



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

O Caminho da Aprendizagem

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Aluno: Joana Manuela B. Vieira Pinto

Porto, Fevereiro de 2011



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

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

O Caminho da Aprendizagem
RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Apresentado ao Instituto das Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

Elaborado por: Joana Manuela B. Vieira Pinto
Orientado por: Mestre Constança Festas

Porto, Fevereiro de 2011

Resumo

Este relatório surge pela necessidade de relatar a experiência pela qual passei no decorrer deste percurso de formação como Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. Tem como objectivo dar a conhecer as competências que me foram propostas desenvolver, as actividades que implementei para lhes dar resposta e também o exercício reflexivo inerente a essas mesmas actividades.

Os estágios decorreram de Abril de 2009 a Janeiro de 2010 e tiveram lugar no Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano e nos Serviços de Neonatologia e de Urgência Pediátrica do Hospital São João. Apenas efectuei dois módulos de estágio uma vez que obtive creditação a um módulo de estágio por trabalhar como enfermeira nos cuidados de saúde primários há seis anos.

Tendo percorrido este percurso, sinto que adquiri uma nova capacidade de prestar cuidados de enfermagem às crianças e às suas famílias e simultaneamente desenvolvi uma nova perspectiva daquilo que são os cuidados prestados a esta díade. Possuo agora novas competências que me permitiram um maior desenvolvimento pessoal e profissional e que futuramente me irão ajudar neste meu percurso como enfermeira especialista.

Abstract

This is a paper that intends to show the experiences that I've been throughout my formative period as a future pediatric nurse.

Its main objective is showing the activities that I developed in order to be able to achieve the skills that were proposed to me in the beginning of this course. Besides this, while describing the activities I also reflect about them.

My traineeship was from April 2009 until January 2010. It took place in three different places: Pediatric Unit of Hospital Pedro Hispano, Intensive Neonatal Care Unit of Hospital São João and Pediatric Emergency Unit also from Hospital São João. The whole traineeship involved three different stage modules, but I only made two due to the attribution of a credit unit. I had this right because I work as a community nurse for more than six years.

Having been down this pathway, I feel like I've gain a new ability to be a nurse that cares for children and their families. Simultaneously I've developed a new perspective concerning the type of caring involving these realities. I now have new skills that allowed me to become a better person and a better nurse, and without a doubt will help as a pediatric nurse.

Sempre acreditei que as profundas transformações, tanto no ser humano como na sociedade, ocorrem em períodos de tempo muito reduzidos. Quando menos esperamos, a vida coloca diante de nós um desafio para testar a nossa coragem e a nossa vontade de mudança; nesse momento, não adianta fingirmos que nada acontece, ou desculparmo-nos dizendo que ainda não estamos prontos...

Paulo Coelho

Índice:

	Pág.:
Nota Introdutória	8
1 – Experiência Profissional	13
2 – Competências Trabalhadas ao Longo do Estágio	23
2.1 – Prestação de Cuidados	23
2.2 – Gestão	44
2.3 – Investigação	49
2.4 – Formação	53
Conclusão	57
Bibliografia	59
Anexos	61
Anexo I – Competências a Desenvolver	
Anexo II – Reorganização das Competências Propostas	
Anexo III – Formação sobre a Adolescência	
Anexo IV – Contra-Indicações para a Vacinação	
Anexo V – Vacinação contra o Papiloma Vírus Humano	

Siglas:

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSSMI – Centro de Saúde de São Mamede Infesta

HPH – Hospital Pedro Hispano

HSJ – Hospital da São João

EESIP – Especialidade de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

UCCSMI – Unidade de Cuidados na Comunidade de São Mamede Infesta

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

UPIP – Urgência Pediátrica Integrada do Porto

Nota Introdutória

No âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem com área de especialização em Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa, foi-me solicitada a elaboração de um relatório final que espelhasse o meu processo de aprendizagem ao longo do estágio.

Segundo Bernardes e Miranda (2003), o Relatório é um instrumento de avaliação, que procura demonstrar o caminho percorrido pelo aluno no desenvolvimento de competências e aperfeiçoamento de capacidades. Ele permite dar a conhecer os elementos significativos da aprendizagem e demonstrar o modo como isso influencia o desenvolvimento do aluno nas diversas esferas.

Posto isto, serve o presente documento como uma súmula das experiências e das aprendizagens que vivenciei neste meu percurso de formação como futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. Serve simultaneamente como instrumento reflexivo para a prática que desenvolvi nos diferentes contextos de estágio.

Para este processo de formação foram-me propostos os seguintes objectivos gerais:

- 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 (EESIP);
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- 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.

Paralelamente foram-me também apresentadas as competências que deveria desenvolver ao longo deste processo de formação (Anexo I).

Segundo o Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro “o enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.

Por seu lado, a Ordem dos Enfermeiros (2006), faz referência ao enfermeiro especialista como o “profissional de Enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente. O enfermeiro especialista proporciona benefícios essenciais para a saúde da população, nomeadamente no acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados e coordenados, garantindo a continuidade de cuidados. Contribui igualmente para o progresso da profissão, através do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de uma prática baseada na evidência”.

Tendo o referido como base, procurei que o meu percurso de formação fosse de encontro ao desenvolvimento de capacidades que me permitissem prestar cuidados de enfermagem avançada às crianças e às suas famílias visando a promoção do seu crescimento e desenvolvimento.

De acordo com o plano de estudos do curso, ao estágio correspondem um total de 750h de trabalho, das quais 540 horas foram de contacto efectivo e as restantes 210 horas foram para trabalho individual. De acordo com o mesmo plano de estudos, o estágio está dividido em 3 Módulos, correspondendo a cada um 180 horas de contacto:

O Módulo I diz respeito ao estágio no âmbito da Saúde Infantil, o Módulo II debruça-se sobre os contextos de doença aguda e crónica (Serviço de Medicina e Cirurgia) e o Módulo III aborda a prestação de cuidados às crianças nos Serviços de Urgência Pediátrica e de Neonatologia. No meu caso apenas frequentei os módulos II e III do estágio, uma vez que obtive uma creditação ao módulo I (250 horas), uma vez que tenho seis anos de experiência profissional em cuidados de saúde primários.

Os locais onde desenvolvi os estágios foram o Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano (HPH), o Serviço de Neonatologia e o Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital São João (HSJ).

O Departamento de Pediatria da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), é constituído por um Serviço de Pediatria (local onde desenvolvi o meu estágio), um Serviço de Neonatologia e três Unidades Funcionais: Imuno-Alergologia Pediátrica, Neuropediatria e Desenvolvimento e Endocrinologia Pediátrica.

O Serviço de Pediatria do HPH tem a lotação de 31 camas, 21 das quais são ocupadas por pediatria médica e as restantes 10 por cirurgias programadas. A existência de enfermarias de 3 camas (onde e sempre que possível as crianças são agrupadas por idades e patologias) tentam diminuir ao máximo o impacto da hospitalização. Existe apenas uma enfermaria composta por 6 camas. Existem 3 quartos individuais tipo suite que são considerados quartos de isolamento.

Existe ainda uma sala de actividades coordenada e orientada por uma educadora de infância (Isabel Silva) que juntamente com uma auxiliar de acção médica desenvolve actividades no sentido de minimizar o impacto da hospitalização

A Unidade de Neonatologia do HSJ é a mais diferenciada da região norte. Aí são admitidos recém-nascidos em estado crítico que necessitam cuidados intensivos, nascidos no HSJ ou provenientes de outros centros hospitalares. Esta unidade garante a prestação de cuidados específicos a recém-nascidos com patologia cirúrgica e cardíaca, sendo a única da região norte onde são internados bebés com cardiopatias e uma das duas unidades da região norte com internamento de recém-nascidos com patologia do foro cirúrgico. Uma parte significativa dos recém-nascidos internados são grandes pré-terms com muito baixo peso ao nascer.

A unidade conta com uma equipa de médicos neonatologistas e enfermeiros diferenciados. Tem actualmente uma lotação oficial de 17 unidades, das quais uma sala de isolamento, uma área para recém-nascidos de alto-risco com oito incubadoras e sete ventiladores e uma área de cuidados intermédios com oito berços/incubadoras.

A Urgência Pediátrica do Porto está centralizada no Hospital de S. João, e é referência de toda a assistência pediátrica urgente da zona Norte do País.

Neste momento existem 8 Equipas de Urgência, das quais 5 são do Hospital de São João e as restantes dos Hospitais do Grande Porto, nomeadamente: Hospital Geral de Santo António SA, Hospital Pedro Hispano, Hospital Maria Pia.

O Serviço de Urgência Pediátrica do HSJ é constituído pelas seguintes áreas: área de admissão e recepção, Triagem, OBS e área de emergência pediátrica.

Em termos de cronograma, os estágios estruturam-se da seguinte forma:

- Módulo II – Serviços de Pediatria do Hospital Pedro Hispano (HPH) (20 de Abril 2009 a 20 de Junho 2009 – Total de 180 horas).
- Módulo III – Serviços de Urgência Pediátrica e Serviço de Neonatologia do Hospital de São João (HSJ) (30 de Novembro 2009 a 30 de Janeiro 2010 – Total 180 horas – 90h + 90h).

A escolha por estes locais de estágio não foi aleatória, uma vez que existiram razões que me levaram a optar por estes locais em detrimento de outros.

A escolha do Serviço de Pediatria do HPH baseou-se no facto de este estar integrado numa estrutura que já conheço – a ULSM, e cuja filosofia e valores institucionais já tenho interiorizado. Simultaneamente, vi neste campo de estágio, a oportunidade de conhecer um nível de cuidados na área de Pediatria que me eram relativamente desconhecidos. Muito embora já tivesse estado no Serviço de Pediatria do HPH algumas vezes, nunca o tinha feito no contexto de prestação directa de cuidados de Enfermagem. Vi assim, concretizada uma oportunidade de conhecer o outro lado dos cuidados que são prestados na instituição onde desempenho funções.

No que diz respeito à opção pelo Serviço de Neonatologia e de Urgência Pediátrica do HSJ, esta baseou-se no facto de serem serviços que reconhecidamente constituem referências na área da Pediatria. No início deste processo formativo não sabia se teria oportunidade de realizar algum dos meus estágios nestes locais, mas quando essa possibilidade foi colocada não hesitei em aceitá-la.

O relatório está organizado da seguinte forma: inicialmente faço uma resenha daquilo que tem sido até agora a minha experiência profissional, de seguida apresento as competências que foram desenvolvidas ao longo do estágio (agrupadas em quatro domínios), e finalmente faço uma descrição acompanhada de uma reflexão das actividades que realizei.

A estrutura deste relatório procura dar resposta de uma forma organizada à necessidade de operacionalizar as competências que estão inerentes à aquisição do grau de Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

1 – Experiência Profissional

De acordo com o Internacional Council of Nurses (2002a), a prestação de cuidados à família é um dos principais interesses da enfermagem, uma vez que o contexto familiar possibilita não só a intervenção na família como um todo, mas também em cada um dos seus membros.

Segundo Figueiredo (2009), o modelo de Enfermagem de Família centra-se tanto no sistema familiar quanto nos sistemas individuais, dando ênfase à interação e reciprocidade entre os membros da família. Assim sendo os Cuidados de Saúde Primários emergem como contexto estruturante de novas práticas de enfermagem centradas na família, enquanto unidade e alvo de cuidados.

Uma vez que obtive creditação ao estágio referente ao Módulo I – Saúde Infantil, serve o presente capítulo para descrever a minha experiência profissional, como enfermeira a trabalhar nos cuidados de saúde primários.

Desde que iniciei a minha actividade como enfermeira que a realidade em que estou inserida são os cuidados prestados em contexto de centro de saúde.

O meu início de carreira não foi fácil, pois no decorrer da minha formação inicial tinha tido muito pouco contacto com o modelo de enfermagem de família, aliás, o único local em que tinha contactado com esse modelo foi na ULS Matosinhos. Com o passar do tempo fui apostando neste modelo e desenvolvendo capacidades que me permitiram aperfeiçoar a prestação de cuidados de enfermagem à família.

De acordo com Wright e Leahey (2002), os cuidados de enfermagem desenvolvem-se ao longo do ciclo vital da família, com ênfase nas respostas da família aos problemas reais ou potenciais que derivam das questões de saúde e dos processos de vida. Assim sendo, tanto as famílias como as crianças que nelas estão inseridas são objectos do cuidar da enfermagem de família.

Para uma melhor estruturação deste capítulo irei abordar a área da prestação de cuidados, da gestão, da investigação e da formação como enfermeira de família.

Prestação de cuidados

Para Figueiredo (2009), é essencial no contexto da enfermagem de família, a compreensão da estrutura, processos e estilo de funcionamento das famílias no decorrer do ciclo vital, para que seja possível a capacitação funcional da família face aos seus processos de transição.

Por sua vez, segundo os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2001), as intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

Tal como referi anteriormente, a minha experiência como enfermeira de família durante a formação inicial foi discreta. Isto por si só constituiu um enorme desafio. Tive que ser capaz de me munir de instrumentos que me permitissem evoluir e desenvolver capacidades de prestação de cuidados às famílias.

Uma das áreas em que tive maior dificuldade de desenvolver o meu trabalho como enfermeira de família foi na área da saúde infantil. Quando cheguei ao Centro de Saúde de São Mamede Infesta (CSSMI), estavam a ser levadas a cabo uma série de alterações no modo como as consultas de enfermagem em saúde infantil estavam a ser feitas. Os enfermeiros estavam a mudar o modelo de prestação de cuidados – implementação do modelo de enfermagem de família – o que levou a que cada enfermeiro ficasse responsável por 500 famílias (aproximadamente 1500 utentes). O objectivo era que cada enfermeiro fosse responsável pela gestão dos cuidados de enfermagem das suas famílias. Isto na área da saúde infantil implicava que cada enfermeiro era responsável pela globalidade dos cuidados às suas crianças.

Uma das minhas primeiras preocupações foi com a consulta de enfermagem de saúde infantil, pois não tinha grande experiência nessa área. Efectuei pesquisas bibliográficas, estudei o guia orientador da consulta de saúde infantil existente na ULSM, dialoguei com os meus pares e estabeleci uma parceria com o médico com quem iria trabalhar. Foi preciso algum tempo para conseguir encontrar o equilíbrio entre o que eram as necessidades das crianças/famílias e a resposta que eu conseguia dar.

Inicialmente foi um processo atribulado porque chegava e efectuar, num turno, dez a doze consultas de saúde infantil. O número por si só diz muito pouco, mas era muito complicado dar resposta às necessidades das famílias que tinha perante mim e simultaneamente à equipa onde trabalhava. Optei então por numa das reuniões que efectuávamos em equipa por mês, propor que fossem marcadas menos consultas ou então, em alternativa, realizássemos as consultas em conjunto. A solução foi começarmos a efectuar as consultas em equipa.

