OMS, 2008), mais de 830 mil crianças morrem anualmente de acidentes de trânsito, afogamentos, queimaduras, quedas e envenenamentos, sendo que os acidentes são a principal causa de morte de crianças com idade superior a cinco anos.

Assim, interpretamos os dados supra citados e após análise e discussão necessária com os nossos tutor e orientador de estágio, e considerando os postulados apresentados pela investigação disponível como contributo válido para o desenvolvimento da enfermagem e como meio de aperfeiçoar os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da EESIP, decidimos tomar iniciativas, pelo que, criamos e produzimos um projeto multimédia intitulado “**CRIANÇA+SEGURA! Sem segurança?? Sinto muito...**”.(ver quadro seguinte).

DATA	TEMA DO PROJECTO MULTIMÉDIA	SUBTEMAS ABORDADOS	INSTITUIÇÃO	Doc. Comp.
12/11/2010	Criança +Segura! Sem Segurança ?? Sinto muito...	- Acidentes domésticos - Acidentes Rodoviários - Acidentes de Lazer - Acidentes com bebés	Serviço de Pediatria e UCEP- HSA	Anexo XVIII

Trata-se, na verdade, de um projeto que visa não só o desenvolvimento e manutenção de uma cultura de segurança, mas também o desenvolvimento de competências, individuais e coletivas, englobando um conjunto de ações destinadas a aumentar a capacidade e competências dos indivíduos, dos grupos e das organizações no planeamento, implementação e gestão de iniciativas de promoção da segurança infantil.

Deste modo, procuramos com este projeto sensibilizar as crianças/jovens, a família, a comunidade, as organizações, os profissionais de saúde e restantes atores sociais para a importância da segurança e prevenção de acidentes, e assim, contribuir para o crescimento e manutenção de uma cultura de segurança e conseqüentemente para a melhoria da qualidade de vida de todos nós.

O Projeto foi delineado tendo em conta objetivos, atividades e competências a desenvolver ao longo dos módulos II e III do Estágio a realizados no HSA. Os conhecimentos e as competências a desenvolver pelos profissionais que prestam cuidados à criança/jovem e família são de especial importância, na medida em que devem contribuir para que estes protagonistas vivenciam a transição saúde-doença de forma eficaz.

Com este projeto, mobilizamos os resultados de estudos de investigação para o contexto da prática assistencial na área da EESIP, e incorporamos, na prática, os resultados da evidência científica/investigação válidos e relevantes conducentes à obtenção de ganhos em saúde no âmbito da SIP. Marcou também, o “pontapé” de partida para uma importante mudança nas formas e estratégias de comunicação e formação, inicialmente no serviço de pediatria e depois na UCEP. Para além de nos permitir desenvolver capacidades e competências relacionais, comunicacionais e pedagógicas com a criança/família como futuro EESIP, teve ainda o potencial de permitir desenvolver/reforçar as competências dos profissionais de saúde, enquanto agentes promotores de saúde, bem como dos pais e família, como cuidadores privilegiados da criança, e assim, estamos a contribuir para aumentar a segurança infantil no futuro. Neste âmbito, o projeto teve como primordial propósito a Educação

para a Segurança como parte da formação de qualquer cidadão. Desta forma, é nosso entendimento que o Hospital enquanto espaço educativo, poderá ter um papel importante junto da criança, do jovem e da família não apenas em relação à satisfação das suas necessidades num processo de doença, como também ao nível da sua formação em saúde enquanto cidadão. Isto significa que o Hospital deve procurar que, estes atores primordiais em meio hospitalar, sejam privilegiados por desenvolver competências e comportamentos adequados à segurança e prevenção de acidentes. Acreditamos que o Projeto “Criança + Segura!” é na verdade uma iniciativa que contribuirá para prevenir e controlar os acidentes com crianças e minimizar as suas complicações. A Proteção e segurança da criança é sem dúvida uma questão complexa na atualidade, considerando que vivemos numa época em que abundam riscos e “armadilhas” por todo o lado. Contudo, é tempo de criar um mundo onde as crianças possam aprender, brincar, crescer e viver sem lesões nem traumatismos acidentais. Com a criação do projeto “*CRIANÇA+SEGURA! Sem segurança?? Sinto muito...*” acreditamos ter sido capazes de “*Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área de EESIP*” (competência 19).

Se desenvolvermos estas atitudes nas crianças o mais cedo possível, estamos a contribuir para aumentar a segurança no futuro. Neste âmbito, é importante reforçar as competências dos profissionais de saúde, enquanto agentes promotores de saúde, bem como dos pais e família como primeiros cuidadores da criança.

Como futuro EESIP e elemento de referência da equipa de cuidados, procuramos desempenhar um papel ativo, na tentativa promover boas práticas na criança/família tendo em conta a segurança e prevenção de acidentes.

Atendendo ao processo de aquisição/desenvolvimento de competências, a criação do Projeto “Criança+Segura”, permitiu-nos promover o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais no âmbito da EESIP, no seio da equipa de enfermagem, na criança/jovem e na família relativamente à segurança e prevenção de acidentes e, ainda, adquirir e mobilizar saberes que sejam facilitadores da gestão interprofissional dos cuidados, tendo como finalidade a melhoria da qualidade e a excelência no exercício profissional e contribuir para sensibilizar a criança/jovem e família para a problemática da segurança e prevenção de acidentes, tornando também o Hospital num contexto de aprendizagem ativa e assim obter ganhos em saúde.

Procuramos valorizar a investigação como contributo válido para o desenvolvimento da enfermagem e como meio de aperfeiçoar os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da EESIP. Vislumbram-se ainda muitas áreas que carecem de investigação rigorosa e de forma sistemática, contudo estamos certos de que prestamos um contributo válido, ainda que simbólico, para a consecução destes estudos num futuro muito próximo.

Pelo exposto julgamos ter sido capazes de “*Participar e promover a investigação em serviço na área de EESIP* (Competência 22);

COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	
Competências	<p>27. Identificar as necessidades formativas na área de EESIP;</p> <p>28. Promover a formação em serviço na área de EESIP.</p> <p>29. Colaborar na integração de novos profissionais;</p> <p>25. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.</p>
Objetivos específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer necessidades de formação com vista à adequação e excelência do desempenho profissional no âmbito da EESIP; - Promover o desenvolvimento e o desempenho pessoal e profissional de pares e outros profissionais no âmbito da EESIP, pelo desenvolvimento de estratégias formativas; - Identificar focos da prática assistencial em EESIP com necessidades de intervenção no âmbito da formação; - Sensibilizar pais, cuidadores, família e profissionais para os riscos de acidentes na infância, consequências e medidas preventivas incentivando a adoção de comportamentos e estratégias indispensáveis a uma cultura de promoção da segurança/ganhos em saúde; - Contribuir para a transformação dos locais de estágio em contextos de aprendizagem ativa e assim obter ganhos em saúde no âmbito da prevenção de acidentes na infância e promoção da segurança. - Participar na integração de novos profissionais de enfermagem, estagiários e outros profissionais;
Atividades Realizadas	
<ul style="list-style-type: none"> • Analisamos o plano de formação vigente nos serviços locais de estágio; • Diagnosticamos necessidades de formação nos serviços; • Utilizamos programas e dispositivos formativos como PowerPoint, flash, MoviMaiker, etc. nas atividades formativas realizadas; • Promovemos e dinamizamos a formação de pares e de outros profissionais, favorecendo a aprendizagem e o desenvolvimento de conhecimentos e competências no âmbito da promoção da segurança da criança e apresentamos o projeto multimédia desenvolvido e restantes materiais elaborados; • Criamos um novo módulo “ Acidentes com bebés – Como prevenir” integrando-o no projeto multimédia intitulado “ Criança + Segura! Sem segurança?? Sinto muito...” • Colaboramos na integração de novos profissionais e na orientação de alunos da Licenciatura em enfermagem; • Apoiamos enfermeiros mais jovens, estagiários da Licenciatura em enfermagem e outros profissionais no desenvolvimento das suas atividades; • Promovemos o desenvolvimento e o desempenho pessoal e profissional de pares e outros profissionais no âmbito da EESIP, pelo desenvolvimento de estratégias /sessões formativas. 	

REFLEXÃO:

No decurso do estágio em SIP (nos diferentes contextos), foi sempre nossa preocupação analisar o plano de formação existente em ambos os serviços e pudemos verificar que o mesmo foi elaborado pelo departamento de formação do HSA, tratando-se de um plano de âmbito geral. Constatamos ainda, a inexistência de plano de formação em serviço, específico e adequado às necessidades formativas sentidas pelos enfermeiros em cada contexto. Assim sendo, averiguamos das necessidades formativas junto dos nossos tutores de estágio, através de conversas informais com os enfermeiros, junto dos enfermeiros chefes, através de observação das práticas assistenciais.

No CSSMB constatamos um relato sistemático, por parte dos pais, da ocorrência de acidentes domésticos e escolares (Infantários/creches e escolas) com crianças entre os quais se destacaram as quedas, queimaduras e intoxicações, sendo que, tivemos mesmo a oportunidade de prestar cuidados assistenciais a algumas destas crianças vítimas de acidentes domésticos e escolares.

No SP e durante o percurso de estágio, prestamos cuidados assistenciais a um número considerável de crianças vítimas de acidentes, na sua maioria domésticos e de lazer.

No SUP verificamos um número considerável de atendimentos (323) de crianças vítimas de acidentes. Do total de crianças assistidas no SUP vítimas de acidentes constatamos que a grande maioria foram acidentes doméstico (quedas (141); entorses (24); Queimaduras (16); Intoxicações (5); Mordedura de animais (5)) seguindo-se os acidentes escolares e de desporto (104) e não menos importantes os acidentes rodoviários (32). Estes dados desde cedo começaram a despertar o nosso interesse e preocupação, pois trata-se de uma realidade passível de ser minorada e/ou evitada.

A prevenção de acidentes / Promoção da segurança infantil é hoje uma preocupação não só em Portugal, como em toda a Europa e no mundo. Os acidentes constituem, na maior parte dos países, a maior causa de morte nos grupos etários da infância e da adolescência, resultando em potenciais anos de vida perdidos, doença, internamento, recurso aos serviços de urgência, incapacidades temporárias ou definitivas. Vidas e famílias destruídas. São, assim, um dos problemas com elevados custos socioeconómicos (DGS, 2005). Não temos dúvidas que evitar os acidentes é a melhor forma de minorar estes problemas e neste campo reconhecemos que o EESIP tem aqui um importante e primordial papel a desempenhar.

A educação/formação é e continuará a ser uma estratégia prioritária na promoção da segurança da criança e prevenção de acidentes, pois acreditamos que o investimento na qualidade dos conhecimentos e das capacidades e competências técnico-científicas de todos quantos estão implicados na assistência à criança, é uma das formas mais eficazes na promoção da segurança infantil e na prevenção de acidentes. É indiscutivelmente, uma das estratégias mais salutares na promoção da Segurança Infante-Juvenil, assumindo-se como um importante cuidado antecipatório com reconhecidas potencialidades na saúde e bem-estar da criança/Família e comunidade.

Assim, considerando a realidade assistencial dos diferentes contextos de estágio; considerando as necessidades de formação diagnosticadas ou apresentadas pelos nossos tutores de estágio e/ou outros profissionais das equipas de saúde; considerando os postulados enunciados no âmbito da prevenção de acidentes e promoção da segurança na infância, manifestamos disponibilidade em intervir no sentido de contribuir para a difusão de conhecimentos e conseqüente formação de pares.

No CSSMB foi-nos proposto a realização de duas ações de formação, uma sobre “Norma de Boas Práticas na colheita asséptica de urina” (**Anexo XIX**) e outra sobre “Focos de Saúde Infantil”

Na pediatria e na UCEP detetamos variabilidade de entendimentos sobre promoção da segurança infantil e SRC, por parte dos enfermeiros das unidades e alguns enfermeiros

chegaram mesmo a verbalizar a necessidade de adquirir conhecimentos nestas áreas temáticas. Sendo a segurança da criança uma das preocupações priorizada pela DGS e pelo Plano Nacional de Saúde 2004-2010, nos vários contextos de estágio, após identificação rigorosa das necessidades de formação, propusemos aos nossos tutores de estágio a realização de ações de formação de pares, abordando a problemática dos acidentes na infância no geral e os SRC (**Anexo XIX**) mais especificamente. No SUP apesar de identificadas necessidades de formação sobre este assunto, não foi viável a realização de nenhuma ação de formação, dada a indisponibilidade da equipa de enfermagem devido à época natalícia que se avizinhava.

No quadro seguinte procuramos apresentar de forma objetiva o registo de todas as ações de formação de pares realizadas no decurso do estágio de SIP (Ver quadro seguinte).

FORMAÇÃO DE PARES							
DATA	TEMA	INSTITUIÇÃO	HORÁRIO	DURAÇÃO	PÚBLICO ALVO	Nº	Doc. Comp.
2010/05/28	Focos de Saúde Infantil – Parametrização do Sistema de Apoio à prática de Enfermagem (SAPE)	Centro de Saúde de São Martinho do Bispo - Coimbra	14.30-16.30h	120 minutos	Enfermeiros	14	Anexo XIX
2010/06/04	Norma de Boas Práticas - Colheita Asséptica de Urina	Centro de Saúde de São Martinho do Bispo - Coimbra	15.00-16.30h	90 minutos	Enfermeiros	10	
12/11/2010	Criança +Segura! Sem Segurança ?? Sinto muito...	Serviço de Pediatria - HSA	15-16.30h	90 minutos	Enfermeiros	7	
29/01/2011	“ Criança +Segura” SRC	UCEP	14-16h	120 minutos	Enfermeiros	14	

Estas ações formativas, tiveram como propósito colmatar necessidades de formação identificada, favorecendo o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais (nos enfermeiros) através da reflexão / aquisição de conhecimentos, contribuindo de forma significativa para a elevação dos padrões de qualidade, eficácia e eficiência das suas atividades assistenciais no âmbito da sua área de atuação.

Promover a saúde e bem-estar da criança e potenciar a adoção de comportamentos salutogénicos, implica, em nossa opinião, não só o envolvimento das crianças em ações de formação, mas também, uma coresponsabilização social, em que todos os sectores envolvidos

(direta ou indiretamente) em atividades assistenciais à criança (escolas, creches, Infantários, etc.) devem ser chamados a participar. Pois consideramos que todos os sectores da sociedade e todos os atores sociais (pais, professores, educadores de infância, auxiliares da ação educativa, Assistentes operacionais, médicos, enfermeiros, etc.) que lidam/trabalham com crianças e jovens são “peças” indispensáveis na advocacia de um trabalho em rede, multiprofissional e intersectorial, onde a preocupação central seja a promoção do bem-estar e da saúde.

Tal convicção, levou-nos à realização de várias ações de formação destinadas a outros profissionais (**Anexo XX**), procurando unir esforços, numa ação conjunta, com o propósito de otimizar a proteção da criança pela promoção da segurança e assim obter ganhos em saúde. As ações de formação realizadas, encontram-se objetivamente apresentadas no quadro seguinte:

FORMAÇÃO DE OUTROS PROFISSIONAIS							
DATA	TEMA	INSTITUIÇÃO	HORÁRIO	DURAÇÃO	PÚBLICO ALVO	Nº	Doc. Comp.
2010/05/19	Primeiros Socorros à Criança	Jardim de Infância Capuchinho Vermelho - Coimbra	13.30-15.30h	120 minutos	Psicólogo Ed. de Infância Funcionários	1 2 5	Anexo XX
2010/06/02	Primeiros Socorros à Criança	Jardim de Infância de Taveiro - Coimbra	18.00-21.00h	180 minutos	Ed. Infância Funcionários Mães	2 7 2	
3/11/2010	“A segurança infantil”	Serviço de Pediatria - HSA	11-12.30h	90 minutos	Assistentes Operacionais Educadora de infância	5 2	
15/11/2010	“Criança +Segura! - Acidentes domésticos, como prevenir...”	Serviço de Pediatria - HSA	11-12.30h	90 minutos	Assistentes Operacionais Educadora de infância Administrativa	6 2 1	
17/11/2010	“ Criança +Segura! – Criança Pedestre de olho na rua”	Serviço de Pediatria - HSA	11-12.30h	90 minutos	Educadora de infância Professores Ensino Básico (1º e 2º Ciclos)	2 4	

As várias atividades formativas que realizamos, bem como os instrumentos formativos elaborados, permitiram-nos abordagens diferenciadas de questões mais complexas e com a maturidade desejada. Creemos ter desenvolvido a capacidade de integração dos conhecimentos científicos e competências, numa perspetiva orientada para uma prestação de cuidados efetivamente geradora de ganhos em saúde e potenciadora de estilos de vida saudáveis. Neste âmbito, a educação/formação para a promoção da segurança faz parte da formação de qualquer cidadão. E aqui, é nosso entendimento, que o hospital enquanto espaço educativo,

deverá ter um papel importante junto da criança/família não apenas em relação à satisfação das suas necessidades num processo de doença, como também ao nível da sua formação em saúde enquanto cidadão. Isto significa que o EESIP deve procurar que, estes atores primordiais em meio hospitalar, sejam privilegiados por desenvolver competências e comportamentos adequados à promoção da segurança e prevenção de acidentes na infância.

Com base nestas premissas que acabamos de enunciar, e a perceção da pouca influência que a maioria das atividades educativas/formativas têm revelado na melhoria dos cuidados prestados e na adoção de comportamentos seguros e saudáveis conducentes a ganhos em saúde no preambulo da ESIP, incluímos no projeto multimédia intitulado “CRIANÇA +SEGURA! Sem segurança?? Sinto muito...”, um módulo intitulado “Acidentes com Bebés – Como prevenir” procurando torná-lo mais transversal e abrangente.

Atendendo ao processo de aquisição/desenvolvimento de competências, estamos convictos, que a concretização deste projeto e demais atividades formativas realizadas, permitiram evidenciar a nossa capacidade de “*Identificar as necessidades formativas na área de EESIP*” (Competência 27); “*Promover a formação em serviço na área de EESIP*” (Competência 28); “*Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros*” (Competência 25).

Durante o período de estágio na UCEP, apesar de inicialmente não estar previsto, tivemos a oportunidade de colaborar no processo de integração de uma colega vinda do SUP para a UCEP no âmbito de um projeto interno de mobilidade de enfermeiros do serviço de pediatria. Assim, considerando que a nossa tutora de estágio foi responsável pela integração da colega e dado que já estávamos no serviço há duas semanas e meia, fomos “chamados” a colaborar neste processo de integração. Participamos na apresentação da equipa e do serviço, informamos e esclarecemos sobre dinâmica e orgânica funcional da unidade, informamos e encaminhamos para a leitura de manuais, normas, instruções de trabalho existentes na UCEP facilitadores de uma integração tão plena quanto possível, esclarecemos sobre organização do processo clínico, suportes de informação informática e escrita (referentes a admissão, transferência, alta, entre outros), circuito das crianças/utentes, formas/procedimentos de articulação com outros serviços internos da instituição, articulação com outras instituições, políticas da qualidade. Apoiamos no desenvolvimento de atividades assistenciais à criança.

Durante o nosso percurso de estágio em SIP, tivemos também a oportunidade de colaborar na integração de alunos do 3º e 4º anos do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto (Coimbra) em estágio no CSSMB e alunos do 3ºe 4ºanos do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Leiria e da Escola de Enfermagem Piaget de Viseu em estágio no serviços de pediatria, UCEP e Urgência Pediátrica do HSA. De forma formal e informal colaboramos na orientação da sua prática assistencial no âmbito da SIP, no planeamento dos cuidados assistenciais, na realização de registos e correto preenchimento dos instrumentos de registo.

Pelo exposto julgamos ter sido capazes de “*Colaborar na integração de novos profissionais*” (competência 29).

2.2 – REFLEXÃO CRÍTICA FINAL

O Curso de EESIP, tem como propósito último promover o desenvolvimento de competências especializadas para a assistência de Enfermagem avançada à criança, família e comunidade, com especial atenção para a promoção do desenvolvimento infanto-juvenil e adaptação aos processos de saúde e doença. Segundo o Estatuto Profissional, consagrado no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, o “ *enfermeiro especialista é um enfermeiro com ... competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de Enfermagem gerais, cuidados de Enfermagem especializados na área da sua especialidade*” (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Artigo 4º, nº 3). Aprofundar conhecimentos e adquirir competências num domínio específico da enfermagem, como a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, resulta, em nossa opinião, em profunda compreensão da criança e dos processos de saúde e doença a que está mais exposta, amplo entendimento das respostas humanas em situações específicas, intervenções de elevado nível de adequação às necessidades da criança/família potenciando ganhos em saúde. A Ordem dos enfermeiros (2007) refere a este respeito que “ *a atribuição do Título de Enfermeiro Especialista certifica um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção*”. Ser Enfermeiro Especialista em SIP, requer assim, um sólido conhecimento teórico e uma proficiente utilização clínica desse conhecimento.

O Estágio em SIP foi uma parte importante e imprescindível da formação do EESIP, sendo indiscutivelmente, o momento do qual se dispõe para refletir, intervir, “ *demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisões*” e desenvolver esse “ *conjunto de competências clínicas especializadas*” no campo de atuação profissional da EESIP com supervisão didática do Orientador, do Tutor e outros profissionais que com os seus conhecimentos, experiência, dedicação e empenho se tornaram uma mais valia para a discussão e orientação neste percurso de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional.

Para Le Boterf (2002), a *competência* é saber mobilizar os seus recursos, conhecimentos e capacidades perante uma situação concreta, para decidir sobre a melhor estratégia de ação perante uma situação concreta singular. É fundamental que este mobilizar, integrar e orquestrar os recursos (saberes, saber-fazer, saber-estar e atitudes) seja concretizado com carácter adaptativo à situação, na urgência e na incerteza.

Mas como desenvolvemos, tais competências? Demonstrando Saber, Saber ser, Saber fazer, Saber estar, na identificação, planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem, de acordo com as necessidades individuais, à criança e família, mobilizando conhecimentos científicos e técnicas de enfermagem avançada na prestação de cuidados em EESIP. Desenvolvendo uma prática profissional e ética no campo de intervenção da EESIP, com respeito pelos Direitos Humanos, a Legis-artis e o Código Deontológico, evidenciando

capacidades de ajuizar e tomar decisões fundamentadas pelo conhecimento científico e pelas práticas baseadas em evidências.

Estamos certo que este estágio nos permitiu desenvolver esse conjunto de competências científicas, técnicas e humanas. Tornou-se possível organizar e consolidar conhecimentos adquiridos; refletir sobre as práticas assistenciais em ESIP; abrir espaço à reflexão, discussão e análise sobre as práticas vivenciadas; desenvolver um “conjunto” de competências clínicas especializadas dentro do campo de intervenção especializado da Saúde Infantil e Pediatria, nossa área de eleição e fascínio.

Durante o estágio, atuamos com respeito pela vida humana, pelo sigilo profissional, pelos princípios ético-legais, profissionais e humanos, prestando cuidados assistenciais tendo em conta a realidade concreta e culturalmente sensíveis; estabelecemos relações interpessoais assertivas trabalhando integrado numa equipe multidisciplinar de elevado nível de qualidade; assumimos responsabilidade pelo nosso próprio desenvolvimento pessoal e profissional; fomentamos aspetos inovadores e motivantes no âmbito da prática de EESIP; demonstramos disponibilidade para a aprendizagem bem como para colaborar com todos os profissionais da equipe de saúde do serviço de pediatria.

Assim, este estágio em SIP, foi uma experiência muito positiva e enriquecedora sem precedentes no nosso percurso pessoal e profissional, pelo desenvolvimento de um conjunto de atividades de formação, pesquisa e prestação de cuidados à criança/família que propiciaram a compreensão da realidade concreta no âmbito da pediatria, a aquisição de competências imprescindíveis a um EESIP para a intervenção adequada, a investigação e a vivência de projetos pedagógicos sustentados.

Por tudo isto, ousamos afirmar, que as atividades realizadas, em conjunto, permitiram-nos:

- Vivenciar na prática atividades teóricas que foram contempladas em sala de aulas e com isso possibilitar uma maior reflexão do contexto teórico com a realidade prática nos diversos segmentos da EESIP;
- Construir experiências significativas de aprendizagem e relacionar teoria e prática em situações reais de ensino.
- Adquirir competências científicas, técnicas, culturais, humanas (interpessoais, relacionais e comunicacionais) para o exercício da EESIP;
- Adquirir competências que nos permitem ter maior domínio sobre a prática, com autonomia e capacidades de construir conhecimento pedagógico e tomar decisões;
- Observar e refletir sobre situações concretas à luz dos conhecimentos académicos e científicos para compreender e atuar em situações contextualizadas no âmbito da ESIP;
- Construir, colocar em uso, avaliar e consolidar as competências essenciais ao exercício do EESIP.

Estamos certos de que esta reflexão sobre a prática/ estágio de SIP nos permitiu revelar aspetos ocultos na própria experiência (ou que durante ela não nos foi possível prestar a devida atenção) e que, refletindo sobre ela, nos permitiu obter nova informação, o que por certo nos proporcionou um novo olhar sobre essa experiência vivenciada no estágio de SIP e

apreciá-la de novo, desenvolvendo novas compreensões e novas competências, contribuindo para uma intervenção mais efetiva em atividades futuras no âmbito da EESIP.

Considerando o exposto e tendo por base a consecução dos objetivos traçados no nosso Projeto de Estágio e, também, na consecução dos objetivos mencionados no Guia de Estágio, consideramos que foram amplamente alcançados superando mesmo todas as expectativas inicialmente previstas.

3. CONCLUSÃO

O Saber constrói-se tanto do pensamento para a ação como teorizando a partir da ação desenvolvida (Schon, 1992) citado por Carvalho (2004). Assim, o estágio em SIP é um lugar de produção de saberes em que a aprendizagem contextualizada permite ao aluno a utilização dos seus conhecimentos, aprender a chegar aos procedimentos adequados a cada situação, observar outros a atingir e refletir sobre as práticas próprias e dos outros (Bento, 2001).

Temos plena consciência que nem sempre é possível transcrever com a perfeição desejada tudo o que desenvolvemos e a forma científica como aplicamos saberes possuídos. Contudo, esperamos ter referenciado registos que por si só demonstrem a nossa dedicação, motivação, e competências desenvolvidas. Com o presente documento procuramos que, para além de servir como um requisito de avaliação, este seja um relato fidedigno do percurso e das atividades que trilhamos neste estágio dando conhecimento claro e objetivo do seu positivo contributo no desenvolvimento de capacidades e competências no âmbito da Enfermagem Especializada em Saúde Infantil e Pediatria, na prestação de cuidados especializados à criança/família nas diferentes faixas etárias em diferentes contextos e através da mobilização de conhecimentos adquiridos ao longo da formação teórica.

Estamos certos de que este percurso formativo nos proporcionou momentos e oportunidades de grande crescimento pessoal e profissional que envolve o desenvolvimento de competências essenciais ao alcance de uma prática assistencial de excelência no âmbito da EESIP. Assim, falamos de uma prática baseada em evidências científicas, da capacidade de ajuizar e tomar decisões, da preocupação com o desenvolvimento profissional contínuo, do julgamento clínico, do pensamento crítico-reflexivo, da visão sistémica/holística, como fatores essenciais para o sucesso e a excelência do processo de “Cuidar” no preâmbulo da EESIP. Nesta linha de pensamento, e reportando-nos aos cenários de formação encontrados em cada contexto de estágio, verificamos que uma equipe constituída por profissionais que demonstrem pensamento crítico-reflexivo e capacidade de ajuizar e tomar decisões para a resolução de problemas emergentes, combinados com habilidades técnico-científicas, torna-os habilitados para aprender a aprender, o que lhes permite naturalmente marcar a diferença nos cuidados assistenciais à criança e família e serem bons profissionais no futuro.

A experiência deste momento formativo e de crescimento pessoal e profissional, permitiu-nos conhecer a criança e sua família em diferentes contextos, e em diferentes estádios de crescimento e desenvolvimento, atuando num processo integrado que passa desde a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, palição e reabilitação, com profundo respeito pela individualidade que caracteriza cada criança/família e comunidade onde estão inseridos.

Fica a consciência que apesar de algumas dificuldades, o esforço e a dedicação pessoal foram e serão constantes para atingir e superar tudo o que foi e vai sendo proposto, assim como, para tirar o maior proveito possível de todas as experiências de forma a um enriquecimento pessoal e profissional.

A principal razão, o principal objetivo do trabalho e atividades realizadas será, sempre, prestar cuidados de enfermagem com o mais elevado nível de padrões qualidade à Criança/Família em todos os contextos e em todas as faixas etárias pois:

“ (...) os enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem (...) a própria evolução da sociedade portuguesa e as suas expectativas de acesso a padrões de cuidados de enfermagem da mais elevada qualificação técnica, científica, ética, e humana para satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes assim como a organização desses cuidados em ordem a responder às solicitações da população, não só em instituições de carácter hospitalar ou centros de saúde, públicos ou privados, mas também no exercício liberal (...)” (DECRETO-LEI nº 104/98, de 21 de Abril)

Com a elaboração deste relatório, estamos consciente das dificuldades sentidas na sua concretização. Contudo, pensamos ter alcançado os objectivos inicialmente propostos e estamos convictos de que este documento é revelador da nossa capacidade de mobilizar conhecimentos, capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Por tudo o que aqui fica registado e tendo em conta aquele que foi o nosso percurso de estágio, esperamos ter conseguido demonstrar a nossa capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem. Julgamos ainda, que este relatório poderá constituir prova da nossa capacidade de comunicar as nossas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Não é fácil avaliar todo o trabalho realizado durante este período de estágio, contudo estamos certos de que desenvolvemos competências científicas, técnicas, instrumentais e humanas, obtendo mais experiência a nível profissional e mesmo a nível pessoal, tendo como finalidade proporcionar o mais alto nível de cuidados de Enfermagem especializados e contribuir para a melhoria dos nossos indicadores de Saúde Infanto-Juvenil.

No culminar deste relatório, uma amálgama de sentimentos e pensamentos nos invade. Por um lado a satisfação e a alegria de termos conseguido chegar ao fim desta “viagem” quantas vezes marcada por momentos de algum desânimo e desalento motivado pelo cansaço e pela necessidade de conseguir conciliar vida pessoal e familiar com a vida profissional. Por outro lado a responsabilidade que agora se impõem de continuar a caminhada, que se prevê trabalhosa mas muito desafiante no nosso contexto profissional e assistencial.

Uma caminhada sem caminho definido , mas que estamos certos que esse caminho se faz caminhando....

4. BIBLIOGRAFIA

ALEGRE, Conceição – **O Enfermeiro terá em consideração o “Público Alvo” que deseja cuidar.** nº22 (Julho 2006). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006.

APSI: **Criança no automóvel: A escolha da cadeira adequada** (Em linha)), Set. 2007. (Consultado a 29 Nov.2010). Disponível em WWW:<URL:http://www.apsi.org.pt/24/cadeirinhas_folheto_pdf.pdf>.

APSI: **Segurança em casa** (Em Linha). (Consultado a 25 Nov.2010). Disponível em WWW:<URL:<http://www.apsi.org.pt/conteudo.php?mid=24101112,241011211,2019>>.

APSI: **Segurança na Água** (Em Linha). (Consultado a 25 Nov.2010). Disponível em WWW:<URL: <http://www.apsi.org.pt/conteudo.php?mid=24101112,241011213>>.

APSI: **Segurança Rodoviária** (Em Linha). (Consultado a 25 Nov.2010). Disponível em WWW:<URL: <http://www.apsi.org.pt/conteudo.php?mid=24101112,241011211,1952>>.

BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem.** Coimbra: Editora Quarteto, 2001.

BENNER, Patrícia – **De Iniciado a Perito.** Lisboa: Editora Quarteto, 1.^a ed, 2003.

BENTO, Maria Conceição – **Formação em Enfermagem.** Lisboa: Revista Sinais Vitais, nº 35. 2001. P 29-35.

BORGES, Alexandra; XAVIER, Bilhota; ANTÓNIO, Vítor – **Manual da Qualidade para a Admissão e Encaminhamentos de Utentes.** Leiria: Hospital de Santo André, 2001.

CARVALHO, António Luís – **Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de Licenciatura em enfermagem.** Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

CASEY, Anne; MOBBS, Sara – **Partnership in practice.** In: Nursing Times. November, 2. Vol.84. nº44. 1988.

CONSELHO DE ENFERMAGEM – **Desenvolvimento Profissional – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados descritivos.** Lisboa: CE/Ordem dos enfermeiros, Dezembro, 2001.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM – **Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem.** Versão 1. Lisboa: CIE/Ordem dos Enfermeiros, 2005.

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA (Em linha), 1990. (Consultado a 24 Mar. 2010). Disponível em WWW: [URL:http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)>.

DECRETO-LEI nº 157/99. D.R I-A Série. 108 (99-05-10). 2424 -2435. **Regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, e o conceito de unidade de saúde familiar.**

DECRETO-LEI nº 104/98. D.R I-A Série. 93 (98-04-21).1739-1757. **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.**

DECRETO-LEI nº 161/96. D.R I-A Série. 205 (96-09-04). 2959-2962, alterado pelo DECRETO-LEI nº 104/98. D.R I-A Série. 93 (98-04-21).1739-1757. **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.**

DECRETO-LEI nº44/2005. D.R I-A Série. 38 (05-02-23). 1554-1625. **Segurança Rodoviária.**

FREDERICO, Manuela - **Integração Profissional.** Coimbra: Revista Sinais Vitais, nº37. 2001.p.33-36.

Hospital de Santo André: **Apresentação** (Em Linha). (Consultado a 28 Nov.2010).Disponível em WWW:<URL:http://www.hsaleiria.minsaude.pt/Hospital/Apresentacao/?sm=0_1>.