Foi um período de adaptação para toda a equipa de saúde familiar, mas com o tempo apercebemo-nos que realmente se tratava de um modelo que poderia funcionar.

A consulta de enfermagem de saúde infantil é muito mais do que a avaliação do crescimento da criança. Constituí um momento único de contacto com a criança/família e onde podemos estabelecer uma relação de empatia e de confiança. Foi interessante aperceber-me do impacto que tinha como enfermeira de família no duo criança/família.

Muitas vezes as famílias não estão muito receptivas a que lhes falemos de determinadas temáticas ou então a que lhes coloquemos algumas questões. Mas no meu caso passava-se algo deveras interessante, porque a maior parte das famílias que recorriam à consulta já me conheciam portanto aceitavam muito bem o modo como as abordava. Este tipo de relacionamento era tanto mais fácil quanto maior era o contacto anterior que tinha tido com essa criança e com essa família.

Acontecia-me, várias vezes, ser abordada (fora da consulta de saúde infantil), pelas famílias no sentido de verem esclarecidas algumas dúvidas e incertezas.

Eram vários os focos de Enfermagem que eu abordava na consulta de saúde infantil, mas gostaria de salientar: o desenvolvimento infantil, a amamentação e o papel parental. Ao trabalhar estes focos, realizava vários ensinamentos e utilizava técnicas expositivas e também demonstrativas. Sempre que possível, mostrava vídeos e treinava com os pais as técnicas para cuidar dos filhos. Não era um trabalho fácil, mas era muito gratificante.

Um outro aspecto relevante prende-se com a administração de vacinas. Foi necessário muito estudo e muito empenhamento para dominar minimamente esta área da saúde infantil. A sua abrangência é tão grande que no início achava impossível conseguir algum dia dominar esse aspecto da prestação de cuidados.

Coincidiu também com a altura em que iniciei a minha actividade como enfermeira de família, a implementação do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Este aspecto não me trouxe grandes problemas, uma vez que nos dois últimos anos de formação inicial tinha contactado largamente com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Foi algo a que me adaptei com muita facilidade, tendo algum tempo depois integrado no CSSMI um grupo de parametrização.

No meu segundo ano como enfermeira de família, ingressei num curso de mestrado na Faculdade de Medicina do Porto – Mestrado de Saúde Pública, onde me foi feito o convite para colaborar num estudo que estava a decorrer no Serviço de Epidemiologia – Geração XXI.

A partir desse momento passei a percorrer dois caminhos distintos na área da prestação de cuidados às crianças/famílias – um como enfermeira de família e outro como enfermeira de referência em saúde infantil no CSSMI. Este caminhar em duas vertentes diferentes mas complementares, exigiu um esforço acrescido da minha parte. Tive que pesquisar muito, mobilizar saberes, ter uma grande disponibilidade e desenvolver uma consciência crítica muito feroz.

Há cerca de três anos atrás fui proposta pelo chefe de serviço como elo de ligação para a saúde infantil no CSSMI. Pouco tempo depois fui convidada para integrar o grupo de saúde infantil e pediatria da ULSM. Simultaneamente fiquei responsável pelas auditorias em saúde infantil no centro de saúde. Nesta altura acumulava tudo isto com as actividades como enfermeira de família. Foi um período complicado.

Actualmente já não sou enfermeira de família. Fui convidada para integrar a Unidade de Cuidados na Comunidade de São Mamede Infesta (UCCSMI), há cerca de um ano atrás. Aceitei e desde então que tenho vindo a desenvolver actividades no âmbito da saúde escolar, do curso de preparação para o parto e também do curso da massagem para o bebé.

A realidade da prestação de cuidados a crianças/famílias num centro de saúde é tão complexa que estamos constantemente a ser desafiados a fazer melhor. São tantas e tão variáveis as situações que nos surgem que temos de ser capazes de ter um método de análise que permita tomar decisões adequadas àquela criança e àquela família naquele momento.

Perante isto, são inúmeros os aspectos que temos que analisar de uma forma sistemática e objectiva, de forma a tomar a melhor decisão e auxiliar aquela família no seu processo de transição.

Gostaria também de referir aqui a questão da informação na área de saúde infantil. Ela existe e é muito vasta. Daquilo que me tenho apercebido, as famílias têm acesso a informação que nem sempre é a mais correcta nem a mais actual e isto reflecte-se nos cuidados que são prestados às crianças. Tem sido uma luta minha promover junto dos pais, nomeadamente nos que frequentam o curso de preparação para o parto e o curso da massagem ao bebé, uma consciência crítica para aquilo que lêem. Não tem sido uma luta fácil, mas não vou desistir.

Um dos contextos em que me apercebo do tipo de informação que passa para os pais/famílias é quando estamos numa sessão de educação para a saúde ou então quando estamos num contexto informal. Nestas alturas procuro que a informação que transmito seja o mais actual possível e aproveito para informar os pais/famílias acerca da fonte onde poderão pesquisar um pouco mais. Quando tenho algum suporte em papel que posso fornecer faço-o e, inclusivamente, quando posso demonstrar e treinar algo com os pais/famílias também o faço. Recorro muito a imagens e a vídeos porque noto que isso lhes capta mais a atenção e acho que a mensagem passa melhor.

Ao longo dos anos, um dos aspectos que tive que melhorar foram as minhas técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/família, pois inicialmente não entendia o impacto que a comunicação tem na relação terapêutica enfermeiro/cliente.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001), os enfermeiros devem ter presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas logo, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes. É preciso valorizar os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico de enfermagem.

Assim sendo, fui aperfeiçoando ao longo do tempo técnicas de comunicação com a criança/família que me permitiram ser melhor aceite por esta díade e também ser mais eficaz nas minhas intervenções.

No que diz respeito à tomada de decisão, procuro que as minhas decisões sejam fundamentadas por conhecimento proveniente de fontes fidedignas e procuro inculcar esse mesmo espírito nos meus pares. Não são raras as vezes em que levo para o serviço algum recorte de revista ou então alguma notícia para partilhar com os colegas.

No decorrer destes seis anos já houve casos em que me vi perante situações imprevistas e muito complicadas (negligência infantil, maus-tratos físicos). Quando isto acontece, a minha principal preocupação é o bem-estar das crianças e muitas vezes isso implica a tomada de decisões difíceis e com repercussões no seu dia-a-dia. Não o faço sozinha, obviamente, existe toda uma equipa que está responsável pela análise destes casos, mas mesmo assim é sempre muito problemático.

Gestão

Ao longo do meu percurso como enfermeira esta tem sido uma área da enfermagem à qual me tenho aproximado cada vez mais. Se inicialmente o meu principal enfoque era os cuidados às famílias, com o passar do tempo fui direccionando o meu desenvolvimento profissional para o aperfeiçoamento de competências nesta área.

Cerca de um ano após iniciar a minha actividade no CSSMI, iniciou-se também o processo de acreditação da ULSM e dos seus centros de saúde. Na altura foi necessário escolher um grupo de profissionais que integrasse o grupo de recepção à comissão da King's Found e os acompanhasse na sua visita ao centro de saúde. Eu fiz parte desse grupo. Foi um período muito trabalhoso, porque exigiu muitas pesquisas, muitas consultas de manuais e também uma árdua reorganização de aspectos administrativos e funcionais.

Quando fui convidada para integrar o grupo de auditorias em saúde infantil, aceitei porque já tinha algum conhecimento dentro desse mundo e simultaneamente porque constituiu um desafio ao meu desenvolvimento profissional.

Uma das estratégias que decidi implementar no âmbito das auditorias foi a de comunicar aos colegas quais os resultados finais destas.

Posteriormente decidi também, em conjunto com eles, definir um plano para melhorar a prestação de cuidados às crianças/famílias. Penso que o ter tomado estas atitudes amenizou o efeito das auditorias na prática dos enfermeiros e ajudou a melhorar os cuidados prestados às crianças.

Já como enfermeira da UCCSMI, desempenho funções associadas à gestão dos cuidados em saúde infantil e pediatria, no sentido em que continuo a ser o elo de ligação para esta área com os hospitais de referência (nomeadamente com o HPH) e com as instituições na comunidade. Presto também consultadoria aos colegas quando surge a necessidade.

No âmbito do grupo de saúde infantil e pediatria do HPH, desempenho funções no sentido de dar resposta a dificuldades que surgem na interligação entre o HPH e os centros de saúde e também no sentido de assegurar a continuidade de cuidados na comunidade. Neste grupo procuramos que haja uma uniformidade nos cuidados prestados às crianças/famílias para que consigamos atingir elevados padrões de qualidade na prestação de cuidados.

No que diz respeito à integração de novos profissionais, já tive oportunidade de o fazer e é uma actividade que me traz muita satisfação. Gosto de partilhar ideias e também de discutir diferentes perspectivas sobre um problema. É bastante gratificante estabelecer uma relação com um novo colega ao mesmo tempo que promovemos o seu desenvolvimento profissional. Na minha perspectiva, quando ajudamos um colega a iniciar o seu projecto profissional, não estamos só a intervir no seu mundo, mas também no nosso. À medida que percorremos o caminho da integração com um novo colega, estamos a promover também o nosso próprio crescimento pessoal.

Investigação

Para Azevedo, C. e Azevedo A. (1996), a investigação faz parte do quotidiano da enfermagem como ciência, logo é crucial que os enfermeiros incorporem na sua prática os resultados dos estudos científicos.

Tal como já referi anteriormente tenho vindo a desenvolver na UCCSMI o hábito de divulgar o resultado de estudos com que contacto.

Aproveito as reuniões da UCCSMI para o fazer. Paralelamente dialogo bastante com a colega especialista em saúde infantil que trabalha comigo e também com a enfermeira especialista em Saúde Materna. Faço tudo isto para que haja partilha de informação, aprofundamento de conhecimentos e melhoria nos cuidados prestados.

Desde o início da minha carreira que procuro basear o meu desempenho em resultados de investigação válidos e relevantes, sendo que inclusivamente cheguei a efectuar pequenos estudos descritivos com as minhas 500 famílias.

Alguns exemplos disso foram: a caracterização da população de diabéticos, prevalência do exame do pé na população diabética e prevalência de hipertensão arterial na população. Nunca cheguei a publicar nenhum destes dados.

Posteriormente, quando integrei o projecto da Geração XXI, apercebi-me do erro que foi nunca ter publicado nenhum desses dados. Com esse projecto tive oportunidade de participar na fase de colheita de dados, não só no centro de saúde, mas também na própria Faculdade de Medicina. Foi uma experiência muito agradável e que me abriu muitos horizontes.

Sempre procurei produzir um discurso devidamente fundamentado e ter uma prática de enfermagem suportada pelo conhecimento mais recente. É minha prática frequente efectuar pesquisas sobre temáticas que me suscitam dúvidas. Não são raras as alturas em que para dar resposta a questões que me são colocadas pelos pais ou pelos próprios colegas, me vejo obrigada a ir procurar sobre o assunto.

No que se refere à prática baseada na evidência, gostaria de referir que se trata de um método consciencioso, explícito e criterioso do uso da melhor evidência para tomar uma decisão sobre o cuidado individual do utente.

Para o futuro gostaria que o hábito que agora iniciei na UCCSMI se mantivesse e se enraizasse, levando outros colegas a fazerem o mesmo que eu. Pretendo também propor à coordenadora da UCCSMI a criação de um jornal de parede, que seria o local onde poderíamos afixar as novidades provenientes dos estudos mais recentes.

Formação

Em termos formativos penso que, desde que sou enfermeira tenho feito um percurso bastante consistente. Tem sido minha preocupação manter-me actualizada e efectuar reciclagens de algumas temáticas.

Quando iniciei a minha actividade profissional, a primeira formação que realizei foi subordinada ao tema: Formação de Formadores. Esta personificou um ponto de viragem na minha vida porque me levou a desenvolver um olhar crítico e exigente perante as formações que frequento.

Tal como referi anteriormente, o desenrolar da minha prestação como enfermeira de família não foi fácil e exigiu de mim a procura de diversos instrumentos que me permitissem desenvolver competências para o meu desempenho profissional. Um desses instrumentos foi a formação.

A área dos cuidados de saúde primários é vastíssima, o que leva a que um enfermeiro que trabalhe neste contexto tenha que ter um domínio razoável sobre muitas temáticas. Para conseguir dar resposta a esta necessidade frequentei algumas formações que me ajudaram ao longo do percurso. Gostaria de deixar aqui referidas algumas que frequentei, nomeadamente na área da saúde infantil e juvenil, e que contribuíram para o meu enriquecimento profissional: a Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil, a Consulta de Enfermagem em Saúde Juvenil, o Plano Nacional de Vacinação e o Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno.

Mais tardiamente, já quando fazia parte do grupo de saúde infantil da ULSM, fui convidada a integrar um grupo cujo objectivo era realizar formação aos pares acerca da prevenção de acidentes em idade pediátrica. Tive oportunidade de integrar este projecto e participei em duas formações, como formadora. Devido à falta de tempo não consegui dar continuidade a este projecto.

Há cerca de um ano, fui nomeada pela responsável da UCCSMI como elo de ligação para a formação no serviço. Isto constituiu um grande desafio, porque como se tratava de um serviço novo, não havia nada palpável em termos de formação.

Como o grande objectivo da formação em serviço é promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos que trabalham connosco, um das minhas principais preocupações para a elaboração do plano de formação da UCCSMI foi o de auscultar os colegas no sentido de perceber quais as suas necessidades formativas. Como a UCCSMI integra vários grupos profissionais foi enorme e vasto o número de temáticas que me foi sugerido.

Perante isto, elaborei uma proposta de formação anual que visava dar resposta às formações que foram mais pedidas e que posteriormente foi discutida e aprovada em reunião de serviço.

Ainda dentro da área da formação, queria focar um aspecto que penso ser merecedor de toda a atenção – a formação nunca é suficiente. Noto que à medida que vou adquirindo mais conhecimento, mais necessidade tenho de o aprofundar.

A formação não encerra ciclo nenhum, apenas nos dá os instrumentos para olharmos para as situações do nosso quotidiano pessoal e profissional e reflectirmos sobre elas de forma crítica e objectiva.

2 – Competências Trabalhadas ao Longo do Estágio

No início deste meu percurso formativo foram-me apresentadas quais as competências que deveria desenvolver. Por se tratar de um grande número de competências e com semelhanças entre si, optei por agrupá-las de acordo com quatro grandes domínios – prestação de cuidados, gestão, investigação e formação (Anexo II).

Este capítulo está estruturado em quatro grandes grupos, a que correspondem os quatro grandes domínios de competências que defini. Dentro de cada um deles, começo por apresentar as competências propostas pelo plano de estudos (já agrupadas), quais os objectivos específicos que defini para dar resposta a essas mesmas competências e no final quais as actividades que desenvolvi acompanhadas de uma reflexão sobre as mesmas.

2.1 – Prestação de Cuidados:

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2006), na base do cuidar em enfermagem está o relacionamento interpessoal, através do qual o enfermeiro procura estabelecer uma parceria com o utente/família que lhe permita uma proactividade na consecução do seu projecto de saúde.