Hospital de Santo André: **Área de Influência** (Em Linha). (Consultado a 29 Nov.2010). Disponível em WWW:<URL:<http://www.hsaleiria.minsaude.pt/hospital/apresentacao/areainfluencia.htm>>.

Hospital de Santo André: **Pediatria-Detalhes** (Em Linha). (Consultado a 29 Nov.2010). Disponível em WWW:[URL:http://www.hsaleiria.min-saude.pt/Servicos/prestadorescuidados/Pediatria/pediatriadet.htm](http://www.hsaleiria.min-saude.pt/Servicos/prestadorescuidados/Pediatria/pediatriadet.htm)>.

Hospital de Santo André: **Serviços de prestação de cuidados-Pediatria** (Em Linha). (Consultado a 28 Nov.2010). Disponível em WWW:<URL:<http://www.hsaleiria.minsaude.pt/Servicos/prestadores-cuidados/Pediatria/>>.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE Dr. RICARDO JORGE, Observatório nacional de Saúde – **ADELIA 2005- Acidentes domésticos e de lazer Informação Adequada: Relatório de 2005.** Lisboa, Onsa, 2006.

JORGE, Ana Maria – **Família e Hospitalização da Criança: (RE) Pensar o Cuidar em Enfermagem.** Loures: Lusociência, 2004.

LE BOTERF, Guy – **Desenvolvendo a competência dos profissionais.** 2ª ed. São Paulo: Editora Artemed, 2002.

LE BOTERF, Guy – **Desenvolvendo a competência dos profissionais.** 3ª ed. São Paulo: Editora Artemed, 2003.

LE BOTERF, Guy - **«Construir as Competências Individuais e Coletivas».** Porto: Edições ASA, 2005.

MACKAY, Morag; VINCENTEN, Joanne – **Relatório de aviação sobre Segurança Infantil 2009 – Portugal.** Amsterdam: European Child Safety Alliance, Eurosafe, 2009.

MARTINEZ, Josefina G.; FONSECA, Luciana M. Monti; SCOCHI, Carmen G.S. – **Participação das Mães/Pais no Cuidar ao Filho prematuro em Unidade Neonatal: Significados Atribuídos pela Equipa de Saúde.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. Março-Abril 15(2). 2007. (Consultado a 09 Fev. 2011). Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.br/pdf/rlae/vL5n2/pt_vL5n2a08.pdf>.

MILLET, Max; ANGELLINETA, Stewart – **ACEPS.** Lisboa: Revista Servir, nº6. 1975

MURRAY, Gil; LOPEZ, A.D – **The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factor in 1990 and projected to 2020.** Boston: Harvard University press, 1996

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. Lisboa: Divulgar, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Desenvolvimento Profissional – Individualização das Especialidades em Enfermagem /fundamentos e proposta de sistemas**. Lisboa. Março, 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Linhas de Orientação para a elaboração de catálogos CIPE**. Lisboa. Junho, 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Reflexões – Especialidades em Enfermagem (parte II)**. Lisboa. Maio, 2005.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)**. Lisboa. Dezembro, 2009.

PEDROSO, Glicinia; BOUSSO, Regina – “ **O Significado de Cuidar da Família na UTI NeoNatal: Crenças da Equipe de Enfermagem**”. Dissertação de Mestrado. Maringá: Julho/Dezembro, 2003. (Consultado a 18 Jan.2011). Disponível em WWW: <URL: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5533/3516>>.

PORTO EDITORA – **Dicionário de Língua Portuguesa**. (Em Linha). (Consultado a 22 Mar. 2010). Disponível em WWW: <URL: <http://www.infopedia.pt/pesquisa> >.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde – **Saúde Infantil e Juvenil Programa tipo de Atuação. Orientações técnicas 12**. Lisboa: DGS, 2002.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010 – Orientações estratégicas**. Lisboa: DGS, 2004. II Vol.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde – **Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2005-2010**. Lisboa: DGS, 2005.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde – **Programa Nacional de Vacinação 2006: Orientações técnicas**. Lisboa: DGS, 2005.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde – **Saúde Infantil e Juvenil Programa tipo de Atuação**. Lisboa: DGS, 2.ª ed, 2005.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde - **Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil - ACTUALIZAÇÃO DAS CURVAS DE CRESCIMENTO**. Circular Normativa nº 05/DSMIA de 21/02/06. Lisboa: DGS, 2006.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde – **Programa Nacional de Saúde Escolar**. Lisboa: DGS, 2007.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 3ª ed. Lisboa: Gradiva, 2003.

REY, B.; CARETTE, V.; DEFRANCE, A.; KAHN, S. – **As competências na escola, aprendizagem e avaliação**. Vila Nova de Gaia: Gailivro, 2005.

SMERTZER, Suzanne; BARE, Brenda – **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 10º ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 10º edição, 2005.

TAMEZ, Raquel; SILVA, Maria – **Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém nascido de Alto Risco**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – **Guia de estágio**. Porto: Instituto Ciências da Saúde, 2010.

WHALEY, Lucille; WONG, Donna – **Enfermagem Pediátrica – Elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

WHO – **The Injury Chatbook: A graphical overview of the global burden of injuries**. WHO, 2002.

WHO – **European strategy for child and adolescent health and development**. WHO, 2005.

WHO – **World Report on Child Injury Prevention**. World Health Organization, 2008.(Em Linha). (Consultado a 16 Out. 2010). Disponível em WWW: <URL: http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en/index.html

ANEXOS

Anexo I

Área de Influência do HSA- Leiria



O Hospital Santo André serve uma população de cerca de 386.226 habitantes, pertencentes maioritariamente a sete dos dezasseis concelhos do distrito de Leiria: Alcobaca, Batalha, Porto de Mós, Nazaré, Leiria, Pombal e Marinha Grande e a um concelho do distrito de Santarém (Ourém).



Anexo II

Parcerias, Protocolos, Projetos e programas de atuação do
Serviço de Pediátrica (SP,SUP, UCEP) do HSA

Projetos / Parcerias de atuação do Serviço de Pediatria Internamento

Projetos / Programas	Entidade / Instituição	Descrição do Projeto / Programa de atuação
“Allegro Pediátrico”		Um programa de intervenção ao nível dos efeitos terapêuticos do Som e da Música, implementado pelo Núcleo de Musicoterapia SAMP no SP-HSA, Enfermaria, no âmbito do programa SAÚDE COM ARTE - Música no Hospital. Destinado às Crianças internadas no Hospital de Santo André (Serviço de Pediatria - enfermaria e cuidados neonatais).
“Caixinha das Artes”		Parceria com o programa intervenção precoce (crianças dos 0 aos 5 anos com deficiência) - Leiria, Marinha Grande, Batalha e Porto de Mós;
“Um Sorriso com as TIC”	FDTI Fundação para a Divulgação das Tecnologias de Informação	O projeto que pretende minimizar o sofrimento das crianças que estão internadas e das respetivas famílias", facultando equipamento com que possam comunicar - disponibiliza computadores equipados com câmaras digitais e acesso à internet, O objetivo é evitar que haja uma rutura na ligação com a família, os amigos e até a própria escola durante o internamento das crianças e contribui para dispersar o pensamento associado ao internamento e desviar a atenção das crianças para melhores aspetos da vida. Prestando assim, um contributo válido à humanização dos serviços de saúde.
Aulas de apoio pedagógico e educativo	Escola Correia Mateus	Uma parceria que abrange crianças dos 10 aos 12 anos, e tem por objetivo proporcionar à criança doente um internamento o mais familiar, confortável e natural possível, deslocam-se ao serviço professoras do 1º, 2º e 3º ciclo do ensino básico com o objetivo de apoiar crianças em idade escolar, através de programas que lhes permitem acompanhar à distância a matéria que está a ser lecionada na sua turma, na sua própria escola. Um a parceria que permite evitar uma rutura total com o quotidiano da criança. A partir dos 10 aos 12 anos as crianças têm direito a aulas de apoio na sala de adolescentes (no internamento de pediatria).
Biblioteca	Câmara Municipal de Leiria	Existe também um serviço de biblioteca infantil e juvenil, fornecido pela Biblioteca Municipal de Leiria, podendo as crianças e os pais requisitar livros e revistas. Convidam-se as crianças e os pais a “encontrarem-se” com os livros e com as atividades escolares, procurando minimizar em ambos, os efeitos do internamento.

Sempre que no SUP ou na UCEP se justifique, são acionadas estas parcerias no sentido de contribuir para a qualidade e humanização dos cuidados/hospitalização da criança. O Internamento de Pediatria e a UCEP dispõem de musicoterapia 2 vezes por semana (2ª e 4ª feiras e 3ª e 5ª feiras das 9.30h às 11h, respetivamente).

Anexo III

Movimento assistencial nos diferentes contextos de Estágio
em SIP

Movimento assistencial durante o Período de Estágio em SIP

Centro de Saúde São Martinho do Bispo - CSSMB

Durante o período de estágio no CSSMB (20/04/2010 a 04/06/2010) realizamos 61 Consultas de Saúde Infanto-Juvenil, a crianças com idades compreendidas entre os 12 dias de vida e os 18 anos.

No âmbito da vacinação, tivemos a oportunidade de administrar todas as vacinas que integram o Programa Nacional de Vacinação (PNV), num total de 28 vacinas.

Efetuamos 14 tratamentos, no âmbito das atividades curativas, a crianças vítimas de acidentes domésticos e escolares na sua grande maioria, destacando-se como principais tipos de acidentes as quedas e as queimaduras.

Serviço de Pediatria - HSA

No decurso do estágio no Serviço de Pediatria prestamos cuidados assistenciais a um total de 54 crianças, com idades compreendidas entre os 3 meses e os 17 anos.

Os 5 principais diagnósticos foram: 1º Apendicite Aguda (9); 2º Traumatismos (8), na sua totalidade fratura dos membros superiores (6) e inferiores (2); 3º Gastroenterite aguda (6); 4º Acidentes (5), sendo queimaduras (2), Intoxicações (1) e acidentes de viação (2); 4º Asma (4); 5º Pneumonias (4). De referir ainda que ocorreu durante o período de estágio um total de 9 internamentos programados para realização de Intervenções cirúrgicas (Ortopedia (3), Cirurgia (2) e Otorrino (4)).

Serviço de Urgência Pediátrica - HSA

Durante o período de estágio no SUP (29/11 a 23/12/2010), e de acordo com os dados fornecidos pelo gabinete de estatística do HSA, o número total de atendimentos foi de 4530 crianças, com uma média diária de 173,12 atendimentos. As crianças apresentaram idades compreendidas entre 4 dias de vida e os 17anos e 10 meses.

Os 10 Principais diagnósticos de saída no SUP foram: 1º Catarro Respiratório Superior (885); 2º Síndrome febril (412); 3º Bronquiolite (396); 4º Asma (338); 5º traumatismos (323); 6º Amigdalite (252); 7º Gastroenterite aguda (144); 8º Vômitos (128); 9º Abdominalgias (87); 10º Otite (84). Como se verifica, a maioria das situações não justificaram o recurso ao SUP. Houve um total de 44 Crianças internadas em UICD (Unidade de Internamento de Curta Duração, até 24 horas), ocorrendo um total de 74 internamentos em Pediatria. Foram transferidas apenas 9 crianças para outras unidades de saúde.

Unidade de Cuidados Especiais Neonatais e Pediátricos- HSA

No período de estágio na UCEP (03/01 a 29/01/2011), foram internadas nesta unidade um total de 26 crianças, com uma média diária de 1 internamento dia. A demora média do internamento foi de 5 dias sendo que a grande maioria das crianças teve alta para o domicílio, registando-se apenas 2 casos de transferência para o internamento de pediatria (casos Sociais) e 2 casos de transferência para outros hospitais, procurando encontrar para cada criança, ser único e irrepetível, o melhor tratamento para a situação específica.

Os 5 principais diagnósticos de saída neste período foram: 1º Prematuridade (7); 2º Bronquiolite (5); 3º Hiperbilirrubinémia (4); 4º Má progressão ponderal (3); 5º Sepsis (2).

Anexo IV

Atividades realizadas no âmbito da Consulta Infanto –
Juvenil

Área de Atuação	Total de Consultas	Intervalo de idades dos clientes	Atividades realizadas na Consulta
Prestação de cuidados	61	12 dias aos 18 anos	<p>1- Acolhimento da criança/ adolescente e família respeitando a sua individualidade (crenças, valores, cultura, etc).</p> <p>2- Avaliação do crescimento/desenvolvimento infantil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorização peso, estatura, perímetro cefálico, IMC, T.A, FC; • Monitorização dos dentes, visão, audição, linguagem, marcha; • Avaliação do sorriso social, reação a estranhos, lateralidade; • Avaliação de competências cognitivas e motoras. • Avaliação de alterações que interferem no desenvolvimento/crescimento da criança/adolescente; <p>3- Avaliação das preocupações dos pais/cuidadores /criança no que se refere à saúde;</p> <p>4- Realização do Exame global de saúde 5/6 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rastreio de perturbações visuais e auditivas; • Preenchimento da ficha de ligação para a saúde escolar. <p>5- Promoção e adoção de comportamentos saudáveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutrição adequada às diferentes idades e necessidades; • Práticas alimentares equilibradas; • Prática regular de exercício físico; • Prática de atividades desportivas, culturais e ocupação dos tempos livres; • Adoção de medidas de segurança na prevenção de acidentes; • Autoestima do adolescente e sua responsabilização pelas escolhas relativas à saúde; • Saúde oral; • Bem-estar familiar; <p>6- Prevenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acidentes e Intoxicações; • Riscos decorrentes da exposição solar; • Perturbações da esfera psicoafectiva; • Consumos nocivos (tabaco, álcool, fármacos e outras substancias); <p>7- Prevenção, identificação e abordagem das doenças mais comuns nas diferentes idades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforçando papel parental; • Alertando para sinais e sintomas que justificam recurso aos serviços de saúde. <p>8- Deteção e encaminhamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perturbações do desenvolvimento estatuo-ponderal e psicomotor; • Perturbações da visão, audição, linguagem; • Alterações comportamentais e psicoafectivas; • Situações que afetam negativamente a vida e/ou qualidade de vida da criança e adolescente; <p>9- Apoio e estimulação da função parental, vinculação e parceria de cuidados;</p> <p>10- Ensinos informais (cuidados antecipatórios) sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percentis: significado e evolução. • Papel e função parental; • Nutrição, alimentação, Aleitamento, Amamentação e lactação; • Saúde oral, dentição e higiene oral (técnica de escovagem dos dentes e uso de fio dentário); • Higiene corporal; • Posição de deitar; • Hábitos/padrões intestinais, cólicas, obstipação; • Desenvolvimento infantil e temperamento; • Afirmação da personalidade, birras, negativismo, ciúmes, rivalidade e regras sociais; • Temperatura corporal, febre, hipertermia; • Técnicas de arrefecimento corporal • Armazenamento, transporte, manipulação, preparação e administração de fármacos; • Brinquedos – Importância e escolha tendo em conta a idade e o desenvolvimento da criança; • Escolha e cuidados a ter com vestuário e calçado da criança; • Linguagem: desenvolvimento e estimulação; • Estilos de vida saudável; • Exercício físico, práticas desportivas e culturais; • Controle de esfíncteres, enurese; • Anorexia fisiológica (2º ano de vida) e patológica; <p>11- Avaliação da estrutura e dinâmica familiar e rede de suporte sociofamiliar;</p> <p>12- Registo das atividades/intervenções no Boletim de saúde infantil, Sistema de Apoio à prática de Enfermagem (SAPE) com recurso a linguagem CIPE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dados antropométricos; desenvolvimento físico; • Parâmetros do desenvolvimento psicomotor; • Escolaridade e desenvolvimento psicossocial; • Cuidados antecipatórios e outros efetuados;

Anexo V

Atividades realizadas no âmbito da Vacinação

VACINAÇÃO

Área de Atuação	Atividades / Intervenções Realizadas
Prestação de Cuidados	<ol style="list-style-type: none"> 1- Preparação do ambiente físico (condições de conforto e higiene); 2- Acolhimento do cliente e família; 3- Avaliação da história clínica e estado de adesão à vacinação; <ul style="list-style-type: none"> • Identificação de contra indicações para a vacinação; • Identificação da ocorrência de reações pós vacinais anteriores. • Identificação de situações específicas; • Identificação de tratamentos que alteram a imunidade; 4- Identificação da vacina, dose, via de administração e seleção do local de administração; 5- Observação das características físicas e prazos de validade da vacina; 6- Preparação e administração de vacinas segundo Programa Nacional de Vacinação e outras extra programa, respeitando sempre os intervalos de administração recomendados e utilizando a técnica asséptica correta; 7- Eliminação segura e correta de resíduos; 8- Planeamento e agendamento da vacinação (com dia e hora); 9- Realização de registos no Boletim Individual de Vacinas e no módulo de vacinação SINUS e no SAPE: <ul style="list-style-type: none"> • Data de administração, Nome comercial da vacina, Lote, Laboratório, rubrica de quem administra; 10- Ensinos informais (cuidados antecipatórios) sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Programa Nacional de Vacinação, Importância, objetivos e calendário de vacinação; • Reações secundárias (locais e sistémicas) e procedimentos a adotar; 11- Participação na manutenção, conservação e reposição de stocks de vacinas 12- Participação na manutenção da sala de vacinação.

DESCRIÇÃO E REGISTO DE VACINAS ADMINISTRADAS

Vacina contra	Sigla	Nome comercial	Via de administração	Nº de vacinas	TOTAL
Hepatite B	VHB	Engerix BI	I.M	4	28
Difteria, Tétano, Tosse convulsa, Poliomielite e Haemophilus tipo B	DTPaHibVIP	Pentavac	I.M	3	
Difteria, Tétano, Tosse convulsa, Poliomielite	DTPaVIP	Tetravac	I.M	2	
Poliomielite	VIP	Imovax Pólio	I.M	1	
Meningococos C	Men C	Neisvac-C Menjugate Kit	I.M	4	
Sarampo, Papeira e Rubéola	VASPR	M-M-M Vaspro	I.M	2	
Tétano e Difteria	Td	Ditanrix	I.M	2	
Vírus Papiloma Humano	HPV	Gardasil	I.M	3	
Rotavirus	Rotavirus	Rotarix	Oral	2	
Pneumococos	Pn10	Synforix	I.M	1	
	Pn13	Prevenar R13	I.M	3	
Pandemia da gripe	Pandémica	Pandemrix I	I.M	1	

Anexo VI

Sessões de Educação para a Saúde realizadas

SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE REALIZADAS NO ÂMBITO DA SAÚDE ESCOLAR

DATA	TEMA	INSTITUIÇÃO	HORÁRIO	DURAÇÃO	PÚBLICO ALVO		
					Ano	Turma	Nº de Alunos
2010/05/04	Higiene Corporal	Colégio São Martinho	13.45-15.15h	90 minutos	5º	C	20
2010/05/05	Higiene Corporal	Colégio São Martinho	09.00-10.30h	90 minutos	5º	B	28
			10.55-13.25h	90 minutos	5º	A	31
			13.45-15.15h	90 minutos	5º	D	21
2010/05/06	Sexualidade - Infeções Sexualmente Transmissíveis	Colégio São Martinho	15.30-17.00h	90 minutos	11º	A	27
2010/05/11	Consumo de Substâncias Lícitas e Ilícitas	EB2, 3 -Escola Inês de Castro	15.00-16.30h	90 minutos	9º	C	18
2010/05/12	Consumo de Substâncias Lícitas e Ilícitas	EB2, 3 -Escola Inês de Castro	08.30-10.00h	90 minutos	8º	B	19
	Consumo de Substâncias Lícitas e Ilícitas	Colégio São Martinho	13.45-15.15h	90 minutos	8º	D	28
2010/05/14	Consumo de Substâncias Lícitas e Ilícitas	EB2, 3 -Escola Inês de Castro	08.30-10.00h	90 minutos	8º	C	23
			13.15-14.45h	90 minutos	9º	A	17
			15.00-16.30h	90 minutos	8º	A	15
2010/05/17	Consumo de Substâncias Lícitas e Ilícitas	Colégio São Martinho	09.00-10.30h	90 minutos	8º	A	18
		EB2, 3 -Escola Inês de Castro	13.15-14.45h	90 minutos	9º	B	15
2010/05/18	Afetos e Sexualidade	Colégio São Martinho	09.00-10.30h	90 minutos	6º	B	26
			10.55-12.25h	90 minutos	6º	D	20
			15.30-17.00h	90 minutos	6º	C	25
2010/05/19	Consumo de Substâncias Lícitas e Ilícitas	Colégio São Martinho	10.55-12.25h	90 minutos	8º	B	18
2010/05/21	Consumo de Substâncias Lícitas e Ilícitas	Colégio São Martinho	13.45-15.15h	90 minutos	8º	C	26
2010/05/31	Bullying	Colégio São Martinho	09.00-10.30h	90 minutos	7º	C	28
			15.30-17.00h	90 minutos	7º	A	18
2010/06/02	Bullying	Colégio São Martinho	13.45-15.15h	90 minutos	7º	D	24
2010/06/04	Afetos e Sexualidade	Colégio São Martinho	10.55-12.25h	90 minutos	6º	A	28

As apresentações em PowerPoint das sessões enunciadas no quadro anterior, encontram-se nas páginas seguintes deste anexo.

Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo

Higiene Corporal



Coimbra, 2010

Diapositivo 1

Diapositivo 1

Higiene Corporal



Coimbra, 2010

Diapositivo 2

O banho serve para...

- Remover a sujidade;
- Remover os maus odores;
- Relaxar.



Diapositivo 3

Banho Geral → **HIGIENE CORPORAL** → Cuidados Especiais



Onde:

- Pele
- Orifícios
- Cabelos
- Olhos
- Dentes
- Unhas
- Mãos e pés

Diapositivo 4

Importância da Higiene Corporal

A higiene da pele é de extrema importância para a saúde do organismo, uma vez que protege de traumas, infeções e regula a temperatura corporal.

Por isso, devemos tomar banho todos os dias e/ou sempre depois de uma atividade em que se transpire.

Diapositivo 5

E depois de tomar banho?

Limpas muito bem o teu corpo com uma toalha limpa e seca.

Mas não te esqueças de limpar:

- Pregas do corpo
- Genitais
- Dedos dos pés
- Cabelo

E de...
✓ Vestir roupa interior limpa



Diapositivo 6

CUIDADOS ESPECIAIS

OLHOS

- Lavar os olhos do canto externo para o canto interno;
- Antes e após tocar os olhos devemos lavar as mãos.



NARIZ

- Assoar o nariz convenientemente;
- Nunca introduzindo objectos nas narinas.



Diapositivo 7



DENTES

LAVAR SEMPRE OS DENTES



- Antes de te deitares
- Depois de tomares o pequeno-almoço
- Depois de comeres doces

E ainda, fazer uma alimentação saudável, utilizar fio dental e visitar regularmente o dentista.



Diapositivo 8

CUIDADOS ESPECIAIS A TER COM A ESCOVA DE DENTES


- ✓ Deve ter o tamanho adequado e pêlos macios;
- ✓ Deve ser substituída quando os pêlos começarem a ficar deformados (+/- 3 meses);
- ✓ Não se devem partilhar, pois cada um deve ter a sua própria escova - é um objeto pessoal;
- ✓ Devem ser colocadas num copo, com a cabeça voltada para cima, num local arejado.

Diapositivo 9


ESCOVAGEM

Como deves escovar os dentes ?

- Durante 2 a 3 minutos;
- Começas nos dentes mais afastados;
- Dois dentes de cada vez;
- Com movimentos circulares e horizontais, fazendo 10 movimentos;
- Não te esqueças da língua.



Diapositivo 10




OUVIDOS


- Evitar a entrada de água nos ouvidos durante o banho;
- Lavar e limpar bem apenas na parte visível.

CABELO

- Lavar o cabelo sempre que necessário;
- Champô adequado ao tipo de cabelo;
- Ensaboar a cabeça duas vezes e deixar o champô actuar;
- Uma alimentação saudável é indispensável para ter um cabelo bonito e sedoso.

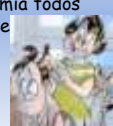


Diapositivo 11



Como Prevenir o aparecimento de piolhos??


- ❖ Evitar a partilha de pentes, escovas de cabelo, bonés, chapéus, gorros, bandeleτες ou almofadas;
- ❖ Manter uma boa higiene corporal e mudar de roupa regularmente, incluindo a roupa de cama;
- ❖ Pedir aos pais para observarem o vosso cabelo, pelo menos uma vez por mês e em época de epidemia todos os dias, penteando o cabelo com um pente de dentes finos.



Diapositivo 12

UNHAS

- Lavar corretamente;
- Cortar periodicamente, com tesoura de pontas redondas;
- Cortar as unhas mas não remover totalmente as cutículas pois protegem as unhas contra fungos e bactérias;
- Aparar as unhas, respeitando o seu formato natural e não cortar os cantos redondos porque encravam facilmente.



Diapositivo 13




PÉS

- Lavar diariamente;
- Atenção aos espaços entre os dedos e sob as unhas;
- Secar muito bem para evitar infecções;
- Massajar com um creme gordo..

Diapositivo 14




LAVAR AS MÃOS!!!




Diapositivo 15

Quando deves lavar as mãos?

- Antes e depois das refeições;
- Quando estiverem sujas;
- Antes e depois de ires à casa de banho;
- Depois de brincarem com animais.



NUNCA TE ESQUEÇAS!

Diapositivo 16

Cuidados com o vestuário

- > Mudar de roupa interior diariamente, de preferência após o banho;
- > Adequar a roupa exterior às atividades diárias para um maior conforto;
- > Usar roupas adequadas à estação do ano;
- > Dar preferência a roupas de algodão;
- > A roupa deve ser passada a ferro depois de lavada




Diapositivo 17

Trabalho realizado por:

En^o Pedro Teixeira

Colaboração: Catarina Santos
Mélanie Mota
Rita Rebola




Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo

Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo

**SEXUALIDADE
INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**



Maio de 2010, Coimbra

Diapositivo 1

Diapositivo 2

SEXUALIDADE

PAIXÃO

LIBERDADE

AMOR

INFORMAÇÃO

ESCOLHA

OMS

Diapositivo 3

QUANDO É QUE SE ESTÁ PREPARADO PARA TER RELAÇÕES SEXUAIS?

Não existe uma altura certa para se estar preparado a começar a vida sexual.

Sabemos que somos diferentes em muitos aspetos como a altura, peso, cabelo, olhos e também no ritmo de crescimento. Passando o mesmo em relação à sexualidade.

SEXUALIDADE

SEXUALIDADE

Diapositivo 4

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

São infeções contagiosas causadas pela presença e multiplicação de agentes patogénicos (vírus, bactérias, fungos, parasitas) que se encontram nos fluidos corporais (sangue, esperma, saliva, secreções vaginais) ou nas mucosas da vagina e do pénis.

Principais vias de transmissão →

- Relações sexuais vaginais;
- Relações sexuais anais;
- Relações sexuais orais.

Principais vias de contaminação →

- Sangue
- Esperma
- Secreções vaginais
- Saliva
- Leite materno

Diapositivo 5

SINAIS DE PRESENÇA DE IST'S

- Corrimento vaginal anormal;
- Corrimento uretral;
- Vermelhidão, bolhas, verrugas ou vesículas na zona genital;
- Dor ou ardor ao urinar e nas relações sexuais;
- Dores difusas no baixo ventre;
- Febre.

Nota:

Certas infeções provocam sintomas apenas no homem outras somente na mulher e, por vezes, há infeção mas não há qualquer tipo de sintoma.

Em certos casos, as consequências de uma IST não tratada manifestam-se mais tarde sem que entretanto se tenha manifestado algo de anormal.

Diapositivo 6

Todos estes sinais devem servir de alerta para procurar, de imediato, o conselho de um médico.

Todos os parceiros sexuais, habituais ou ocasionais, das pessoas que apresentam estes sinais devem ser alertados e também devem procurar o conselho de um médico.

Diapositivo 7

IST S

- HEPATITES B
- PAPILOMAVÍRUS HUMANO
- GONORREIA
- CANDIDÍASE
- HERPES GENITAL
- SÍFILIS
- URETRITE NÃO GONOCÓCICA (CHLAMYDIA)
- SIDA

Diapositivo 8

CHLAMYDIA

TIPO: Infecção bacteriana

Sintomas:

- Corrimento genital anormal; • Ardor ao urinar (disúria).
- dor abdominal baixa (no baixo ventre); • Dores durante as relações sexuais (dispareunia).
- Edema e dores nos testículos.

Diapositivo 9

CHLAMYDIA

POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS PARA A PESSOA INFECTADA:

- Infertilidade; • Gravidez ectópica; • Dores pélvicas crónicas.
- Epididimite, que consiste na inflamação epididimo.

Esterilidade permanente

Diapositivo 10

GONORREIA

TIPO: Infecção bacteriana (Neisseria Gonorrhoeae).

Sintomas:

Corrimento purulento (de pus) pela uretra, ou pelo recto. Este corrimento é, frequentemente, mais intenso pela manhã, acompanhado por ardor, prurido e vermelhidão local.

Diapositivo 11

GONORREIA

POSSÍVEIS CONSEQUÊNCIAS PARA A PESSOA INFECTADA:



Uretrite gonocócica (pus urethral) Vaginite gonocócica Otitis gonocócica

A gonorreia não tratada pode ainda ser causa de doenças das articulações, do coração ou do cérebro.

Diapositivo 12

HEPATITE B

TIPO: Infecção do fígado por um vírus (treponema pallidum).

Sintomas:

- Febre;
- Cefaleias;
- Dores musculares;
- Fadiga;
- Perda de peso e de apetite;
- Vômitos e diarreia;
- Dores abdominais;
- Icterícia.

Diapositivo 13

PREVENÇÃO

Vacinação

- É uma vacina extremamente eficaz (incluída atualmente no PNV);
- Não apresenta toxicidade;
- Pode ser adquirida através de prescrição médica e compra na farmácia.

Diapositivo 14

HERPES GENITAL

TIPO: Infecção por vírus

Sintomas:

- Comichão (prurido);
- Sensação de queimadura nas zonas genitais;
- Dores nas pernas, nádegas e zonas genitais;
- Corrimento vaginal;
- Dores ao urinar.

Normalmente aparecem nas zonas genitais ou anais pequenas vesículas (bolhas) que podem ulcerar (fazer ferida) e tornam-se muito dolorosas. Estas lesões curam ao fim de algumas semanas, mas têm tendência para reaparecer.



Diapositivo 15

PAPILOMAVÍRUS HUMANO

TIPO: Infecção por vírus, chamado HPV (Human Papiloma Virus).

Sintomas:

Condiomas, que são verrugas tipo "couve-flor" que se desenvolvem no interior das zonas genitais, anais.

Alguns tipos de vírus desta família estão fortemente associados ao cancro do colo do útero, bem como ao da vulva, vagina, pênis e ânus. Por isso, as pessoas infectadas, sobretudo as mulheres, devem fazer exames ginecológicos regulares para vigilância.



Diapositivo 16


CANDIDÍASE

TIPO: Fungo *Candida albicans*

- Faz parte da flora vaginal das mulheres;
- Está ligado à diminuição de imunidade;
- Fatores ligados à higiene pessoal ou distúrbios no organismo, levam a proliferação desse fungo.

Sintomas:

- Corrimento branco semelhante à nata do leite
- Irritação e forte prurido nos órgãos externos da vagina



Diapositivo 17

SÍFILIS

TIPO: Infecção por bactéria (*treponema pallidum*).

Sintomas:

Na sua fase inicial a doença causa o aparecimento de lesões indolores que geralmente se localizam nas zonas genitais, mas que também podem aparecer noutras locais do corpo. Se não tratada, a doença evolui para outras fases da infecção em que aparecem febre, inflamação da garganta, perda de cabelo, e gânglios inflamados em várias zonas do corpo.

Possíveis consequências para a pessoa infectada:

Se não tratada, a sífilis pode causar sérias lesões do coração, cérebro, olhos, sistema nervoso, ossos e articulações, podendo levar à morte.



Diapositivo 18

SIDA

TIPO: Infecção por vírus HIV

Sintomas:

- Algumas pessoas não têm quaisquer sintomas quando contraem a infeção.
- Outras podem ter sintomas semelhantes aos de uma gripe, incluindo febre, perda de apetite, perda de peso, fadiga e aumento dos gânglios.
- Os sintomas, quando presentes, geralmente desaparecem ao fim de uma semana a um mês, e o vírus pode ficar "adormecido" durante anos. No entanto, a pessoa passou a ser um veículo de contágio, e o vírus vai aos poucos destruindo o seu sistema imunitário, deixando o indivíduo cada vez mais indefeso perante as infeções oportunistas.

HIV positivo ≠ SIDA!!



Diapositivo 19

A SIDA TRANSMITE-SE ATRAVÉS DE:



Sexual contact (sem preservativo)

Contato com sangue infectado (Agulhas, seringas e outros materiais de injeção não esterilizados)

Mãe + Feto durante a gravidez, parto e amamentação

Diapositivo 20

QUANTO TEMPO DEPOIS DA EXPOSIÇÃO AO VÍRUS DEVE-SE FAZER O TESTE?

Os sintomas da SIDA podem demorar até dez anos para aparecer. Se fez sexo sem preservativo, partilhou seringas com outra pessoa, faça o teste da SIDA.

Quanto mais cedo for diagnosticada a infeção pelo VIH e iniciar-se o tratamento adequado, melhor será sua qualidade de vida.

Mas lembre-se que o teste só deve ser feito após a "janela imunológica" (até 3 meses após a exposição), período que o corpo leva para produzir anticorpos que possam ser detectados.

Diapositivo 21

PROTEGE-TE

Os Pedro dormiu com a Maria, que andava com o Fernando, que dormiu com a Verónica, que dormiu com o Alexandre, que dormiu com o João, que dormiu com a Helena, que dormiu com o João, que andava com a Cristina e com o Diogo, e Cristina dormiu com a Afonso e o Diogo com a Margarida, que andava com o Tomás, que dormiu com a Conceição, que por sua vez dormiu com o Nuno, que dormiu com o António, que andava com o Sérgio, que também andava com a Maria, que teve um caso com o Gonçalo, que era esado com a Marcelena, que dormiu com o Miguel, que dormiu com a Joana, que anda contigo.

USA PRESERVATIVO

Com o apoio de Edição




Diapositivo 22

COMO PREVENIR?

Preservativo – é o único método que protege das IST.

Relações sexuais desprotegidas com o mesmo parceiro que esteja infectado, pode ser o suficiente para que se contraia uma infeção.

Evita a gonorreia
Prevenção das IST's



Diapositivo 23




Diapositivo 24

PARA UM USO EFICAZ DO PRESERVATIVO:

- Deve ser guardado num local fresco e afastados do sol direto;
- Verificar prazo de validade;
- Estado de conservação da embalagem;
- Verificar se há presença do símbolo da CE na embalagem;
- Nunca reutilizar os preservativos;
- Ter cuidado a abrir a embalagem para não a rasgar com as unhas ou os dentes;
- Não desenrolar o preservativo antes de o colocar no pénis;
- Nunca aplicar vaselina ou outros lubrificantes gordurosos;
- O preservativo pode ser utilizado em simultâneo com outro método contraceptivo, designando-se este método de dupla proteção.

Diapositivo 25

COLOCAÇÃO DO PRESERVATIVO



- Abra a embalagem com cuidado sem utilizar objetos cortantes;
- Coloque o preservativo com o pénis ereto antes de qualquer contacto genital;
- Coloque o preservativo sobre a glande retirando o ar do reservatório de esperma;
- Segure-o pela ponta (reservatório) desenrolando-o e cobrindo todo o pénis.

Diapositivo 26

COLOCAÇÃO DO PRESERVATIVO



Deverá ser retirado logo após a ejaculação ainda com o pênis em ereção para evitar derrame esperma na vagina e haja risco de gravidez.

Após a utilização do preservativo, deverá dar-se um nó na sua abertura, impedindo que o esperma saia.

Em seguida, deve ser colocado no lixo indiferenciado.

Diapositivo 27

PRESERVATIVO

Vantagens:


- Proteção contra as ISTS;
- Ausência de efeitos sistémicos.

Desvantagens:

- Pode rasgar ou ficar retido se não usado corretamente;
- Não pode adicionar vaselina ou derivados.

Diapositivo 28

As mulheres têm uma palavra a dizer na sua sexualidade:



Dê voz a um direito seu. Não facilite. Use o preservativo. Proteja-se a si, ao seu parceiro e ao seu futuro.

Porque na nossa vida de afectos e sexualidades são indispensáveis "armas" para que nos possamos entregar inteiramente sem arrependimentos.

Porque somos nós os responsáveis por tomar conta do corpo que nos pertence.

Porque o mundo mudou e nem tudo é tão transparente como desejaríamos. É urgente adoptarmos o preservativo como a nossa segunda pele!

Catarina Furtado

Diapositivo 29

C. A. J.

"Consulta de atendimento a jovens dos 13 aos 25 anos"

Podes encontrar informação e recursos sobre:

- Sexualidade;
- Contraceção;
- Planeamento familiar;
- Nutrição;
- Hábitos de vida saudáveis;
- Obesidade;
- Disfunções;

CONSULTAS ÀS 4ª FEIRAS??
Das 17h às 20h?
C.S. S. Martinho do Bispo

⇕
Consulta confidencial e gratuita.

Diapositivo 30

LINHAS TELEFÓNICAS DE AJUDA

Sexualidade em linha ⇒ 808 222 003
Dias úteis das 12 às 19h
Sábados das 10 às 17h

Linha SOS SIDA ⇒ 800 201 040
Todos os dias das 18 às 22h

Linha SIDA ⇒ 800 666 666
2ª e sábado das 10 às 20h

www.sexualidades.com

Diapositivo 31

Trabalho realizado por:

Enfº Pedro Teixeira
Colaboração: Catarina Santos
Mélanie Mota
Rita Rebola

Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo



Diapositivo 1

Diapositivo 2

SUBSTÂNCIAS MAIS COMUNS

<p>Álcool </p> <p>Tabaco </p> <p>Medicamentos </p> <p>Cafeína </p> <p>Marijuana </p>	<p>Haxixe </p> <p>Cocaína </p> <p>Heroína </p> <p>Entre outras </p>
---	---

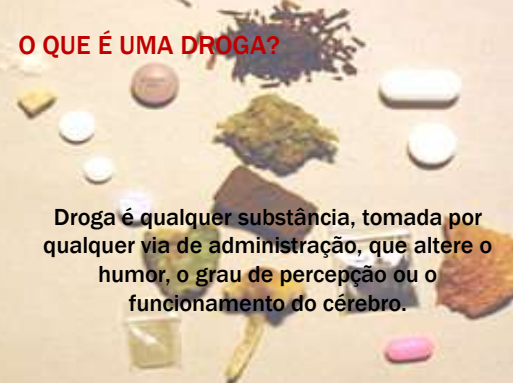
Diapositivo 3

DROGAS



Diapositivo 4

O QUE É UMA DROGA?



Droga é qualquer substância, tomada por qualquer via de administração, que altere o humor, o grau de percepção ou o funcionamento do cérebro.

Diapositivo 5

CLASSIFICAÇÃO DE ALGUNS TIPOS DE DROGAS:

- **Drogas leves:**
 - Haxixe
 - Marijuana
 - Ecstasy
 - LSD
- **Drogas pesadas:**
 - Cocaína
 - Heroína
 - Ópio
 - Morfina
 - Anfetaminas

Diapositivo 6

CARACTERIZAÇÃO DAS DROGAS SEGUNDO O PERIGO DE PROVOCAR DEPENDÊNCIA FÍSICA, PSÍQUICA E TOLERÂNCIA:

Droga	Dependência física	Dependência psíquica	Tolerância
Tabaco	x	xxx	xx
Cannabíoides	x	xx	x
LSD	x	xx	x
Inalantes	x	xx	xxx
Álcool	xxxx	xxx	xx
Benzodiazepinas	x	xx	x
Anfetaminas	xx	xxx	xxxx
Ecstasy	x	x	x
Cocaína	x	xxxx	x
Heroína	xxxx	xxxx	xxxx
Metadona	xxx	xxx	xxx
Cafeína	x	xx	x

Diapositivo 7

• As drogas podem ser sob a forma de:

Comprimidos



Pó



Rebuçados



Bebidas



Plantas



Diapositivo 8

CONSEQUÊNCIAS CONSUMO DROGAS

- ✓ Náuseas, vômitos
- ✓ Dores de cabeça
- ✓ Sonolência
- ✓ Tonturas
- ✓ Amnésia
- ✓ Perda de controlo muscular
- ✓ Problemas respiratórios
- ✓ Perda de consciência
- ✓ Incapacidade de se movimentar



Diapositivo 9



ÁLCOOL

Diapositivo 10

Tipos de bebidas:

- Hidratantes
- Alimentares (nutritivas)
- Estimulantes
- Alcoólicas






Diapositivo 11

BEBIDAS ALCOÓLICAS


- ✓ São bebidas que contêm na sua composição álcool (mesmo álcool utilizado na desinfeção de feridas - etanol)
- ✓ O álcool não tem qualquer valor nutritivo (não promove crescimento ou desenvolvimento saudável)
- ✓ De acordo com a quantidade de álcool e o seu processo de fabrico pode distinguir-se em dois grupos.



Diapositivo 12



Bebidas alcoólicas fermentadas

- São obtidas a partir da fermentação de açúcares (frutose e glicose), por acção de microrganismos - leveduras. Estas bebidas podem obter-se a partir de frutos, cereais, grãos, tubérculos e cactos. P.e.: cerveja, vinho.



Bebidas alcoólicas destiladas

- São obtidas através da destilação das bebidas fermentadas dando origem a bebidas com maior percentagem de álcool, como p.e.: água ardente, whisky, gin, vodka, entre outras.

Diapositivo 13

ALCOOLÉMIA

A taxa de alcoolémia é a quantidade de álcool existente no sangue de um indivíduo em determinado momento, expressando-se em gramas de álcool por litro de sangue.

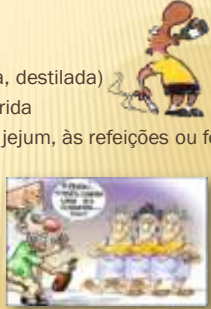
0,5 g/l



Diapositivo 14

Esta taxa é facilmente atingida após a ingestão de dois copos de vinho ou meio litro de cerveja e depende de vários factores:

- Tipo de bebida (fermentada, destilada)
- Quantidade de bebida ingerida
- Momento de absorção: em jejum, às refeições ou fora delas
- Ritmo de ingestão
- Peso, sexo
- Estado de saúde
- Tolerância individual



Diapositivo 15

FALSOS MITOS SOBRE O ÁLCOOL

- O álcool aquece! 
- O álcool mata a sede. 
- O álcool dá força! 
- O álcool ajuda na digestão e abre o apetite. 
- O álcool é um alimento. 
- O álcool ajuda a esquecer os problemas. 

Diapositivo 16

O ÁLCOOL E O RENDIMENTO ESCOLAR

✘ Perda de aptidão no estudante por acção directa nas diversas áreas que influenciam o seu rendimento

↓


- Atraso no tempo de reacção
- Perturbação da acuidade visual
- Perturbação da atenção, vigília, recolha e processamento da informação



Diapositivo 17

CONSEQUÊNCIAS DO ÁLCOOL


Alguns das consequências estão associadas a uma deficiente nutrição e carência vitamínica. Porém, a grande maioria deve-se a uma acção tóxica directa dos produtos resultantes da degradação do álcool sobre os vários órgãos e sistemas da pessoa. (MELLO et al, 2001)



Diapositivo 18

Problemas individuais de ordem física ligados ao álcool:

- Sistema digestivo (funções do fígado alteradas);
- Sistema cardiovascular (arritmias);
- Sistema músculo-esquelético (diminuição da força muscular);
- Sistema nervoso central (degeneração cerebelar);
- Sistema hematopoiético (anemia).



Diapositivo 19

TABACO




Diapositivo 20

Como se faz um cigarro?

Diapositivo 21

O TABACO CONTÉM MAIS DE 3000 COMPONENTES QUÍMICOS, ENTRE OS QUAIS:

- Nicotina** - Habituação/ dependência
- Formol** - desinfectante
- Monóxido de carbono** - gás tóxico que é libertado pelo escape do automóvel - oxigênio
- Amónia** - utilizado em detergentes
- Alcatrão** - substância cancerígena

Diapositivo 22

COMO É ABSORVIDO?

Pelo sistema Respiratório

O fumo passa pela traqueia, até atingir os pulmões, misturando-se com o sangue, circulando por todo o organismo.

Pelo sistema digestivo

Misturando-se com a saliva, passa ao estômago e intestinos, onde também se mistura com o sangue.

Diapositivo 23

PORQUE SE COMEÇA A FUMAR?

Todos os meus amigos fumam
Acalma-me se me sinto ansioso e enervado
Banalizo os meus problemas
Agora não consigo parar
Consegue manter-me magro
Os meus amigos deram-me um e eu continuei

Diapositivo 24

CONSEQUÊNCIAS DO TABAGISMO

- ✗ Sistema respiratório (tosse, cancro do pulmão)
- ✗ Sistema digestivo (dentes manchados, cancro da boca)
- ✗ Sistema cardiovascular (aumento FC e TA)
- ✗ Sistema nervoso (tremores)
- ✗ Sistema genital e urinário (esterilidade, impotência masculina)

Diapositivo 25

VANTAGENS DO NÃO FUMADOR

- ✓ Poupa dinheiro
- ✓ Hábito mais fresco
- ✓ Menos constipações
- ✓ Mais tempo de vida
- ✓ Menos probabilidade de aparecimento de cancro ou alguma doença cardiovascular e respiratória

Trabalho realizado por:

Enf. Pedro Teixeira

Colaboração:

Catarina Santos

Mélanie Mota

Rita Rebola



Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo



Diapositivo 1

Diapositivo 2


As pessoas precisam de se relacionar...

Até ao momento do nascimento, passamos 9 meses na barriga da nossa mãe, ou seja, estivemos sempre acompanhados.



Diapositivo 3

Família



Assim, a família é a primeira relação próxima que temos!

Há muitos tipos de famílias.

Mas num ponto são muito parecidas: **os pais cuidam dos filhos, porque os amam.**

Diapositivo 4

Amigos

Mais tarde, para além da família, criamos o nosso próprio grupo de amigos.

Ter amigos é importante, porque muitas vezes na vida precisamos que nos ajudem, tal como os outros podem precisar da nossa ajuda.



Diapositivo 5

Expressar os nossos sentimentos ajuda-nos nas relações com os outros. Havendo muitas formas de dizer aos outros que gostamos deles.

No relacionamento com os outros devemos guiar-nos pelo respeito, tanto pelas pessoas como pelas suas formas de pensar.



Diapositivo 6

Então afetos são:

- Ternura
- Respeito
- Simpatia
- Inveja
- Rivalidade
- Desconfiança
- Gratidão
- Ciúme
- Acolhimento
- Admiração
- ...

• Sentimentos imediatos que resultam de laços que estabelecemos com o mundo que nos cerca e com os outros;



• Sentimentos duradouros e estáveis que marcam a atitude da pessoa perante algo a que se dirige.

Diapositivo 7

Comportamentos a ter no relacionamento com os outros

Comportamentos NÃO	Comportamentos SIM
<ul style="list-style-type: none"> ■ Empurrões; ■ Carícias em lugares que te fazem sentir mal; ■ Pontapés; ■ Gritos; ■ Tocar nas partes íntimas das outras pessoas sem que elas queiram (apalpões); ■ Gozar com os defeitos dos outros; 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beijos na cara; ■ Abraços entre amigos; ■ Sorrisos; ■ Carinhos; ■ Atenção; ■ Ajudar o outro que está com dificuldades; ■ Brincar sem magoar os outros; ■ Aceitar os outros, mesmo sendo diferentes; ■ Partilhar; ■ Elogiar;



Diapositivo 8

- *O desenvolvimento da sexualidade acontece durante toda a vida do indivíduo e depende da pessoa, das suas características genéticas, das interações ambientais, condições socioculturais e outras, conhecendo diferentes etapas fisiológicas: infância, adolescência, idade adulta e velhice.*

(OMS - Organização Mundial de Saúde)

Diapositivo 9

A SEXUALIDADE É UMA ENERGIA QUE :

- Nos motiva a procurar amor, contacto, ternura, intimidade;
- Se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados;
- Nos faz ser sensual e ao mesmo tempo sexual;
- Influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental.



OMS


Diapositivo 10

Por vezes os meninos e as meninas dizem que têm namorado, porque sentem que essa pessoa é para eles muito especial.

Mas é a partir da **Puberdade** que estes sentimentos aparecem pela primeira vez na vida.

É nesta fase - puberdade - que acontecem mudanças no corpo e na forma de pensar das meninas e dos meninos.

É por causa destas mudanças que as pessoas se sentem atraídas por outras e gostam de estar juntas.




Diapositivo 11

Menino

- ✓ Os meninos têm uma "pilhina" a que os adultos chamam **pénis**.
- ✓ Por baixo do pénis encontra-se um saco que contém os **testículos**, que são duas bolsas que produzem **espermatozoides**.
- ✓ Um pequeno tubo chamado **canal deferente** parte de cada testículo para o pénis.

Todos estes órgãos constituem o aparelho sexual masculino, que todos os rapazes e todos os homens têm. Todos são igualmente necessários para fazer um bebé.



Diapositivo 12

Quando o rapaz cresce . . .

- ✓ O pénis, as bolsas e os testículos aumentam.
- ✓ Aparecem pêlos à volta do pénis, na cara (barba) e debaixo dos braços.
- ✓ A voz fica mais grossa.
- ✓ Os músculos desenvolvem-se.



Diapositivo 13


Menina

- ✓ A rapariga tem uma abertura no fundo da barriga, na qual se encontram dois buracinhos: o primeiro serve para fazer chichi, o segundo dá entrada para um pequeno túnel, a **vagina**.
- ✓ O pequeno túnel, a vagina, termina no **útero**.
- ✓ O útero é a primeira casa do bebé.



Diapositivo 14

- ✓ De cada lado do útero podes ver dois canais estreitos: são as **Trompas de Falópio**.
- ✓ No final de cada trompa encontra-se um **ovário** que produz **óvulos**.



Todos estes órgãos constituem o aparelho sexual feminino, que todas as raparigas e todas as mulheres têm. Todos são igualmente necessários para fazer um bebé.

Diapositivo 15

Quando a rapariga cresce . . .

- ✓ As mamas começam a desenvolver-se.
- ✓ As zonas à volta da vagina e debaixo dos braços cobrem-se de pêlos.
- ✓ As ancas alargam.
- ✓ Os óvulos amadurecem e deslocam-se através das trompas até ao útero, uma vez por mês.




Diapositivo 16

...apesar de serem diferentes!

O que acontece ao óvulo, ao chegar ao útero?

Na união com um espermatozoide, pode dar origem a um bebé.



Se ficar sozinho no útero, o corpo expulsa o óvulo através de uma perda de sangue pela vagina, uma vez por mês - **Menstruação** (período).


Quando uma menina tem a primeira menstruação, é importante que fale com a mãe, ela poderá ajudá-la. Ter o período não impede de fazer nenhuma das atividades que se fazem normalmente, como correr, saltar, jogar, tomar banho.

Durante a menstruação as meninas precisam de se lavar mais vezes, de forma a sentirem-se bem e limpas. Precisam de usar pensos higiénicos, a protegerem as cuecas, que devem ser mudados várias vezes ao dia.

Diapositivo 17

Fecundação

ÓVULO

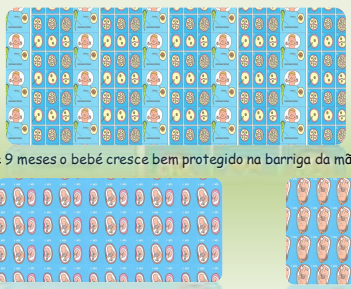


A união com um espermatozoide, pode dar origem a um bebé.

Diapositivo 18

Gravidez


O óvulo fecundado divide-se em 2, em 4, em 8 depois em 16 células... Até se tornar num cacho que se parece com uma amora.



Durante 9 meses o bebé cresce bem protegido na barriga da mãe.


Diapositivo 19

Fim da gravidez



A gravidez termina quando, por volta do 9º mês a mãe sente que chegou o momento do bebé nascer.



Parto



Diapositivo 20

Para formar uma família, primeiro é preciso formar um casal.

Se as duas pessoas se amam formarão a sua própria família e terão filhos.



Para formar um casal e ter filhos não bastam as mudanças físicas, é preciso:

- respeitarmos o nosso corpo e o dos outros.
- aceitarmo-nos e aceitar os outros tal como são.
- ajudar os outros, tal como gostamos que nos ajudem a nós.

Diapositivo 21

Trabalho realizado por:

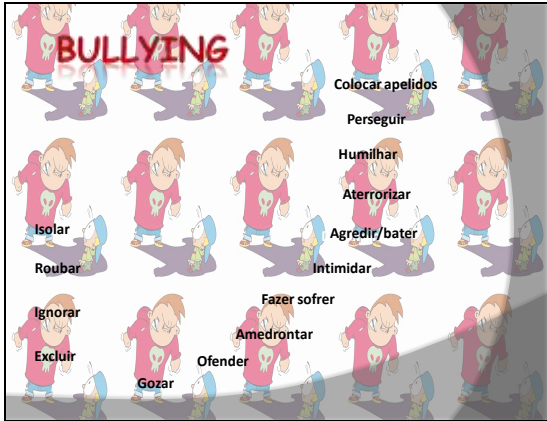
Enf^o Pedro Teixeira
Colaboração: Catarina Santos
Mélanie Mata
Rita Rebola

Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo

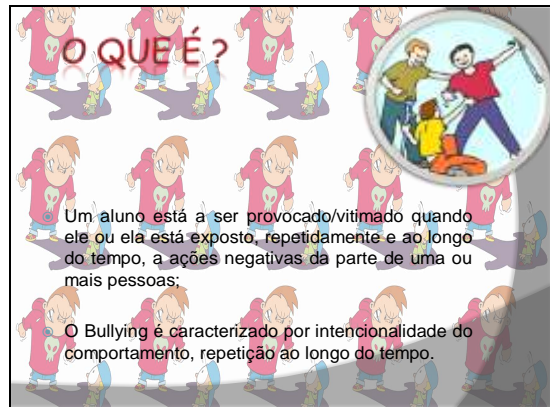


Diapositivo 1

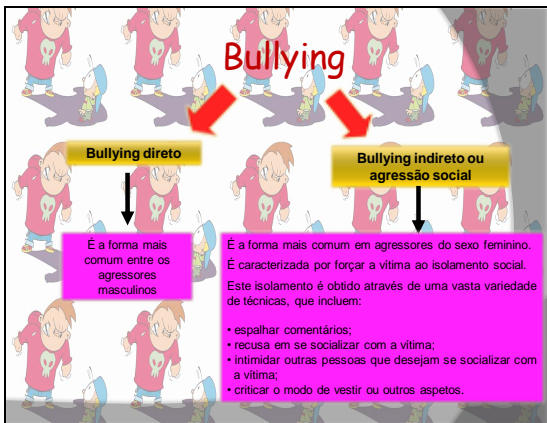
Diapositivo 2



Diapositivo 3



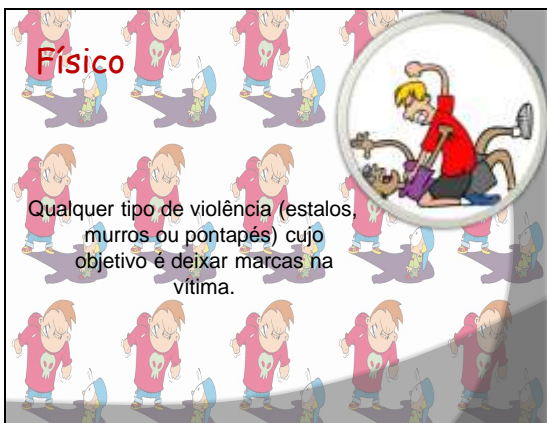
Diapositivo 4



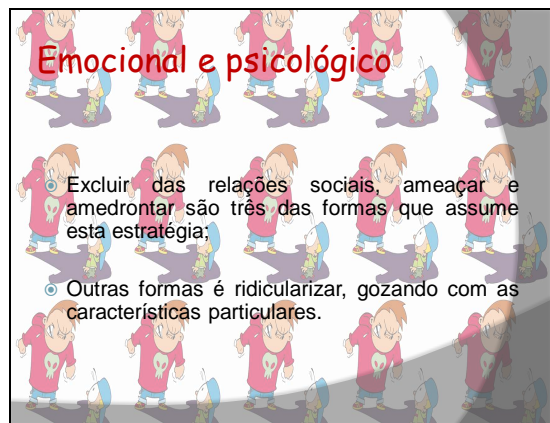
Diapositivo 5



Diapositivo 6

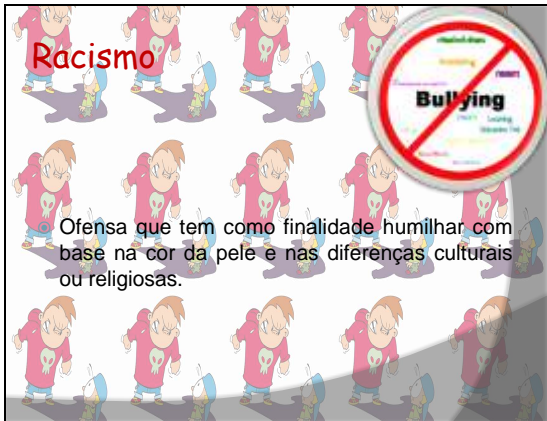


Diapositivo 7



Diapositivo 8

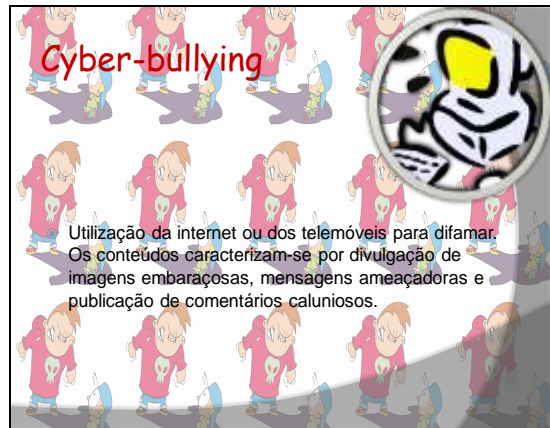
Racismo



Ofensa que tem como finalidade humilhar com base na cor da pele e nas diferenças culturais ou religiosas.

Diapositivo 9

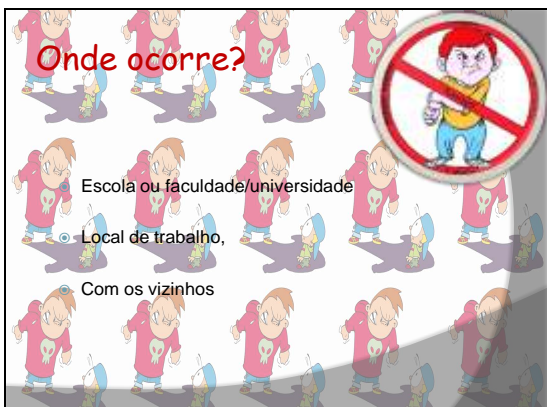
Cyber-bullying



Utilização da internet ou dos telemóveis para difamar. Os conteúdos caracterizam-se por divulgação de imagens embaraçosas, mensagens ameaçadoras e publicação de comentários caluniosos.

Diapositivo 10

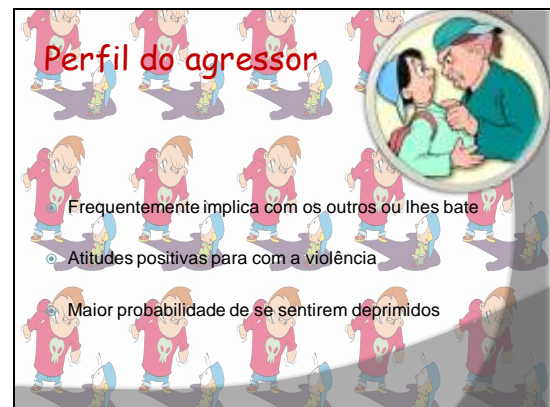
Onde ocorre?



- Escola ou faculdade/universidade
- Local de trabalho,
- Com os vizinhos

Diapositivo 11

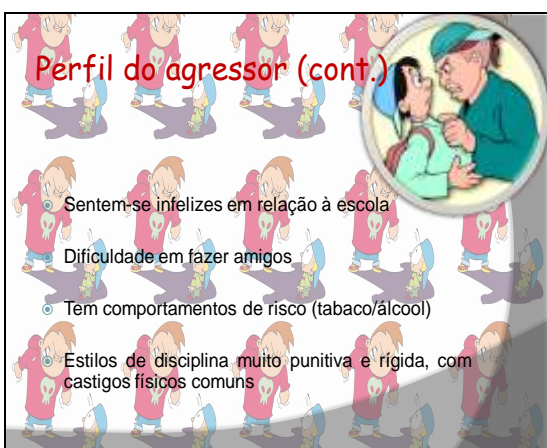
Perfil do agressor



- Frequentemente implica com os outros ou lhes bate
- Atitudes positivas para com a violência
- Maior probabilidade de se sentirem deprimidos

Diapositivo 12

Perfil do agressor (cont.)



- Sentem-se infelizes em relação à escola
- Dificuldade em fazer amigos
- Tem comportamentos de risco (tabaco/álcool)
- Estilos de disciplina muito punitiva e rígida, com castigos físicos comuns

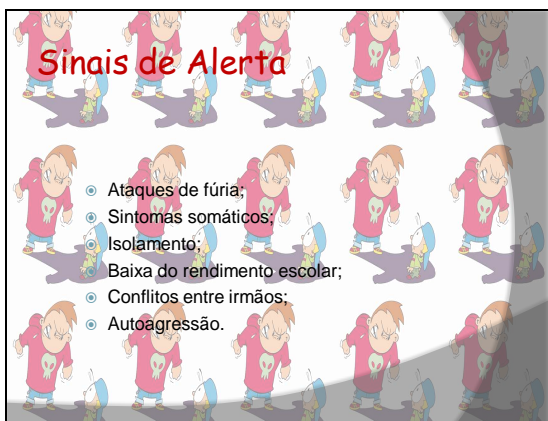
Diapositivo 13

Perfil da vítima



- Alguém com quem frequentemente implicam ou batem;
- Têm poucos amigos;
- Deprimida;
- Acham a escola desagradável;
- Têm mais cefaleias e dores abdominais;
- Educação restrita no seio familiar.

Diapositivo 14



Sinais de Alerta

- Ataques de fúria;
- Sintomas somáticos;
- Isolamento;
- Baixa do rendimento escolar;
- Conflitos entre irmãos;
- Autoagressão.

Diapositivo 15



Trabalho realizado por:

Enf. Pedro Teixeira

Colaboração de:

- Catarina Santos
- Mélanie Mota
- Rita Rebola

Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo

Anexo VII

Planos de Sessão das Sessões de Educação para a Saúde

Tema: Higiene Corporal

Finalidade: Diminuir a incidência de problemas de saúde decorrentes de uma higiene inadequada.

- Objetivos Gerais:**
- Transmitir conhecimentos acerca da importância de uma higiene cuidada;
 - Contribuir para o aumento e difusão do conhecimento dos factos, componentes, técnicas e procedimentos que integram a higiene corporal, favorecendo a promoção da saúde;
 - Incentivar a adoção de comportamentos saudáveis no âmbito da higiene corporal.

População-alvo: Alunos do 5º Ano do Colégio S. Martinho.

Local, Dia, Hora: Colégio S. Martinho; 04 e 05 de Maio 2010; dia 04 de Maio: 13h45min; Dia 05 de Maio: 9h, 10h55min e 13h45min

Duração: 90 minutos **Número de Sessões:** 4

Preletores: Enfº Pedro Teixeira, Catarina Santos, Mélanie Mota e Rita Rebola (estudantes do 4º ano da ESEnfC) em parceria com o CSSMB.

SUMÁRIO

- 1 - Introdução
 - Apresentação dos preletores
 - Pertinência e justificação do tema
- 2- Higiene Corporal
 - Conceitos
 - Para que serve a higiene corporal;
 - Qual a importância de uma boa higiene corporal;
- 3- Cuidados especiais com os olhos, nariz, ouvidos, cabelo, unhas e pés;
- 4- Lavagem das mãos;
- 5- Cuidados a ter com a escovagem dos dentes
- 6- Técnica e procedimento correto na escovagem dos dentes;
- 7- Cuidados com o vestuário.
- 8 - Conclusão

Momentos da sessão	Objetivos específicos	Conteúdos programáticos	Metodologia	Recursos didáticos	Duração
Introdução	- Estimular a reflexão sobre a higiene corporal; - Sensibilizar para a importância da adoção de padrões de higiene corporal adequados	Apresentação dos preletores Divulgação dos Objetivos Pertinência do Tema	Expositiva	Computador PowerPoint Videoprojector	5 Minutos
Desenvolvimento	Que os alunos sejam capazes de: <ul style="list-style-type: none"> • Definir Higiene; • Identificar a importância da higiene; • Identificar cuidados especiais com os olhos, nariz, ouvidos, cabelo, unhas e pés; • Identificar a importância da lavagem das mãos; • Enunciar os cuidados a ter com a escova de dentes; • Identificar os passos de uma escovagem correta dos dentes • Identificar os cuidados a ter com o vestuário 	1 – Para que serve a higiene corporal; 2 – Qual a importância da higiene; 3 – Cuidados especiais com os olhos, nariz, ouvidos, cabelo, unhas e pés 4 – Lavagem das mãos; 5 – Cuidados a ter com a escovagem dos dentes; 6 – Técnica e procedimentos na escovagem dos dentes; 8- Cuidados a ter com o vestuário.	Expositiva Interrogativa Interativa		75 Minutos
Conclusão	- Alertar para os aspetos fundamentais a reter sobre a higiene corporal;	Considerações finais sobre higiene corporal incentivando a adoção de atitudes e comportamentos promotores da saúde e bem estar individual e social;	Expositiva		10 Minutos

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Avaliação imediata:

Avaliação objetiva

- Indicador do processo:

$\text{N}^\circ \text{ de alunos presentes} / \text{N}^\circ \text{ total de alunos} * 100$

- Questionário;

Avaliação subjetiva

- Avaliação subjetiva através de participação e interesse dos alunos durante a sessão;

Tema: Sexualidade - Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's)

Finalidade: Motivar a adoção de uma sexualidade saudável pela aquisição de conhecimentos sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e uso do preservativo.

Objetivos gerais:

- Transmitir conhecimentos científicos que clarifiquem as falsas crenças, falsos mitos, tabus e preconceitos relativos às IST's;
- Contribuir para o aumento do conhecimento dos factos e componentes que integram a sexualidade, favorecendo a adoção de atitudes preventivas em matéria de IST's e saúde sexual;
- Alertar para a problemática das Infecções sexualmente Transmissíveis como um problema social;
- Promover a responsabilização de todos na prevenção e combate das Infecções Sexualmente Transmissíveis.

População-alvo: Alunos do 11º Ano do Colégio S. Martinho.

Local, Dia, Hora: Colégio S. Martinho; 6 de Maio de 2010; 15 horas **Duração:** 90 minutos **Número de Sessões:** 1

Preletores: Enfº Pedro Teixeira, Catarina Santos, Mélanie Mota e Rita Rebola (estudantes do 4º ano da ESEnfC) em parceria com o CSSMB.