Competências:

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.

15 - Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.

Objectivos Específicos:

- Aplicar à prática de enfermagem conhecimentos provenientes não só da formação inicial e pós-graduada como também da experiência profissional e pessoal.
- Desenvolver cuidados de enfermagem à criança/família tendo por base a informação proveniente das fontes mais actualizadas e fidedignas do ponto de vista científico.

Reflexão sobre as actividades desenvolvidas:

Segundo Pinto e Figueiredo (1995), a prestação de cuidados a crianças é uma realidade que se reveste de muita complexidade, não só porque se trata de um grupo etário com características muito específicas, mas também porque o alvo dos cuidados do EESIP não são apenas as crianças, mas também as famílias onde estão inseridas.

Tendo este facto sempre presente, procurei que no meu desempenho como enfermeira, este duo (criança/família), assumisse o papel mais relevante. Todas as actividades que desenvolvi no âmbito desta competência visaram a prestação de cuidados baseados nas fontes mais actualizadas de informação e com mais credibilidade do ponto de vista científico.

Para tal, consultei a bibliografia que me foi fornecida durante a formação inicial e durante a formação pós-graduada e consultei também bibliografia de referência na área da Saúde Infantil e Pediátrica.

Denotei que ao longo dos diferentes períodos de estágio me fui tornando cada vez mais eficiente nas procuras que realizava. Inicialmente tinha muita dificuldade em efectuar pesquisas bibliográficas, porque nem sempre era capaz de ir procurar ao sítio certo. Esta dificuldade foi mais acentuada no primeiro estágio que realizei – no serviço de Pediatria do HPH.

Ao tratar-se de um serviço que engloba a área médica e a área cirúrgica, abrange inevitavelmente uma panóplia de patologias. Este foi um dos primeiros desafios, porque sabia que não iria ser capaz de dominar tudo sobre todos os tipos de patologias.

Neste aspecto tenho muito a agradecer aos meus orientadores, e à enfermeira chefe, que me facultaram o acesso aos protocolos e aos procedimentos que estavam vigentes no serviço. Isso, por si só, ajudou muito. O passo seguinte foi aprofundar os conhecimentos sobre as patologias e também sobre as intervenções de enfermagem. Todos os dias me surgiam novas dúvidas, ou sobre um aspecto que ainda não conhecia ou então pela necessidade de investigar um pouco mais sobre um determinado assunto. Uma das grandes lições que me ficou sobre este estágio no serviço de Pediatria do HPH, foi que a melhor atitude para enfrentarmos um desafio como aquele que me foi proposto é a de nunca ficarmos satisfeitos com aquilo que nos é dado, devemos sempre procurar mais e querer saber mais.

Interiorizei ainda mais esta ideia com o estágio de Neonatologia. Muito embora exerça funções como enfermeira de família num centro de saúde, a área de neonatologia sempre me interessou. Para mim este estágio representava uma oportunidade única de aprendizagem. Procurei tirar o máximo partido disso, quer mobilizando os saberes que adquiri na minha formação pós-graduada, quer procurando saber mais sobre esta área específica da prestação de cuidados do EESIP.

Neste estágio, já me encontrava mais eficiente na execução das pesquisas bibliográficas. A minha orientadora teve um papel preponderante no desenvolvimento dessa eficiência, uma vez que me incentivava a querer saber cada vez mais e me orientava no sentido de que tipo de informação deveria procurar.

Notei também que foi neste estágio que consegui realizar, com uma muito maior fluidez, a mobilização de saberes provenientes da minha formação inicial, da minha experiência profissional e também da minha formação pós-graduada.

Relativamente ao estágio no serviço de Urgência, gostaria de referir que já sentia uma capacidade maior, de adequar a minha prestação de cuidados ao nível de conhecimentos que ia adquirindo. Já me sentia mais capaz e segura nas pesquisas que efectuava.

No serviço de Urgência, fui desafiada por colegas e também pela minha orientadora a desconstruir a minha ideia do que seria cuidar uma criança no serviço de urgência. O conhecimento limitado que possuía estava muito ligado à prestação de cuidados no serviço de urgência de adultos, que é completamente diferente da prestação de cuidados de enfermagem à criança/família num serviço de urgência de pediatria.

Este cenário exigiu de mim um esforço adicional, porque me impôs a obrigatoriedade da desconstrução de um modelo para depois construir um novo. Penso que se tal me tivesse acontecido no primeiro estágio, teria tido muito mais dificuldade em fazê-lo.

Competências:

4 - Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto - desenvolvimento pessoal e profissional.

8 - Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP.

Objectivos Específicos:

- Desenvolver uma capacidade de trabalho que permita um contínuo aprofundar de conhecimentos na área da EESIP.
- Adquirir novos conhecimentos na área da EESIP.
- Aprofundar conhecimentos na área da EESIP.

Reflexão sobre as actividades desenvolvidas:

Não faz sentido enveredar num processo de formação sem ter presente que para que este seja feito de forma satisfatória tem que estar sempre acompanhado de uma contínua atitude de procura de conhecimento. Antes de iniciar este percurso formativo sabia, por experiência própria, que na prática diária de um enfermeiro, a procura do saber deverá ser uma constante. Assim sendo, era muito importante para mim, o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho que permitisse esse contínuo procurar do conhecimento.

A postura que assumi logo no início dos estágios foi a de manter uma mente aberta e a de procurar vivenciar o maior número de experiências possíveis. Por vezes, chegava a pensar que poderia estar a ser intrometida mas queria muito aprender e contactar com realidades que me eram desconhecidas.

Devo dizer que valeu muito a pena, pois vivenciei nestes estágios realidades que provavelmente não voltarei a experienciar.

No serviço de Pediatria tive oportunidade de cuidar de uma criança com paralisia cerebral e que era portadora de uma sonda de gastrostomia. Fui também responsável por dois gémeos recém-nascidos com uma patologia desconhecida que mais tarde se veio a descobrir ser uma cardiopatia congénita. Tive ainda contacto com um recém-nascido com epidermólise bolhosa e um outro com uma síndrome de abstinência para drogas pesadas. No serviço de Neonatologia deparei-me com situações de recém-nascidos portadores de doenças raras (ex: Síndrome de Cornelia de Lange, Síndrome de Apert), de malformações congénitas, cardiopatias graves e também com grandes prematuros (com menos de 32 semanas de gestação). Foi também neste serviço que me apercebi que existem situações em que o diagnóstico médico é muito difícil e leva as famílias quase até à exaustão. No caso do serviço de urgência pediátrica, pude experienciar o funcionamento da sala de emergência, efectuar a admissão de crianças em estado crítico e também colaborar numa pequena cirurgia de remoção de um corpo estranho do punho de um jovem (que por indisponibilidade de sala no bloco operatório, teve que ser feito no serviço de urgência).

Estas foram apenas algumas das experiências que sei que provavelmente não irei vivenciar novamente.

Muitas vezes estes acontecimentos despertavam em mim uma maior curiosidade para saber mais. Foram muitas as vezes em que após o turno de estágio, chegava a casa e procurava saber um pouco mais sobre algo que tivesse vivenciado nesse dia. E foi assim, que no decorrer dos estágios, fui desenvolvendo um método de trabalho que me permitiu adquirir novos conhecimentos na área da especialidade, mas também me alargou novos horizontes na área do conhecimento que já possuía.

Algumas das actividades que procurei realizar rotineiramente como operacionalização desse método de trabalho foram: reflexão diária sobre a forma como conduzi o processo assistencial à criança/família, partilha de experiências vivenciadas durante o estágio com os meus pares, nomeadamente com colegas da área da Saúde Infantil e Pediátrica e diálogo com os meus tutores de estágio (nos vários campos de estágio), no sentido de melhorar o meu desempenho e o meu desenvolvimento.

Estas actividades não eram sempre fáceis de realizar, mas olhando para trás acho que mereceram o esforço.

Gostaria ainda de fazer referência aos desafios que me foram colocados não só pelos orientadores de estágio, mas também pelos meus pares e também por alunos de enfermagem com que tive oportunidade de contactar. Todos eles tiveram uma representação no modo como fui pesquisando e procurando saber mais sobre diferentes temáticas. Todos eles fizeram parte do motor que me levou a querer saber mais. No serviço de Pediatria, a maior parte dos desafios situava-se na admissão da criança/família ao serviço e também na posterior preparação da alta (garantindo a continuidade de cuidados). No caso do serviço de Neonatologia era frequentemente instigada a querer saber mais sobre uma determinada patologia. A minha orientadora era exímia a colocar-me questões e a incentivar-me a querer saber mais. No caso do serviço de Urgência Pediátrica, pelo tipo e pela variabilidade de patologias que recebe, constitui um verdadeiro desafio para quem lá trabalha.

Uma palavra ainda para as crianças e para os pais que representaram o “*core*” da força motriz que me levava a pesquisar e a procurar saber. Houve situações, maioritariamente no serviço de Pediatria e de Neonatologia, em que fui directamente interpelada pelos pais no sentido de lhes esclarecer dúvidas relativamente ao cuidado dos seus filhos. Houve inclusivamente uma vez em que eu apenas tinha auxiliado uma colega a posicionar um bebé, e a mãe veio ter comigo, chamando-me pelo nome, questionando-me acerca da sonda orogástrica do seu filho.

Era nestas alturas que me apercebia do peso e do alcance das intervenções de enfermagem – não incidimos apenas sobre as crianças, mas sim sobre a díade criança/família. Situações como esta ajudaram-me a ter sempre presente que o objectivo final da minha actuação era prestar cuidados de enfermagem com qualidade visando a optimização das capacidades da criança e da sua família.

Competências:

9 - Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.

11 - Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica.
--

Objectivos Específicos:

- Reflectir sobre os focos da prática sensíveis a cuidados de Enfermagem.
- Reflectir sobre os registos que são efectuados nos diferentes contextos de estágio.

Reflexão sobre as actividades desenvolvidas

Para desenvolver estas competências e para dar resposta aos objectivos específicos que elaborei, procurei ter sempre presente a ideia de que o exercício reflexivo permite ao enfermeiro o desenvolvimento de um pensamento crítico que lhe permitirá analisar a sua prática numa perspectiva positiva e criativa.

Para Santos e Fernandes (2004), este tipo de competências auxilia na identificação das principais dificuldades e necessidades de aprendizagem relativamente à execução de uma actividade e assume especial importância como pilar das decisões tomadas aquando da realização dos cuidados.

No serviço de Pediatria do HPH, existe um grande número de enfermeiros especialistas em Saúde Infantil e Pediatria; nomeadamente a enfermeira chefe e também a enfermeira de referência. Os restantes enfermeiros tanto prestam cuidados a nível do internamento como na consulta externa e na UPIP. Em termos da gestão dos cuidados que são prestados às crianças/famílias, o responsável no turno da manhã é o enfermeiro de referência, enquanto nos restantes turnos e ao fim-de-semana é o enfermeiro especialista com mais anos de serviço. Notei que neste serviço, quando surge uma problemática associada ao cuidado da criança, esta é discutida em equipa, nomeadamente pelos enfermeiros especialistas.

Um exemplo que gostaria de referenciar, ainda relativamente ao serviço de Pediatria do HPH, diz respeito aos cuidados de enfermagem que são prestados às crianças/famílias na UPIP. É um tipo de atendimento mais específico e onde os enfermeiros têm um papel importante. Inicialmente não se conhece o diagnóstico médico, mas presenciei e colaborei em cuidados de enfermagem em que o próprio colega agia já por antecipação, ou seja já efectuava actividades (inclusivamente ensinamentos), com vista a um internamento ou então à alta para casa.

Perante isto fiquei surpreendida, mas simultaneamente satisfeita, porque o desempenho dos Enfermeiros não depende do diagnóstico médico, mas sim do diagnóstico de Enfermagem. Para além de uma possível patologia que a criança possa ter existem inúmeros focos da prática que são sensíveis aos cuidados de enfermagem (ex: febre, desenvolvimento infantil, prevenção de acidentes) e que podem ser abordados num local tal como a UPIP.

Uma das constatações que fiz neste contexto de estágio, e que tive oportunidade de expressar aos colegas foi a de que muito embora realizem actividades muito próprias da área de Enfermagem, não fazem registos congruentes com o tipo de actividades que desenvolvem. A passagem de turno é extremamente rica em focos da prática sensíveis a cuidados de Enfermagem, mas nada disso é registado no sistema. De certa forma, penso que deveria ser muito mais trabalhada a área dos cuidados autónomos em Enfermagem. A parametrização dos próprios sistemas de registo está muito voltada para o modelo biomédico e para as acções interdependentes.

Tanto no serviço de Urgência Pediátrica como na Neonatologia pude aperceber-me de que os enfermeiros de referência são todos especialistas em saúde infantil e pediatria e são eles a quem os colegas recorrem em caso de dúvida e são também eles em quem o enfermeiro-chefe delega algumas das suas funções. Mais importante do que acabei de referir é a gestão que estes enfermeiros efectuam na prática no que diz respeito à organização das equipas e à prestação de cuidados à criança. Este aspecto foi-me mais visível na Neonatologia, pois os chefes de equipa não só são responsáveis por dois ou três recém-nascidos como também fazem a gestão e a organização dos cuidados que são prestados aos restantes recém-nascidos.

Na Neonatologia muito embora existam registos muito ligados ao modelo biomédico, existem também aspectos que apenas dizem respeito aos cuidados de Enfermagem prestados. A passagem de turno é quase exclusivamente sobre focos sensíveis à prática de Enfermagem e muito embora os aspectos da patologia e da evolução do estado clínico sejam abordados, não constituem o “core” da informação transmitida. Na Urgência Pediátrica, os registos são muito pobres no que diz respeito aos focos da prática de Enfermagem. Existem várias actividades que são desenvolvidas pelos enfermeiros e que não são registadas. Partilhei esta informação com os colegas e fui confrontada com aspectos como a falta de pessoal e a falta de tempo.

Em todos estes locais de estágio tive oportunidade de acompanhar o enfermeiro especialista na prestação de cuidados à criança/família e apercebi-me da importância que sua presença representa para a qualidade da assistência prestada. Pude observar como através da sua intervenção poderão advir ganhos em saúde não só para a criança como também para a própria família.

Penso que para os serviços de Pediatria o facto de terem enfermeiros especialistas, nesta área, a prestar cuidados melhora grandemente a sua capacidade de resposta. Simultaneamente este tipo de serviços tem uma necessidade enorme deste tipo de Enfermeiros, uma vez que são inúmeros os focos da prática que são sensíveis aos cuidados de Enfermagem. O Enfermeiro Especialista em saúde infantil e pediatria é, a meu ver, o que se encontra mais capaz de dar respostas eficazes e eficientes às necessidades das crianças e das suas famílias.

É aquele que possui mais aptidões e sensibilidade para lidar com as crianças neste momento difícil que é o processo de uma doença e que desestabiliza toda a realidade circundante daquela família.