SUMÁRIO

- 1 - Introdução
 - Apresentação dos preletores
 - Pertinência e justificação do tema
- 2- Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's)
 - Definição
 - Formas de Transmissão
 - Tipos de agentes microbianos
 - Sinais e sintomas
- 3- Medidas preventivas
 - Práticas de sexo seguro
 - Utilização do preservativo e suas vantagens
 - Colocação correta do preservativo
- 4 - Contactos úteis sobre sexualidade e IST's.
- 5 - Entidades que fornecem apoio especializado
- 6 - Conclusão

Momentos da sessão	Objetivos específicos	Conteúdos programáticos	Metodologia	Recursos didáticos	Duração
Introdução	- Estimular a reflexão sobre as IST's; - Sensibilizar para a problemática das IST's como um problema social;	Apresentação dos preletores Divulgação dos Objetivos Pertinência do Tema	Expositiva		5 Minutos
Desenvolvimento	Que os alunos sejam capazes de: - Identificar as diversas componentes da sexualidade; - Conhecer as principais IST's; - Identificar os diferentes sinais e sintomas associados às IST's; - Identificar a forma de prevenção das IST's; - Conhecer os diversos recursos / redes de apoio existentes.	- IST's: definição, diversas formas de transmissão, sintomas e prevenção: - Chlamydia; - Gonorreia; - Hepatite B; - Herpes genital; - Papilomavírus Humano; - Candidíase - Sífilis; - SIDA. - Medidas preventivas das IST's: - Práticas de sexo seguro; - Utilização do preservativo e suas vantagens; - Colocação correta do preservativo. - Contactos úteis sobre sexualidade e IST's.	Expositiva Interrogativa	Computador PowerPoint Videoprojector	75 Minutos
Conclusão	- Alertar para os aspetos fundamentais a reter sobre as IST's e seus efeitos na saúde e bem estar individual e social;	Considerações finais sobre as IST's incentivando a participação de todos na prevenção e combate deste problema social;	Expositiva		10 Minutos

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Avaliação imediata:

Avaliação objetiva

- Indicador do processo:

$\text{N}^\circ \text{ de alunos presentes} / \text{N}^\circ \text{ total de alunos} * 100$

- Questionário;

Avaliação subjetiva

- Avaliação subjetiva através de participação e interesse dos alunos durante a sessão;

Tema: “Consumo de substâncias lícitas e ilícitas”

Finalidade: Sensibilizar os adolescentes para os riscos que envolvem o consumo de substâncias lícitas e ilícitas.

Objetivos gerais:

- Informar e esclarecer a população-alvo acerca das substâncias lícitas e ilícitas, consumo e suas consequências;
- Alertar para a problemática do consumo de drogas como um problema social;
- Promover a responsabilização de todos na prevenção e combate do consumo de drogas.

População-alvo: Alunos do 8º e 9ºano da Escola Inês de Castro e 8º ano do Colégio S. Martinho.

Local, Dias: Escola Inês de Castro e Colégio S. Martinho; 11, 12, 14,17, 19 e 21 de Maio de 2010;

Duração: 90 minutos

Número de Sessões: 10

Preletores: Enfº Pedro Teixeira, Catarina Santos, Mélanie Mota e Rita Rebola (estudantes do 4º ano da ESEnc) em parceria com o CSSMB.

SUMÁRIO

- 1 - Introdução
 - Apresentação dos preletores
 - Pertinência e justificação do tema
- 2 – Consumo de substâncias lícitas e ilícitas
 - Definição de drogas
 - Tipos de drogas e consequências do seu consumo
 - Tipos de bebidas alcoólicas
 - Fatores que influenciam a Taxa de alcoolemia
 - Consequências da ingestão de álcool
 - Componentes do tabaco e sua absorção
 - Consequências do tabagismo
 - Vantagens do não fumador
- 3 - Respostas novas para um velho problema
- 4 - Entidades que fornecem apoio especializado
- 5 - Conclusão

Momentos da sessão	Objetivos específicos	Conteúdos programáticos	Metodologia	Recursos didáticos	Duração
Introdução	- Estimular a reflexão sobre as drogas lícitas e ilícitas; - Sensibilizar para a problemática do consumo de drogas como um problema social;	Apresentação dos preletores Divulgação dos Objetivos Pertinência do Tema	Expositiva		5 Minutos
Desenvolvimento	Que os alunos sejam capazes de: - Definir o que são drogas; - Conhecer os tipos de drogas; - Identificar as consequências do consumo de drogas; - Identificar os tipos de bebidas alcoólicas; - Identificar algumas consequências da ingestão de álcool; - Identificar as consequências do tabagismo; - Reconhecer as vantagens de um não fumador.	- Definição de drogas - Tipos de drogas e consequências do seu consumo - Tipos de bebidas alcoólicas - Fatores que influenciam a Taxa de alcoolemia - Consequências da ingestão de álcool - Componentes do tabaco e sua absorção - Consequências do tabagismo - Vantagens do não fumador - Entidades de apoio especializado	Expositiva Interrogativa	Computador PowerPoint Videoprojector	75 Minutos
Conclusão	- Alertar para os aspetos fundamentais a reter sobre as drogas lícitas e ilícitas, consumo e seus efeitos na saúde e bem estar individual e social;	Considerações finais sobre as drogas lícitas e ilícitas incentivando a participação de todos na prevenção e combate deste problema social;	Expositiva		10 Minutos

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Avaliação imediata:

Avaliação objetiva

- Indicador do processo:

N° de alunos presentes/ N° total de alunos * 100

- Questionário;

Avaliação subjetiva

- Avaliação subjetiva através de participação e interesse dos alunos durante a sessão;

Tema: Afetos e Sexualidade

Finalidade: Promover relações interpessoais e a vivência da sexualidade de forma saudável.

Objetivos gerais:

- Transmitir conhecimentos científicos que clarifiquem as falsas crenças, falsos mitos, tabus e preconceitos relativos à sexualidades;
- Contribuir para o aumento e difusão de conhecimentos na população-alvo acerca da importância dos afetos na vivência saudável da sexualidade;
- Incentivar a adoção de comportamentos positivos acerca dos afetos e do aumento do conhecimento e respeito pelo próprio corpo.

População-alvo: Alunos do 6º Ano do Colégio S. Martinho.

Local, Dia, Hora: Colégio S. Martinho; 18 de Maio de 2010; 9h; 10h55min; 13h15min e 15h30min; 4 de Junho às 10.55h

Duração: 90 minutos **Número de Sessões:** 4

Preletores: Enfº Pedro Teixeira, Catarina Santos, Mélanie Mota e Rita Rebola (estudantes do 4º ano da ESEnfC) em parceria com o CSSMB.

SUMÁRIO
1 - Introdução <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos preletores - Pertinência e justificação do tema
2 - Afetos e Sexualidade <ul style="list-style-type: none"> - Conceitos - Comportamentos adequados num relacionamento - Relação homem-mulher - Diferenciação entre sexo masculino e feminino
3 - Aparelho reprodutor masculino e feminino <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento de um novo ser - Conceito de família - Importância da família na promoção dos afetos e sexualidade
4 - Conclusão

Momentos da sessão	Objetivos específicos	Conteúdos programáticos	Metodologia	Recursos didáticos	Duração
Introdução	- Estimular a reflexão sobre afetos e sexualidade;; - Sensibilizar para a importância dos afetos na vivência da sexualidade;	Apresentação dos preletores Divulgação dos Objetivos Pertinência do Tema	Expositiva		5 Minutos
Desenvolvimento	Que os alunos sejam capazes de: <ul style="list-style-type: none"> • Compreender o conceito de afetos e sexualidade; • Compreender os comportamentos adequados num relacionamento; • Compreender o desenvolvimento relacional entre homem e mulher; • Identificar as diferenças entre o sexo masculino e feminino; • Distinguir o aparelho reprodutor masculino e feminino; • Compreender o desenvolvimento de um novo ser. • Compreender a formação de família. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de afetos e sexualidade; • Comportamentos adequados num relacionamento. • Relação homem - mulher; • Diferenciação entre sexo masculino e feminino; • Aparelho reprodutor masculino e feminino; • Desenvolvimento de um novo ser. • Conceito de família. 	Expositiva Interrogativa	Computador PowerPoint Videoprojector	75 Minutos
Conclusão	- Alertar para os aspetos fundamentais a reter sobre as afetos e sexualidade;	Considerações finais sobre os afetos e sexualidade incentivando a adoção de atitudes e comportamentos promotores de vivências saudáveis;;	Expositiva		10 Minutos

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Avaliação imediata:

Avaliação objetiva

- Indicador do processo:

$\text{N}^\circ \text{ de alunos presentes} / \text{N}^\circ \text{ total de alunos} * 100$

- Questionário;

Avaliação subjetiva

- Avaliação subjetiva através de participação e interesse dos alunos durante a sessão;

Tema: Bullying

Finalidade: Contribuir para a diminuição da incidência de casos de Bullying

Objetivos gerais:

- Transmitir conhecimentos sobre o Bullying;
- Contribuir para o aumento e difusão do conhecimento no âmbito do Bullying, suas formas, características e perfil do agressor e da vítima, fomentando um espaço de reflexão conjunta sobre esta problemática.

População-alvo: Alunos do 7º ano do Colégio de São Martinho - Coimbra;

Local, Dia, Hora: Colégio de São Martinho; 31 de Maio de 2010 às 9h e 15h 30min; 2 de Junho de 2010 às 13h45min e 4 de Junho de 2010 às 9h.

Duração: 90 minutos **Número de Sessões:** 4

Preletores: Enfº Pedro Teixeira, Catarina Santos, Mélanie Mota e Rita Rebola (estudantes do 4º ano da ESEnfC) em parceria com o CSSMB.

- 0 - Introdução
 - Apresentação dos preletores
 - Pertinência e justificação do tema
- 1- Conceito de Bullying
 - Abordagem conceptual;
- 2- Formas de Bullying;
 - Bullying direto e indireto;
- 3- Tipos de Bullying
 - Bullying Físico, Psico-emocional, Racismo, Cyber-Bullying;
- 4- Contextos de ocorrência do Bullying
- 5- Perfil do agressor
- 6- Perfil da vítima
- 7- Sinais e sintomas de alerta
- 8- Conclusão

Momentos da sessão	Objetivos específicos	Conteúdos programáticos	Metodologia	Recursos didáticos	Duração
Introdução	- Apresentar justificando a pertinência do tema; - Estimular a reflexão sobre a problemática do Bullying;;	Apresentação dos preletores Divulgação dos Objetivos Pertinência do Tema	Expositiva		10 minutos
Desenvolvimento	Que os participantes sejam capazes de: - Definir Bullying - Distinguir Bullying direto e indireto; - Identificar os tipos de Bullying - Identificar os principais contextos de ocorrência do Bullying; - Conhecer as principais características do agressor; - Conhecer as principais características da vítima; - Reconhecer sinais e sintomas de alerta; - Conhecer o modo de atuação perante uma situação de Bullying;	1- Conceito de Bullying 2- Formas de Bullying; 3- Tipos de Bullying; 4- Contextos de ocorrência do Bullying 5- Perfil do agressor 6- Perfil da vítima 7- Sinais e sintomas de alerta	Expositiva Interrogativa Interativa	Computador PowerPoint Videoprojector	65 minutos
Conclusão	- Alertar para os aspetos fundamentais a reter no âmbito da problemática do Bullying;	Considerações finais sobre o incentivando a adoção de atitudes e comportamentos assertivos entre as crianças, estimulando a adoção de valores como a amizade, a solidariedade, o respeito, a liberdade e o companheirismo, promotores de relações saudáveis entre as crianças.	Expositiva		15 minutos

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Avaliação imediata:

Avaliação objetiva

- Indicador do processo:

$\text{N}^\circ \text{ de alunos presentes} / \text{N}^\circ \text{ total de alunos} * 100$

- Questionário;

Avaliação subjetiva

- Avaliação subjetiva através de participação e interesse dos alunos durante a sessão;

Tema: Primeiros Socorros à Criança

Finalidade: Contribuir para a difusão de conhecimentos sobre diagnóstico, técnicas e procedimentos no âmbito dos primeiros socorros à criança vítimas de acidente ou doença súbita

Objetivos gerais:

- Transmitir conhecimentos científicos no âmbito dos primeiros socorros à criança vítima de acidente ou doença súbita;
- Contribuir para o aumento e difusão do conhecimento dos factos, componentes, técnicas e procedimentos que integram os primeiros socorros, favorecendo uma correta atuação em situações de acidente ou doença súbita;

População-alvo: Funcionários do jardim de infância Capuchinho Vermelho; jardim de infância de Taveiro;

Local, Dia, Hora: Jardins de Infância; 19 de Maio às 13h30min e 2 de Junho às 18h.

Duração: 120 minutos **Número de Sessões:** 2

Preletores: Enf^o Pedro Teixeira

SUMÁRIO

- 0 - Introdução
 - Apresentação dos preletores
 - Pertinência e justificação do tema
- 1- Primeiros Socorros à criança
 - Conceitos básicos dos primeiros socorros (socorrismo, socorrista e primeiros socorros)
- 2- Perfil de um socorrista, o modo como deve agir e as suas responsabilidades;
- 3- Material da mala de primeiros socorros
- 4- Lesões da pele e efeitos do ambiente
 - Queimaduras,
 - Feridas
 - Hemorragias)
- 5- Lesões articulares, musculares e ósseas
 - Entorses
 - Fraturas
- 6- Alterações do conhecimento
 - Desmaio
 - Epilepsia
- 7 - Conclusão

Momentos da sessão	Objetivos específicos	Conteúdos programáticos	Metodologia	Recursos didáticos	Duração
Introdução	- Estimular a reflexão sobre a importância dos 1 ^{os} Socorros; - Sensibilizar para a importância da adoção de procedimentos e técnicas adequadas em primeiros socorros;	Apresentação dos preletores Divulgação dos Objetivos Pertinência do Tema	Expositiva		10 minutos
Desenvolvimento	Que os participantes sejam capazes de: - Definir conceitos básicos de primeiros socorros; - Conhecer o perfil do socorrista; - Conhecer como deve agir e a responsabilidade do socorrista; - Identificar o material da mala de primeiros socorros; - Identificar sinais, sintomas e primeiros socorros dos diferentes tipos de queimaduras; - Conhecer os tipos de feridas e como atuar; - Conhecer o modo de atuação perante uma hemorragia; - Conhecer as lesões articulares, musculares e ósseas e formas de atuação; - Conhecer sinais, sintomas e primeiros socorros das entorses e fraturas; - Conhecer as alterações do conhecimento: desmaio e epilepsia (sinais e sintomas, 1 ^{os} socorros); - Conhecer a forma de atuação perante as alterações do conhecimento	1- Conceitos básicos dos primeiros socorros (socorrismo, socorrista e primeiros socorros) 2- Perfil de um socorrista, o modo como deve agir e as suas responsabilidades; 3- Material da mala de primeiros socorros 4- Lesões da pele e efeitos do ambiente (queimaduras, feridas e hemorragias) 5- Lesões articulares, musculares e ósseas (entorses e fraturas) 6- Alterações do conhecimento (desmaio e epilepsia)	Expositiva Interrogativa Interativa	Computador PowerPoint Videoprojector	100 minutos
Conclusão	- Alertar para os aspetos fundamentais a reter no âmbito dos primeiros socorros à criança vítima de acidente ou doença súbita;	Considerações finais sobre primeiros socorros à criança incentivando a adoção de atitudes e comportamentos, técnicas e procedimentos promotores de uma atuação eficaz e de qualidade na assistência à criança.	Expositiva		10 minutos

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Avaliação imediata:

Avaliação objetiva

- Indicador do processo:

$\text{N}^\circ \text{ de alunos presentes} / \text{N}^\circ \text{ total de alunos} * 100$

- Questionário;

Avaliação subjetiva

- Avaliação subjetiva através de participação e interesse dos alunos durante a sessão;

Anexo VIII

Brochuras Informativas “Autocuidado – Higiene Corporal” e
“Infeções Sexualmente Transmissíveis”

Higiene oral



1. **ALIMENTAÇÃO** saudável

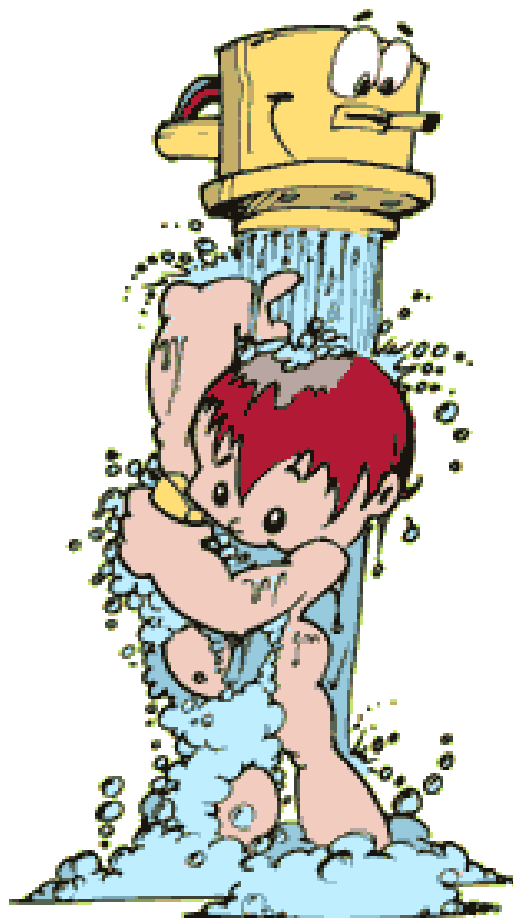
☒ Evitar os doces



2. **ESCOVAGEM** pelo menos duas vezes por dia, após o pequeno-almoço e ao deitar (se possível após as refeições).



3. Visitas regulares ao **DENTISTA**, pelo menos duas vezes por ano.



CENTRO DE SAÚDE SÃO
MARTINHO DO BISPO

Autocuidado - Higiene Corporal -



2010

Centro de Saúde de S. Martinho
do Bispo

Objectivos do autocuidado:

- ✓ Manter a pele limpa e íntegra
- ✓ Fortalecer o corpo
- ✓ Proteger de várias doenças
- ✓ Promover a auto-imagem positiva
- ✓ Estar confortável



Cuidados à pele:

- ✓ Tomar **BANHO** diariamente utilizando sabonete ou gel de banho, especialmente após o exercício físico.
- ✓ Lavar a cara, as mãos, os pés e os genitais todos os dias.
- ✓ Praticar uma alimentação saudável e beber bastante água, principalmente no Verão.
- ✓ Aplicar creme hidratante em todo o corpo.



Cuidados aos cabelos:

- ✓ Cortar o cabelo com regularidade
- ✓ Lavar com champô ou sabão regularmente
- ✓ Deve-se pentear e ou escovar diariamente os cabelos
- ✓ No caso de ter piolhos usar champô e pente adequados



Cuidados com as unhas e mãos:

- ✓ Cortar as unhas e mantê-las sempre limpas
- ✓ Não roer as unhas!
- ✓ Lavar as mãos antes das refeições e à entrada e saída dos lavabos
- ✓ Manter as mãos hidratadas



Cuidados aos pés

- ✓ Lavar os pés diariamente e secá-los com cuidado
- ✓ Cortar as unhas em linha recta e não arredondar os cantos
- ✓ Usar meias de algodão e não muito apertadas



Genitais:

Devem ser lavados, no mínimo, de manhã e à noite, secando bem.

Cuidados com o vestuário

- ✓ Mudar de roupa interior diariamente
- ✓ Usar roupas adequadas à estação do ano
- ✓ Dar preferência a roupas de algodão



Como evitar as IST's?

Usa Preservativo



- Previne as Infecções sexualmente transmissíveis.
- Previne também a gravidez, pois não permite a fecundação.

Como colocar o Preservativo?

Abrir com cuidado o invólucro e evitar que o preservativo se rasgue, colocando-o com o pênis em erecção antes de qualquer penetração.

Segurar na ponta do preservativo apertando-a de forma a não se formar uma bolsa de ar, pois é o local onde se depositará o esperma.

Desenrolar devagar o preservativo até a base do pênis.
Para facilitar a penetração, use lubrificante a base de água e não à base de óleos.

Retirar devagar o preservativo após a ejaculação, enrolando-o a partir do anel e dê-lhe um nó na parte aberta.

Deitar fora após o uso e jamais reutilizes um preservativo.

Quando se trata de sexo seguro, confia em ti próprio. Tu és a única pessoa em quem podes confiar. Acreditar que tu és o único parceiro sexual do teu único parceiro sexual pode não ser uma verdade...

Como Obter Ajuda...

- **SEXUALIDADE EM LINHA**
800 22 20 02
- **SEXUALIDADE SEGURA**
800 20 21 20
- **S.O.S. SIDA**
800 20 10 40
- **LINHA SIDA**
800 26 66 66

INFECCÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS



IST's

Coimbra, Maio de 2010

Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo

Infecções Sexualmente Transmissíveis

O que são?

São infecções que se transmitem através do contacto sexual, sendo que a relação sexual não é a única forma de transmissão, mas é a mais frequente.

Transmissão:

Contacto sexual com a pessoa infectada:

- Vaginal
- Anal
- Oral

Contaminação através de:

- Sangue
- Esperma
- Secreções vaginais
- Saliva
- Leite materno

Algumas das Infecções Sexualmente Transmissíveis mais frequentes:

SIDA
Hepatite B
Sífilis
Gonorreia
Herpes Genital
Candidíase

SIDA: Doença causada por um vírus, o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), que ataca o sistema imunológico do organismo humano.

Hepatite B: É uma inflamação do fígado (hepatite) causada pelo vírus da hepatite B (VHB). O VHB é um entre vários vírus que podem causar hepatite viral.

Sífilis: É uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. É uma doença evolutiva que tem 3 estágios diferentes, em que o primeiro e o segundo estágios são muito infecciosos.

Gonorreia: Infecção provocada por uma bactéria denominada *Neisseria gonorrhoeae*. Se não for tratada, pode levar a várias complicações como é o caso da infertilidade feminina e masculina.

Herpes Genital: Infecção provocada pelo vírus *Herpes simplex*. Não existe cura para qualquer tipo de herpes, o tratamento pretende reduzir a fase activa da doença.

Candidíase: Infecção provocada por um fungo *Candida albicans*. Pode-se transmitir não só através da via sexual, mas também pelo uso de roupas de nylon ou licra muito apertadas.

Sinais de alarme das IST's

Observação de qualquer fenómeno estranho nos órgãos sexuais deve motivar, com urgência, uma ida ao médico.

Na mulher:

- ▶ Secreções vaginais brancas ou com mau odor;
- ▶ Comichão ou sensação de queimadura na vulva, na vagina ou no ânus;
- ▶ Sensação de ardor ao urinar;
- ▶ Lesões na pele e mucosas dos órgãos sexuais;
- ▶ Dor ao nível da parte inferior do abdómen, sobretudo quando repetida com frequência.

No homem:

- ▶ Corrimento uretral;
- ▶ Lesões na pele e mucosas dos órgãos sexuais;
- ▶ Sensação de ardor ao urinar.

Todos os parceiros sexuais, habituais ou ocasionais, das pessoas que apresentam estes sinais, devem ser alertados e também devem procurar um conselho de um médico.

Anexo IX

Questionário de Avaliação das Sessões de Educação para a Saúde

QUESTIONÁRIO

Higiene Corporal

Este questionário pretende avaliar os conhecimentos acerca dos afectos e da sexualidade. O anonimato e a confidencialidade das respostas são garantidos, logo agradecemos que respondas a todas as questões de uma forma sincera e que não deixes nenhuma em branco.

Responde a este questionário, colocando verdadeiro (V) e falso (F).

1. A higiene corporal tem como objetivo único manter a saúde física. _____
2. A pele deve ser hidratada apenas no Inverno quando o ar é mais frio. _____
3. Deve-se aplicar creme hidratante em todo o pé, inclusive entre os dedos. _____
4. As unhas devem ser cortadas de forma arredondada. _____
5. O cabelo deve ser lavado uma vez por semana. _____
6. Precisas de mudar de roupa interior todos os dias. _____
7. A higiene oral compreende medidas como alimentação saudável, boa escovagem dos dentes e idas regulares ao dentista. _____
8. Devemos lavar os dentes os dentes duas vezes ao dia. _____
9. A cárie dentária é uma das consequências da má higiene oral. _____
10. Roer as unhas é um hábito com várias consequências. _____
11. Quando tens comichão na cabeça debes avisar os teus pais. _____

OBRIGADO!

QUESTIONÁRIO

Sexualidade - Infecções Sexualmente Transmissíveis

Este questionário pretende avaliar os conhecimentos acerca das Infecções Sexualmente Transmissíveis. O anonimato e a confidencialidade das respostas são garantidos, logo agradecemos que respondas a todas as questões de uma forma sincera e que não deixes nenhuma em branco. Responde a este questionário, colocando uma cruz, no local que te parece mais adequado.

Questões	SIM	NÃO	NÃO SEI
A Sexualidade é o mesmo que relações sexuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As infeções sexualmente transmissíveis transmitem-se apenas através de contacto sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As infeções sexualmente transmissíveis apenas afetam homossexuais e toxicodependentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A presença de IST's é sempre acompanhada de sinais e sintomas imediatos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A gonorreia transmite-se através de roupa interior e toalhas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O herpes genital é provocado por uma bactéria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A hepatite B é uma infeção sexualmente transmissível.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atualmente a Sida tem cura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uma pessoa que tem um teste HIV positivo tem obrigatoriamente Sida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pode contrair-se HIV através de relações sexuais com uma pessoa infetada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A Candidíase é uma infeção sexualmente transmissível.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nem todas as IST's necessitam de tratamento médico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As IST's transmitem-se na relação sexual oral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O preservativo previne apenas a gravidez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O preservativo usado corretamente previne as infeções sexualmente transmissíveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O preservativo pode ser usado mais do que uma vez.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O preservativo pode ser colocado em qualquer altura da relação sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBRIGADO!

QUESTIONÁRIO

Consumo de Substancias Lícitas e Ilícitas

Este questionário pretende avaliar os conhecimentos sobre o consumo de substâncias lícitas e ilícitas. O anonimato e a confidencialidade das respostas são garantidos, logo agradecemos que respondas a todas as questões de uma forma sincera e que não deixes nenhuma em branco.

Responde a este questionário, colocando verdadeiro (V) e falso (F).

1. O tabaco e o álcool são duas substâncias ilícitas. _____
2. O Haxixe é considerado uma droga leve e a cocaína uma droga pesada. _____
3. Uma das consequências do uso de drogas é a perda de consciência. _____
4. Existem dois tipos de bebidas alcoólicas. _____
5. A taxa de alcoolémia compreende-se pela quantidade de álcool ingerido por hora. _____
6. O consumo de álcool não influencia o rendimento escolar. _____
7. O consumo de álcool não traz qualquer efeito secundário para o organismo. _____
8. O tabaco pode ser absorvido pelo sistema digestivo e pelo sistema respiratório. _____
9. O grupo de amigos pode influenciar o início do consumo de tabaco e álcool. _____
10. Um fumador tem mais vantagens que um não fumador. _____

OBRIGADO!

QUESTIONÁRIO

Afetos e Sexualidade

Este questionário pretende avaliar os conhecimentos acerca dos afetos e da sexualidade. O anonimato e a confidencialidade das respostas são garantidos, logo agradecemos que respondas a todas as questões de uma forma sincera e que não deixes nenhuma em branco.

Responde a este questionário, colocando verdadeiro (V) e falso (F).

1. A família é a primeira relação próxima que temos. _____
2. Ternura, desconfiança e gratidão são afetos. _____
3. Existem comportamentos corretos e incorretos num relacionamento. _____
4. Empurrões e gritos são comportamentos corretos. _____
5. O desenvolvimento da sexualidade acontece só na adolescência. _____
6. Os testículos produzem os espermatozoides. _____
7. Os óvulos produzem-se nas Trompas de Falópio. _____
8. A menstruação é uma perda de sangue pela vagina. _____
9. O bebé cresce durante 10 meses na barriga da mãe. _____
10. Numa família é necessário respeito, aceitar os outros como eles são e ajudar os outros.

OBRIGADO!

QUESTIONÁRIO

Bullying

Este questionário pretende avaliar os conhecimentos acerca das Infecções Sexualmente Transmissíveis. O anonimato e a confidencialidade das respostas são garantidos, logo agradecemos que respondas a todas as questões de uma forma sincera e que não deixes nenhuma em branco.

Responde a este questionário, colocando verdadeiro (V) e falso (F).

- 1- Ignorar, excluir e elogiar são formas de praticar Bullying. _____
- 2- O Bullying caracteriza-se por intencionalidade e repetição das ações negativas. _____
- 3- Bullying direto é característico dos agressores do sexo feminino, como por exemplo criticar o modo como outra pessoa se veste. _____
- 4- A discriminação racial, ou seja, o racismo, não é considerada uma forma de Bullying. _____
- 5- Qualquer tipo de violência física, como empurrar, é considerado Bullying emocional e psicológico. _____
- 6- Cyber-bullying é caracterizado pela utilização da internet ou telemóveis. _____
- 7- A ameaça verbal é uma forma de Bullying. _____
- 8- Tanto o agressor como a vítima têm dificuldade em fazer amigos. _____
- 9- Normalmente a vítima acha a escola desagradável. _____
- 10- O isolamento não é um sinal significativo a valorizar. _____

OBRIGADO!

Anexo X

Brochura “Alimentação Saudável na Infância”

O excesso de peso pode trazer **consequências físicas e psíquicas graves**, tais como doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão arterial, assim como uma baixa auto-estima e isolamento social.

Incentive o seu filho a **COMER MELHOR** e a **MEXER-SE MAIS!!!**

Proporcione ao seu filho uma **alimentação SIMPLES, COMPLETA, VARIADA e EQUILIBRADA!**

Avaliação Estado-Ponderal

Nome: _____

Peso: _____

Altura: _____

IMC: _____

Alimentação Saudável na Infância



ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA INFÂNCIA
Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo

2010



A Roda dos Alimentos transmite as orientações para uma Alimentação Saudável, isto é, uma alimentação:

› **completa** - comer alimentos de cada grupo e beber água diariamente;

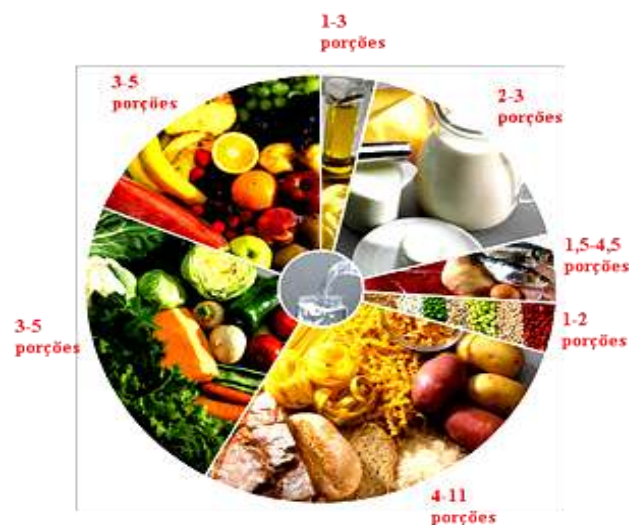
› **equilibrada** - comer maior quantidade de alimentos pertencentes aos grupos de maior dimensão e menor quantidade dos que se encontram nos grupos de menor dimensão, de forma a ingerir o número de porções recomendado;

› **variada** - comer alimentos diferentes dentro de cada grupo variando diariamente, semanalmente e nas diferentes épocas do ano.



A Roda dos Alimentos é uma imagem ou representação gráfica que ajuda a escolher e a combinar os alimentos que deverão fazer parte da alimentação diária.

É dividida em várias partes de diferentes tamanhos, chamados Grupos e que reúnem alimentos com propriedades semelhantes.



Exemplo de ementa para um dia:

Primeiro Almoço

8:00 h

1 fatia de pão escuro e de mistura com manteiga + 1 copo de leite meio-gordo ou 1 chávena de leite meio-gordo com 3 ou 4 colheres de sopa de cereais com fibras.

Nota: não juntar açúcar

Lanche—Manhã

10:30 h

1 Peça de fruta + 1 iogurte

Almoço

12:30 h

Sopa de legumes (por criança: feijão vermelho – 20 g, cenoura – 30 g, nabo – 20 g, couves – 50 g, 15 ml azeite...)

Prato: coelho ou frango estufado com ervilhas: 60 g de carne + 80 g de ervilhas + 20 g de cenoura + 30 g de arroz

+ 20 g de chouriço de carne

1 peça de fruta

Lanche-Tarde

16:00 h

1 chávena de leite meio-gordo + 1 pão escuro e de mistura com compota de frutos.

Jantar

19:30h

Idêntico ao almoço

Ceia

22:00h

1 copo de leite meio-gordo

Anexo XI

Documento Resumo dos resultados do Rastreio do IMC

RASTREIO DO INDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)

A Identificação dos alunos envolvidos no rastreio foi ocultada neste documento garantindo assim a confidencialidade dos dados e o anonimato das crianças.