Competências:

10 - Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP.

12 - Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada.

13 - Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP.

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

Objectivos específicos:

- Realizar o acolhimento do cliente/família nos diferentes serviços
- Integrar a família nos cuidados
- Ser capaz de estabelecer prioridades de acordo com as necessidades de cuidados de enfermagem identificadas
- Planear autonomamente o regresso a casa do cliente/família
- Prestar cuidados de enfermagem autonomamente em situações imprevistas e complexas.
- Colaborar na prestação de cuidados de enfermagem numa situação de emergência.

Reflexão sobre as actividades desenvolvidas:

Relativamente ao acolhimento da criança/família, tive oportunidade de o efectuar em todos os contextos de estágio, mas foi uma actividade que realizei com muita facilidade na Urgência Pediátrica, uma vez que estive alguns turnos na triagem. Na Pediatria também realizei algumas admissões porque, muito embora, nem sempre fossem os meus enfermeiros tutores a receber as crianças, existia no serviço a preocupação em que eu tivesse oportunidade de efectuar o acolhimento da criança e da sua família. Na Neonatologia, foi muito mais complicado porque as admissões eram muito mais raras.

Gostaria de referir que relativamente à realização de admissões da criança/família, foi-me algo difícil iniciar esta actividade, uma vez que só pude iniciá-la quando já conhecia minimamente os serviços e o seu funcionamento. Foi uma actividade que se revelou um pouco mais árdua do que aquilo que estava à espera, principalmente no serviço de Pediatria, porque as crianças nem sempre colaboram (o que é perfeitamente compreensível), a família fica extremamente perturbada com o que se está a passar e é um momento de extrema fragilidade tanto para a criança como para os pais ou os familiares que os acompanham. No decorrer do estágio, desenvolvi métodos de colheita de dados que não implicavam o ter de estar constantemente a efectuar perguntas aquelas pessoas que estavam já visivelmente perturbadas.

Por vezes, deixava a colheita de dados mais para o final do turno, para uma altura em que aquela família já estava mais calma e mais capaz. Apercebi-me de que o estar a perguntar tudo ao mesmo tempo funcionava ainda como factor de maior stress e de maior desequilíbrio.

Em termos gerais, o acolhimento nos três serviços visava sempre o máximo de conforto e de resposta real às necessidades que eram apresentadas pela criança e pelas suas famílias. Em todos os serviços existia um guia de acolhimento que servia como orientador para as famílias e simultaneamente procurava amenizar o choque do internamento da criança.

Notei que era transversal a todos os serviços a preocupação em manter a objectividade e não o sub ou sobrevalorizar da situação da criança. Penso que isso é muito relevante porque neste tipo de serviços deverá sempre prevalecer a consistência de informação e a objectividade.

No que diz respeito à integração da família nos cuidados, apercebi-me que esta era uma actividade que era realizada com muito mais facilidade pelos enfermeiros especialistas. Acho que tal se deve ao facto de estarem mais despertos para o assunto e reconhecerem que esse facto traz grandes ganhos para a criança e para a família.

Tive oportunidade de realizar esta actividade com muita frequência no serviço de Pediatria e no serviço de Neonatologia, mas com grandes diferenças entre eles. No serviço de Pediatria, os pais mostravam-se mais à vontade e mais dispostos a participar nos cuidados, enquanto no serviço de Neonatologia, os pais tinham algum receio em tocar no seu bebé.

Na Urgência Pediátrica, não tive tantas oportunidades de desenvolver esta actividade, porque as crianças permaneciam lá muito pouco tempo internadas, por isso acabava por não dar continuidade à minha intervenção. Neste serviço, apercebi-me que, muitas vezes, a abordagem efectuada a determinadas situações é sempre a mesma e aspectos como o tipo de família, o nível de conhecimentos dos pais é muitas vezes descuidado. Enquanto no serviço de Pediatria e de Neonatologia existe a preocupação de acompanhar os pais, esclarecer as suas dúvidas e mostrar-lhes o quão é importante permanecerem juntos dos filhos, participando nos cuidados; na Urgência Pediátrica já não é assim.

Um outro aspecto que também merece ser referido diz respeito ao estabelecimento de prioridades de acordo com as necessidades de cuidados de enfermagem identificadas junto da criança e da família. Mais uma vez, muito embora os contextos fossem muito distintos, apercebi-me rapidamente que cada criança e cada família têm características muito próprias e que lidam de forma muito diferente com as situações de doença. Perante isto, o estabelecimento de prioridades torna-se completamente distinto para cada uma das crianças – o que é uma necessidade essencial para uma família pode não o ser para uma outra.

Na Neonatologia este aspecto é muito mais visível, porque neste serviço são respeitados os pedidos dos pais e o planeamento de cuidados em que os pais possam participar é efectuado de acordo com a disponibilidade deles (ex. cuidados de higiene - banho, administração de terapêutica – preparação para a alta, manipulação de sonda nasogástrica – preparação para a alta). Também tive oportunidade de verificar que no serviço de Pediatria também se procuram respeitar os desejos dos pais.

Ainda no contexto da Neonatologia penso ser relevante fazer referência à manipulação mínima, ao respeito pelos ritmos biológicos do bebé, à intervenção precoce e à implementação do NIDCAP. Tudo isto foram aspectos com os quais contactei e pude aprofundar o estudo sobre eles e o impacto que têm no desenvolvimento futuro do bebé.

De acordo com aquilo que me pude aperceber, os serviços que prestam cuidados a crianças têm vindo a atribuir uma importância crescente aos cuidados diferenciados tendo em conta o ritmo, as características comportamentais e situação médica de cada criança, com o propósito de minimizar o impacto do internamento e potenciar o futuro desenvolvimento infantil.

Relativamente ao planeamento do regresso a casa, gostaria de salientar que tive oportunidade de realizar esta actividade em todos os contextos, sendo que a efectuei com maior frequência na Urgência Pediátrica. É uma actividade que me satisfaz particularmente e que realizo com relativa segurança. Penso que esse aspecto está directamente relacionado com o tipo de trabalho que desempenho, porque quando trabalhamos na comunidade e nos deslocamos para um ambiente hospitalar conseguimos ter uma visão de continuidade de cuidados.

Ao planear o regresso a casa das crianças, o meu raciocínio desenrolava-se no sentido das necessidades que eu percepcionava que aquela família ia ter na comunidade, uma vez que é algo com que lido frequentemente no meu dia-a-dia.

Houve situações, nos contextos de estágio, em que foi necessário ser criativa e pró-activa, uma vez que as crianças não reagem como os adultos e a imprevisibilidade é algo que está muito presente no seu comportamento.

Pude prestar cuidados autonomamente, em todos os campos de estágio onde estive, e muitas vezes fi-lo em situações que se revestiam de alguma complexidade. Exemplo disso foram os cuidados que prestei a crianças com doença crónica (ex. epilepsia, paralisia cerebral), a recém-nascidos prematuros e/ou com patologia cardíaca e também a crianças politraumatizadas.

Relativamente à prestação de cuidados numa situação de emergência, tive oportunidade de colaborar na reanimação de um recém-nascido na Neonatologia. Foi uma situação com uma carga emocional bastante grande, mas que no final acabou por correr bem.

Também no serviço de Urgência Pediátrica me foi dada oportunidade de colaborar na prestação de cuidados a uma criança com uma taquicardia iatrogénica na sala de emergência.

No que diz respeito a oportunidades de contacto com situações complexas, a Neonatologia foi o contexto em que isso mais aconteceu. Para mim foi extremamente enriquecedor aprender a cuidar daqueles recém-nascidos porque tive de desenvolver competências e aptidões para poder saber o que se passava com eles através de outras formas que não a comunicação verbal. Através do seu choro, do seu posicionamento corporal, da sua face, do modo como lidam com a estimulação, entre outros, aprendi a ser capaz de comunicar com o recém-nascido. É um mundo de muita complexidade que nos exige uma atenção e dedicação constantes.

Competências:

14 - Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.

24 - Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP.

Objectivos específicos:

- Desenvolver competências relativas ao diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação de enfermagem nos processos de assistência especializada à criança/família utilizando os Padrões de Documentação mais actuais.
- Prestar cuidados de enfermagem na área de EESIP, visando a obtenção de elevados níveis de satisfação por parte das crianças/famílias.

Reflexão sobre as actividades desenvolvidas:

De acordo com Garcia et al. (2004), o Processo de Enfermagem indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de acções dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização, ou seja, indica a adopção de um determinado método ou modo de fazer (Sistematização da Assistência de Enfermagem), fundamentado num sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área.

Assim sendo, e para dar resposta à necessidade de utilizar uma metodologia que me permitisse ser eficaz e simultaneamente eficiente nas actividades que desenvolvi no decorrer destes estágios, recorri sistematicamente ao Processo de Enfermagem e à linguagem CIPE, como base para o meu desempenho. O Processo de Enfermagem como metodologia científica de trabalho implica a fase de colheita de dados, construção de diagnósticos de enfermagem, planeamento de cuidados, a sua execução e subsequente avaliação. Em todos os locais de estágio procurei respeitar estas fases e organizar o meu pensamento e as minhas actividades respeitando a lógica do Processo de Enfermagem.

No serviço de Pediatria do HPH, foi relativamente fácil desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz, uma vez que já conhecia a instituição, já conhecia o serviço e já conhecia os padrões de documentação existentes.

Para além do referido, os meus orientadores, tiveram sempre a preocupação de me acompanharem e de me ajudarem na estruturação das minhas actividades. Inicialmente, fiquei muito ligada aos cuidados prestados pelos meus orientadores, não só por uma questão de segurança, mas também como pilar integrador. Com o passar do tempo, decidi começar a distanciar-me desses mesmos cuidados e começar a ser autónoma nas decisões e nos cuidados que prestava.

Relativamente às maiores dificuldades na implementação do processo de enfermagem neste contexto, elas disseram respeito à fase da colheita de dados. Não é que eu não conhecesse o instrumento, nem soubesse como utilizá-lo, mas foi-me difícil conseguir implementá-lo numa situação de grande ansiedade (tanto da criança como da sua família), como é aquela que advém da necessidade de um internamento. Era mais fácil quando se tratavam de internamentos programados, ou então quando eram crianças mais velhas. Difícil também era também a etapa da avaliação, porque houve situações, nomeadamente em situações de internamentos curtos, em que não consegui efectuar a avaliação das actividades que desenvolvi.

Um outro aspecto curioso que gostaria de deixar aqui referenciado diz respeito ao modo como era abordado o processo de enfermagem da criança, uma vez que me apercebi que os registos efectuados em contexto hospitalar estão muito voltados para o modelo biomédico. Coloquei algumas questões neste sentido e fui informada que já existiam grupos de trabalho organizados no sentido de trabalharem determinados focos autónomos da prática de Enfermagem. A grande maioria das actividades de enfermagem que estavam planeadas eram no âmbito do “Vigiar” e “Monitorizar”.

No serviço de Neonatologia do HSJ, se eu já tinha presente a importância do Processo de Enfermagem como metodologia científica de trabalho, ainda mais convencida fiquei devido a este estágio. É uma realidade tão complexa e tão minuciosa que como enfermeiros especialistas temos que estar constantemente alerta e preparados para reformular toda a nossa estratégia de um momento para o outro.

Muitas vezes era necessário reformular o que tinha sido definido no início do turno, ou porque o bebé tinha piorado ou porque precisava de uma intervenção cirúrgica ou então porque o bebé tinha uma paragem cardíaca. Neste local de estágio vi aperfeiçoada a minha capacidade de formular e reformular diagnósticos, uma vez que era uma realidade que estava constantemente a mudar. Fui também capaz de ficar mais meticulosa na fase de colheita de dados, porque aprendi a colher informação sem ser necessário perguntar.

No serviço de Urgência Pediátrica do HSJ, foram raros os casos em que consegui implementar todas as fases do Processo de Enfermagem. É um serviço em que as crianças permanecem pouco tempo, ou porque têm alta ou então porque são internadas nos diferentes serviços. As vezes em que realmente consegui acompanhar uma criança desde a sua chegada até à alta foi quando fazia o turno da noite e eram crianças com suspeita de patologia. Nos restantes casos era extremamente difícil. Neste contexto, a colheita de dados era extremamente fácil, pois na zona da Triagem, as famílias colaboram muito connosco e fornecem-nos muita informação. Em relação à formulação dos diagnósticos, planeamento e execução das actividades de enfermagem não tive qualquer dificuldade, mas o mesmo não posso dizer relativamente à avaliação. Esta última fase era muito problemática de efectuar, porque a grande maioria das crianças permanecia muito pouco tempo no serviço.

No que diz respeito à utilização da linguagem CIPE, na Pediatria do HPH, ela é largamente utilizada devido à existência do SAPE (versão informática), mas os registos efectuados são muito pobres no que diz respeito aos focos sensíveis aos cuidados de enfermagem. Há uma grande preocupação no sentido de haver registos no sentido do “vigiar” e do “monitorizar” descurando um pouco os registos relativos ao “Ensinar”, “Informar”, “Instruir” e “Treinar”. Não quero com isto dizer que este tipo de actividades não são registadas, mas ficam um pouco em segundo plano em detrimento das primeiras.

Um dos aspectos muito positivos que encontrei neste serviço, foi a preocupação dos colegas em preencher a avaliação inicial do processo das crianças. Isto era feito de uma forma sistemática e consistente.

No serviço de Neonatologia e na Urgência Pediátrica fui informada de que a linguagem CIPE não está implementada e também não existe o aplicativo SAPE. Em ambos os serviços a parametrização em papel já esteja feita, mas ainda não foi possível introduzi-la no sistema informático.

Na Neonatologia os registos efectuados são muito baseados no modelo biomédico, mas o modo com a informação é veiculada na passagem de turno é completamente diferente dos registos efectuados. São muito focados diagnósticos de enfermagem e actividades de enfermagem. Os colegas têm o cuidado de começar a introduzir na passagem de turno termos da CIPE, para que de futuro a transição seja mais fácil. Um das coisas que mais me surpreendeu foi o trabalho intensivo que era efectuado pelas colegas no âmbito do foco Papel Parental. Pouco do que era feito era registado, mas mesmo assim eram aspectos muito focados na passagem de turno. Cheguei a presenciar inclusivamente situações em que a patologia médica do bebé estava resolvida e ele não tinha alta porque os pais ainda não tinham desenvolvido suficientemente as competências parentais para poderem cuidar do bebé em casa.

Na Urgência Pediátrica os registos efectuados são muito pobres e perde-se muito do que os enfermeiros fazem por não se ter a possibilidade de registar. A linguagem CIPE é pouco utilizada e o SAPE ainda não está implementado, sendo que os registos são efectuados em suporte de papel. Penso que esta situação se deve a características próprias do serviço e não às equipas que prestam cuidados. É um serviço com uma grande rotatividade de doentes e em que não é fácil registar tudo aquilo que se faz. Coloquei algumas questões neste sentido junto dos colegas e pude aperceber-me que há uma abertura para que o SAPE seja implementado e para que os registos sejam melhorados.

No meu desempenho enquanto aluna de especialidade procurei basear a minha prática no processo de enfermagem e na CIPE. Realizei muitas actividades no âmbito de fenómenos de Enfermagem como: Papel Parental, Desenvolvimento Infantil, Auto Cuidado Higiene, Aspiração, Maceração, Interação de Papéis, Processo Familiar.

Foi também minha preocupação ao longo de todo o meu processo de aprendizagem perceber as dinâmicas da assistência à criança/família com problemas de saúde nos diferentes locais de estágio.

Apercebi-me do quão é importante uma real avaliação das necessidades da díade criança/família uma vez que é a partir daí que se desenrola o processo de enfermagem. Se não for efectuada uma boa colheita de dados todo o processo fica comprometido desde o início.

Vivenciei algumas situações, no decorrer do meu percurso como aluna, em que uma avaliação errada das necessidades das pessoas que temos perante nós poderá vir a ser desastrosa. Parte do papel que deve ser assumido pelo enfermeiro especialista é o de zelar pela qualidade dos cuidados prestados na sua área de especialidade, logo foi sempre a minha preocupação que os cuidados que prestassem visassem o máximo de satisfação e qualidade nas crianças e nas suas famílias.

Competências:

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

Objectivos Específicos:

- Desenvolver formas de comunicação verbais e não verbais com a criança/família, sempre respeitando as suas crenças e os seus valores.
- Aprofundar formas de comunicação verbais e não verbais com a criança/família, sempre respeitando as suas crenças e os seus valores.

Reflexão sobre as actividades desenvolvidas:

Para Corlett e Twycross (2006), a capacidade de nos relacionarmos com os outros é extremamente importante quando falámos de profissões como a Enfermagem. No caso da Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica essa necessidade ainda fica mais acentuada, uma vez que não só temos de estabelecer uma ligação com a criança, mas também com os seus pais ou familiares.

Foram inúmeras as vezes em que tive de me adaptar as circunstâncias e tive de apropriar a forma como habitualmente comunico à realidade que tinha à minha frente.

Um exemplo dessas situações foi quando estive a ensinar um pai a preparar um biberão. Muitas vezes, erradamente, pressupomos que os pais sabem tudo acerca do cuidado ao seu filho. A consequência desse acto, por vezes, resulta na incapacidade dos pais para realizarem determinadas tarefas de forma adequada. Neste caso o pai não sabia como preparar um biberão nem como dá-lo ao seu filho. Perante isto, optei por preparar com o pai o biberão, explicar-lhe os cuidados a ter antes de o dar ao bebé.

Numa outra ocasião, houve necessidade de explicar à família de um bebé o procedimento de colocação de uma sonda nasogástrica. Foi uma situação bastante complexa e que exigiu muita imaginação e comunicação adaptativa para que os pais compreendessem o que era aquele material e qual o seu objectivo. Como oralmente não estava a conseguir transmitir a informação, procurei através de um desenho mostrar qual o percurso da sonda e também qual a sua finalidade. Veio a demonstrar-se um método eficaz, uma vez que os pais no dia seguinte trouxeram inclusivamente fotografias (que retiraram da Internet), para confirmarem se a informação estava correcta.

Foram situações como estas que exigiram de mim uma grande capacidade de comunicação e também de adaptação a diferentes contextos. Olhando agora para elas penso ter sido bem-sucedida nas estratégias que utilizei.

Uma realidade que gostaria de deixar aqui referenciada é relativa às crianças com doença crónica, pois constituem um caso especial da chegada de uma doença ao seio de uma família. Ao conversar com os pais destas crianças constatei que, apesar do choque inicial, todos eles ao longo dos anos desenvolveram estratégias de adaptação àquela situação do seu filho. Notei também que são crianças que têm comportamentos diferentes perante os profissionais de saúde, aceitando-os muito melhor e por vezes até colaboram na execução de alguns procedimentos invasivos.

Queria ainda referir que com este estágio aprendi formas de comunicação que vão muito além da comunicação verbal e que nos demonstram que podemos atingir os mesmos fins utilizando meios que são muito mais apelativos para as crianças e consequentemente para os seus pais.

Competências:

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

Objectivos Específicos:

- Evidenciar uma boa integração na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Reflexão sobre as actividades desenvolvidas:

No que diz respeito à integração nas equipas, este foi um processo que no início dos estágios me preocupava bastante. Era difícil sair de um campo de estágio onde já me sentia integrada e já tinha à vontade para poder desenvolver as minhas actividades como enfermeira para, pouco tempo depois, estar a iniciar um novo estágio num local onde não conhecia ninguém.

Com o passar do tempo, ia-me apercebendo da dinâmica dos serviços e dos métodos de trabalho implementados e ia sendo capaz de me integrar e de me sentir mais à vontade para colocar questões e para poder realizar o meu processo de aprendizagem.

No serviço de Neonatologia e no serviço de Urgência Pediátrica sabia que tinha de me integrar o mais rapidamente possível para poder usufruir das oportunidades que me eram dadas. Por serem estágios com uma duração mais reduzida, queria aproveitar todos os momentos de aprendizagem que fossem possíveis. Não só procurei integrar-me na equipa de enfermagem como também na equipa multiprofissional.

A integração dentro da equipa multidisciplinar foi mais fácil no serviço de Neonatologia do que no serviço de Urgência Pediátrica, uma vez que a equipa é relativamente estável há já alguns anos. Já no serviço de Urgência Pediátrica, a equipa médica é sempre diferente, (variando de acordo com o dia da semana) e as diferentes especialidades médicas que dão apoio a este serviço também são asseguradas por um grande número de profissionais.

No que diz respeito à capacidade de trabalhar dentro das equipas, penso ter sido capaz de o fazer em todos os locais de estágio. Procurei sempre desenvolver as minhas actividades respeitando não só as crianças e as suas famílias como também as pessoas com quem estava a trabalhar.

2.2 – Gestão

Competências:

18 – Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de EESIP.

23 – Exercer supervisão de exercício profissional na área de EESIP.

Objectivos específicos:

- Acompanhar o desempenho de liderança de equipas de prestação de cuidados especializados na área de EESIP.
- Acompanhar o desempenho da função de supervisão de exercício profissional na área de EESIP.

Reflexão sobre as actividades desenvolvidas:

A nossa sociedade está em constante mudança e isso tem levado ao aparecimento de novas exigências na classe profissional dos enfermeiros. É-nos solicitado um novo perfil do enfermeiro, com novos conhecimentos, novas habilidades e também novas atitudes.

No que diz respeito às equipas de prestação de cuidados especializados na área de EESIP, estas existem e desempenham as suas funções como resposta às necessidades apresentadas pelas crianças e pelas suas famílias. A liderança destas equipas é muito importante não só por uma questão de organização e potenciação dos recursos, mas também por causa das novas exigências que surgem constantemente na profissão de enfermagem.

De acordo com Cunha (1995), a função de supervisão de exercício profissional na área de EESIP reveste-se de grande relevância, uma vez que permite que os cuidados sejam prestados com o máximo de qualidade possível.

Para dar resposta ao desenvolvimento destas competências, optei por dedicar um turno de estágio (em cada campo de estágio), para a área da gestão.

No caso do serviço de Pediatria, estive um turno com a enfermeira chefe e outro com a enfermeira de referência. No serviço de Neonatologia, a minha enfermeira tutora era uma das enfermeiras de referência e simultaneamente com a prestação de cuidados assumia também a função de liderança das equipas de prestação de cuidados.

No serviço de urgência pediátrica, a minha enfermeira tutora era também enfermeira de referência e assumia também a função de supervisão do exercício profissional da restante equipa.

Assim sendo tive oportunidade de acompanhar os tutores de estágio na decisão de distribuição dos cuidados na área de EESIP e também na supervisão do exercício profissional na área de EESIP. Pude aperceber-me que muitas vezes na distribuição dos cuidados são tidos vários factores em causa, tais como, situação clínica da criança, experiência profissional do enfermeiro e oportunidades de aprendizagem. Vivenciei situações em que se procurou adaptar a prestação de cuidados de enfermagem à criança/família de acordo com as necessidades que estes manifestaram. Por vezes não são decisões bem aceites, mas que têm por base a excelência no cuidar.

No que diz respeito à função de supervisão do exercício profissional, tive possibilidade de ver aplicados na prática muitos dos métodos que tinha aprendido na minha formação especializada. Não é uma função simples de exercer, mas agora, após ter tido um pouco contacto com ela, apercebo-me da importância que tem e no quão pode contribuir para a melhoria dos cuidados prestados às crianças/famílias.

Nestes turnos em que estive ligada à área de gestão dos cuidados, tive possibilidade de questionar quem acompanhei acerca deste domínio. Apercebi-me que é algo que nem sempre é fácil de realizar e que nem sempre é bem aceite. Os próprios enfermeiros por vezes ficam renitentes a aceitar funções que englobem estas vertentes.

Um outro aspecto de que me apercebi é que muitas vezes entre os próprios enfermeiros que lideram diferentes equipas de prestação de cuidados especializados não há consenso. Isto por si só acaba por ser complicado, mas agrava-se ainda mais quando dentro da própria equipa não há uma ideia geralmente aceite. Normalmente este tipo de situações resolve-se numa reunião de serviço em que após exposição de todos os pontos de vista se chega a um consenso.

Penso que a existência de consensos e de um referencial facilitam a prestação de cuidados especializados, pois permitem que todos os intervenientes tenham uma base de acordo.

Competências:

26 - Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP.

Objectivos específicos:

- Aprofundar a capacidade de organizar a prestação de cuidados de enfermagem na área da EESIP.

Reflexão sobre as actividades desenvolvidas:

No sentido de realizar gestão de cuidados na área da EESIP, procurei em todos os campos de estágio ser responsável por pelo menos uma criança/família que necessitasse de continuidade de cuidados.

No serviço de Pediatria, fui responsável por contactar um centro de saúde da ULISM, para agendar uma visita do enfermeiro de família ao serviço para que se pudessem assegurar os cuidados àquela criança. Tratava-se de um caso em que a criança era portadora de epidermólise bolhosa e ia ter alta, o que exigiu uma reorganização da família para poder receber este bebé em casa.

No serviço de Neonatologia fiquei responsável por contactar os familiares de um bebé prematuro, no sentido de estes começarem a participar nos cuidados e receberem ensinamentos relativamente aos cuidados a ter em casa. Posteriormente, tive oportunidade de planear o regresso deste bebé a casa. Tive a responsabilidade de verificar se os ensinamentos tinham sido efectuados e se as habilidades tinham sido demonstradas e foi também comigo que foi efectuado o teste de permanência na cadeirinha de transporte antes de o bebé ir para casa. Foi uma situação bastante gratificante, uma vez que pude acompanhar a evolução deste bebé em vários aspectos importantes.

Na Urgência de Pediatria, foi um pouco mais complicado, mas houve uma situação em que fui responsável por contactar uma instituição de atendimento à criança com deficiência (APPACDM São Mamede Infesta), para confirmar se haveria um enfermeiro nessa mesma instituição que pudesse assegurar os cuidados a essa criança.

Todas estas foram situações em que procurei realizar a gestão de cuidados dentro da área de EESIP, de forma a assegurar o máximo de qualidade dos cuidados prestados.

Um projecto que propus para o serviço de Pediatria no âmbito da gestão de cuidados, foi o da consulta informática da partilha de informação. Quando cheguei ao serviço apercebi-me que os colegas tinham um grande desconhecimento sobre o que era feito nos centros de saúde pelos enfermeiros de família e como eram efectuados os registos. Falei-lhes então da partilha de informação que todos confirmaram conhecer, mas que não conseguiam aceder. Durante a minha permanência no serviço de Pediatria procurei incentivar os colegas a acederem a esta ferramenta que lhes permite ter um noção real dos cuidados que são prestados às crianças na comunidade.

A área da gestão de cuidados em Saúde Infantil e Pediatria é aquela que mais me motiva porque mais do que efectuar gestão de stocks ou de materiais, julgo que o principal papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica deverá situar-se na prestação e na gestão de cuidados especializados à criança.

Competências:

29 - Colaborar na integração de novos profissionais.
--

Objectivos Específicos:

- Contribuir para o processo de integração de um novo colega.

Reflexão sobre as actividades desenvolvidas:

No decorrer dos meus estágios, no âmbito do curso de especialidade, apenas tive oportunidade de contribuir para a integração de um colega e isso aconteceu durante o estágio no serviço de Pediatria do HPH.

Uma das actividades que desenvolvi no âmbito da integração desse mesmo colega foi a descrição do modo como funcionava na ULSM a partilha de informação. Tal aconteceu porque estávamos a discutir em equipa a pertinência do envio das cartas de transferência de enfermagem dentro da ULSM. Como enfermeira de família, achei pertinente intervir, uma vez que sei o que essas cartas representam para os enfermeiros que trabalham na comunidade. São instrumentos preciosos porque nos sinalizam que uma determinada criança esteve internada e simultaneamente permitem que haja uma continuidade de cuidados de enfermagem. Nesse sentido aproveitei para reforçar junto do colega que se encontrava em integração, a necessidade de se manter o envio consistente dessas mesmas cartas para os respectivos centros de saúde da área de residência das famílias.

Algum tempo depois, foi também com esse colega que tive oportunidade de redigir uma carta de transferência. Foi uma situação interessante porque eu procurava impor a minha visão de cuidados na comunidade e o colega procurava impor a visão dele de cuidados hospitalares. Ao fim de algum tempo acabámos por nos aperceber que nenhum de nós tinha razão e que ambas as visões são válidas e necessárias para a continuidade de cuidados. Foi uma experiência bastante recompensadora porque não só ajudei o colega no seu processo de integração como também acabei por retirar daí uma lição valiosa.

2.3 – Investigação

Competências:

2 - Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.

6 - Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas.

Objectivos Específicos:

- Participar em contextos que permitam a transmissão e a partilha de conhecimentos provenientes da investigação e também da própria prática clínica.

Reflexão sobre as actividades desenvolvidas:

No âmbito do desenvolvimento destas competências, procurei aproveitar todas as oportunidades que me foram dadas para estar presente em locais onde aspectos complexos do desempenho dos enfermeiros que trabalham em pediatria estavam a ser discutidos. Procurei participar nas reuniões de serviço, nas discussões em equipa (formais e informais), e também, quando possível, nas discussões entre profissionais.

Ao fazê-lo fui capaz de transmitir informação proveniente da minha prática clínica e também do resultado de investigações que ia consultando em casa. Esta partilha nem sempre era fácil, pois por vezes as temáticas na área da Pediatria são tão complexas que exigem um estudo mais aprofundado. Não foram raras as vezes em que tive necessidade de ir procurar mais e melhor para esclarecer uma determinada questão. Este aspecto foi mais frequente nos estágios de neonatologia e de urgência pediátrica. Como se tratam de campos de estágio muito específicos, com particularidades muito próprias era relativamente frequente o aparecimento de dúvidas associadas à prática de enfermagem.