DATA: 29/04/2010

ESCOLA: Colégio São Martinho do Bispo (Fala – Coimbra)

TURMA: 6º B

Data de Nascimento	Peso (Kg)	Altura (cm)	IMC	Percentil
19/09/1998	49	150	21,77	P > 90 Excesso de Peso
21/03/1998	61	162	23,24	P > 90 Excesso de Peso
19/03/1998	52	153	22,21	P > 85 Excesso de Peso
10/04/1998	41	149	18,47	P > 50
15/01/1998	47	160	18,36	P > 50
10/01/1998	37	151	16,22	P < 25
01/05/1998	53	152	22,93	P > 90 Excesso de Peso
04/02/1998	41	153	17,51	P > 25
11/12/1998	41	151	17,98	P > 50
22/07/1998	32	147	14,81	P > 5 Baixo Peso
03/03/1998	55	167	19,72	P > 50
04/06/1998	50	155	20,81	P > 75
04/06/1998	49	154	20,66	P > 75
20/04/1998	62	165	22,77	P > 85 Excesso de Peso
02/09/1998	58	148	26,48	P > 97 Obesidade
15/01/1998	54	162	20,58	P > 75
27/06/1998	48	144	23,15	P > 90 Excesso de Peso
06/10/1998	40	158	16,02	P > 10
04/10/1998	35	142	17,36	P < 50
03/07/1998	28	144	13,50	P < 3 Baixo Peso
28/10/1998	34	146	15,95	P > 10
27/10/1998	36	146	16,89	P < 50
03/04/1998	46	142	22,81	P > 90 Excesso de Peso
03/03/1998	45	153	19,22	P < 75
05/07/1998	33,5	144	16,16	P > 10
24/06/1997	52	157	21,09	P > 75
06/02/1998	33	140	16,84	P > 25

DATA: 29/04/2010

ESCOLA: Colégio São Martinho do Bispo (Fala – Coimbra)

TURMA: 6º C

Data de Nascimento	Peso (Kg)	Altura (cm)	IMC	Percentil
23/03/1998	45	158	18,03	P > 25
11/07/1996	42	152	18,18	P > 25
15/12/1998	42	152	18,18	P > 50
14/06/1998	60	163	22,58	P > 90 Excesso de Peso
22/10/1998	66	158	26,44	P = 97 Obesidade
08/08/1998	72	165	26,45	P > 95 Obesidade
07/08/1998	39	145	18,55	P > 50
17/04/1998	55	156	22,60	P > 85 Excesso de Peso
24/04/1998	36	143	17,60	P > 50
21/06/1998	43	154	18,13	P > 50
17/02/1998	43	154	18,13	P > 50
13/09/1998	76	162	28,96	P > 97 Obesidade
23/06/1998	51	154	21,50	P > 90 Excesso de Peso
03/12/1998	36	147	16,66	P > 25
22/09/1998	48	153	20,50	P > 75
22/09/1998	37	151	16,23	P = 25
30/12/1996	58	156	23,83	P > 90 Excesso de Peso
07/05/1997	44	156	18,08	P > 25
24/04/1997	35	146	16,42	P < 25
04/04/1998	40	153	17,09	P > 25
06/08/1998	47	150	20,88	P > 75
28/11/1998	58	159	22,54	P > 90 Excesso de Peso
09/01/1998	46	155	19,15	P > 50
25/11/1998	32	152	13,85	P < 3 Baixo Peso
08/04/1998	40	148	18,26	P > 50

DATA: 30/04/2010

ESCOLA: Colégio São Martinho do Bispo (Fala – Coimbra)

TURMA: 5º D

Data de Nascimento	Peso (Kg)	Altura (cm)	IMC	Percentil
15/03/1998	42	151	18,42	P > 50
09/09/1998	33	143	16,14	P < 25
18/07/1999	52	149	23,42	P < 95 Excesso de Peso
14/04/1999	33	140	16,84	P > 50
24/08/1999	32	143	15,65	P > 10
06/04/1998	66	159	20,11	P < 75
03/02/1999	38	147	15,58	P > 10
03/10/1998	42	150	18,67	P > 50
14/10/1999	35	137	18,64	P > 75
19/09/1998	37	152	16,01	P > 10
09/11/1998	42	163	15,81	P < 25
22/07/1999	28,5	134	15,87	P > 25
27/01/1999	30	141	15,09	P < 10 Baixo Peso
30/08/1999	35	145	16,65	P > 25
15/06/1998	42	154	17,71	P > 50
16/05/1998	42	139	21,74	P > 85 Excesso de Peso
29/10/1999	35	146	16,42	P > 25
07/10/1999	25	135	13,72	P < 3 Baixo Peso
21/11/1999	44	145	20,93	P > 90 Excesso de Peso
10/12/1999	26	138	13,65	P < 3 Baixo Peso
04/03/1999	42	142	20,83	P > 90 Excesso de Peso
19/11/1999	37	147	17,12	P > 50

Definições:

Índice de Massa Corporal (IMC) = $\frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Estatura (m)}^2}$

Excesso de peso – IMC entre o percentil 85 e 95 para a idade e sexo

Obesidade – IMC acima do percentil 95 para a idade e sexo

Fonte: Circular Normativa Nº: 05/DSMIA de 21/02/06 da Direção Geral da Saúde. Portugal.

Anexo XII

Folhetos

“ Acidentes Domésticos – Como prevenir...”

“Criança Pedestre”

“Viagem Segura”

Acidentes Domésticos

Como Prevenir...

Os acidentes constituem, na maior parte dos países, a maior causa de morte nos grupos etários da infância e da adolescência, resultando em potenciais anos de vida perdidos, doença, internamento, recurso aos serviços de urgência, incapacidades temporárias ou definitivas. Vidas e famílias destruídas. São, assim, um dos problemas com elevados custos socioeconómicos.

A casa é o cenário onde acontece a esmagadora maioria dos acidentes com crianças. Por todo o lado, estão à mão de semear "ratoeiras" de todo o tipo. E a curiosidade natural das crianças, é um convite à aventura. Sobretudo, quando começam a gatinhar, é o tempo das grandes descobertas.

Surgem mil ideias: chegar às janelas e às prateleiras, subindo às cadeiras e aos bancos; subir e descer escadas; espreitar a lareira ou o fogão de sala; meter-se dentro dos roupeiros ou dos armários esquecidos abertos; todo o tipo de objectos serve para levar à boca; puxam toalhas e naperons de mesas e mobiliário; puxam fios de electricidade... enfim, fazem "trinta por uma linha", como diz a expressão popular.



Telefones úteis

BOMBEIROS: 244 832 122
CIAV: 808 250 143
HOSPITAL: 244 817 000
INEM: 112
POLÍCIA: 244 859 859

Serviço de Pediatria
Hospital do Santa André - Luanda

Projecto desenvolvido por **Pedro Teixeira** no âmbito do Mestrado em Enfermagem Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
 Universidade Católica Portuguesa – Porto 2010

Sem segurança ?? Sinto muito...

Contra capa

Capa

Dicas para uma casa mais Segura.

Cozinha

Fogão: Use os bicos de trás e vire os cabos das panelas para dentro do fogão.

Comida e líquidos quentes: Evite manipular líquidos e alimentos quentes, como sopa ou água a ferver, já que são causas muito frequentes de queimaduras em crianças.

Fósforos e álcool: Mantenha fósforos, isqueiros, álcool e outros produtos inflamáveis fora do alcance das crianças.

Facas e objectos cortantes: Guarde vidros, facas, tesouras, garfos, pregos, etc., em locais fechados e inacessíveis às crianças.

Sacos de Plástico: Evite o risco de sufocação, mantenha os sacos plásticos longe de crianças.

Eletrodomésticos: Desligue todos os eletrodomésticos da tomada, após a sua utilização e arrume em locais seguros e fechados.

Sala

Janelas e sacadas: Instale limitadores de abertura, grades e redes de protecção em todas as janelas e varandas.

Escadas: Coloque corrimão, piso antiderrapante e "barreiras e segurança" (cancelas) no topo e na base das escadas;

Tomadas: Proteja as tomadas com dispositivos de segurança que só possam ser retiradas com a ajuda de uma ferramenta própria e elimine fios soltos e extensões.

Móveis: Proteja as quinas dos móveis e mantenha-os longe de janelas e cortinados.

Armas: Guarde as armas de fogo descarregadas, travadas, em locais fechados à chave e fora do alcance das crianças. As munições coloque num local separado e devidamente trancado.

Quarto

Brinquedos: Compre brinquedos adequados à idade, interesse e nível de habilidade da criança e verifique se os oferecidos são apropriados. Os brinquedos devem ser suficientemente grandes para não poderem ser engolidos e suficientemente resistentes para não lascarem ou partirem.

Berço/cama: Use berço/cama de grades, e assegure-se de que a altura das grades e os espaços entre as barras são adequados (altura mínima 60 cm e espaço entre barras <6cm).

Almofadas: Não coloque almofadas, fraldas, brinquedos, gorros e outros objectos dentro do berço ou da cama do bebé.

Casa de Banho

Banheira: Nunca deixe o seu filho sozinho na banheira, seja qual for a circunstância. Mesmo com água rasa é perigoso.

Água: Verifique a temperatura da água com um termómetro, dorso da mão ou cotovelo, antes do banho.

Sanita: Mantenha a tampa da sanita fechada e trancada. A criança pode afogar-se em apenas 2,5cm de água.

Utensílios e aparelhos: Guarde todos os aparelhos, utensílios afiados e outros fora do alcance da criança.

Produtos tóxicos/ Medicamentos: Guarde medicamentos, vitaminas, cosméticos, produtos de higiene e outros, em lugares seguros e bem fechados.

A vida é deles,
a responsabilidade é nossa!

NOTA: Formato A5, dobrado ao meio

Acidentes Domésticos

Como Prevenir...

Os acidentes constituem, na maior parte dos países, a maior causa de morte nos grupos etários da infância e da adolescência, resultando em potenciais anos de vida perdidos, doença, internamento, recurso aos serviços de urgência, incapacidades temporárias ou definitivas. Vidas e famílias destruídas. São, assim, um dos problemas com elevados custos socioeconómicos.

A casa é o cenário onde acontece a esmagadora maioria dos acidentes com crianças. Por todo o lado, estão à mão de semear "ratoeiras" de todo o tipo. E a curiosidade natural das crianças, é um convite à aventura. Sobreretudo, quando começam a gatinhar, é o tempo das grandes descobertas.

Surgem mil ideias: chegar às janelas e às prateleiras, subindo às cadeiras e aos bancos; subir e descer escadas; espreitar a lareira ou o fogão de sala; meter-se dentro dos roupeiros ou dos armários esquecidos abertos; todo o tipo de objectos serve para levar à boca; puxam toalhas e naperons de mesas e mobiliário; puxam fios de electricidade... enfim, fazem "trinta por uma linha", como diz a expressão popular.

Telefones úteis

BOMBEIROS: 244 832 122
CIAMV: 808 250 143
HOSPITAL: 244 817 000
NEM: 112
POLÍCIA: 244 859 859

Serviço de Pediatria
 Hospital de Santo André - Leiria

Criança + Segura!

Projeto desenvolvido por **Pedro Teixeira** no âmbito do Mestrado em Enfermagem Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria Universidade Católica Portuguesa - Porto 2010

Sem segurança ?? Sinto muito...

Contra capa

Capa

Interior do folheto

Cozinha

Fogão: Use os bicos de traz e vire os cabos das panelas para dentro do fogão.

Comida e líquidos quentes: Evite manipular líquidos e alimentos quentes, como sopa ou água a ferver, já que são causas muito frequentes de queimaduras em crianças.

Fósforos e álcool: Mantenha fósforos, isqueiros, álcool e outros produtos inflamáveis fora do alcance das crianças.

Facas e objectos cortantes: Guarde vidros, facas, tesouras, garfos, pregos, etc., em locais fechados e inacessíveis às crianças.

Sacos de plástico: Evite o risco de sufocação, mantenha os sacos plásticos longe de crianças.

Eletrodomésticos: Desligue todos os eletrodomésticos da tomada, após a sua utilização e arrume em locais seguros e fechados.

Dicas para uma casa mais

Segura.



Sala

Janelas e sacadas: Instale limitadores de abertura, grades e redes de protecção em todas as janelas e varandas.

Escadas: Coloque corrimão, piso antiderrapante e "barreiras e segurança" (cancelas) no topo e na base das escadas;

Tomadas: Proteja as tomadas com dispositivos de segurança que só possam ser retiradas com a ajuda de uma ferramenta própria e elimine fios soltos e extensões.

Móveis: Proteja as quinas dos móveis e mantenha-os longe de janelas e cortinados.

Armas: Guarde as armas de fogo descarregadas, travadas, em locais fechados à chave e fora do alcance das crianças. As munições coloque num local separado e devidamente trancado.

Quarto

Brinquedos: Compre brinquedos adequados à idade, interesse e nível de habilidade da criança e verifique se os oferecidos são apropriados. Os brinquedos devem ser suficientemente grandes para não poderem ser engolidos e suficientemente resistentes para não lascarem ou partirem.

Berço/cama: Use berço/cama de grades, e assegure-se de que a altura das grades e os espaços entre as barras são adequados (altura mínima 60 cm e espaço entre barras <6cm).

Almofadas: Não coloque almofadas, fraldas, brinquedos, gorros e outros objectos dentro do berço ou da cama do bebé.



Casa de Banho

Banheira: Nunca deixe o seu filho sozinho na banheira, seja qual for a circunstância. Mesmo com água rasa é perigoso.

Água: Verifique a temperatura da água com um termómetro, dorso da mão ou cotovelo, antes do banho.

Sanita: Mantenha a tampa da sanita fechada e trancada. A criança pode afogar-se em apenas 2,5cm de água.

Utensílios e aparelhos: Guarde todos os aparelhos, utensílios afiados e outros fora do alcance da criança.

Produtos tóxicos/ Medicamentos: Guarde medicamentos, vitaminas, cosméticos, produtos de higiene e outros, em lugares seguros e bem fechados.

A vida é deles,

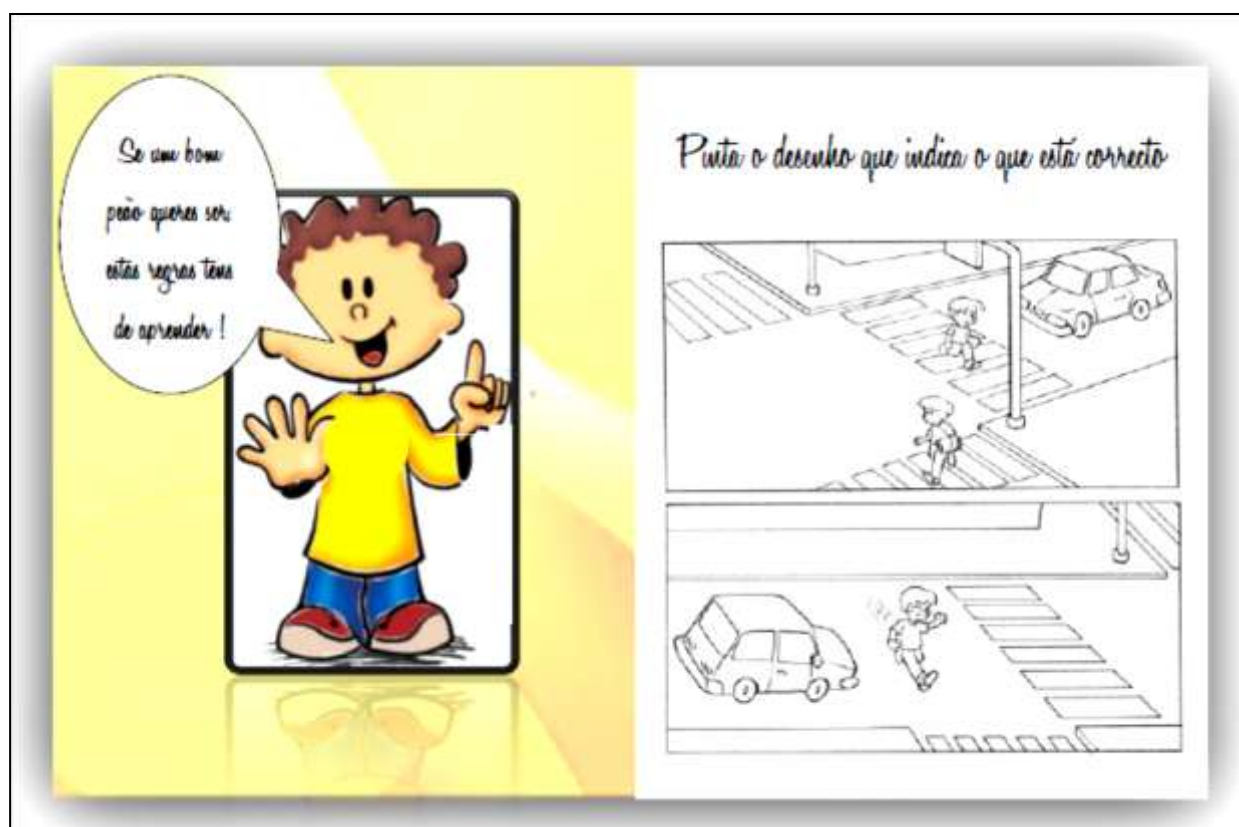
a responsabilidade é nossa!

NOTA: Desdobrável em 3 partes



Contra Capa

Capa do livro



Onde está o perigo?



Procura os erros que os pedestres e os condutores estão a fazer!

Pág. 4

Pág. 5

Respostas



Menino anda no passeio pelo lado esquerdo



Pedestre atravessa a rua fora da passeadeira e a correr



Menino sai do carro pelo lado da rua



Menino atravessa a rua com o sinal vermelho



Criança no banco da frente e sem cinto de segurança



Carro a virar para o lado proibido



Menino atravessa a rua fora da passeadeira



Menino com o cabelo para fora da jaqueta



Menino atravessa a rua a correr, fora da passeadeira e entre os carros

Na rua:

- 1- Andar sempre nos passeios;
- 2- Se houver semáforos, atravessar quando o sinal de pézios estiver verde;
- 3- Em atitudes de rua sem passeios começar sempre pelo teu lado esquerdo;
- 4- Se andares em grupo, em ruas com passeios estreitos ou sem passeios começar

Para atravessar a rua:

- 1- Usar sempre as passeadeiras ou passagens de pézios para atravessar;
- 2- Antes de atravessar a rua, para e olhar sempre para ambos os lados (Esquerda, frente e esquerda);
- 3- Só poder atravessar quando todos os veículos estiverem parados;
- 4- Atravessar a rua a direito e não correr;
- 5- Na passeadeira não brincar. Começar pelo teu direito;
- 6- Para seres visto pelos condutores, não atravessar a rua por entre carros;
- 7- Em ruas chuvosas e à noite usar roupas claras ou material reflector ou roupa, mochila, ténis, etc. para seres visto facilmente.

Pág. 6

Pág. 3



Viagem Segura

O uso de um SRC homologado é obrigatório até aos 12 anos de idade e 150cm de altura, de acordo com o Código da Estrada em vigor.

Alcofa

Grupo 0



PESO: Até 10 kg (só para casos especiais)
IDADE: Até 9 meses
POSIÇÃO: De lado
LUGAR: Banco de Trás

PESO: Até 13 kg
IDADE: Até 12 –18 meses
POSIÇÃO: Virado para trás
LUGAR: Banco de Trás



Bebé Conforto ou Conversível

Grupo 0+

Cadeirinha

Grupo 0+ / I



PESO: Até 18 kg
IDADE: 12meses – 3/4anos ou 18meses - 3/4 anos
POSIÇÃO: Virado para trás/ Virada para frente
LUGAR: Banco de Trás

PESO: 9 - 18 kg
IDADE: 8 meses - 4 anos
POSIÇÃO: Virado para a frente
LUGAR: Banco de Trás



Cadeira

Grupo I

Assento elevatório ou Booster

Grupo II / III ou III



PESO: 15 - 36 kg ou 22 - 36 kg
IDADE: 4/6 - 12 anos ou 8/9 - 12 anos
POSIÇÃO: Virado para frente
LUGAR: Banco de Trás

A Partir dos 12 anos e 150 cm de altura a criança pode usar apenas o sinton de segurança do automóvel

Sem segurança ?? Sinto muito...

NOTA: Folheto em Formato A5 (frente e verso)

A cada criança a sua cadeira – A escolha da cadeira deve ser sempre efectuada em função do peso e idade da criança. A norma europeia subdivide o peso em “Grupos de Massa” ou seja, faixas de peso nas quais são classificadas as cadeiras auto.

Idade	Grupo	0	0+	I	II	III
	Peso	0 -10 kg	0 -13 kg	9 - 18 kg	15 - 25 kg	22 - 36 kg
12 anos						
11 anos						
10 anos						
9 anos						
8 anos						
7 anos						
6 anos						
5 anos						
4 anos						
3 anos						
2 anos						
Até 1 ano						
Até 9 meses	Alcofa *					

Os SRC aprovados pelas normas europeias têm uma etiqueta que prova a sua homologação. Antes de comprar um SRC verifique a etiqueta.

Etiqueta de um SRC homologado - Leitura

UNIVERSAL →

UNIVERSAL: Compatível com todos os modelos de automóveis

Y 0 -13 KG →

Y: Cadeira com arnês
0-13kg: Intervalo de peso da criança

E2 →

E: Produto homologado
2: País produtor e que homologou

049017 →

04: Nº da emenda do regulamento
9017: Nº de homologação

Telefones úteis

POLÍCIA: 244 859 859
INEM: 112
HOSPITAL: 244 817 000
BOMBEIROS: 244 832 122

UCEP
Hospital de Santo André - Lousã

Desenvolvido por **Pedro Teixeira** no âmbito do Mestrado em Enfermagem
Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa – Porto 2010

Anexo XIII

Posters:

“Acidentes na Infância – A vida é deles a responsabilidade é nossa!

“ Casa Segura – Dicas para uma casa mais segura...”

“ Alta Segurança”

Acidentes na Infância

Os Acidentes na Infância são a principal causa de mortalidade e morbilidade em crianças até aos 18 anos

Acidentes constituem, no maior parte dos países, o maior causa de morte e morbilidade nos grupos etários da infância e da adolescência, resultando em potenciais anos de vida perdidos, doença internamente, recurso aos serviços de urgência, incapacidades temporárias ou definitivas. Vidas e famílias destruídas. São, assim, um dos problemas com elevados custos sócio-económicos.

Criança
+
Segura!

Sem segurança ?? Sinto muito...

A Vida é deles, a responsabilidade é nossa !

Projecto desenvolvido por Pedro Teixeira no âmbito do Mestrado em Enfermagem
Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa - Porto 2010

Grupo de Urgência Pediátrica
Hospital de Santo André - Lisboa

NOTA: Poster com uma dimensão Real: 97cm X 79cm

Casa Segura

Dicas para uma casa mais segura ...



A sua casa deve ser segura e tranquilizadora para os seus filhos.
Por isso, desde cedo e até à idade "crítica" de 60 meses, a segurança
da casa é uma prioridade máxima. Sabendo quando começar a
jardinar, é o tempo das grandes descobertas.



Plantas e Animais

Evite ter as plantas toxicas no interior da casa.
Evite acidentalmente o acesso de crianças e animais à casa de vidro ou a
caixas.
Evite animais como tartaruga, cobra e iguana, pelo risco elevado de acidentes.



Brinquedos

Comprar brinquedos adequados à idade, altura e nível de habilidade da criança e veri-
ficar se os brinquedos são apropriados.
Os brinquedos devem ser guardados em caixas e recolher os brinquedos para não
ficarem no chão.



Casa de banho

Não deixe a criança sozinho no banheiro em nenhuma situação.
Verifique o temperatura da água do banho com termómetro, antes de usar ou colocar a
cabeça da criança.
Mantenha o tempo do banho limitado e controlado. A criança pode afogar-se em apenas 25
cm de água.
Evite medicamentos, cremes, produtos de higiene e outros, no local seguras e fechados, e
evite a criança a entrar no local sem a supervisão dos pais.



Quarto

Não coloque brinquedos, pedras, brinquedos e outros objetos no chão ou sobre do espaço.
Um brinquedo / casa deve ser guardado em caixas e recolher os brinquedos antes mesmo dos 60cm e
após entre horas (8h).



Sala

Coloque barreiras de segurança, grades e rede de segurança, nos pontos e locais onde a criança
pode cair.
Aplique o tapete, para evitar quedas e acidentes nos locais.
Proteja os cantos das mesas e mantenha-os longe de paredes e cantadas.
Proteja todos os fios e cabos e coloque-os fora do alcance da criança.
Limpe os locais de proteção para de acidentes, brinquedos, brinquedos e outros pontos de colisão, pelo risco de quedas.



Cozinha

Use o tipo de fogão e não deixe os cabos das panelas para dentro do fogão.
Evite usar panelas ligadas e desligadas quente.
Coloque cabos, fios e outros objetos cortantes no exterior ou longe de fogueiras e aquecedores a gás.
Mantenha líquidos e outros produtos inflamáveis fora do alcance da criança.
Dedique todo o estabelecimento de cozinha e cozinha para utilização.
Mantenha o local limpo e livre de resíduos e lixo.

Grupo de Trabalho Pediatras
Hospital de Santo André - Lisboa

Criança
+
Segura!

Sem segurança ?? Sinto muito ...

Projecto desenvolvido por Pedro Teixeira na âmbito do Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa - Porto, 2010

NOTA: Poster com uma dimensão Real: 97cm X 79cm

Alta Segurança

Regras para o Transporte de Crianças em Automóvel desde a alta da Maternidade

O sistema de retenção para crianças (SRC) deve ser adquirido antes do nascimento. Os recém-nascidos e as crianças têm de ser sempre transportados num dispositivo de retenção homologado, de acordo com o regulamento 44 ECE/UN, versão 03 ou 04, e adequado à idade, estatura e peso, de modo a proporcionar as condições necessárias a uma viagem de automóvel segura.



O uso de um SRC homologado é obrigatório até aos 12 anos de idade e 150 cm de altura, de acordo com o Código da Estrada em vigor.

O uso de SRC reduz, entre 90 e 95%, a ocorrência de morte ou ferimentos graves em crianças.

Os SRC para crianças são classificados em 5 grupos de peso: 0, 0+, I, II, III. A cada grupo corresponde um intervalo de peso.

Alguns SRC podem abranger mais que um grupo de peso.

Utilizar sempre um SRC adequado à idade e peso da criança e bem instalado.

O SRC deve ser preso com o sinto de segurança ou através de um sistema Isofix num lugar sem airbag frontal activo.

As crianças devem viajar de costas para o sentido da marcha até aos 18m e idealmente até aos 3-4 anos.

Crianças com mais de 15kg já podem usar como SRC a cadeira de apoio ou banco elevatório.



GRUPO: 0+
PESO: Até 13 kg
IDADE: Até 12 - 18 meses
POSIÇÃO: Virado para trás
LUGAR: Banco de trás



GRUPO: 0+/I ou I
PESO: Até 18 kg
IDADE: 12 meses - 3/4 anos
POSIÇÃO: Virado para trás
LUGAR: Banco de trás

GRUPO: 0+/I ou I
PESO: Até 18 kg
IDADE: 18 meses - 3/4 anos
POSIÇÃO: Virado para a frente
LUGAR: Banco de trás

GRUPO: II/II
PESO: 15 - 30kg
IDADE: 4/6 anos - 12 anos
POSIÇÃO: Virado para a frente
LUGAR: Banco de trás



GRUPO: II/II ou II
PESO: 15 - 30kg ou 22 - 30kg
IDADE: 7/8 anos - 12 anos
POSIÇÃO: Virado para a frente
LUGAR: Banco de trás



IDADE: 12 anos ou mais
ALTURA: 1,50 m
POSIÇÃO: Virado para a frente
LUGAR: Banco de trás



Sem segurança ?? Sinto muito...

Projeto desenvolvido por Pedro Teixeira no âmbito do Mestrado em Enfermagem - Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa - Porto 2010

NOTA: Poster com uma imensão Real: 97cm X 79cm

Anexo XIV

Norma de Atuação “ Colheita Assética de Urina”



NORMA DE ATUAÇÃO

Colheita Asséptica de urina

DESTINATÁRIOS

Profissionais de saúde médicos e Enfermeiros do Centro de Saúde de São Martinho do Bispo - Coimbra

	IDENTIFICAÇÃO	DATA
ELABORADO POR:	Enfermeira Ilda Duarte Enfermeiro Pedro Teixeira	2010 / 05 / 11
APROVADO		

MAPA DE REVISÕES

REVISÃO	PÁGINA	MOTIVO	DATA	RESPONSÁVEL

<p>1. OBJECTIVOS</p> <p>Gerais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Uniformizar as práticas e cuidados a ter na colheita de amostra de urina; • Criar um documento de suporte para avaliação e controle da prática; • Promover a qualidade dos cuidados;
<p>Específicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Normalizar a metodologia de trabalho relacionada com a colheita de amostras de urina; • Definir um conjunto de procedimentos relacionados com a colheita de urina; • Proporcionar informação adequada aos profissionais de saúde sobre cuidados e procedimentos a respeitar na colheita de amostra de urina; • Fornecer recomendações para a execução técnica uniforme na colheita de amostra de urina.
<p>2. ÂMBITO</p>	<p>O presente documento destina-se a todos os profissionais do Centro de Saúde de São Martinho do Bispo envolvidos na colheita de amostras de urina.</p>
<p>3. RESPONSABILIDADE</p>	<p>É da responsabilidade do Sr. Diretor e da Sr.^a Enfermeira Chefe do Centro de Saúde de São Martinho do Bispo coordenar a aprovação, atualização e controlo do presente documento e promover a sua divulgação e utilização.</p>
<p>4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS</p>	<p>CSSMB – Centro de Saúde de São Martinho do Bispo.</p> <p>Urina – Líquido orgânico, produzido pelo rim e eliminado pelas vias urinárias; passa do bacinete para o uréter, penetra na bexiga, onde se acumula para seguidamente ser eliminada pela uretra.</p> <p>Urinar – Ato de expelir urina, voluntariamente ou não.</p> <p>Meato Urinário – Orifício inferior da uretra.</p> <p>Colheita – Ato de proceder à obtenção da “amostra biológica” para análise.</p> <p>Amostra – Produto biológico resultante da colheita e sobre o qual vão ser efetuados um ou mais exames.</p>

5.REFERÊNCIAS

- BOWDEN, Vicky R.; GREENBERG, Cindy Smith – Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A, 2005. pp 257-275.
- MALLET, Jane; DOUGHERTY, Lisa – Manual de Procedimentos clínicos de enfermagem. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.
- MANUILA, L; e tal – Dicionário Médico. 3ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2004.
- NETTINA, Sandra M. – Prática de Enfermagem. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A, 2007. pp 729-735.

6. PROCEDIMENTOS

Considerações Gerais

- Esta norma visa demonstrar como é efetuada a colheita de amostra de urina asséptica pelos vários métodos de colheita com o objetivo de uniformizar procedimentos no seio da equipa de saúde do CSSMB;
- A urina na bexiga é estéril, porém, com exceção da colheita efetuada por punção suprapúbica, todos os métodos propiciam a contaminação da urina com a microbiótica uretral;
- A colheita de amostra de urina deverá ocorrer sempre antes do início de antibioterapia;
- A colheita de urina deve seguir os procedimentos de técnica rigorosa, evitando ao máximo a contaminação da urina pela microbiótica genital;
- Tornar regra, sem exceção, que todas as colheitas de amostras de urina serão realizadas tendo em conta os procedimentos que constam na presente norma;
- No caso das crianças até 2 anos, por ainda apresentar dificuldade no controlo dos esfíncteres, sempre que se considere difícil e/ou mesmo impossível a colheita através da colocação de saco coletor de urina, poderá a mesma ser efetuada por cateterismo vesical;
- Deve ser usado material estéril e técnica asséptica ao longo de todo o procedimento para evitar infeções ou contaminação da colheita de amostra de urina;
- A amostra de urina deve ser imediatamente processada após a sua colheita;
- Caso não seja possível o seu processamento imediato, a amostra de urina deverá ser mantida a temperatura igual ou inferior a 4°C até ao máximo de 4h;
- Nunca colher urina de arrastadeiras, urinol ou saco de algália;
- Sempre que possível colher amostra de urina por jacto médio.

7. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

7.1 - Procedimentos Gerais

Tendo em consideração as técnicas de colheita de urina apresentadas neste documento, enunciam-se como procedimentos gerais a respeitar:

- Lavar as mãos;
- Preparar todo o material necessário previamente;
- Preparar o ambiente: Tranquilo, bem iluminado e com privacidade;
- Informar o cliente ou acompanhante sobre o procedimento a realizar solicitando a sua colaboração sempre que possível;
- Posicionar o cliente confortavelmente
- Efetuar os registos considerados necessários;
- Deixar o local onde se processou a colheita devidamente limpo.

7.2 - Métodos de Colheita de Urina

Amostras satisfatórias podem ser obtidas pelos seguintes métodos de colheita:

Métodos não Invasivos

- Jacto Médio;
- Saco Coletor (em crianças e/ou clientes incontinentes).

Métodos Invasivos

- Cateterismo Vesical;
- Punção Supra Púbrica;









A escolha do método de colheita a usar, para além do estado geral do cliente, deverá adequar-se à idade e ao índice de suspeição:

Idade / Suspeição	<12 Meses	1 – 3 Anos	> 3 Anos
Elevado Índice de suspeição	Punção Vesical	Cateterismo Vesical	Jacto Médio
Médio ou Baixo Índice de suspeição	Saco Coletor	Saco Coletor	Jacto Médio


7.2.1 – Colheita do Jacto Médio


- A colheita de urina do jacto médio é o método mais utilizado, por não ser invasivo e pela relativa confiabilidade, quando realizado com a técnica correta e adequada.
- É recomendável colher a primeira urina da manhã, se não for possível, colher amostra após 2 a 3 horas de retenção urinária.
- Na lavagem dos genitais não usar antissépticos, pois interfere com o crescimento microbiano.