Não foram raras as situações em que me ofereci para pesquisar sobre o assunto para posteriormente poder comunicar o resultado dessas mesmas pesquisas.

No serviço de Pediatria, foi-me mais fácil desenvolver actividades no sentido de dar resposta a estas competências porque, muito embora também tenha as suas especificidades, é um serviço que dá resposta a um enorme número de patologias e onde eram frequentes as problematizações sobre questões do foro médico e questões do foro cirúrgico.

Em algumas situações, os problemas que surgiram eram relativos aos cuidados na comunidade. Nessas alturas tive oportunidade de dar a conhecer um pouco da realidade com que contacto diariamente. Ao fazê-lo, penso ter contribuído para uma maior e melhor compreensão daquilo que os enfermeiros de família fazem no seu dia-a-dia e de que modo se poderão estabelecer parcerias que visem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às crianças e às suas famílias.

Competências:

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

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

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

Objectivos Específicos:

- Demonstrar, no discurso utilizado, a capacidade de abordar um problema sob diferentes perspectivas.
- Evidenciar reconhecimento da importância da prática baseada na evidência.
- Integrar na prestação de cuidados de enfermagem evidências provenientes da investigação.

Reflexão sobre as actividades desenvolvidas:

Em Fortin (1999), apercebemo-nos que as implicações que a investigação tem na prática baseada na evidência são cada vez mais visíveis e os cuidados de Enfermagem deverão ser cada vez mais apoiados e justificados por essa investigação. Em minha opinião, a Enfermagem como ciência do conhecimento apenas tem sentido que exista se for corroborada pelo conhecimento científico.

No decorrer destes estágios, procurei fundamentar a minha prestação de cuidados no conhecimento científico actual, através da produção de um discurso pessoal fundamentado, atendendo às diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde e necessidades encontradas.

Foi minha preocupação constante que os cuidados que prestasse fossem baseados no conhecimento científico o mais actual possível. Para tal, tive a preocupação de efectuar assiduamente pesquisas, quer em suporte de papel, quer em suporte informático e inclusivamente houve artigos que achei que pela sua importância deveria dar a conhecer aos meus pares. Exemplos disso foram a vacinação do recém-nascido (Anexo IV) e também a introdução da vacina contra o papiloma vírus (Anexo V).

Procurei sempre manter de forma contínua e autónoma, o meu processo de desenvolvimento, incorporando na prática os resultados da investigação que fui efectuando. À medida que ia contactando com novas referências científicas e novos conhecimentos ia-me questionando acerca da aplicabilidade desse mesmo conhecimento à prática de enfermagem. Uma outra preocupação que me levou a aprofundar as minhas pesquisas bibliográficas foi a necessidade de transmitir conhecimentos aos pais e também às crianças que fossem os mais fundamentados possíveis.

Competências:

22 – Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP.
--

Objectivos específicos:

- Integrar um projecto de investigação que esteja a decorrer num dos campos de estágio.

Reflexão sobre as actividades desenvolvidas:

A investigação sempre foi algo que me fascinou. Acho deveras espantoso o que temos conseguido atingir e o caminho que temos percorrido na enfermagem graças a este instrumento.

Inicialmente ponderei a hipótese de efectuar um trabalho de investigação no decorrer de algum dos estágios, por exemplo: um estudo descritivo; mas tendo em vista aquilo que percepciono ser a investigação concluí que não conseguiria dar resposta a esse propósito. Assim sendo, tracei como objectivo integrar algum projecto de investigação que estivesse a decorrer nos campos de estágio.

Tal oportunidade surgiu no serviço de Pediatria do HPH. Foi-me dada a possibilidade de colaborar num projecto de investigação em curso e eu aceitei. A minha colaboração situou-se ao nível da obtenção do consentimento informado e também na realização de alguns questionários. Foi uma experiência interessante, mas tive pena de não poder estar envolvida na análise dos dados, mas tal não foi possível porque as colegas se encontravam ainda na fase de recolha dos mesmos.

2.4 – Formação

Competências:

3 - Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.

7 - Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada.

Objectivos específicos:

- Analisar de forma crítica o papel do enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.
- Problematizar os contextos da prática em relação às perspectivas teóricas propostas durante a formação teórica.

Reflexão sobre as actividades desenvolvidas:

De acordo com Corlett e Twycross (2006), o enfermeiro especialista na área de saúde infantil e pediatria vê-se, no seu contexto de trabalho, confrontado com a díade criança/família de uma forma sistemática, o que leva a que os seus cuidados sejam sempre dimensionados e equacionados nesta perspectiva. Sabendo que os pais são os prestadores de cuidados sempre presentes e que são eles que prestam cuidados aos seus filhos, não só quando eles estão doentes mas também quando eles estão saudáveis, qualquer contribuição que os pais possam oferecer, traduz-se a nível do tratamento e recuperação da criança.

Já para Pinto e Figueiredo (1995), o papel do enfermeiro especialista é fundamental como elemento coordenador e orientador dos planos de cuidados em relação a cada criança tendo a responsabilidade de supervisionar a sua aplicação e comunicação entre todos os elementos da equipa. Só desta forma consegue desenvolver um trabalho continuado, uma avaliação rigorosa da evolução dos cuidados e proceder à alteração do plano sempre que se justificar.

Tendo o referido como base, não há qualquer dúvida de que os enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediatria constituem uma mais valia na prestação de cuidados às crianças e às suas famílias. Através do seu conhecimento, da sua disponibilidade e das suas aptidões são capazes de prestar cuidados com qualidade visando a excelência dos cuidados e também o respeito pela criança e pela sua família.

Daquilo que me pude aperceber nos locais de estágio onde estive, nem sempre os enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica prestam cuidados, muitos deles encontram-se a assumir funções de gestão. Esta situação leva-me a reflectir sobre o próprio papel da formação especializada em enfermagem e na sua adequação às exigências actuais da sociedade. Para mim o local de eleição para o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria é junto das crianças e das suas famílias, porque é aí que poderá dar o seu maior contributo, mas também compreendo e reconheço a importância de existirem enfermeiros com funções de gestão. Porque não então a criação de uma formação específica para aqueles que desejem efectivamente estar ligados à área de gestão?

Uma outra questão que gostaria de deixar referenciada tem a ver com os cuidados continuados em idade pediátrica. É uma realidade que existe e onde se verificam carências em termos de visibilidade pela sociedade civil. Penso que os enfermeiros devem investir nesta área de formação, pois estas famílias existem e necessitam de cuidados de enfermagem especializados.

Existe ainda a questão dos instrumentos de avaliação e intervenção no seio familiar. Muito embora eles já existam, a sua utilização ainda não está suficientemente disseminada e para as crianças/famílias isso traduz-se em algumas perdas. Penso que seria muito relevante uma aposta na aplicação destes instrumentos porque se traduziria em ganhos em saúde.

Competências:

- | |
|---|
| <p>25 - Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.</p> <p>27 - Identificar as necessidades formativas na área da EESIP.</p> <p>28 - Promover a formação em serviço na área de EESIP.</p> |
|---|

Objectivos específicos:

- Efectuar um diagnóstico das necessidades formativas, na área da EESIP, nos diferentes contextos de estágio.
- Desenvolver uma actividade de formação na área da EESIP.

Reflexão sobre as actividades desenvolvidas:

A primeira actividade que realizei no âmbito do desenvolvimento destas competências foi a de questionar o responsável pela formação nos serviços acerca das necessidades formativas nesses mesmos contextos.

No serviço de Neonatologia, a resposta que recebi foi negativa e tal justificava-se pelo facto de o responsável pela formação se encontrar ausente e também porque o serviço se encontrava numa fase muito complicada em que todos os recém-nascidos estavam infectados com o vírus da Gripe A.

No serviço de Urgência Pediátrica, também não houve receptividade, porque o plano de formação já se encontrava elaborado e aprovado, não havendo possibilidade de me integrar.

Foi apenas no serviço de Pediatria que encontrei receptividade para a realização de uma formação aos pares. Questionei o responsável do serviço relativamente às necessidades formativas na área de EESIP e após algumas reflexões ficou acordado que a formação em serviço iria ser subordinada ao tema da adolescência. Consultei também o responsável pela formação em serviço que concordou e também alguns colegas que acharam o tema muito interessante. A adolescência surgiu como temática importante, uma vez que o serviço de Pediatria do HPH ia passar a receber jovens até aos 18 anos de idade. Notei que na equipa não existia um grande à vontade para abordar os jovens e isso contribuiu para aumentar o meu desejo de abordar este tema formação.

Procurei, enquanto preparava a formação, averiguar junto dos colegas qual a melhor forma para abordar o tema da adolescência, uma vez que não pretendia que a formação fosse estritamente expositiva. Tive algumas sugestões, principalmente dos meus enfermeiros orientadores, que me ajudaram a direccionar a formação. Sugeriram a utilização de slides com pouco texto, com imagens, com ideias esquematizadas e também que fosse uma formação pequena, objectiva e concisa.

Elaborei então uma apresentação subordinada ao tema da “Adolescência” (Anexo III), que foi apresentada aos colegas no dia 15 de Junho de 2009, na sala de reuniões do serviço das 14h às 14h30m.

Penso que ao ter realizado esta formação contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros do serviço de Pediatria, não só através da transmissão de conceitos acerca da adolescência, mas também através de divulgação de estratégias de comunicação com os jovens.

Conclusão

Tendo por base que o período de estágio constitui um momento de particular importância, não só como parte integrante de um processo formativo, mas também como contexto privilegiado de desenvolvimento pessoal e profissional, neste relatório constam uma descrição actividades realizadas e uma reflexão crítica sobre elas. Procurei através da descrição das minhas actividades diárias demonstrar quais os meus pontos fortes e também quais aqueles em que ainda necessito de melhorar.

Devo dizer que para a realização deste relatório tive que enfrentar verdadeiros desafios e obstáculos. O facto de me terem sido fornecidos quais os objectivos e competências que deveriam ser desenvolvidos durante este percurso de formação facilitou um pouco a estruturação e a orientação a dar a cada estágio, mas mesmo assim senti uma verdadeira dificuldade em transpor para este relatório as actividades que desenvolvi nos diferentes locais de estágio.

No decorrer deste estágio desenvolvi um grande número de actividades que procuraram dar resposta a uma metodologia científica de trabalho. Realizei colheita de dados, enunciei diagnósticos de enfermagem, planeei actividades, executei-as e posteriormente avaliei o seu impacto.

No serviço de Pediatria do HPH, prestei cuidados de enfermagem autonomamente, trabalhei vários focos de enfermagem, nomeadamente o “Papel Parental”, participei em discussões em equipa e fiquei como co-responsável de algumas situações que exigiam cuidados especializados.

No serviço de Neonatologia do HSJ, tive oportunidade de colaborar nos cuidados que eram prestados, efectuei colheita de dados, trabalhei muito os focos de enfermagem “Desenvolvimento Infantil”, “Amamentar” e “Papel Parental”. Foi neste serviço que me foi dada a possibilidade de acompanhar um recém-nascido desde a admissão até à alta. Foi uma situação muito gratificante.

No serviço de Urgência Pediátrica do HSJ, pude contactar com situações que exigiam cuidados urgentes, prestei cuidados de enfermagem autonomamente, pude colaborar nos cuidados que eram prestados na sala de emergência e fiquei responsável pelo acompanhamento de algumas crianças, desde a admissão até à alta. Foi também neste serviço que me foi dada a oportunidade de articular os cuidados com outras instituições na comunidade.

Este curso de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, permitiu-me adquirir novas competências e preparou-me para uma nova etapa da minha vida profissional. Através dele fui capaz de desenvolver competências científicas, técnicas, humanas e culturais nesta área de especialidade. Penso que actualmente me encontro em condições para ser um elemento chave na prestação de cuidados à criança/família, estabelecendo parcerias com esta díade que visem a promoção do desenvolvimento da criança e a obtenção de ganhos em saúde.

Um dos desejos para o futuro será desenvolver ainda mais profundamente as competências que agora possuo, uma vez que sei existirem capacidades para isso mesmo.

A área da Saúde Infantil e Pediátrica é extremamente motivadora e constitui um mundo de inúmeras oportunidades de intervenção do Enfermeiro. As crianças e as suas famílias apenas poderão lucrar com os cuidados especializados de um Enfermeiro com formação específica nesta área.

Bibliografia:

- Azevedo, C. e Azevedo, A. 1996. Metodologia Científica. Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos. 3ª. Edição. Edições Carlos Azevedo. Porto.
- Bernardes, C. Miranda, F. 2003. Portefólio uma Escola de Competências. Porto Editora. Porto.
- Corlett, J. e Twycross, A. 2006. Negotiating of parent roles within Family-Centred Care - a review of the research. *Journal of Clinical Nursing* 15 (10): 1308-16.
- Cunha, A. 2002. Gestão em enfermagem: novos rumos. *Mundo saúde* 26 (2):309-314.
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro. 1996. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Ministério da Saúde. Portugal.
- Figueiredo, M. 2009. Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar [Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem]. Porto.
- Fortin, M. 1999. O processo de investigação da concretização à realização. 3ª Edição. Lusociência. Loures.
- Garcia, T. Nóbrega, M. e Carvalho, E. 2004. Nursing process: application to the professional practice. *Online Brazilian Journal of Nursing*. [Online], n. 2. Disponível em: www.uff.br/nepae/objn302garciaetal.htm [2 de Dezembro 2010].
- International Council of Nurses. 2002a. Nurses always for you: caring for families. ICN. Geneva.
- Ordem dos Enfermeiros. 2006. Condições do exercício profissional Presente e futuro – Tópicos para reflexão. Assembleia Geral. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros. 2001. Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos. Lisboa.
- Pinto, C. e Figueiredo, M. 1995. Cuidar da Criança Doente. *Nursing* Dezembro (Ano 8): 15-16.
- Santos, E. e Fernandes, A. 2004. Prática Reflexiva: Um guia para a Reflexão Estruturada. Referência: 59-62.

Wright, L.e Leahey, M. 2002. Enfermeiras e Famílias. Um guia para a avaliação e intervenção na família. Roca. São Paulo.

ANEXOS

ANEXO I

De seguida apresentam-se as competências propostas de acordo com o Plano de Estudos do Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Competências:

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 aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
3. Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
4. Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;
5. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
6. Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
7. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
8. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;
9. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
10. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
11. Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica;
12. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;

13. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;
14. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
15. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
16. Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
17. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
18. Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP;
19. Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;
20. Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
21. Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
22. Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP;
23. Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP;
24. Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP;
25. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
26. Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP;
27. Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;
28. Promover a formação em serviço na área de EESIP;
29. Colaborar na integração de novos profissionais.