Colheita do Jacto médio na mulher


 <p>1</p>	 <p>2</p>	 <p>3</p>	 <p>4</p>
<p>Lavar as mãos antes de iniciar a colheita.</p>	<p>Com os dedos, indicador e médio, da mão esquerda afastar os grandes lábios para melhor higiene do meato uretral.</p>	<p>Lavar a região genital com água e sabão. Enxague com abundância.</p>	<p>Lavar da frente para traz com compressas embebidas em água e sabão, 2 a 5 vezes com uma compressa de cada vez.</p>
 <p>5</p>	 <p>6</p>	 <p>7</p>	 <p>8</p>
<p>Iniciar a micção desperdiçando o primeiro jacto de urina.</p>	<p>Sem interromper a micção, colher o jacto intermédio para recipiente esterilizado (10 a 20 cm³).</p>	<p>Continuar a urinar mas desprezar jacto final da urina.</p>	<p>Evitar manipulação excessiva da amostra de urina, colocando-a diretamente no recipiente apropriado.</p>


Colheita do Jacto médio no homem


- 


Lavar as mãos antes de iniciar a colheita.
- 


Expor bem a glânde retraído o prepúcio (manter o prepúcio retraído até ao fim).
- 

Lavar a região genital com água e sabão. Enxague com abundância.
- 

Secar bem com compressas esterilizadas.
- 

Iniciar a micção desperdiçando o primeiro jacto de urina.
- 

Sem interromper a micção, colher o jacto intermédio para recipiente esterilizado (10 a 20 cm³).
- 

Continuar a urinar mas desprezar jacto final da urina.
- 

Evitar manipulação excessiva da amostra de urina, colocando-a diretamente no recipiente apropriado.

7.2.2 – Colheita por Saco coletor

Este método de colheita de amostra de urina esta especialmente indicado em crianças sem controle de esfínteres e/ ou clientes com incontinência.



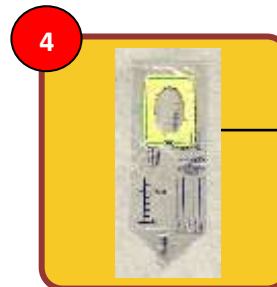
Lavar as mãos cuidadosamente antes de iniciar a colheita.



Lavar bem os genitais, com compressas embebidas em água e sabão (não utilizar antissépticos)
A – Lavar da frente para trás;
B – Lavar em movimentos circulares do meato uretral para a base da glândula.

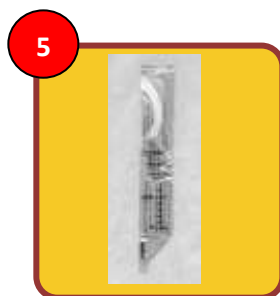


Secar bem os genitais com compressa esterilizada (respeitando os procedimentos referidos em 2A e 2B)

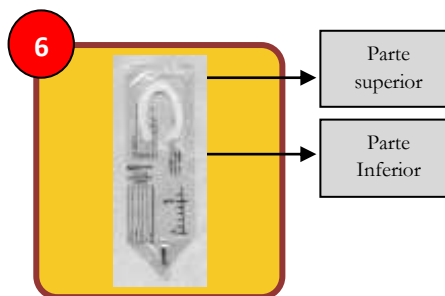


Proteção

Retirar o papel da superfície adesiva do saco coletor (amarelo ou branco);



Dobrar ao meio, deixando a parte adesiva do saco coletor para fora, para poder colar na criança.



Colar a PARTE INFERIOR do adesivo na região interglútea, de modo que o saco coletor fique para baixo e depois colar a parte superior do adesivo, na pele da criança, para evitar fuga de urina;

- Nos meninos, o pênis e bolsas escrotais devem ficar introduzidos na abertura do saco coletor. Na menina, abrir os grandes lábios do órgão genital e colar a PARTE SUPERIOR do adesivo, garantindo que o canal uretral fique dentro da abertura do saco, para evitar fuga de urina.
- Após ter urinado, descolar cuidadosamente o saco coletor;
- Fechar o saco coletor colando a metade superior do adesivo sobre a metade inferior;
- Colocar o saco cuidadosamente no interior de um frasco esterilizado;

Se ao fim de 30 minutos não tiver urinado, retirar o saco coletor e repetir todo o procedimento anterior.

7.2.3 – Colheita por Cateterismo vesical

O próprio cateterismo vesical para colheita de urina implica um risco de infecção, porém esta técnica pode ser utilizada quando não é possível obter amostra de urina espontânea ou a punção suprapúbica é contra indicada.

- Posicionar em supinação com abdução das coxas;
- Desinfetar o meato urinário e região adjacente;
- Escolher um cateter de calibre menor, minimizando o risco de traumatismo da uretra;
- Aplicar solução lubrificante na extremidade do cateter a ser utilizado;
- No sexo masculino realizar a retração do prepúcio de forma a expor o meato urinário, posicionando o pênis perpendicularmente ao abdómen inferior de forma a retificar a uretra (Fig.1). Introduzir lentamente o cateter palpando o seu avanço ao longo do dorso do pênis, até ao retorno de urina;



Fig.1 Cateterismo vesical no sexo masculino

- No sexo feminino afastar os grandes lábios de forma a expor o meato uretral, introduzindo lentamente o cateter até ao retorno de urina (Fig.2);



Fig.2 Cateterismo vesical no sexo feminino

- Desperdiçar a porção inicial de urina e colher a seguinte de forma a prevenir a contaminação da amostra por germens da uretra.

7.2.4 – Colheita por Punção Suprapúbica (PSP)

Esta técnica invasiva de colheita de amostra de urina está particularmente indicado nos casos:

- Resultados repetidamente duvidosos e/ou inconclusivos de culturas de urina obtidos por outras técnicas;
 - Recém-nascidos ou crianças pequenas;
 - Suspeita de infeção por anaeróbios;
 - Situações em que está contraindicado o cateterismo vesical.
-
- O Cliente deve ter a bexiga cheia;
 - Desinfetar a pele da região suprapúbica com solução antisséptica;
 - Com agulha e seringa esterilizada, puncionar a pele e bexiga ao nível do 1/3 inferior da linha que une o umbigo à sínfise púbica;
 - Aspirar a urina e colocá-la em recipiente esterilizado;
 - Processar de imediato a amostra de urina.

Anexo XV

Norma de Atuação “ Armazenamento, Transporte, Manipulação e
Administração de Vacinas”



NORMA DE ATUAÇÃO

Armazenamento, Transporte, Manipulação e
Administração de Vacinas

DESTINATÁRIOS

Profissionais de saúde médicos e Enfermeiros do Centro
de Saúde de São Martinho do Bispo

	IDENTIFICAÇÃO	DATA
ELABORADO POR:	Enfermeira Ilda Duarte Enfermeiro Pedro Teixeira	2010 / 05 / 25
APROVADO		

MAPA DE REVISÕES

REVISÃO	PÁGINA	MOTIVO	DATA	RESPONSÁVEL



NORMA DE ACTUAÇÃO

Armazenamento, Transporte, Manipulação e Administração de Vacinas

1. OBJECTIVOS	
Gerais	<ul style="list-style-type: none">• Uniformizar as práticas e cuidados a ter com o armazenamento, transporte, manipulação e administração de vacinas;• Criar um documento de suporte para avaliação e controle da prática;• Promover a qualidade dos cuidados;
Específicos	<ul style="list-style-type: none">• Normatizar a metodologia de trabalho relacionada com o armazenamento, transporte, manipulação e administração de vacinas;• Definir um conjunto de procedimentos relacionados com o armazenamento, transporte, manipulação e administração de vacinas;• Proporcionar informação adequada aos profissionais de saúde sobre cuidados e procedimentos a respeitar no armazenamento, transporte, manipulação e administração de vacinas;• Fornecer recomendações para a execução técnica uniforme na vacinação.
2. ÂMBITO	O presente documento destina-se a todos os profissionais do Centro de Saúde de São Martinho do Bispo envolvidos no armazenamento, transporte, manipulação e administração de vacinas.
3. RESPONSABILIDADE	É da responsabilidade do Sr. Diretor e da Sr. ^a Enfermeira Chefe do Centro de Saúde de São Martinho do Bispo coordenar a aprovação, atualização e controlo do presente documento e promover a sua divulgação e utilização.
4. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS	<p>CSSMB – Centro de Saúde de São Martinho do Bispo.</p> <p>Programa Nacional de Vacinação (PNV) – Programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal. Apresenta um esquema de vacinação recomendado que constitui uma “Receita universal”</p> <p>Vacina – É uma substância constituída por agentes microbianos de virulência atenuada que induz no indivíduo um estado de imunidade específica.</p> <p>Vacinação – Ato de Vacinar;</p> <p>Rede de Frio – Equipamento e pessoas que contribuem para manter as vacinas em condições adequadas à manutenção da sua eficácia, ao longo das diferentes etapas: fabrico, armazenamento, distribuição e administração.</p> <p>Sala de Vacinação – Local físico destinado à administração dos imunobiológicos / Vacinas</p> <p>Oportunidade de vacinação perdida – quando uma criança e/ou adulto, encontrando-se aptos para ser vacinados não recebem a imunização quando em contacto com os serviços de saúde.</p>

5. REFERÊNCIAS

- Circular Normativa nº12/DST de 26/03/94 – REDE DE FRIO
- Circular Normativa n.º 08/DT de 21/12/2005, revista.
- Despacho n.º 8378/2008 (2.ª série), publicado no *Diário da República*, n.º 57, de 20 de Março de 2008
- www.min-saude.pt
- www.saudepublica.web.pt
- MANUIA, L; e tal – Dicionário Médico. 3ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2004.
- SAÚDE, Direção Geral da – Programa Nacional de Vacinação 2006: Orientações técnicas. Lisboa: DGS, 2005.

6. CONSIDERAÇÕES

Considerações Gerais

- Esta norma visa enunciar os cuidados / Procedimentos a adotar com o armazenamento, transporte, manipulação e administração de vacinas com o objetivo de uniformizar procedimentos no seio da equipa de saúde do CSSMB;
- As vacinas permitem salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer outro tratamento médico” (Circular Normativa N°08/DT de 21/12/2005);
- A Vacina tem o objetivo de conseguir níveis de anticorpos capaz de responder rapidamente quando existe contacto com o agente.
- As vacinas são o meio mais eficaz e seguro de proteção contra certas doenças. Mesmo quando a imunidade não é total quem está vacinado tem maior capacidade de resistência na eventualidade da doença surgir;
- Não basta vacinar-se uma vez para se ficar devidamente protegido. Em geral, é preciso receber várias doses da mesma vacina para que esta seja eficaz. Outras vezes é também necessário fazer doses de reforço, nalguns casos ao longo de toda a vida;
- A vacinação, além de proteção pessoal, traz também benefícios para toda a comunidade, pois quando a maior parte da população está vacinada interrompe-se a transmissão da doença;
- O PNV é da responsabilidade do Ministério da saúde e integra as vacinas consideradas mais importantes para defender a saúde da população portuguesa;
- As vacinas que integram o PNV podem ser alteradas de um ano para o outro, em função da adaptação do programa às necessidades da população, nomeadamente pela integração de novas vacinas;
- Aos profissionais de saúde compete divulgar o programa, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar.
- Tornar regra, sem exceção, que todos os procedimentos que envolvam vacinas serão realizados tendo em conta os princípios que constam na presente norma;

7. OBJECTIVOS DA VACINAÇÃO

- Contribuir para a franca redução e //ou erradicação da incidência e da mortalidade por doenças infecciosas;
- Salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença.

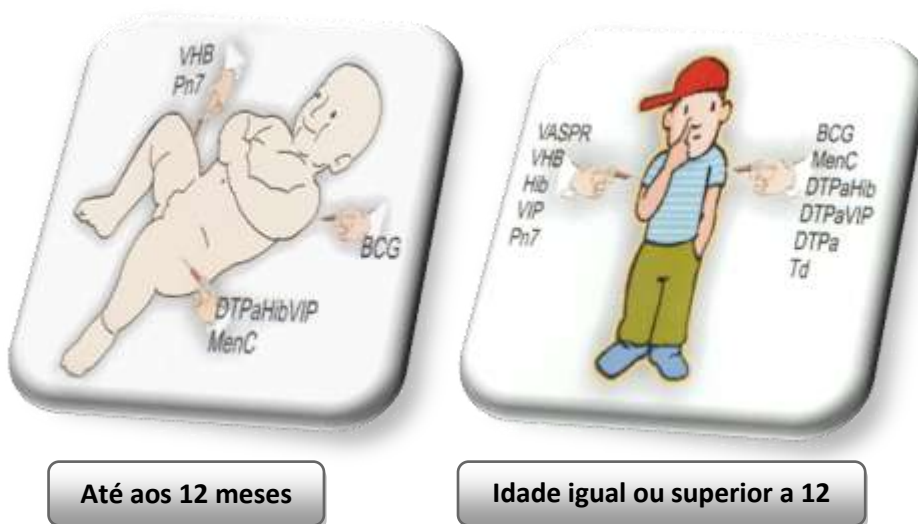
8. TIPOS DE VACINAS

Vivas Atenuadas – modificação do agente para diminuir o seu poder patogénico
Vacinas Mortas ou Inativadas – contem parte do agente ou somente as toxinas;
Vacinas de Recombinação Genética

9. LOCAIS ANATÓMICOS DE ADMINISTRAÇÃO

Antes dos 12 meses de idade, as vacinas devem ser inoculadas nas coxas (exceto a **BCG**) e, a partir dessa idade, na parte superior do braço (Fig. 1).

Fig. 1 – Locais anatómicos para administração



- Após a administração da **BCG**, a região deltóide do braço esquerdo só pode ser inoculada com outra vacina depois de decorridos 3 meses;
- Depois dos 2 meses de idade, só deve ser administrado BCG após prova tuberculínica negativa
- Após os 12 meses de idade, quando não existir desenvolvimento suficiente da parte superior do braço, podem ser administradas vacinas nas coxas;
- Nos casos em que haja necessidade de administrar mais do que uma vacina no mesmo membro, as injeções devem ser distanciadas de, pelo menos, 2,5 a 5 cm;
- As vacinas de administração intramuscular nunca devem ser inoculadas no músculo nadegueiro /Glúteo;
- Nos casos em que as vacinas sejam administradas em locais anatómicos diferentes dos aconselhados é obrigatório o registo do local anatómico onde cada uma das vacinas foi administrada, no Boletim Individual de Saúde/Registo de Vacinações – BIS, na Ficha Individual de Vacinação ou no módulo de vacinação do SINUS.

10. ESQUEMA DE VACINAÇÃO

10.1 – Esquema cronológico recomendado

O esquema de vacinação recomendado tem como objetivo obter a melhor proteção, na idade mais adequada e o mais precocemente possível.

Vacinas	Idades										
	0 Meses	2 Meses	3 Meses	4 Meses	5 Meses	6 Meses	15 Meses	18 Meses	5-6 Anos	10-13 Anos	Toda Vida 10/10 Anos
BCG	BCG										
VIP		VIP1		VIP2		VIP3			VIP4		
DTPa		DTPa1		DTPa2		DTPa3		DTPa4	DTPa5	Td	Td
Hib		Hib1		Hib2		HIB3		Hib4			
VHB	VHB1	VHB2				VHB3				VHB(b) 1, 2, 3	
VASPR							VASPR1		VASPR2 (a)		
MenC			MenC1		MenC2		MenC3				
HPV										HPV 1, 2, 3	

(a) VASPR: nos nascidos em 1993 que ainda não receberam a 2ª dose de VASPR, a VASPR2 deve ser administrada aos 13 anos de idade;
 (b) VHB: aplicável apenas aos nascidos <1999, não vacinados, segundo o esquema 0, 1 e 6 meses.

Legenda	BCG – Tuberculose VHB – Hepatite B VASPR – Sarampo, Papeira e Rubéola meningococo Hib – Doenças causadas por Haemophilus Influenzae tipo b HPV – Infecções por vírus do papiloma humano	DTP – Difteria, Tétano e Tosse Convulsa VIP – Poliomielite MenC – Meningite e septicemias causadas pela bactéria Td – Tétano e Difteria PT – Prova Tuberculina
---------	---	--

10.2 – Esquema cronológico em atraso (<7 anos de idade)

Vacinas	Visitas / Idades							Toda a vida 10/10 anos	
	1ª Visita	1 mês depois da 1ª visita	72 h depois da visita anterior	2 meses depois da 1ª visita	8 meses depois da 1ª visita	5-6 anos	10-13 anos		
BCG		PT (b)	BCG (c)						
VIP	VIP1	VIP2		VIP3 (d)		VIP4 ((d)			
DTP	DTPa1	DTPa2		DTPa3	DTPa4	DTPa5 (e)	Td	Td	
Hib	Hib1 (a)	Ver Quadro IIIa) no PNV							
VHB	VHB1	VHB2			VHB3				
VASPR	VASPR1					VASPR2 (f)			
MenC	MenC1	Ver Quadro III b) no PNV							

(a) A vacina Hib apenas é recomendada a crianças com menos de 5 anos de idade.
 (b) Na 2ª visita (um mês após a 1ª), deve ser efectuada a prova tuberculínica (PT) em crianças sem registo de vacinação com BCG e sem cicatriz vacinal.
 (c) A quando da leitura da prova tuberculínica, as crianças cuja prova seja negativa serão vacinados com BCG.
 (d) Entre a VIP3 e a VIP4 deve decorrer um intervalo mínimo de 4 semanas. A VIP4 apenas será administrada às crianças cuja VIP3 se efectuou antes dos 4 anos de idade, mas todos os casos que tenham recebido um esquema misto VAP e VIP, devem receber a VIP4.
 (e) A DTP5 apenas será administrada às crianças cuja DTP4 se efectuou antes dos 4 anos de idade, com um intervalo recomendado de 3 anos, podendo aplicar-se os intervalos mínimos referidos no quadro II no Anexo I.
 (f) Entre a VASPR1 e a VASPR2 deve decorrer, pelo menos, 1 mês.

Continuação...

10.3 – Esquema cronológico tardio (7 - 18 anos de idade)

Vacinas	Visitas / Idades					
	1ª Visita	1 mês depois da 1ª visita	72 h depois da visita anterior	7 meses depois da 1ª visita	10 – 13 anos	Toda a vida 10/10 anos
BCG		PT (b)	BCG (d)			
VIP	VIP1	VIP2		VIP3		
Td	Td1	Td2		Td3 (e)	Td4 (e)	Td
VHB	VHB1	VHB2		VHB3		
VASPR	VASPR1	VASPR2 (c)	VASPR2 (c)			
MenC	MenC					

(a) A partir dos 7 anos de idade (inclusive), a vacina DTP é substituída pela vacina Td.

(b) Na 2ª visita (1 mês após a 1ª), deve ser efetuada a prova tuberculínica (PT) em crianças / adolescentes, sem registo de vacinação com BCG e sem cicatriz vacinal.

(c) A VASPR2 pode ser administrada na 2ª visita (1 mês após a 1ª), nas crianças já vacinadas com BCG. As crianças que não foram vacinadas com BCG e necessitam de efetuar a prova tuberculínica, serão vacinadas com a VASPR, aquando da sua leitura após 72 h.

(d) Aquando da leitura da prova tuberculínica, as crianças / adolescentes cuja prova seja negativa serão vacinados com BCG.

(e) Entre a Td3 e a Td4 recomenda-se um intervalo de, pelo menos, 3 anos, podendo aplicar-se os intervalos mínimos a que faz referência o quadro III no Anexo I, se necessário. Se a Td3 for administrada aos 10 ou mais anos de idade, a Td4 deve ser administrada 10 anos mais tarde.

10.4 – Vacinas extra PNV mais frequentes

Vacinas Contra	Nome Comercial	Número de doses	Via de Administração	Conservação
Hepatite A	Avaxim Havrix	1 dose. A partir dos 16 anos	IM	2°C – 8°C Não congelar. Proteger da luz.
Bacteriémia, Septicémia, Pneumonia bacteriémica	Prevenar	3 doses (3, 5, 7 meses) 2 doses após os 12 meses com um intervalo de 2 meses entre doses.	IM	
Febre Amarela	Stamaril	1 dose. A partir dos 6 meses	SC (Preferencialmente) ou IM	
Gripe	Fluad Instivax Influvax	1 dose	IM	
Pneumonia	Pneumo 23	1 dose. A partir dos 2 anos.	SC ou IM	
Rotavirus	Rotarix	2 doses com um intervalo de pelo menos quatro semanas entre as doses. A partir das 6 semanas de idade.	ORAL	
Varicela	Varivax® Varilrix®	2 doses, com intervalo mínimo de 3 meses, para as crianças entre 12 meses e 12 anos de idade. A partir dos 13 anos o intervalo deve ser de 4 a 8 semanas (Varivax®) ou de 6 a 8 semanas (Varilrix®).	SC	

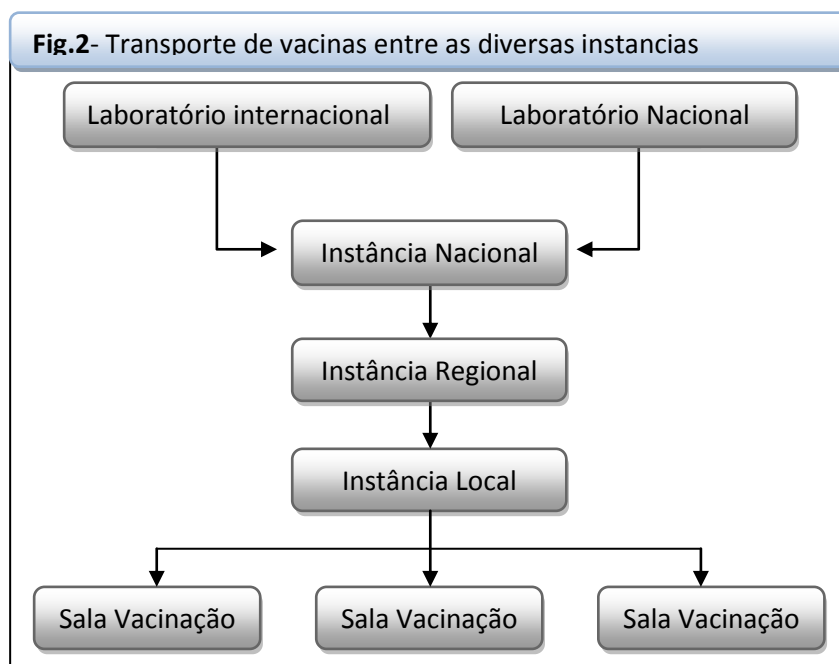
11. DESCRIÇÃO DAS VACINAS	No Anexo I encontra-se uma descrição pormenorizada das vacinas que integram o PNV.
----------------------------------	--

12. CONTRA-INDICAÇÕES DA VACINAÇÃO	<p><u>12.1 – Contra – Indicações</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Doença aguda, febre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ • Reações secundárias graves após uma dose anterior • Doenças do foro neurológico • Reações de hipersensibilidade grave a componentes vacinais (antibióticos, gelatinas e ovo) • Gravidez (vacinas vivas) • Alterações imunitárias (imunodeficiência congénita, imunodepressão devido a patologia maligna, imunossupressão associado a certas terapêuticas). <p><u>12.2 – Falsas Contra – Indicações</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Malnutrição; • Doenças benignas (febre $< 38,5^{\circ}\text{C}$); • Alergias, asma ou outras manifestações atópicas; • Dermatoses, eczemas ou infeções cutâneas localizadas; • Doença crónica cardíaca, pulmonar, renal ou hepática; • Doenças neurológicas não evolutivas (paralisia cerebral) • História de icterícia neonatal • Prematuridade • Baixo peso à nascença (exceto para o BCG e 1ª dose de VHB – peso ≥ 2000 g) • Aleitamento materno • História anterior de sarampo, parotidite ou rubéola • Exposição recente a uma doença infecciosa • Terapêutica antibiótica concomitante (exceto Tuberculostáticos) • Convalescença de doença
---	--

As vacinas, por sua composição, são produtos suscetíveis aos agentes físicos tais como a luz e o calor. O calor é bastante prejudicial por acelerar a inativação dos componentes das vacinas. Assim, para que sejam eficazes é fundamental o seu correto acondicionamento e transporte, desde o fabrico ao ato vacinal.

É necessário, portanto, mantê-las constantemente refrigeradas entre os **+2 a +8 °C** e, por isso, há a necessidade de uma supervisão constante e eficiente dos equipamentos usados na refrigeração assim como na rede elétrica.

A conservação das vacinas é feita por meio do sistema denominado REDE DE FRIO. Este sistema inclui o armazenamento, o transporte e a manipulação de vacinas em condições adequadas de refrigeração desde o laboratório produtor até ao momento em que a vacina é administrada (Fig. 2)



13.1 – Objetivos da Rede de Frio

- Assegurar que todas as vacinas administradas mantenham suas características iniciais, a fim de conferir imunidade, tendo em vista que são produtos termolábeis, isto é, se deterioram depois de determinado tempo quando expostas a variações de temperatura inadequadas à sua conservação. O calor acelera a inativação dos componentes imunológicos.

13.2 – Acondicionamento das Vacinas em malas térmicas

O transporte de vacinas em mala térmica deverá respeitar alguns princípios inerentes à preparação da mala (Fig. 3) bem como uma correta arrumação das vacinas no interior da mesma (Fig.4).

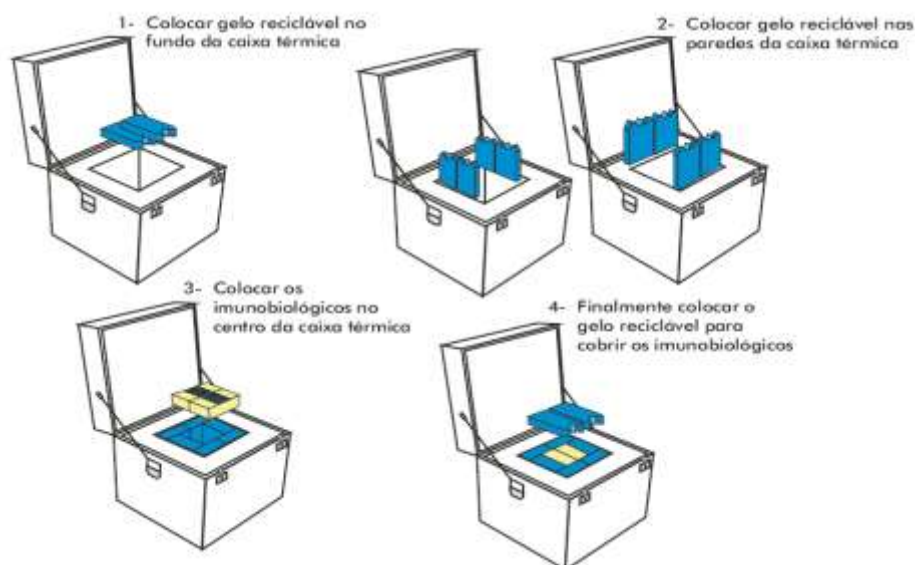


Fig.3 – Preparação da mala térmica para transporte de vacinas

Depois de preparada a mala térmica, as vacinas deverão ser colocadas no seu interior tendo em conta a ordem apresentada na que se segue (Fig. 4).

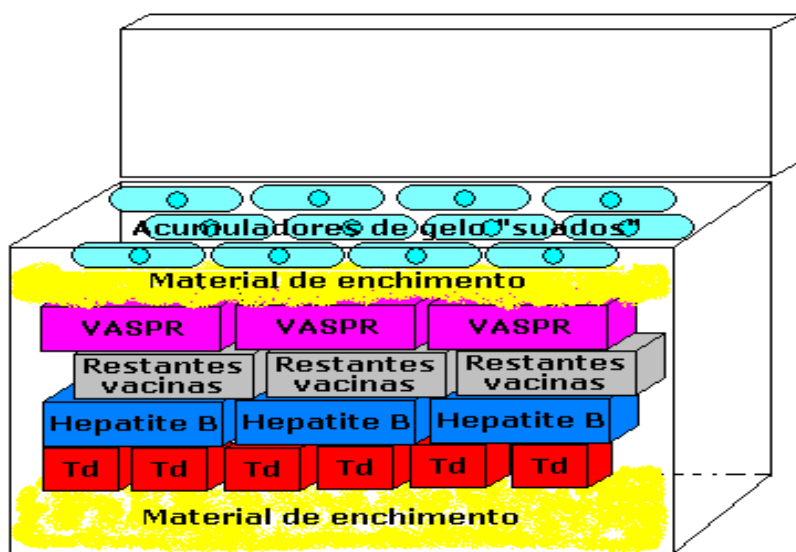


Fig. 4 – Ordem de Arrumação das vacinas no interior da mala térmica

- Quando as vacinas chegam aos centros de saúde ou extensões de saúde, estas são entregues obrigatoriamente a um enfermeiro, que é responsável pelo armazenamento destas, nos frigoríficos disponíveis;
- O enfermeiro ao receber as vacinas deve verificar a temperatura das vacinas, verificando a temperatura da mala térmica;
- O enfermeiro deve preocupar-se, ainda, em verificar a integridade da embalagem e a validade dos lotes das vacinas;

13.3 – Acondicionamento das Vacinas no frigorífico

O acondicionamento/arrumação de vacinas no frigorífico deverá respeitar os princípios que abaixo se enunciam e tal como ilustrado na Fig.5.

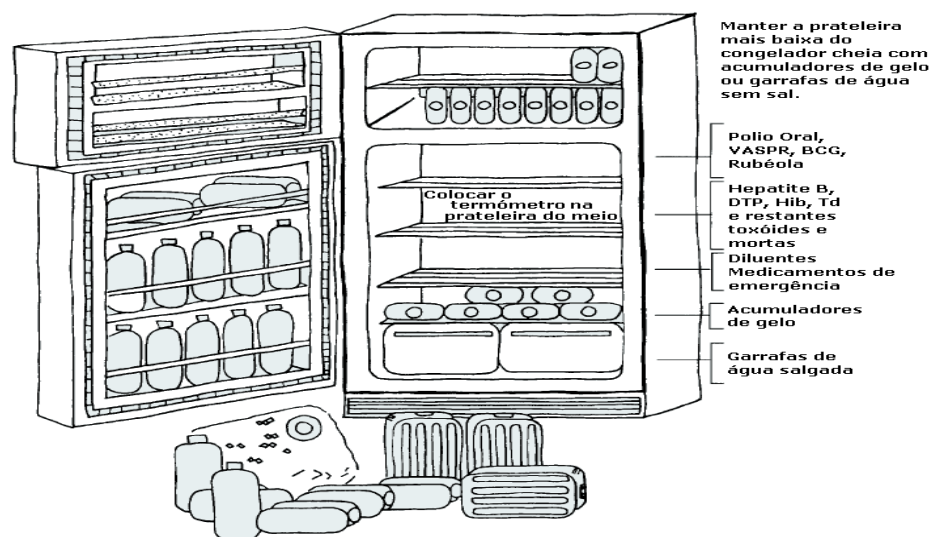


Fig.5 – Acondicionamento das vacinas no frigorífico

- Verificar / respeitar o prazo de validade referido na embalagem, bem como outras indicações referentes à sua utilização;
- Não misturar os stocks
 - Colocar atrás as vacinas com prazo de validade mais longo
 - Utilizar em 1º lugar as vacinas mais antigas
- Proteger as vacinas do calor e da luz solar, com especial atenção para as vacinas vivas;
- Na prateleira superior do frigorífico armazenar as vacinas vivas (BCG; VASPR);
- Na prateleira média as vacinas mortas ou inativadas (DTP; Td..);
- Na prateleira inferior devem-se colocar garrafas com água salgada ou corada para manter a temperatura constante dentro do frigorífico;
- As vacinas nunca devem ser armazenadas na porta do frigorífico;
- Não armazenar outros artigos/produtos nesse frigorífico;
- Ter o cuidado de verificar que embalagem das vacinas não se encontram encostadas à parte posterior do sistema de refrigeração;
- Respeitar um intervalo de +/- 4 cm das paredes do frigorífico para que haja circulação de ar e maior estabilidade na refrigeração.
- Não colocar outros aparelhos ligados na mesma tomada do frigorífico para não haver sobrecarga elétrica e risco de curto-circuito;
- O frigorífico deve estar ligeiramente afastado da parede;
- O compartimento do congelador deverá ser utilizado apenas para fabrico de gelo e para os acumuladores.
- O enfermeiro, deve diariamente retirar as vacinas aproximadamente necessárias para outro frigorífico, como forma de minimizar a exposição das outras embalagens a uma temperatura diferente de 2°C a 8°C

13.4 – Monitorização da temperatura

A monitorização da temperatura torna-se uma prática imprescindível para assegurar a qualidade, potência e eficácia das vacinas, permitindo uma avaliação contínua dos equipamentos de refrigeração e introduzir medidas corretivas sempre que necessário pelo registo e análise dos valores de temperatura.

Métodos fiáveis:

- A temperatura deve ser controlada por termómetro de máxima e de mínima (Fig.6) e regulada através de um termóstato, mantendo-se dentro dos limites de 2 a 8° C

Termómetro de máxima e de mínima – é um instrumento importante para verificar as variações de temperatura ocorridas em determinado ambiente . Fornece 3 tipos de informações:

- Temperatura mínima atingida (mais frio));
- Temperatura máxima atingida (mais quente);
- Temperatura atual.

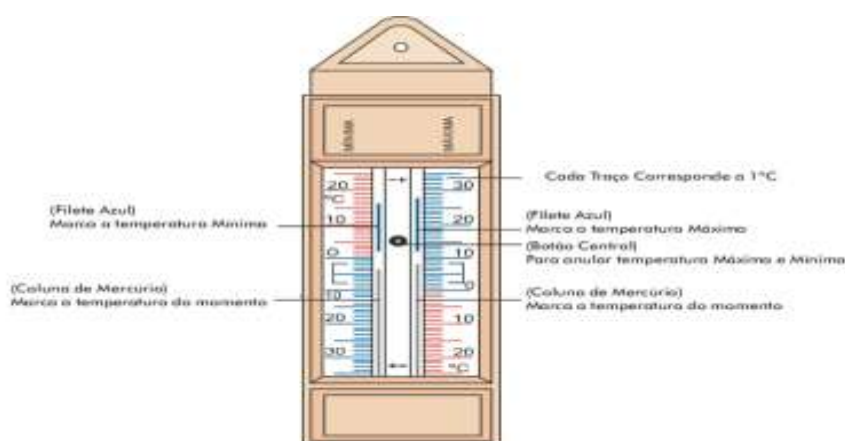


Fig. 6 - Termómetro de máxima e de mínima

- **Tiras reativas a alterações de temperatura**
- De preferência, a temperatura é controlada por termómetro digital com alarme acústico;
- A temperatura deverá ser verificada 2 vezes ao dia (Início e fim do expediente) e registada no mapa de registo diário de temperaturas (Anexo II), por mês e por frigorífico;
- A temperatura ideal para a conservação de vacinas é de **+2 a +8°C**.

14.1 – Procedimentos para Vacinação

- Preparar o ambiente físico (verificação das condições de conforto e higiene);
- Acolher o utente e família;
- Informar os objetivos e riscos da vacinação ao utente e família, de forma clara e precisa;
- Esclarecer o utente/família do ato a realizar;
- Respeitar a privacidade do utente/família;
- Rever a história clínica e vacinal do utente;
 - Identificar contraindicações para a vacinação;
 - Identificar se ocorreram reações pós vacinais anteriores;
- Identificar situações específicas (gravidez, imunodepressão, ...);
- Identificar tratamentos que alteram a imunidade (corticoterapia, quimioterapia, imunoterapia, ...);
- Confirmar as vacinas e dose a administrar ;
- Respeitar o intervalo de administração com outras vacinas.

14.2 – Técnica de Vacinação

- Rever as orientações técnicas e os Resumos das Características Medicamento;
- Lavar as mãos, utilizando a técnica asséptica;
- Selecionar o local de administração (sem soluções de continuidade) segundo a via recomendada;
- Selecionar o calibre de agulha adequado segundo a via de administração, idade e peso do utente;
- Retirar a vacina do frio 5 a 10 minutos antes da administração;
- Observar as características físicas, e o prazo de validade da vacina;
- Limpar a pele com água estéril ou soro fisiológico;
- Introduzir agulha aspirar e, se não refluir sangue, injetar lentamente. Se refluir sangue mudar de plano ou escolher outro local;
- Retirar a agulha e comprimir com algodão o local de injeção;
- Eliminar os resíduos com segurança e corretamente;
- Informar o utente/família acerca dos procedimentos a adotar face a possíveis reações secundárias;
- Lavar as mãos, utilizando a técnica asséptica;
- Efetuar os registos;
 - ✓ No Boletim Individual de Saúde
 - ✓ Data de administração da vacina (inicia-se pelo ano/mês/dia)
 - ✓ Nome comercial da vacina
 - ✓ Lote
 - ✓ Rubrica de quem administra
 - ✓ No módulo de vacinação SINUS ou na Ficha Individual de Vacinação
 - ✓ (os mesmos registos)
- Efetuar a próxima marcação, com dia e hora.

Continuação...

14.3 – Cuidados pós-vacinais

Na generalidade as vacinas apresentam um excelente perfil de segurança e são bem toleradas sem reações adversas de maior, mas tal como outros medicamentos, podem originar reações adversas das quais uma pequena percentagem pode ser grave.

- Reações adversas mais frequentes das vacinas:

- **Reações locais:** Calor, Dor, Rubor, Edema, Enduração.

- **Reações sistémicas:** Febre, Choro, Irritabilidade, perda do apetite, ligeira prostração, etc.

- Vigiar o aparecimento de reações adversas, locais ou sistémicas, nos 30 minutos seguintes (o utente deve permanecer no local);
- Participar uma reação adversa para o Infarmed.

14.4 – Procedimentos para convocar utentes

- Contacto telefónico;
- Contacto por carta, com data e hora.
- Visitação domiciliária.
- Articulação com outros programas de saúde – Programa Nacional de Saúde Escolar – Enfermeiro de Saúde Escolar.
- Registar todos estes contactos no processo clínico [SAPE] e no SINUS.

15. COMPLICAÇÕES DA VACINAÇÃO

15.1 – Choque anafilático / febre

Sinais e sintomas (Segundos ou poucos minutos)

- Prurido, urticária;
- Edema da face, dos lábios ou de outra parte do corpo;
- Dificuldade em engolir;
- Espirros, lacrimejo, tosse, rouquidão, estridor, pieira;
- Dificuldade respiratória, cianose;
- Prostração, pulso rápido e fraco, arritmia, hipotensão, choque;

Tratamento

- Ligar 112;
- Deitar o cliente, com os pés elevados;
- Manter as vias aéreas permeáveis, se necessário, usar um tubo Guedel (Mayo);
- Se estridor: Nebulização com 5 ml de adrenalina (1:1000);
- Se broncoconstrição: Nebulização com 2.5-5 mg Salbutamol;
- Adrenalina (1:1000), na dose de 0,01 ml/kg IM
(10 µg/kg) (máx. 0,5 ml)

Continuação...

- De preferência num membro diferente do usado para a vacina.

Esta dose pode ser repetida a intervalos de 20 minutos ou menos, se necessário.

- Hidrocortisona 4 mg/kg
- Monitorizar e registar os sinais vitais

16. ENFERMEIRO DE FAMILIA E A VACINAÇÃO

Ao enfermeiro de família compete ainda:

- Verificação e registo de temperatura do frigorífico, no início e fim de turno – Mapa de registo/mensal;
- Verificação do estado vacinal dos utentes que estão agendados para esse dia de trabalho;
- Nunca desperdiçar oportunidades de vacinação (Fig.7);
- Articular com o médico para referenciarem os utentes que estão com o PNV desatualizado;
- Registos Administrativos – Registo de contacto no SAPE e SINUS.

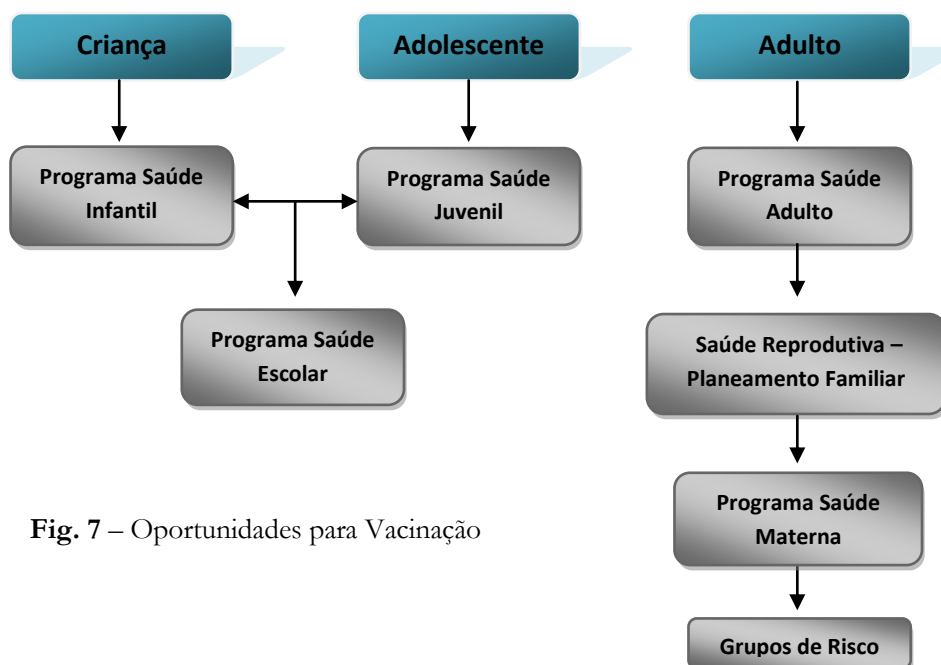


Fig. 7 – Oportunidades para Vacinação

ANEXO I

DESCRIÇÃO DAS VACINAS DO PNV

Vacina Contra	Sigla	Nome Comercial	Tipo de Vacina	Dose	Via de administração	Número de Doses	Conservação
Tuberculose	BCG	BCG SSI®	Vacina viva atenuada, liofilizada, <i>Mycobacterium bovis</i> (BCG)	0,05 ml (<1 ano); 0,1 ml (outras idades)	ID	1 dose (0 meses)	2°C – 8°C. Proteger da luz. Não congelar.
Hepatite B	VHB	Engerix®	Antigénio de superfície recombinante do vírus da hepatite B	0,5 ml (≤ 15 anos); 1,0 ml (> 15 anos)	IM	3 doses (0,2,6 meses)	2°C – 8°C. Não congelar (o congelamento determina a perda de potência da vacina). Proteger da luz.
Difteria, Tétano, Tosse Convulsa, Poliomielite, Haemophilus Influenza b	DTPa VIP Hib	Pentavac® Infanrix VIP+Hib®	Toxóide da difteria, tétano, tosse convulsa, antigénios Bordella pertussis, hemaglutinina filamentososa 1, poliovírus inativado tipo, 2 e 3, polissacárido de <i>Haemophilus influenza</i> tipo b	0,5 ml	IM	3 doses (2, 4, 6 meses)	2°C – 8°C. Não congelar. Administrar imediatamente após reconstituição.
Difteria, tétano, tosse convulsa e vacina conjugada Haemophilus influenzae	DTP / Hib	Infanrix Hib®	Pó: polissacárido capsular Hib conjug. toxóide T Suspensão: toxóides do tétano e difteria e 3 antigénios purificados da tosse convulsa adsorvidos em sais de alumínio;	0,5 ml	IM ou SC (em indivíduos com alterações na coagulação)	1 dose (18 meses)	2°C – 8°C. Não congelar a vacina DTPa. A vacina Hib liofilizada não sofre alteração quando congelada.
Difteria, tétano, tosse convulsa e poliomielite inativada	DTP / VIP	Tetravac®	Toxóides do tétano, difteria e tosse convulsa, hemaglutinina filamentososa purificada, poliovírus inativado tipo 1, 2 e 3,	0,5 ml	IM (Não administrar via ID e IV)	1 dose (5-6 anos)	2°C – 8°C. Não congelar.
Meningocócica C	Men C	Menjugate kit®	Oligossacárido da <i>Neisseria meningitidis</i> do grupo C (estirpe C11) conjugado com proteína CRM197 do <i>Corynebacterium diphtheriae</i> , fosfato de alumínio.	0,5 ml	IM (Não deve ser administrada na região glútea e NUNCA via IV, SC ou ID)	3 doses (3, 5, 15 meses); > 12 meses, adolescentes, adultos: dose única de 0,5 ml.	2°C – 8°C. Não congelar. Proteger da luz.
Meningocócica C	Men C	NeisVac-C®	Polissacárido da <i>Neisseria meningitidis</i> do grupo C (estirpe C11) conjugado ao toxóide tetânico adsorvido em fosfato de alumínio.	0,5 ml	IM (Não deve ser administrada na região glútea e NUNCA via IV, SC ou ID)	3 doses (3, 5, 15 meses); > 12 meses, adolescentes, adultos: dose única de 0,5 ml.	2°C – 8°C. Não congelar.
Sarampo, Papeira e Rubéola	VASPR	M-M-R® II	Vacina viva atenuada com vírus do sarampo (estirpe Enders-Edmonston), papeira (estirpe Jeryynn) e rubéola (estirpe Wistar RA 27/3)	0,5 ml	SC	2 doses (15 meses, 5-6 anos)	3°C – 5°C. Não congelar. Proteger da luz.
Difteria e tétano	Td	Ditanrix®	Vacina adsorvida do tétano e difteria.	0,5 ml	IM Não administrar via IV.	1 dose (10-13 anos), e depois de 10/10 anos	2°C – 8°C. Não congelar.
Vírus do Papiloma Humano	HPV	Gardasil	Proteínas purificadas de 4 tipos de Papilomavirus Humano (tipos 6, 11, 16 e 18).	0,5 ml	IM (de preferência no braço ou na nádega)	3 doses (13 anos, com intervalo de 2 meses entre as 2 primeiras doses, e de 4 meses entre a 2ª e a 3ª doses)	2°C – 8°C. Não congelar. Proteger da luz.

ANEXO II



Mapa de registo diário de temperatura

Mês:

Ano:

Frigorífico:

Módulo:

PERIODO											
Dia	Manhã					Tarde					Observações
	Hora	Temp	Mín	Máx	Rúbrica	Hora	Temp	Min	Máx	Rúbrica	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											

FALHA / OCORRÊNCIA				
DATA:	HORA	TEMPERATURA ENCONTRADA	Nº DIAS PARADO	OBSERVAÇÕES

VALIDAÇÃO: _____

DATA: ___ / ___ / _____

Anexo XVI
Questionário “Tabagismo”



Nº

QUESTIONÁRIO

O **tabagismo** é classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a principal causa evitável de doença e morte no mundo ocidental. Prejudicial para a saúde em mais de 20 formas diferentes, o tabagismo é causa direta ou provável de diversas formas de cancro, afeta o sistema cardiovascular, o sistema respiratório, o sistema digestivo e o sistema urinário, provoca problemas pediátricos, polui o ambiente e é causa de acidentes diversos (fogo, condução, etc).

Sabemos hoje que o tabaco tem graves consequências para a saúde, provoca forte dependência e produz custos sociais elevados.

A grande maioria dos fumadores inicia o consumo na adolescência, sendo que o pico da iniciação tabágica ocorre entre os 12 e os 14 anos. A escola, espaço de formação e aprendizagem onde os adolescentes passam grande parte do tempo, é o meio privilegiado para desenvolver ações preventivas, procurando evitar ou atrasar a iniciação e o hábito tabágico.

Este questionário serve de base a um estudo que tem como finalidade determinar e caracterizar a prevalência do tabagismo nos adolescentes que frequentam a escola, avaliar o seu grau de dependência tabágica e a sua motivação para deixar de fumar, procurando conciliar uma vertente de investigação (avaliação epidemiológica do tabagismo em jovens que frequentam a escola) e uma vertente de intervenção educativa (Implementação de medidas educativas de prevenção do tabagismo). O seu preenchimento é anónimo e confidencial.

Obrigado pela sua colaboração!

I. Caracterização sociodemográfica

1. Idade? _____ Anos

2. Género? Masculino Feminino

3. Escola que frequentas?

4. Ano que frequentas? _____ Ano

II. Caracterização de hábitos tabágicos

5. Já experimentaste fumar tabaco?	Sim	<input type="checkbox"/> 1
	Não	<input type="checkbox"/> 2
6. És fumador?	Sim	<input type="checkbox"/> 1
	Não	<input type="checkbox"/> 2

Se respondeu **SIM** na questão anterior por favor continuem o questionário.

Se respondeu **NÃO** o seu questionário termina aqui.

7. Porque começaste a fumar?	Influência de amigos	<input type="checkbox"/> 1
	Influência familiar	<input type="checkbox"/> 2
	Curiosidade	<input type="checkbox"/> 3
	Autoafirmação	<input type="checkbox"/> 4
	Passar o tempo	<input type="checkbox"/> 5
	Não sabe bem	<input type="checkbox"/> 6
8. Que idade tinhas quando experimentaste o primeiro cigarro?	_____ Anos	
9. Desde que idade fumas regularmente?	_____ Anos	
10. Que tipo de tabaco fumas?	Cigarro	<input type="checkbox"/> 1
	Cigarrilha	<input type="checkbox"/> 2
	Charuto	<input type="checkbox"/> 3
	Cachimbo	<input type="checkbox"/> 4
11. Fumas todos os dias?	Sim	<input type="checkbox"/> 1
	Não	<input type="checkbox"/> 2
12. Em média quantos cigarros fumas por dia?	_____ Cigarros	
13. Onde arranjas o tabaco?	Através de amigos	<input type="checkbox"/> 1
	Através da família	<input type="checkbox"/> 2
	Compro	<input type="checkbox"/> 3
	Outro? _____	
14. O que te leva a continuar a fumar?	Combater o Stress	<input type="checkbox"/> 1
	Por prazer	<input type="checkbox"/> 2
	Por vício	<input type="checkbox"/> 3
	Outro? _____	
15. Em tua casa há fumadores?	Sim	<input type="checkbox"/> 1
	Não	<input type="checkbox"/> 2
15.1 Se sim, quem?	Pai	<input type="checkbox"/> 1
	Mãe	<input type="checkbox"/> 2
	Irmãos	<input type="checkbox"/> 3
	Avós	<input type="checkbox"/> 4
	Outros? _____	
16. A tua família sabe que fumas?	Sim	<input type="checkbox"/> 1
	Não	<input type="checkbox"/> 2
17. Já tentaste deixar de fumar?	Sim	<input type="checkbox"/> 1
	Não	<input type="checkbox"/> 2
17.1 Se sim, quantas vezes?	_____ Vezes	
17.2 Recorreste a algum tipo de ajuda para o fazer?	Sim	<input type="checkbox"/> 1
	Não	<input type="checkbox"/> 2
17.2.1 Se sim, a quem?	_____	

III Caracterização de fumadores

a) Avaliação do grau de dependência do tabaco (Teste de Fagerstrom)

18. Quanto tempo depois de acordar fumas o teu 1º cigarro?	Nos 1ºs 5 min. <input type="checkbox"/> 3 Entre 6 a 30 min. <input type="checkbox"/> 2 Entre 31 e 60 min. <input type="checkbox"/> 1 Mais de 61 min. <input type="checkbox"/> 0
19. Sentes dificuldades de contenção do uso do tabaco em lugares onde é proibido fumar (Ex: cinema, aviões, hospitais)?	Sim <input type="checkbox"/> 1 Não <input type="checkbox"/> 0
20. Qual o cigarro que mais dificuldade terias em não fumar?	O 1º da manhã <input type="checkbox"/> 1 Outro qualquer <input type="checkbox"/> 0
21. Quantos cigarros fumas habitualmente por dia?	10 ou menos <input type="checkbox"/> 0 11 a 20 <input type="checkbox"/> 1 21 a 30 <input type="checkbox"/> 2 31 ou mais <input type="checkbox"/> 3
22. Fumas mais frequentemente durante as primeiras horas depois de acordar do que durante o resto do dia?	Sim <input type="checkbox"/> 1 Não <input type="checkbox"/> 0
23. Fumas quando estás doente ou acamado?	Sim <input type="checkbox"/> 1 Não <input type="checkbox"/> 0

b) Avaliação da motivação para deixar de fumar (Teste de Richmond)

24. Gostarias de deixar de fumar se o pudesses fazer facilmente?	Sim <input type="checkbox"/> 1 Não <input type="checkbox"/> 0
25. Tens realmente vontade de deixar de fumar?	Nenhuma <input type="checkbox"/> 0 Pouca <input type="checkbox"/> 1 Alguma <input type="checkbox"/> 2 Muita <input type="checkbox"/> 3
26. Acreditas que conseguirás deixar de fumar nas próximas duas semanas?	Não acredito <input type="checkbox"/> 0 Talvez <input type="checkbox"/> 1 Provavelmente <input type="checkbox"/> 2 De certeza <input type="checkbox"/> 3
27. Pensas que serás ex-fumador/a dentro de 6 meses?	Difícilmente <input type="checkbox"/> 0 Pode ser <input type="checkbox"/> 1 Provavelmente <input type="checkbox"/> 2 De certeza <input type="checkbox"/> 3

c) Métodos para deixar de fumar e profissionais de saúde

28. Conheces algum método para deixar de fumar?	Sim <input type="checkbox"/> 1 Não <input type="checkbox"/> 0
28.1. Se sim, qual ou quais?	_____ _____ _____
29. Pretendes deixar de fumar?	Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 1 Não Sabe <input type="checkbox"/> 0
29.1. Se sim, daqui a quanto tempo?	Hoje <input type="checkbox"/> 1 Próxima semana <input type="checkbox"/> 2 Próximo mês <input type="checkbox"/> 3 Próximo ano <input type="checkbox"/> 4 Mais de 1 ano <input type="checkbox"/> 5
30. Se decidires deixar de fumar vais recorrer a algum tipo de ajuda?	Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 1 Não Sabe <input type="checkbox"/> 0
30.1. Se sim, a quem?	_____ _____

FIM

Scores dos testes de FAGERSTROM e de RICHEMOND

a) Grau de dependência do tabaco (Teste de Fagerstrom)

0 – 3 Pontos : Grau de dependência Baixo

4 – 6 Pontos: Grau de dependência Médio

7 – 10 pontos: Grau de dependência Elevado

b) Avaliação da motivação para deixar de fumar (Teste de Richmond)

0 – 5 Pontos : Motivação fraca

6 – 8 Pontos: Motivação média

9 – 10 pontos: Motivação forte

Anexo XVII
Questionário “Febre”



Febre

Este questionário é anónimo e confidencial

QUESTIONÁRIO

A febre é comum na criança e é frequentemente o primeiro sinal detetável e por vezes o único de doença. É motivo de grande preocupação para os pais, contribuindo para um número avultado de afluência aos serviços de saúde. Consiste num aumento da temperatura corporal acima do normal mas é também um importante mecanismo de defesa do organismo contra infeções, daí que o seu controlo deva ser racionalizado e adequado.

Este questionário serve de base a um estudo que tem como finalidade determinar os conhecimentos e competências dos pais na avaliação e tratamento da febre dos filhos.

I. Caracterização sociodemográfica da Criança

1. Idade da Criança? _____ Anos
2. Género? Masculino Feminino
3. Numero de irmãos? _____
4. Idades dos irmãos? _____, _____, _____, _____, _____, _____ Anos.

II. Caracterização sociodemográfica do respondente

5. Quem responde ao questionário?	Pai <input type="radio"/> 1 Mãe <input type="radio"/> 2 Outro <input type="radio"/> 3 Quem ? _____																														
6. Idade de ambos os progenitores?	Pai _____ Anos Mãe _____ Anos																														
7. Profissão de ambos os progenitores?	Pai _____ Mãe _____																														
8. Escolaridade de ambos os progenitores?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;"><i>Pai</i></th> <th style="text-align: center;"><i>Mãe</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Não sabe ler nem escrever</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Sabe ler e escrever sem ir à escola</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> </tr> <tr> <td>4ª classe (1º ciclo ensino básico)</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 3</td> </tr> <tr> <td>6º ano (2º ciclo ensino básico)</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 4</td> </tr> <tr> <td>9º ano (3º ciclo ensino básico)</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 5</td> </tr> <tr> <td>12º ano (ensino secundário)</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 6</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 6</td> </tr> <tr> <td>Licenciatura</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 7</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 7</td> </tr> <tr> <td>Mestrado</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 8</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 8</td> </tr> <tr> <td>Doutoramento</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 9</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 9</td> </tr> </tbody> </table>		<i>Pai</i>	<i>Mãe</i>	Não sabe ler nem escrever	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1	Sabe ler e escrever sem ir à escola	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2	4ª classe (1º ciclo ensino básico)	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3	6º ano (2º ciclo ensino básico)	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	9º ano (3º ciclo ensino básico)	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5	12º ano (ensino secundário)	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6	Licenciatura	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7	Mestrado	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8	Doutoramento	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9
	<i>Pai</i>	<i>Mãe</i>																													
Não sabe ler nem escrever	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 1																													
Sabe ler e escrever sem ir à escola	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2																													
4ª classe (1º ciclo ensino básico)	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3																													
6º ano (2º ciclo ensino básico)	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4																													
9º ano (3º ciclo ensino básico)	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5																													
12º ano (ensino secundário)	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6																													
Licenciatura	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7																													
Mestrado	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 8																													
Doutoramento	<input type="radio"/> 9	<input type="radio"/> 9																													

III. Questões para avaliação dos conhecimentos e competências dos pais na avaliação e tratamento da febre dos filhos.

9. Quando suspeita que o seu filho tem febre, como verifica?	Tato <input type="radio"/> 1 Termómetro <input type="radio"/> 2
10. Tipo de termómetro que habitualmente usa para avaliar a temperatura da criança?	Mercúrio <input type="radio"/> 1 Eletrónico <input type="radio"/> 2
11. Local onde mede habitualmente a temperatura da criança?	Axilar (Sovaco) <input type="radio"/> 1 Oral (Boca) <input type="radio"/> 2 Retal <input type="radio"/> 3 Timpânica (Ouvido) <input type="radio"/> 4 Cutânea (Pele) <input type="radio"/> 5

<p>12. A partir de que valor considera que a criança tem febre?</p>	<p>35 °C <input type="radio"/> 1 35,5 °C <input type="radio"/> 2 36 °C <input type="radio"/> 3 36,5 °C <input type="radio"/> 4 37 °C <input type="radio"/> 5 37,5 °C <input type="radio"/> 6 38 °C <input type="radio"/> 7 38,5 °C <input type="radio"/> 8 39 °C <input type="radio"/> 9 39,5 °C <input type="radio"/> 10 40 °C <input type="radio"/> 11</p>
<p>13. O que faz para combater a febre da criança?</p>	<p>Despir a criança <input type="radio"/> 1 Dar banho <input type="radio"/> 2 Dar medicação <input type="radio"/> 3 Outro <input type="radio"/> 4 Qual? _____ Não sabe o que fazer <input type="radio"/> 5</p>
<p>14. A partir de que valor de temperatura dá um antipirético (medicamento para baixar a temperatura corporal) à criança?</p>	<p>35 °C <input type="radio"/> 1 35,5 °C <input type="radio"/> 2 36 °C <input type="radio"/> 3 36,5 °C <input type="radio"/> 4 37 °C <input type="radio"/> 5 37,5 °C <input type="radio"/> 6 38 °C <input type="radio"/> 7 38,5 °C <input type="radio"/> 8 39 °C <input type="radio"/> 9 39,5 °C <input type="radio"/> 10 40 °C <input type="radio"/> 11 Não sabe <input type="radio"/> 12</p>
<p>15. Que medicamento dá à criança preferencialmente em caso de febre?</p>	<p>Paracetamol (Ben-U-Ron) <input type="radio"/> 1 Ibuprofeno (Brufen) <input type="radio"/> 2 Outro <input type="radio"/> 3 Qual? _____</p>
<p>16. Como alterna estes medicamentos?</p>	<p>Com intervalos inferiores a 4h <input type="radio"/> 1 Com intervalos superiores a 4h <input type="radio"/> 2 Com intervalos inferiores a 6h <input type="radio"/> 3 Com intervalos superiores a 6h <input type="radio"/> 4 Nunca <input type="radio"/> 5 Outro <input type="radio"/> 6 Qual? _____</p>
<p>17. Com que frequência avalia a temperatura corporal da criança depois de lhe dar o medicamento ou tomar outras medidas?</p>	<p>1-1 hora <input type="radio"/> 1 2-2 horas <input type="radio"/> 2 3-3 horas <input type="radio"/> 3 4-4 horas <input type="radio"/> 4 Quando acha que tem febre <input type="radio"/> 5</p>
<p>18. Durante o período noturno (entre as 21h e as 8h do dia seguinte) costuma avaliar a temperatura da criança?</p>	<p>Sempre <input type="radio"/> 1 Algumas vezes <input type="radio"/> 2 Nunca <input type="radio"/> 3</p>
<p>19. Quais os Sinais e Sintomas associados à febre e que constituem motivo de preocupação para os pais?</p>	<p>Gemido <input type="radio"/> 1 Manchas no corpo <input type="radio"/> 2 Falta de ar <input type="radio"/> 3 Irritabilidade <input type="radio"/> 4 Choro intenso <input type="radio"/> 5 Prostração <input type="radio"/> 6 Falta de apetite <input type="radio"/> 7 Recusa alimentar <input type="radio"/> 8 Outro/s <input type="radio"/> 9 Qual /ais? _____</p>

<p>20. Considera complicações da evolução/agravamento da febre que não é convenientemente tratada?</p>	<p>Convulsões <input type="radio"/> 1 Doença cerebral <input type="radio"/> 2 Coma <input type="radio"/> 3 Outras complicações <input type="radio"/> 4 Quais? _____ Não sabe <input type="radio"/> 6</p>
<p>21. Após quanto tempo de febre recorre aos cuidados de saúde?</p>	<p>Assim que surge <input type="radio"/> 1 Algumas horas <input type="radio"/> 2 1 dia <input type="radio"/> 3 2 dias <input type="radio"/> 4 3 dias <input type="radio"/> 5 4/5 dias <input type="radio"/> 6 Não sabe <input type="radio"/> 7</p>
<p>22. Quais as fontes de informação sobre febre que lhe possibilitaram os conhecimentos que possui?</p>	<p>Amigos <input type="radio"/> 1 Familiares <input type="radio"/> 2 Médicos <input type="radio"/> 3 Enfermeiros <input type="radio"/> 4 Farmacêuticos <input type="radio"/> 5 Livros /Revistas <input type="radio"/> 6 Televisão <input type="radio"/> 7 Internet <input type="radio"/> 8 Experiencia própria <input type="radio"/> 9 Outros <input type="radio"/> 10 Quais? _____</p>

Elaborado por: Enf^o Pedro Fialho Teixeira

Obrigado pela colaboração!

FIM

Anexo XVIII

Projeto multimédia “ Criança + Segura! Sem segurança??

Sinto muito...”

O projeto multimédia “CRIANÇA+SEGURA! Sem segurança?? Sinto muito...” poderá ser visualizado em www.jerolin.pt/pedro

Projeto Multimédia

Acidentes na criança

Acidentes Domésticos *Acidentes Rodoviários* *Acidentes de Lazer* *Acidentes com bebés*

Como Prevenir...

Criança + Segura!

Sem segurança?? Sinto muito...

Projecto desenvolvido por **Pedro Teixeira** no âmbito do Mestrado em Enfermagem / Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa – Porto 2011

Anexo XIX

Formação de Pares – Apresentações em PowerPoint

Norma de Boas Práticas

Colheita Asséptica de Urina

Pedro Teixeira

04/06/2010

Diapositivo 1



Diapositivo 2

NORMA: Colheita Asséptica de Urina

Objetivos Gerais

- Uniformizar as práticas e cuidados a ter na colheita de amostra de urina;
- Criar um documento de suporte para avaliação e controle da prática;
- Promover a qualidade dos cuidados.

Diapositivo 3

NORMA: Colheita Asséptica de Urina

Objetivos Específicos

- Normatizar a metodologia de trabalho ;
- Definir um conjunto de procedimentos ;
- Proporcionar informação adequada sobre cuidados e procedimentos a respeitar ;
- Fornecer recomendações para a execução técnica uniforme;

Diapositivo 4

NORMA: Colheita Asséptica de Urina

Âmbito

Destina-se a todos os profissionais do Centro de Saúde de São Martinho do Bispo envolvidos na colheita asséptica de amostras de urina.

Diapositivo 5

NORMA: Colheita Asséptica de Urina

Responsabilidade

```
graph TD; A[Sr. Director e da Sr.ª Enfermeira Chefe CSSMB] --- B[Aprovação]; A --- C[Actualização e controlo]; A --- D[Promover a sua divulgação e utilização];
```

Diapositivo 6

NORMA: Colheita Asséptica de Urina

Considerações Gerais

- Esta norma visa demonstrar como é efectuada a colheita de amostra de urina asséptica pelos vários métodos de colheita com o objectivo de uniformizar procedimentos no seio da equipa de saúde do CSSMB;
- À excepção da colheita efectuada por punção supra-púbica, todos os métodos propiciam a contaminação da urina com a microbiótica uretral;
- A colheita de urina deverá ocorrer sempre antes do início de antibioterapia;

Diapositivo 7

NORMA: Colheita Asséptica de Urina

Considerações Gerais

- Respeitar os procedimentos de técnica rigorosa, evitando ao máximo a contaminação da urina pela microbiótica genital;
- Todas as colheitas de amostras de urina serão realizadas tendo em conta os procedimentos que constam na presente norma;
- Em crianças até 2 anos, sempre que difícil e/ou mesmo impossível a colheita por saco colector de urina, poderá a mesma ser efectuada por cateterismo vesical;
- Usar material estéril e técnica asséptica ao longo de todo o procedimento para evitar infecções ou contaminação da colheita de amostra de urina.

Diapositivo 8

NORMA: Colheita Asséptica de Urina

Considerações Gerais

- Processar de imediato a amostra após a sua colheita;
- Se impossível o seu processamento imediato, conservar à temp. igual ou inferior a 4°C até ao máximo de 4h;
- Nunca colher urina de arrastadeiras, urinol ou saco de algália;
- Sempre que possível colher amostra de urina por jacto médio.

Diapositivo 9

NORMA: Colheita Asséptica de Urina

Métodos de Colheita

```
graph TD; NI[Não Invasivos] --- JM[Jato Médio]; NI --- SC[Saco Coletor]; I[Invasivos] --- C[Cateterismo]; I --- PSP[PSP];
```

O diagrama apresenta os métodos de colheita asséptica de urina, organizados em duas categorias principais: Não Invasivos e Invasivos. Sob a categoria Não Invasivos, estão listados o Jato Médio e o Saco Coletor. Sob a categoria Invasivos, estão listados o Cateterismo e o PSP.

Diapositivo 10

NORMA: Colheita Asséptica de Urina			
Métodos de Colheita			
Idade / Suspeição	< 12 meses	1 – 3 Anos	> 3 Anos
Elevado Índice de suspeição	Punção Vesical	Cateterismo Vesical	Jato Médio
Médio ou Baixo Índice de suspeição	Saco Colector	Saco Colector	Jato Médio

Diapositivo 11

NORMA: Colheita Asséptica de Urina
Procedimentos Gerais
<ul style="list-style-type: none"> • Lavar as mãos; • Preparar todo o material necessário previamente; • Preparar o ambiente: Tranquilo, bem iluminado e com privacidade; • Informar o cliente ou acompanhante sobre o procedimento a realizar solicitando a sua colaboração sempre que possível; • Posicionar o cliente confortavelmente • Efectuar os registos considerados necessários; • Deixar o local onde se processou a colheita devidamente limpo.