ANEXO II

Reorganização das Competências em Domínios

Segue-se um quadro onde se optou por reorganizar as 29 competências em quatro domínios da prestação de cuidados de cuidados de enfermagem

Domínio	Competências
Prestação de Cuidados	1,4,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,19,24
Gestão	18,23,26,29
Investigação	2,5,6,20,21,22
Formação	3,7,25,27,28

Quadro 1: Distribuição das Competências em Domínios

ANEXO III



A ADOLESCÊNCIA

Trabalho realizado por:
Joana Vieira
Tânia Leiras

Alunas do Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria



Adolescência - Definições

- ♦ “Etapa do desenvolvimento que ocorre desde a puberdade à idade adulta, ou seja desde que as alterações psicobiológicas iniciam a maturação até à idade em que um sistema de valores e crenças se enquadra numa identidade estabelecida”

Daniel Sampaio, 1994

- ♦ “A adolescência é o período de transição entre a infância e a idade adulta, começando num acontecimento biológico (a puberdade) e terminando num acontecimento psicossocial (a independência em relação aos pais).

Portal da Saúde, 2008

- ♦ OMS: Adolescência 10-19 anos
 Juventude 15-24 anos

Relatório sobre a Juventude, 2005



Adolescência - Transformações



- ◆ Desenvolvimento Físico
- ◆ Desenvolvimento Cognitivo
- ◆ Desenvolvimento Psicossocial



Adolescência – Desenvolvimento Físico



- ◆ O motor biológico da adolescência é a puberdade, que é um conjunto de processos biológicos relacionados entre si que vão transformar a criança num indivíduo sexual e fisicamente maduro.
- ◆ O início da puberdade caracteriza-se pelo rápido crescimento muscular e orgânico.

Adolescência – Desenvolvimento Físico

◆ Cronologia da Puberdade

- Amplo espectro da “Normalidade”
- Conhecimento da variabilidade (Tendência secular do crescimento)
- Duração ~ 50-60 meses
- Início :
 - Raparigas: 8-13 anos (11+/-1 ano)
 - Rapazes: 9-14 anos (12+/- 1 ano)

Adolescência – Desenvolvimento Físico

◆ **Sexo Feminino**

- **1º sinal:** Botão mamário
- **8-13 anos de idade**

◆ **Sexo masculino**

- **1º sinal:** > volume testicular > 4cc
- **9-14 anos de idade**

Duração até 5 anos

Adolescência – Desenvolvimento Físico

- ♦ Nos rapazes, as alterações físicas que fazem parte da adolescência são o aumento dos órgãos genitais, o aparecimento de pêlos púbicos, na face e nas axilas, e a voz torna-se mais grave.
- ♦ Nas raparigas, as mamas crescem, surgem pêlos púbicos e também nas axilas, e tem então início a menstruação.
- ♦ A maioria dos adolescentes torna-se fértil 2 a 3 anos após a puberdade.

Adolescência – Desenvolvimento Cognitivo

Segundo Piaget:

- ♦ É no início da adolescência que os indivíduos passam do pensamento lógico-concreto para o pensamento lógico-abstracto que permite lidar com realidades hipotéticas e possibilidades.
- ♦ Presença do idealismo e o espírito crítico que levam o adolescente a imaginar mundos perfeitos, justos, sem discriminações criticando a realidade em que vive.
- ♦ Egocentrismo adolescente: convicção que o adolescente tem de que é o centro das atenções e das preocupações dos outros, julgando-se único e invulnerável. Este egocentrismo revela a falta de maturidade do pensamento adolescente mas revela ao mesmo tempo a preocupação consigo próprio.



Adolescência – Desenvolvimento Cognitivo



Segundo Elkind:

- ♦ O adolescente tem o sentimento de estar a ser constantemente a ser observado pelos que o rodeiam – “audiência imaginária”.
- ♦ Presença da “fábula pessoal” – o adolescente acredita que todas as suas experiências e sentimentos são únicos.
- ♦ Ter a “ilusão da vulnerabilidade” (os acidentes e desgraças só acontecem aos outros).



Adolescência – Desenvolvimento Psicossocial



- ♦ Influenciado por factores socio-culturais e do meio.
- ♦ A transição da infância para a idade adulta não decorre de forma contínua, uniforme nem síncrona em termos biológicos, sociais, emocionais e intelectuais.



Adolescência – Desenvolvimento Psicossocial



“ Os nossos jovens amam o luxo, têm péssimos ideais e desdenham da autoridade. Mostram pouco respeito pelos seus superiores e preferem conversas fúteis ao exercício. Os rapazes são tiranos. Já não se levantam quando alguém entra. Não respeitam os seus pais, conversam entre si quando estão na companhia de maiores, devoram a comida e tiranizam dos seus mestres”

Sócrates (470-399 AC)



Adolescência – Desenvolvimento Psicossocial



“ Irascíveis, categóricos nas suas afirmações e propensos a deixar levar-se pelos seus impulsos”

“Os jovens são aquecidos pela natureza como um homem bêbedo pelo vinho”

Aristóteles (384-322 AC)



Adolescência – Desenvolvimento Psicossocial

“ A adolescência é uma época de turbulências, mudanças, tensões e sofrimentos psicológicos... uma grande tormenta”

Stanley Hall (1904)



Fases da Adolescência

- ◆ Adolescência precoce: 10-13 anos
- ◆ Adolescência média: 14-17 anos
- ◆ Adolescência tardia: 17-21 anos

Tarefa	A. Precoce 10-13 anos	A. Média 14-17 anos	A. Tardia 17-21 anos
Independência	< interesse nas actividades dos pais Flutuações de humor	Conflitos familiares (pico)	Reaceitação dos conselhos e valores dos pais
Imagem Corporal	Preocupação com alt. pubertárias. Insegurança	Aceitação do corpo Cuidado em se tornar + atractivo	Aceitação das alt. pubertárias
Colegas	Intensa relação com indivíduos do mesmo sexo	Maior envolvimento c/colegas; IMP valores colegas; Act. sexual, comportamentos de experimentação	< importância do grupo; > Partilha de sentimentos, relações + íntimas
Identidade	>Privacidade >Cognitivo >Imaginação >Ideais Perda de controlo da impulsividade	>sentimentos >capac.intelectual Omnipotência Comp.risco	Objectivos práticos e realistas; Refinamento dos valores morais, religiosos /sexuais Capacidade de compromisso

A Saúde dos Adolescentes em Portugal

Aventura Social & Saúde

A SAÚDE DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES

Estudo Nacional da Rede Europeia HBSC /OMS (1998)

Margarida Gaspar de Matos
Celeste Simões
Susana Fonseca Carvalhosa
Carla Reis

Faculdade de Medicina Humana Programa de Educação Para Todos - Saúde

ÍNDICE

PREFÁCIO	5
RELEVÂNCIA DO ESTUDO	7
INTRODUÇÃO	13
REVISÃO DA LITERATURA	15
METODOLOGIA	20
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	23
EXPECTATIVAS FUTURAS	26
HISTÓRIA DE CONSUMOS	27
Alcool	28
Tabaco	30
Drogas	32
PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO E TEMPOS LIVRES	36
Exercício Físico	37
Tempos Livres	41
HÁBITOS ALIMENTARES E DE HIGIENE	43
BEM-ESTAR E APOIO FAMILIAR	45
AMBIENTE NA ESCOLA	54
Ativos	55
Profissões	55
Violência	60
IMAGEM PESSOAL	65
QUEIXAS PSICOLÓGICAS E SOMÁTICAS	68
OPINIÕES E ATITUDES FACE AO HIV/AIDS	73
SÍNTESE DAS DIFERENÇAS ENTRE SEXO E IDADE	78
CONCLUSÃO	83
DIFERENÇAS POR REGIÃO	87
REFERÊNCIAS	111

http://www.fmh.ut.pt/aventurasocial/pdf/Brochura_Nacional_1998.pdf

Comportamentos aditivos

- ◆ **Consumo de álcool** – 71% dos adolescentes já experimentaram
 - Cerveja -1% consome todos os dias; 11.1% todas as semanas/meses
 - Vinho - 96.8% nunca ou raramente consome
 - Bebidas espirituosas - 90% nunca ou raramente consome
 - Embriaguez - 77.9% nunca se embriagaram, 17.9% já se embriagaram 1-3x, e 4.2% mais de 4x
- ◆ **Consumo de Tabaco** - 69.1% nunca experimentaram; dos que fumam, 5,9% fuma todos os dias
- ◆ **Consumo de drogas** – A droga mais experimentada foi haxixe e ervas (3.8%) e a menos experimentada foi a Cocaína (0.9%); 66% dos adolescentes tiveram a sua primeira experiência com drogas entre os 13 e 15 anos.

Comportamentos aditivos

AS PESSOAS CONSOMEM DROGAS PORQUE...									
Os seus amigos também tomam		Querem experimentar		Gostam dos efeitos da droga		É tradição entre gente nova			
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
53.5%		64.2%		27.4%		12.4%			
51.9%	54.9%	63.0%	65.2%	29.1%	26.0%	12.4%	12.4%	33.6%	31.9%
11	16	11	16	11	16	11	16	11	16
47.3%	58.1%	58.0%	69.4%	19.8%	34.5%	13.0%	11.7%	27.7%	35.3%

AS PESSOAS CONSOMEM DROGAS PORQUE...									
Sentem que para elas a droga não é perigosa				Existem drogas nos lugares onde costumam ir					
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
22.4%				22.2%					
24.1%	20.9%	46.7%	46.8%	22.3%	22.2%	47.0%	57.8%		
11	16	11	16	11	16	11	16		
26.8%	19.9%	44.3%	42.4%	18.5%	23.9%	47.8%	55.5%		

Quadro 12 - Consumo de drogas: As pessoas consomem drogas porque...

Exercício físico

▪ Benefícios físicos

- Adaptação ao stress
- Alívio da tensão muscular
- Redução da dor
- Redução do risco de doenças coronárias

▪ Benefícios psicológicos

- «Sentir-se bem»
 - Redução de sintomas depressivos
 - Distracção face ao quotidiano
 - Redução da ansiedade
 - Melhoria da auto-estima e auto-confiança
 - Redução da obesidade
- 60.5% dos adolescentes referem praticar exercício 1 a 3 horas por semana
 - 33.2% referem praticar exercício meia hora ou menos por semana

Hábitos de ver TV e jogar computador



<http://frasesdavid.files.wordpress.com/2009/02/jovensep-1.jpg>

- ♦ Imagens violentas – Aumentam sentimentos de hostilidade e aumento da frequência cardíaca
- ♦ Esforço cognitivo
- ♦ Relação com dieta pobre e estilo de vida sedentária
- ♦ 61.3% vê meia a 3 horas por dia de TV
- ♦ 68.7% joga computador menos de 1h/ semana

Hábitos alimentares

FRUTA	
Maiores Consumos	Raparigas
PAO	
Maiores Consumos	Rapazes / Mais novos
VEGETAIS CRÚS	
Maiores Consumos	Raparigas / Mais velhos
VEGETAIS COZINHADOS	
Maiores Consumos	Raparigas / Mais novos

Queixas psicológicas e somáticas

◆ Sintomas

- As rápidas mudanças físicas e psicológicas são acompanhadas pelo aumento de sensibilidade e atenção aos sintomas do corpo;
- O aumento de sintomas que não apresentam doenças físicas sérias pode reflectir o desequilíbrio no envolvimento psicossocial dos jovens.
 - Dores de cabeça têm sido identificadas como sintomas de depressão
 - Sintomas físicos estão associados ao mal-estar, ansiedade e envolvimento psicossociais instáveis



<http://imagens.google.pt/imagens?imgref=http://www.fox.com/imagens/temas/psiquiatria/01.jpg>

Percepção de saúde e bem-estar

- ♦ 63.4 % dos adolescentes descrevem-se como bastante saudáveis; **4.5% descrevem-se como pouco saudáveis;**
- ♦ **5.7% dos adolescentes refere ter dores de cabeça todos os dias** e 38.8% 1 vez por semana ou mais
- ♦ 7.0% refere ter dor de costas todos os dias e 34.2% 1 vez por semana ou mais
- ♦ **26.4% dos adolescentes refere ter dores de estômago 1 vez ou mais por semana**
- ♦ Irritabilidade e nervosismo são indicados como existentes mais de 1x por semana em mais de 40% dos adolescentes
- ♦ **5.3 % refere estar deprimido todos os dias e 32.9% uma vez por semana ou mais**
- ♦ **Dificuldade em adormecer é referido por 12.3% dos adolescentes como ocorrendo todos os dias** e 25.8% uma vez por semana ou mais.
- ♦ Cansaço matinal é referido por 11.6% dos adolescentes como ocorrendo 4 vezes ou mais

Uso de medicação



<http://200.221.3.223/images/articledimg/blog/016801.jpg>

- ♦ A frequência de uso de medicação para um sintoma específico pode servir como uma definição de severidade ou a disponibilidade ou tendência para o uso de medicação numa sociedade ou grupo
- ♦ As raparigas são as maiores consumidoras de medicamentos para a dor de cabeça, de estômago e para o nervosismo
- ♦ Os mais novos referem com mais frequência o consumo de medicamentos para a dor de cabeça e os mais velhos para a dificuldade em adormecer

Problemas de saúde nos adolescentes e crianças em idade escolar

Wong, 2001



<http://sendiferente.files.wordpress.com/2008/06/brasil-contru-a-pedofilia-depressao-adolecentes.jpg>

- ◆ Problemas de saúde comuns
 - Mononucleose
 - Tabagismo
- ◆ Problemas relacionados com prática de desporto
 - Sme do uso excessivo
 - Fracturas de stress
- ◆ Alteração do crescimento e maturidade
 - Estatura alta ou baixa
 - Anormalidade dos cromossomas sexuais
- ◆ Transtornos relacionados com o aparelho reprodutor
 - Amenoreia
 - Dismenorreia
 - Vaginite
 - Transtornos do sist. Rep. Masc.
 - Ginecomastia

Problemas de saúde nos adolescentes e crianças em idade escolar

Wong, 2001



<http://www.whala.com.br/wp-content/uploads/2009/01/adolescentes-1.jpg>

- ◆ Problemas de saúde relacionados com a sexualidade
 - Gravidez na adolescência
 - Contraceção
 - DST
 - Agressão sexual
- ◆ Transtornos alimentares
 - Obesidade
 - Anorexia nervosa
 - Bulimia
- ◆ Distúrbios com componentes comportamentais
 - Depressão
 - Esquizofrenia
 - Fobia escolar
 - Dor abdominal recorrente
 - Consumo de drogas
 - Suicídio

Internamento do adolescente

Wong, 2001



<http://static.blogstorage-hi-pi.com/bebblog.com.br/cr/crisete/images/gd/1222947931.jpg>

- ♦ A separação de casa e dos pais pode ser um evento apreciado;
- ♦ Perda de contacto com os colegas pode ser uma grave ameaça emocional por perda do status no grupo;
- ♦ Num período de busca por afirmação, independência e identidade pessoal, qualquer evento que interfira neste processo resulta em **perda de controlo**

Internamento do adolescente

Wong, 2001



http://www.sistemaodia.com/imagem/materias/m_gripe_9b1624710f6f5a427c214598d4cedae2.jpg

O adolescente pode ficar sem qualquer sistema de apoio, já que os pais podem não representar uma fonte de apoio e os amigos, ainda que visitem, fora do contexto habitual, podem não ser o tipo de apoio necessário.