Diapositivo 12

Métodos de Colheita Jacto Médio

- ❖ Método mais utilizado, por não ser invasivo e pela relativa confiabilidade, quando realizado com a técnica correta e adequada.
- ❖ É recomendável colher a primeira urina da manhã, se não for possível, colher amostra após 2 a 3 horas de retenção urinária.
- ❖ Na lavagem dos genitais não usar antissépticos, pois interfere com o crescimento microbiano

Lavar as mãos

Expor os genitais

Lavar com água e sabão

Enxaguar bem e secar

Desperdiçar jacto inicial

Colher o jacto médio

Desperdiçar restante urina

Evitar manipulação excessiva
Colocar directamente no recipiente

Diapositivo 13

Métodos de Colheita Saco Colector

- ❖ Especialmente indicado em crianças sem controle de esfínteres e/ ou clientes com incontinência.
- ❖ Nos meninos, o pênis e bolsas escrotais devem ficar introduzidos na abertura do saco coletor;
- ❖ Na menina, abrir os grandes lábios e colar a PARTE SUPERIOR do adesivo, garantindo que o canal uretral fique dentro da abertura do saco;
- ❖ Após ter urinado, descolar cuidadosamente o saco coletor;
- ❖ Fechar o saco coletor colando a metade superior do adesivo sobre a metade inferior;
- ❖ Colocar o saco cuidadosamente no interior de um frasco esterilizado;

Se ao fim de 30 minutos não tiver urinado, retirar o saco coletor e repetir todo o procedimento anterior.

Diapositivo 14

Métodos de Colheita Cateterismo Vesical

Técnica que implica um risco de infecção, porém pode ser utilizada quando não é possível obter amostra de urina espontânea ou a punção supra-púbica é contra indicada.

- ❖ Posicionar em supinação com abdução das coxas;
- ❖ Desinfectar o meato urinário e região adjacente;
- ❖ Escolher um cateter de calibre menor, minimizando o risco de traumatismo da uretra;
- ❖ Aplicar solução lubrificante na extremidade do cateter a ser utilizado;

Retrair o prepúcio de forma a expor o meato urinário, posicionando o pênis perpendicularmente ao abdómen inferior de forma a rectificar a uretra

Afastar os grandes lábios de forma a expor o meato uretral

- ❖ Introduzir lentamente o cateter até ao retorno de urina;
- ❖ Desperdiçar a porção inicial de urina e colher a seguinte de forma a prevenir a contaminação da amostra por germens da uretra

Diapositivo 15

Métodos de Colheita PSP

Técnica invasiva, está particularmente indicado nos casos:

- Resultados repetidamente duvidosos e/ou inconclusivos de culturas de urina obtidos por outras técnicas;
- Recém-nascidos ou crianças pequenas;
- Suspeita de infecção por anaeróbios;
- Situações em que está contra-indicado o cateterismo vesical.

Diapositivo 16

Métodos de Colheita PSP

- ❖ O Cliente deve ter a bexiga cheia;
- ❖ Desinfectar a pele da região supra-púbica com solução anti-séptica;
- ❖ Com agulha e seringa esterilizada, puncionar a pele e bexiga ao nível do 1/3 inferior da linha que une o umbigo à sínfise púbica;
- ❖ Aspirar a urina e colocá-la em recipiente esterilizado;
- ❖ Processar de imediato a amostra de urina.

Diapositivo 17

“Nunca devemos permitir que alguém saia da
nossa companhia
Sem se sentir melhor e mais feliz”

Madre Teresa de Calcuta

Diapositivo 18

Pediatria - HSA *12 de Novembro 2010*



Criança  **Segura**

Autor: Pedro Teixeira
Tutor: Artur Gomes
Orientador: Prof^a Constança Festas

Sem segurança?? Sinto muito...

Projecto desenvolvido por **Pedro Teixeira** no âmbito do Mestrado em Enfermagem / Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa – Porto 2010

Diapositivo 1

Pediatria - HSA 12 de Novembro 2010

Objectivos

- Alertar para a problemática dos acidentes na criança;
- Sensibilizar os enfermeiros e outros actores sociais envolvidos na assistência à criança para a importância da promoção da segurança;
- Contribuir para a difusão de conhecimentos sobre a prevenção de acidentes na criança.



Projecto desenvolvido por **Pedro Teixeira** no âmbito do Mestrado em Enfermagem / Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa - Porto 2010

Diapositivo 2

Pediatria - HSA 12 de Novembro 2010

Acidentes na criança

Os acidentes constituem, na maior parte dos países, a maior causa de morte e morbilidade nos grupos etários da infância e da adolescência, resultando em potenciais anos de vida perdidos, doença, internamento, recurso aos serviços de urgência, incapacidades temporárias ou definitivas. Vidas e famílias destruídas. São, assim, um dos problemas com elevados custos socioeconómicos.

A vida é deles, a responsabilidade é nossa!



Projecto desenvolvido por **Pedro Teixeira** no âmbito do Mestrado em Enfermagem / Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa - Porto 2010

Diapositivo 3

Pediatria - HSA 12 de Novembro 2010

Acidentes na criança

A acidentes na infância são a principal causa de mortalidade e morbilidade em crianças menores de 18 anos.



Projecto desenvolvido por **Pedro Teixeira** no âmbito do Mestrado em Enfermagem / Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa - Porto 2010

Diapositivo 4

Pediatria - HSA 12 de Novembro 2010

Acidentes na criança



Acidentes Domésticos



Acidentes Rodoviários



Acidentes de Lazer

Como Prevenir...



Sem segurança?? Sinto muito...

Projecto desenvolvido por Pedro Teixeira no âmbito do Mestrado em Enfermagem / Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa - Porto 2010

Diapositivo 5

Pediatria - HSA 12 de Novembro 2010

Acidentes na criança



Acidentes Domésticos

- Cozinhas;
- Escadas;
- Janelas
- Electricidade;
- Medicamentos;
- Produtos de limpeza / Tóxicos;
- Fornos de Esquamar
- Armas;
- Outros.



Sem segurança?? Sinto muito...

Projecto desenvolvido por Pedro Teixeira no âmbito do Mestrado em Enfermagem / Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa - Porto 2010

Diapositivo 6

Pediatria - HSA 12 de Novembro 2010

Acidentes na criança



Acidentes Rodoviários

- Automóvel
- Péio.



Sem segurança?? Sinto muito...

Projecto desenvolvido por Pedro Teixeira no âmbito do Mestrado em Enfermagem / Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa - Porto 2010

Diapositivo 7

Pediatria - HSA 12 de Novembro 2010

Acidentes na criança



Acidentes de Lazer

- Piscinas, Lagos, Lagoas e Praias;
- Sol;
- Brinquedos;
- Bicicleta, Patins e Skates;
- Parque Infantil



Sem segurança?? Sinto muito...

Projecto desenvolvido por **Pedro Teixeira** no âmbito do Mestrado em Enfermagem / Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa - Porto 2010

Diapositivo 8

Pediatria - HSA 12 de Novembro 2010

Recursos Produzidos

- Apresentação Multimédia;
- 2 Folhetos educativos / Informativos;
- Apresentação para Acções de Formação.



Sem segurança?? Sinto muito...

Projecto desenvolvido por **Pedro Teixeira** no âmbito do Mestrado em Enfermagem / Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa - Porto 2010

Diapositivo 9

A criança tem direito a ser protegida...

Se Existem direitos das crianças

Porque existem crianças sem direitos!??

Para todas as crianças amor e protecção....

Obrigado



Sem segurança?? Sinto muito...

Projecto desenvolvido por **Pedro Teixeira** no âmbito do Mestrado em Enfermagem / Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa - Porto 2010

UCEP - HSA *29 de Janeiro 2011*



Criança Segura

Autor: Pedro Teixeira
Tutor: Artur Gomes
Emanuel Sismeiro
Manuela António
Orientador: Prof^a Constança Festas

Sem segurança?? Sinto muito...

Projeto desenvolvido por **Pedro Teixeira** no âmbito do Mestrado em Enfermagem / Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Universidade Católica Portuguesa – Porto 2010

Diapositivo 1

UCEP - HSA 29 de Janeiro 2011

Objectivos

- Alertar para a problemática dos acidentes na criança;
- Sensibilizar os enfermeiros e outros actores sociais envolvidos na assistência à criança para a importância da promoção da segurança;
- Contribuir para a difusão de conhecimentos sobre a prevenção de acidentes na criança;



Projeto desenvolvido por Pedro Teixeira no âmbito do Mestrado em Enfermagem / Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa – Porto 2010

Diapositivo 2

UCEP - HSA 29 de Janeiro 2011

Acidentes na criança

Os acidentes constituem, na maior parte dos países, a maior causa de morte e morbilidade nos grupos etários da infância e da adolescência, resultando em potenciais anos de vida perdidos, doença, internamento, recurso aos serviços de urgência, incapacidades temporárias ou definitivas. Vidas e famílias destroçadas. São, assim, um dos problemas com elevados custos socioeconómicos.

A vida é deles, a responsabilidade é nossa!



Projeto desenvolvido por Pedro Teixeira no âmbito do Mestrado em Enfermagem / Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa – Porto 2010

Diapositivo 3

UCEP - HSA 29 de Janeiro 2011

Acidentes na criança

A acidentes na infância são a principal causa de mortalidade e morbilidade em crianças menores de 18 anos.



Projeto desenvolvido por Pedro Teixeira no âmbito do Mestrado em Enfermagem / Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa – Porto 2010

Diapositivo 4

UCEP - HSA 29 de Janeiro 2011

Acidentes na infância



Acidentes Domésticos



Acidentes Rodoviários



Acidentes de Lagos



Acidentes com bebés

Como Prevenir...

Criança + Segura!

Sem segurança?? Sinto muito...

Projeto desenvolvido por **Pedro Teixeira** no âmbito do Mestrado em Enfermagem / Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa - Porto 2010

Diapositivo 5

UCEP - HSA 29 de Janeiro 2011

Acidentes na infância



Acidentes Domésticos

- Cozinha;
- Escadas;
- Janelas
- Electricidade;
- Medicamentos;
- Produtos de limpeza / Tóxicos;
- Ferros de Engomar
- Armas;
- Outros.

Criança + Segura!

Sem segurança?? Sinto muito...

Projeto desenvolvido por **Pedro Teixeira** no âmbito do Mestrado em Enfermagem / Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa - Porto 2010

Diapositivo 6

UCEP - HSA 29 de Janeiro 2011

Acidentes na infância



Acidentes Rodoviários

- Automóvel
- Pião.

Criança + Segura!

Sem segurança?? Sinto muito...

Projeto desenvolvido por **Pedro Teixeira** no âmbito do Mestrado em Enfermagem / Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa - Porto 2010

Diapositivo 7

UCEP - HSA 29 de Janeiro 2011

Acidentes na criança



Acidentes de Lazer

- Piscinas, Ledges, Lagoas e Praias;
- Sol;
- Brinquedos;
- Bicicletas, Pátins e Skates;
- Parque Infantil



Sem segurança?? Sinto muito...

Projeto desenvolvido por **Pedro Teixeira** no âmbito do Mestrado em Enfermagem / Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa – Porto 2010

Diapositivo 8

UCEP - HSA 29 de Janeiro 2011

Acidentes na criança



Acidentes com Bebés

- Berço/cama;
- Banco;
- Outros;



Sem segurança?? Sinto muito...

Projeto desenvolvido por **Pedro Teixeira** no âmbito do Mestrado em Enfermagem / Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa – Porto 2010

Diapositivo 9

UCEP - HSA 29 de Janeiro 2011

Recursos Produzidos

- 1 Projeto Multimédia;
- 4 Folhetos educativos / Informativos;
 - Acidentes domésticos - Como prevenir... (2)
 - Viagem Segura
 - Criança Pedestre
- 3 Posters: - Acidentes na Infância
 - Casa Segura
 - Alta Segurança
- 1 Apresentação para Ações de formação



Sem segurança?? Sinto muito...

Projeto desenvolvido por **Pedro Teixeira** no âmbito do Mestrado em Enfermagem / Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa – Porto 2010

Diapositivo 10

A criança tem direito a ser protegida.... *29 de Janeiro 2011*



*Se Existem direitos das crianças
Porque existem crianças sem direitos!???*

Para todas as crianças amor e proteção....

Criança Segura!

Sem segurança?? Sinto muito...

Projeto desenvolvido por **Pedro Teixeira** no âmbito do Mestrado em Enfermagem / Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa – Porto 2010

Diapositivo 11

UCEP - HSA *29 de Janeiro 2011*



Obrigado

Criança Segura!

Sem segurança?? Sinto muito...

Projeto desenvolvido por **Pedro Teixeira** no âmbito do Mestrado em Enfermagem / Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Universidade Católica Portuguesa – Porto 2010

Diapositivo 12

Anexo XX

Formação de Outros Profissionais – Apresentações em PowerPoint

Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo



Primeiros Socorros

Coimbra, Maio 2010


Diapositivo 1

Diapositivo 1



Diapositivo 2

Sumário



- ✓ Conceitos básicos
- ✓ Mala de primeiros socorros
- ✓ Lesões da pele e efeitos do ambiente
 - Queimaduras
 - Feridas
 - Hemorragias
- ✓ Lesões articulares, musculares e ósseas
 - Entorses
 - Fracturas
- ✓ Alterações do conhecimento
 - Desmaio
- ✓ Sistema Integrado de Emergência Médica - 112

Diapositivo 3



Conceitos básicos

Socorrismo

↓

Área da saúde que se ocupa da prestação dos 1º socorros a vítimas de acidentes ou de doença súbita, através da utilização de técnicas por pessoal devidamente qualificado.

Socorrista


↓

Pessoa que presta os primeiros socorros a um sinistrado e devidamente qualificado para tal.

Primeiros Socorros → São a primeira ajuda/assistência dada a uma vítima de acidente ou doença súbita para estabilizar a sua situação antes da chegada de uma ambulância.

Diapositivo 4

Finalidade dos 1º Socorros



- ✓ Preservar a vida
- ✓ Evitar complicações e/ou agravamento do seu estado
- ✓ Promover o restabelecimento físico e psíquico

Diapositivo 5

Perfil do Socorrista



- ✓ Possuir bons conhecimentos teórico – práticos;
- ✓ Ser perseverante;
- ✓ Saber improvisar;
- ✓ Ser bom observador;
- ✓ Ter sangue frio;
- ✓ Possuir espírito de equipa;
- ✓ Boa capacidade de auto-controle;
- ✓ Ser simpático.

Diapositivo 6

Como deve agir o Socorrista




- ✓ Agir com rapidez;
- ✓ Agir com lucidez e sangue frio;
- ✓ Agir com respeito pela vida;
- ✓ Agir com discrição, diplomacia e ética;
- ✓ Agir com segurança e ponderação;
- ✓ Avaliar correctamente situação;
- ✓ Aplicar correctamente os conhecimentos;
- ✓ Reconhecer e saber gerir factores de stress;
- ✓ Transmitir informação correcta e objectiva.

Diapositivo 7

Responsabilidades do Socorrista

- ✓ Acalmar a vítima
- ✓ Avaliar a situação sem por em risco a sua vida e/ou a da vítima;
- ✓ Identificar a doença ou estado da vítima;
- ✓ Estabelecer prioridades de actuação;
- ✓ Prestar socorro imediato, calmo e adequado;
- ✓ Pedir ajuda;
- ✓ Não esquecer que pode haver mais de uma lesão;
- ✓ Providenciar, sem demora, o transporte da vítima de acordo com a gravidade da situação;



Diapositivo 8

Mala de 1ºs socorros - Material


- ✓ Manual de 1ºs socorros;
- ✓ Termómetro;
- ✓ Tesoura;
- ✓ Pinça;
- ✓ Pensos rápidos de vários tamanhos;
- ✓ Compressas esterilizadas;
- ✓ Ligaduras de algodão e elásticas;
- ✓ Fita adesiva de vários tamanhos;
- ✓ Água oxigenada;
- ✓ Álcool;
- ✓ Sabão.



Diapositivo 9

Lesões da Pele e Efeitos do Ambiente


- Queimaduras
- Feridas
- Hemorragias



Diapositivo 10

Queimaduras

São lesões nos tecidos provocadas pelo calor ou frio, agentes químicos ou radiações.



Diapositivo 11

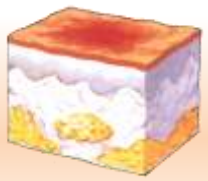
Queimaduras – 1º Grau

↓

Eritema

Sinais e sintomas:

- ✓ Vermelhidão
- ✓ Inchaço (edema)
- ✓ Descamação celular
- ✓ Dor intensa




Diapositivo 12

Queimaduras – 1º Grau

1ºs Socorros:

- ✓ Aplicar água fria corrente;
- ✓ Aplicar vaselina esterilizada/creme hidratante;
- ✓ Retirar objectos que possam irritar/agravar lesão;
- ✓ Cobrir com compressa esterilizada;
- ✓ Não necessita tratamento médico.



Diapositivo 13


Queimaduras – 2º Grau

↓

Bolha

Sinais e sintomas:

- ✓ Dor intensa
- ✓ Formação de bolhas
- ✓ Vermelhidão
- ✓ Inchaço



Diapositivo 14

Queimaduras – 2º Grau

1ºs Socorros:

- ✓ Lavar bem com água e anti-séptico;
- ✓ Colocar compressa molhada com água fria;
- ✓ Manter penso húmido;
- ✓ Cobrir área lesada com ligadura;
- ✓ Não rebentar as bolhas;
- ✓ Precisa tratamento médico.



Diapositivo 15

Queimaduras – 3º Grau

↓

Lesão mais profunda

Sinais e sintomas:

- ✓ Pele esbranquiçada
- ✓ Pele esponjosa e/ou enegrecida
- ✓ Aspecto grelhado
- ✓ Sinais e sintomas de choque




Diapositivo 16

Queimaduras – 3º Grau


1ºs Socorros:

- ✓ Colocar a vítima em local fresco;
- ✓ Instalar a vítima confortavelmente;
- ✓ Retirar objectos e roupas não aderentes;
- ✓ Despir com cuidado a vítima;
- ✓ Cobrir lesão com compressas estéreis;
- ✓ Separar zonas de junção ;
- ✓ Prevenir choque;
- ✓ Transporte rápido para o hospital.



Diapositivo 17

Queimaduras – 3º Grau

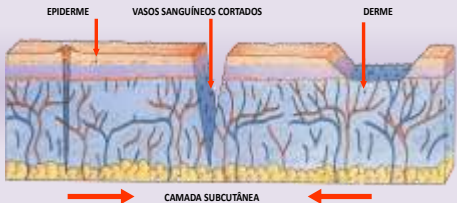


NÃO retirar nada que esteja agarrado;
NÃO aplicar nada sobre as lesões;
NÃO furar bolhas;
NÃO retirar tecidos ou peles soltas;

Diapositivo 18

Feridas

Rotura ou descontinuidade da superfície da pele.



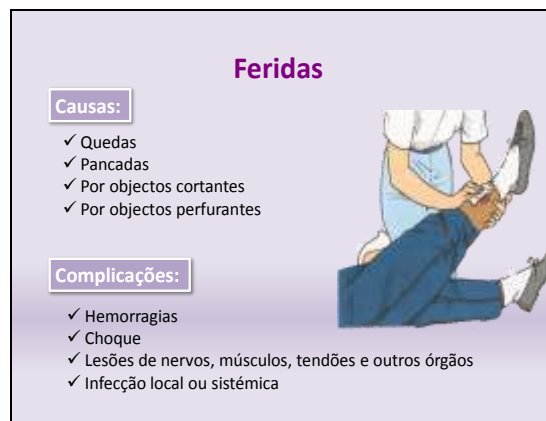
EPIDERME VASOS SANGUÍNEOS CORTADOS DERME

CAMADA SUBCUTÂNEA

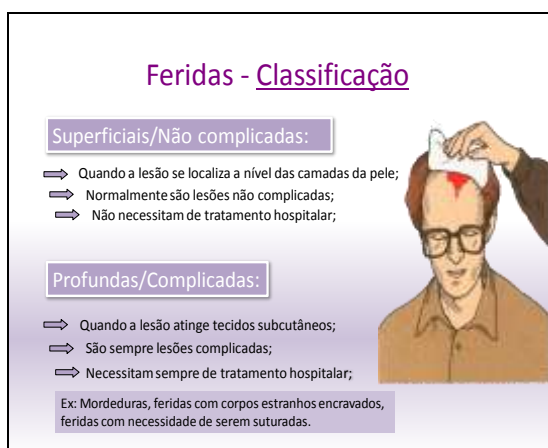
Diapositivo 19



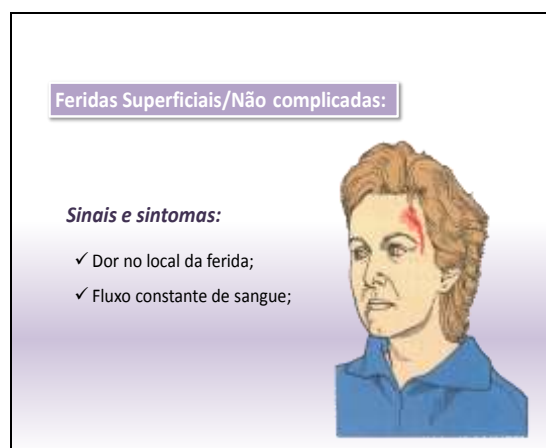
Diapositivo 20



Diapositivo 21



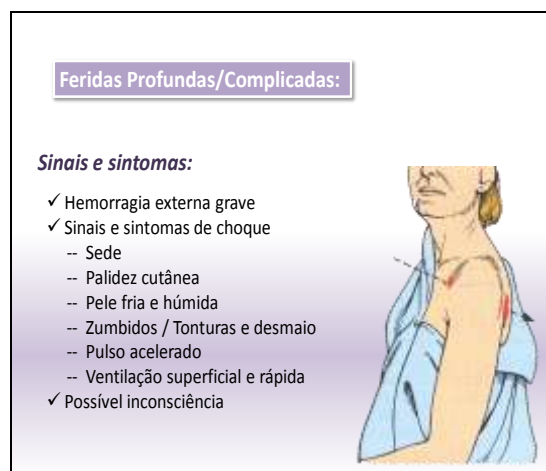
Diapositivo 22



Diapositivo 23



Diapositivo 24

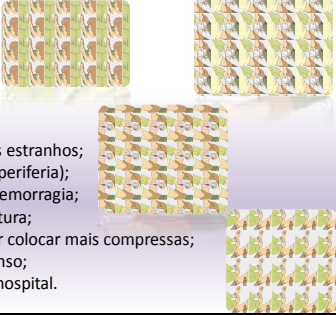


Diapositivo 25

Feridas Profundas/Complicadas:

1^{as} Socorros:

- ✓ Acalmar a vítima;
- ✓ Lavar bem as mãos;
- ✓ Expor a ferida;
- ✓ Verificar se tem corpos estranhos;
- ✓ Lavar ferida (centro → periferia);
- ✓ Estancar ou diminuir hemorragia;
- ✓ Colocar penso / Cobertura;
- ✓ Se hemorragia persistir colocar mais compressas;
- ✓ Ligar firmemente o penso;
- ✓ Transportar vítima ao hospital.

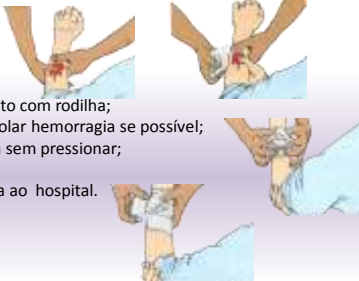


Diapositivo 26

Feridas com Corpos Estranhos:

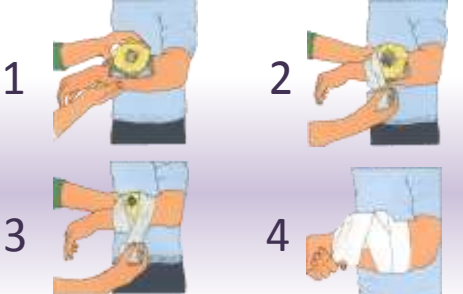
1^{as} Socorros:

- ✓ Acalmar a vítima;
- ✓ Imobilizar o objecto com rodilha;
- ✓ Estancar ou controlar hemorragia se possível;
- ✓ Penso / cobertura sem pressionar;
- ✓ Imobilizar penso;
- ✓ Transportar vítima ao hospital.




Diapositivo 27

Imobilização de Corpo Estranho ou Fractura Exposta:



Diapositivo 28

Feridas



LIMPAR ferida sempre de dentro para fora;
NÃO falar, tossir, espirrar para cima da ferida;
NÃO usar desinfectantes corados;
NÃO retirar objectos encravados;

Diapositivo 29

Hemorragias

Saída de sangue do seu caminho/circuito normal (dos vasos sanguíneos).



Diapositivo 30

Hemorragias – Como Controlar




- ✓ Restringir fluxo sanguíneo ao ferimento;
- ✓ Favorecer formação de coágulo.

Diapositivo 31

Hemorragias – Como Controlar

Os princípios anteriormente enunciados são conseguidos por intermédio de 4 métodos principais:

- Elevação
- Compressão directa
- Compressão indirecta
- Aplicação de frio
- Garrote




Estes métodos podem ser usados de forma isolada ou associados.

Diapositivo 32

Elevação:


A elevação da zona lesada permitirá restringir o fluxo de sangue a esse ferimento favorecendo assim a formação de coágulo.



Diapositivo 33

Compressão directa:

Consiste em exercer pressão directa sobre a lesão ou bordos da lesão, favorecendo assim a formação de coágulo.

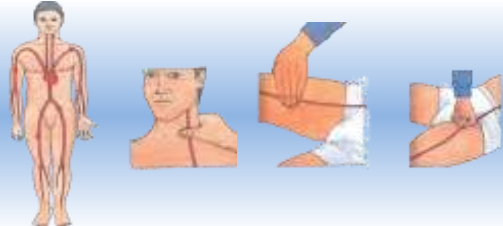


Sempre que possível associar a elevação da zona lesada

Diapositivo 34

Compressão indirecta:


Consiste em comprimir contra um osso a artéria que irriga a área do corpo lesada restringindo assim o fluxo sanguíneo e favorecendo desta forma a formação de coágulo.



Diapositivo 35

Aplicação de frio:

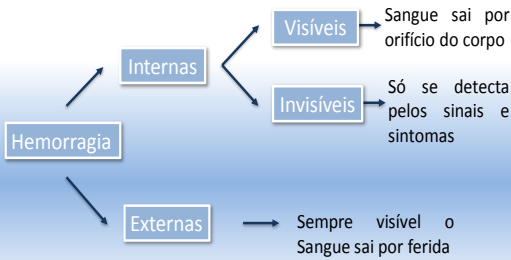
Consiste na aplicação de frio sobre os vasos que irrigam a área do corpo lesada de forma a provocar vasoconstricção, restringindo assim o fluxo sanguíneo e favorecendo desta forma a formação de coágulo.



Compressas de água fria Aplicação de gelo

Diapositivo 36

Hemorragias – Classificação quanto à origem



```


    graph TD
      Hemorragia --> Internas
      Hemorragia --> Externas
      Internas --> Visiveis
      Internas --> Invisiveis
      Visiveis --> VisiveisText[Sangue sai por orifício do corpo]
      Invisiveis --> InvisiveisText[Só se detecta pelos sinais e sintomas]
      Externas --> ExternasText[Sempre visível o Sangue sai por ferida]
    
```

Diapositivo 37

Hemorragia do Nariz – Epistáxis

Hemorragia interna visível

Hemorragia dos vasos sanguíneos no interior das narinas saindo o sangue pelo nariz.



Diapositivo 38

Hemorragia do Nariz – Epistáxis

Sinais e sintomas:

- ✓ Sai sangue pelo nariz
- ✓ Dor de cabeça
- ✓ Tonturas
- ✓ Enfraquecimento




Diapositivo 39

Hemorragia do Nariz – Epistáxis

1^{os} Socorros:

- ✓ Sentar a vítima;
- ✓ Inclinar cabeça para a frente;
- ✓ Desapertar roupa do pescoço e peito;
- ✓ Incentivar a vítima a respirar pela boca;
- ✓ Apertar parte mole do nariz – 10 a 20 min.;
- ✓ Pedir à vítima para não falar/engolir/tossir;
- ✓ Pedir à vítima para cuspir sangue que tiver na boca;
- ✓ Aliviar pressão passados 15 a 20 min.;
- ✓ Se hemorragia persistir continuar compressão;
- ✓ Se necessário tamponar narina;
- ✓ Procurar um médico.



Diapositivo 40

Lesões articulares, musculares e ósseas

- Entorses
- Fracturas



Diapositivo 41

Entorse

Rotura ou torção dos ligamentos que reforçam uma articulação, provocada por um repuxamento violento ou movimento forçado a esse nível.



Diapositivo 42

Entorse

Sinais e sintomas:

- ✓ Dor forte que aumenta com o movimento
- ✓ Edema (inchaço) na região articular
- ✓ Equimose (“nódoa negra”), em alguns casos



Diapositivo 43

Entorse

1^{os} Socorros:

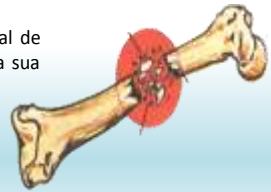
- ✓ Colocar vítima em posição confortável;
- ✓ Fazer aplicações frias no local lesado;
- ✓ Imobilizar articulação com algodão e ligadura;
- ✓ Em caso de dúvida, imobilizar a articulação como se de uma fractura se tratasse;
- ✓ Providenciar transporte ao hospital.



Diapositivo 44




Fractura

É a quebra parcial ou total de um osso, perdendo este a sua continuidade



Diapositivo 45

Fracturas – Forma de apresentação


- Fechadas** → Se não há ferida 
- Abertas** → Se há ferida 
- Expostas** → Se são visíveis os topos ósseos 

Diapositivo 46

Fracturas

Sinais e Sintomas:

- ✓ Dor no local
- ✓ Sensibilidade local aumentada
- ✓ Edema
- ✓ Inflamação/Hemorragia/Equimose
- ✓ Deformação
- ✓ Encurtamento do membro
- ✓ Incapacidade para mexer zona lesada
- ✓ Impotência funcional
- ✓ Mobilidade anormal
- ✓ Desvio ou rotação do membro
- ✓ Crepitação óssea

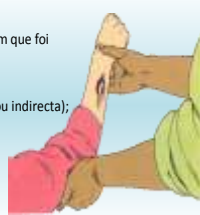


Diapositivo 47

Fracturas


1^{os} Socorros:

- ✓ Não deslocar vítima, a menos que necessário;
- ✓ Evitar movimentos;
- ✓ Expor local fracturado;
- ✓ Retirar adornos;
- ✓ Fixar e apoiar membro lesado;
- ✓ Imobilizar fractura, mantendo membro na posição em que foi encontrado
- ✓ Prevenir choque;
- ✓ Controlar hemorragia (Compressão manual directa ou indirecta);
- ✓ Cobrir feridas com compressas;
- ✓ Se possível elevar membro lesado;
- ✓ Providenciar transporte ao hospital;



Diapositivo 48

FUNDAMENTAL



NÃO fazer redução da fractura;

NÃO provocar apertos que comprometam circulação;

NÃO procurar recolher topos ósseos;

NÃO procurar crepitação óssea;

Imobilizar as articulações acima e abaixo do foco da fractura

Diapositivo 49



Alterações do Conhecimento

➤ Desmaio

Diapositivo 50

Alterações do Conhecimento

Situações em que a relação entre Socorrista e o doente pode ficar comprometida devido à modificação do estado de consciência deste.



Diapositivo 51

Desmaio

Perda momentânea da consciência devido à redução temporária do fluxo sanguíneo que irriga o cérebro.




Diapositivo 52

Desmaio

Sinais e sintomas:

- ✓ Fraqueza e tontura
- ✓ Ansiedade e inquietude
- ✓ Náuseas e vômitos
- ✓ Palidez cutânea
- ✓ Pele fria e húmida
- ✓ Respiração superficial e fraca
- ✓ Pulso fraco e lento



Diapositivo 53

Desmaio

Etiologia:

- ✓ Dor
- ✓ Susto
- ✓ Exaustão
- ✓ Perturbações emocionais
- ✓ Carência alimentar
- ✓ Inatividade física



Diapositivo 54

Desmaio

1^{os} socorros → Vítima consciente

Vítima de pé:

- ↳ Exercitar músculos das pernas e dedos dos pés
- Circulação

Com desequilíbrio:

- ↳ Sentar vítima
- ↳ Inclinar cabeça para a frente e até aos joelhos



Diapositivo 55

Desmaio

1^{os} socorros → Vítima inconsciente

- 1 Deitar vítima → **Circulação**
Elevar pernas
- 2 Desapertar roupa junto do pescoço, peito, cintura → **Ventilação**
- 3 Verifique respiração
Verifique pulsação
- 4 Colocar vítima em local fresco e ventilado

Diapositivo 56

Desmaio

- 5 Tranquilizar vítima quando consciente
Erga-a gradualmente
- 6 Socorra lesões feitas ao cair
Se necessário → Hospital
- 7 Avalie o estado de consciência
Dê apenas pequenos goles de água
- 8 Se vítima não recuperar consciência, coloque a em P.L.S
→ Hospital

Diapositivo 57

Sistema Integrado de Emergência Médica

ACIONAR 112 QUANDO ?

**FOGO
SEGURANÇA
SAÚDE**

Diapositivo 58

Esquema de activação do 112

Diapositivo 59

Generalizando

Nº Nacional de Socorro: **112**

Centrais de emergência

Centrais através das quais são accionados os meios de socorro necessários

Diapositivo 60

Trabalho elaborado por:

- ✓ Enf.º Pedro Teixeira
- ✓ Catarina Santos
- ✓ Mélanie Mota
- ✓ Rita Rebola

Em colaboração com o Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo.

NOTA INFORMATIVA:

Nas Sessões de formação de outros profissionais enunciadas no quadro da página 70 deste relatório “A Segurança Infantil”, “Criança + Segura! – Acidentes domésticos, como prevenir...” e “ Criança + Segura! – Criança Pedestre de olhos na rua”, utilizamos como recursos didáticos, respetivamente, O projeto Multimédia “Criança + Segura! Sem Segurança?? Sinto muito...” (Anexo XVIII) e os folhetos educativos/informativos “Acidentes domésticos – Como prevenir...” e “Criança Pedestre” (Anexo XII).