A criação de um grupo de amigos entre os adolescentes internados pode ser facilitador.'

Almeida et al. ,2005

- ♦ **O papel de paciente** representa dependência a despersonalização porque a doença limita as suas capacidades físicas e a hospitalização afasta-o dos sistemas de apoio usuais.
- ♦ Podem responder à dependência com rejeição, falta de cooperação e isolamento.
- ♦ Podem responder à despersonalização com auto-afirmação, raiva ou frustração.

Internamento do adolescente

Wong, 2001



<http://imagem.vilamulher.terra.com.br/interacao/thumb/57colocas-em-adolescencia-57-30-thumb-570.jpg>

Podem reagir às intervenções fazendo inúmeras perguntas, isolando-se, rejeitando os outros ou questionando a adequação dos cuidados.

- ♦ A natureza da lesão corporal pode ser mais importante, em termos de percepção de doença pelo adolescente do que o seu verdadeiro grau de gravidade.
- ♦ As doenças, as intervenções clínicas ou cirúrgicas e a hospitalização aumentam as suas preocupações em relação à normalidade.

Internamento do adolescente

Wong, 2001



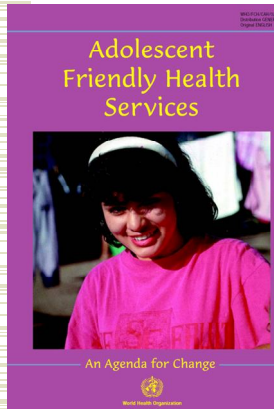
http://4.bp.blogspot.com/_7cQRZ4tLIM/SEZ8L5A8IAAAAAAAAAAKQ/ZRGWcLMIBdU/s400/mulher_1.jpg

A hospitalização também tem efeitos benéficos. Pode ajudar a criança a dominar o stress e a sentir-se competente neste âmbito. Proporciona também experiências de socialização que ampliam os seus relacionamentos interpessoais.

- ♦ **Privacidade** – A falta de respeito por esta necessidade pode causar mais stress que a dor física.
- ♦ A **resistência física e agressão** são raros, já que a falta de auto-controlo os faz sentir envergonhados.

Serviços de saúde amigáveis para os adolescentes

OMS, 2002

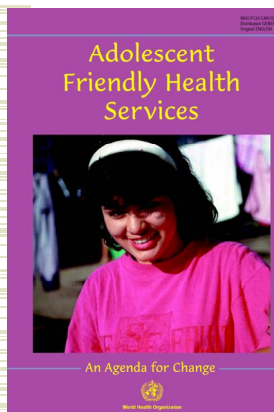


Eficientes, seguros e sustentáveis

- Aqueles que reúnem as qualidades que os jovens desejam, com elevados padrões alcançáveis pelos serviços públicos;
- Devem ser acessíveis, aceitáveis e apropriados para os adolescentes;
- Não sejam discriminatórios em nenhum aspecto (género, etnicidade, etc.)
- Devem alcançar os mais vulneráveis e aqueles que têm serviços de saúde menos disponíveis
- Eficientes por terem profissionais de saúde motivados e treinados, tecnicamente competentes e com capacidades de comunicação especiais dirigidas a esta escala etária
- Estes profissionais devem ser apoiados por pessoal de suporte e ter acesso a todo o equipamento e serviços básicos
- Devem ser economicamente sustentáveis

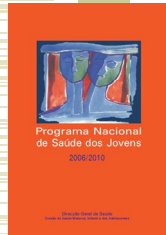
Serviços de saúde amigáveis para os adolescentes

OMS, 2002



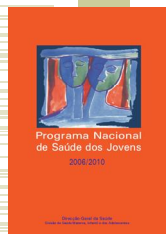
Eficientes, seguros e sustentáveis

- ♦ **Competência técnica** — Médicos e enfermeiros devem ter um bom conhecimento sobre o desenvolvimento do adolescente e capacidades e meios para diagnosticar condições comuns do adolescente.
- ♦ **Ver a pessoa, não o problema** — a competência deve ser acompanhada pelo respeito, sensibilidade e empatia.
- ♦ **Treino e formação contínua** — deve envolver todos os membros da equipa desde o médica à secretaria, à empregada de limpeza
- ♦ **Confidencialidade, consentimento e privacidade**
- ♦ **Envolvimento dos adolescentes** —dar-lhes a oportunidade de contribuir nos cuidados de saúde, ao dar-lhe a oportunidade de expressar a sua opinião e o seu ponto de vista



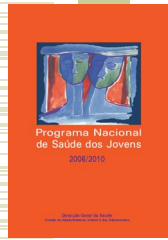
Programa Nacional de Saúde dos Jovens DGS 2006/2010

- Resposta dos serviços e modelos organizativos
 - No que se refere aos **hospitais**(...)no âmbito de cuidados personalizados é necessário assegurar:
 - ◆ Credibilização interna e externa e a compatibilização intra e interinstitucional dos diferentes modelos organizativos em saúde dos jovens
 - ◆ Orientação das acções tendo em vista a saúde integral, sem se esgotarem no enfoque sobre qualquer área temática específica
 - ◆ Cumprimento do Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil
 - ◆ Preservação da equidade entre sexos e outras formas de categorização social, no que respeita, nomeadamente, à melhoria da acessibilidade aos serviços
 - ◆ Articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados



Programa Nacional de Saúde dos Jovens DGS 2006/2010

- ◆ Apoio interdisciplinar aos prestadores de cuidados
- ◆ Continuidade da preparação técnica das equipas (pessoal técnico e administrativo)
- ◆ Disponibilidade para o trabalho intersectorial, privilegiando o estabelecimento de parcerias
- ◆ Aplicação de critérios éticos, deontológicos e legais adequados, nomeadamente, o assegurar de condições para o exercício do consentimento livre e esclarecido
- ◆ Desenvolvimento de boas práticas baseadas na evidência médica, assim como em saberes de outras áreas científicas
- ◆ Articulação com estruturas de atendimento noutros sectores



Programa Nacional de Saúde dos Jovens DGS 2006/2010

• Cuidados a nível hospitalar

- É reconhecida hoje a necessidade de reorganizar e criar estruturas a nível hospitalar que estejam efectivamente adaptadas a este grupo etário (...) assegurando a qualidade e humanização de cuidados.
- (...) as unidades hospitalares de qualidade para os adolescentes, para além de responder de forma adequada ao problema específico que motivou o internamento, necessita de criar condições para que o episódio represente o menor dano possível para quem é internado, em termos afectivos e psicossociais.



Programa Nacional de Saúde dos Jovens DGS 2006/2010

Torna-se prioritário desencadear mecanismos que permitam melhorar a interlocução a nível hospitalar e incrementar a qualidade dos cuidados, através do reforço da humanização e da cooperação entre serviços e especialidades (...) nos domínios inter e intrainstitucionais

Critérios para a organização da prestação de cuidados de saúde a adolescentes em meio hospitalar

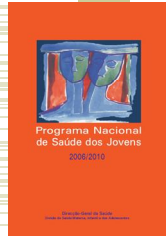
Uma Unidade Hospitalar de Adolescentes deve resultar da articulação funcional de duas vertentes essenciais: de um atendimento específico em ambulatório e de uma estrutura de internamento autónoma, em estrita cooperação com os Cuidados de Primeira Linha (Centros de Saúde, Centros de Atendimento de Adolescentes, etc.) e com os outros Serviços de Especialidade Hospitalares.

É necessário assegurar a existência de uma Unidade Hospitalar de Adolescentes, mesmo que as existentes, no contexto actual, se encontrem ligadas a Serviços de Pediatria.

A existência de uma Unidade deste tipo aponta para a existência de:

- Uma Unidade Hospitalar de Adolescentes organizada em quadro próprio, com competência em medicina de adolescentes, quando possível, pluridisciplinar (pediatria, psiquiatria, medicina interna, ginecologia, etc.), nomeadamente na vertente de ambulatório, com apoio da psicologia, da terapia ocupacional e do serviço social.
- Um Conselho de Orientamento constituído por membros oriundos das diferentes especialidades médicas e cirúrgicas.
- Um Conselho de Orientamento constituído por membros oriundos das diferentes especialidades médicas e cirúrgicas em quadro próprio, quando possível, com competência e treino adequado ao perfil dos utilizadores e que contemple um número mínimo de profissionais que permita assegurar a prestação de cuidados 24 horas por dia.
- Um Conselho de Orientamento constituído por membros oriundos das diferentes especialidades médicas e cirúrgicas, distinto do aplicável num serviço de adultos ou de pediatria clássico, com ênfase particular em matérias de humanização como, privacidade e confidencialidade, participação nos cuidados de sempre, gestão de espaços de convívio, vistas, etc.
- Apoio prestado por profissionais de áreas técnicas ligadas à educação e a actividades de carácter ocupacional.
- Estabelecimento de mecanismos de articulação simplificados com os diferentes serviços e especialidades médicas e cirúrgicas.
- Capacidade de apoio a adolescentes internados noutros serviços.
- Mecanismos de articulação simplificados incidindo particularmente no estudo de casos.
- Mecanismos de articulação simplificados incidindo particularmente no estudo de casos.

Adolescentes – quer no âmbito da prestação de cuidados hospitalares, quer extra-hospitalares.



Programa Nacional de Saúde dos Jovens DGS 2006/2010

Medidas a desencadear, a curto prazo (1-2 anos)

Assegurar que, em todos os Hospitais, em particular os que possuem Serviço de Pediatria, haja, pelo menos, um médico e um enfermeiro com formação específica em adolescentes, de molde a garantirem (*ver também componente C*):

- Interlocação com outras estruturas, nomeadamente, a Rede de Cuidados Primários e o PNSJ (elemento(s) a designar até final do 1º trimestre de 2006).
- Monitorização de dados estatísticos respeitantes à utilização dos serviços pelos adolescentes e jovens na Instituição.
- Referência técnico-científica para a área da saúde dos adolescentes, na Instituição.

Medidas a concretizar, a médio prazo (até 2010)

- Criação de Unidades de Adolescentes diferenciadas (3 a 5), constituindo-se como referência a nível regional, concretizando de forma progressiva o preconizado (constituição, no primeiro trimestre de 2006, de grupo de trabalho preparatório da medida).

Caso prático

Blum *et al.*, 1990

- ♦ Na Universidade de Minnesota, no âmbito do Programa de Saúde do Adolescente fez-se um estudo e verificou-se, por exemplo, que para médicos e enfermeiros as limitações na área da saúde do adolescente eram as desordens alimentares, dificuldades de aprendizagem, doenças crónicas e comportamento delinquente;
- ♦ No caso da Pediatria do HPH, quais não as maiores dificuldades na área da saúde do adolescente?



Bibliografia

- ♦ A Saúde dos Adolescentes Portugueses, OMS/HBSC, 1998
- ♦ Adolescent friendly health services, WHO, 2002
- ♦ Adolescents, social support and help-seeking behaviour, WHO , 2007
- ♦ Bassols A. M. S., . PalmaR. B., Sanchez P. C., Zavaschi M. L. S, A Reação da Criança e do Adolescente à Doença e à Morte – Aspectos Éticos in *A Reação da Criança e do Adolescente à doença e à morte – Aspectos Éticos.htm*
- ♦ Bearinger L.H., Blum R.W., Knowledge and attitudes of health professionals toward adolescent health care, *Journal of adolescent health care*, pg 289,1990
- ♦ Fenwick E., Smith T., Adolescência, pg. 255-271, Dorling Kindersley, Grã-Bretanha, 1993
- ♦ Hockenberry M., Wilkelstein W., Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica, Elsevier Editora, 2001
- ♦ Leal M. M, Saito M.I., Vargas da Silva L. E., A confidencialidade no atendimento à saúde de adolescentes: princípios éticos, *Pediatria (São Paulo)*, 21(2) : 112-116, 1999
- ♦ Programa Nacional de Saúde de Jovens, DGS 2005

ANEXO IV

Segurança das Vacinas do PNV 2006

Contra-indicações, precauções e falsas contra-indicações

As contra-indicações e precauções específicas para cada vacina do PNV são apresentadas no capítulo "Descrição das Vacinas do PNV 2006".

No Quadro IX resumem-se, na generalidade, as contra-indicações, precauções e falsas contra-indicações às vacinas do PNV.

As **contra-indicações** às vacinas são raras e podem ser permanentes ou transitórias.

As **precauções** não são contra-indicações para a vacinação mas exigem **prescrição médica** para administrar as respectivas vacinas.

Excepto quando existe uma contra-indicação verdadeira, a decisão de não vacinar, por razões médicas, deve ser sempre cuidadosamente ponderada e é da responsabilidade do médico assistente, considerando os benefícios da prevenção da doença e as raras situações adversas, temporalmente relacionadas com as vacinas.

É importante lembrar que qualquer adiamento da vacinação devido a uma **falsa contra-indicação** constitui uma oportunidade perdida de vacinação, que pode vir a resultar em mais uma pessoa não vacinada.

Quadro IX - Contra-indicações, precauções e falsas contra-indicações gerais às vacinas do PNV

Verdadeiras contra-indicações	Precauções	Falsas contra-indicações
<ul style="list-style-type: none"> • Reacção anafiláctica a uma dose anterior • Reacção anafiláctica a um constituinte da vacina (ainda que em quantidades vestigiais) • Gravidez (vacinas vivas) • Estados de imunodepressão grave (vacinas vivas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Doença aguda grave, com ou sem febre (vacinar logo que haja melhoria da sintomatologia) (excepto para a BCG em que constitui uma contra-indicação absoluta. Ver "Vacina BCG") • Hipersensibilidade não grave a uma dose anterior da mesma vacina 	<ul style="list-style-type: none"> • Reacções locais, ligeiras a moderadas, a uma dose anterior da vacina • Doença ligeira aguda, com ou sem febre (exemplo: infecções das vias respiratórias superiores, diarreias) • Terapêutica antibiótica concomitante (excepto os tuberculostáticos para a BCG - ver "Vacina BCG") • Imunoterapia concomitante com extractos de alérgenos • História pessoal ou familiar de alergias (exemplo: ovos, penicilina, asma, febre dos fenos, rinite ou outras manifestações atópicas) • Dermatoses, eczemas ou infecções cutâneas localizadas • Doença crónica cardíaca, pulmonar, renal ou hepática • Doenças neurológicas não evolutivas, como a paralisia cerebral • Síndrome de Down ou outras patologias cromossómicas • Prematuridade • Baixo peso à nascença ($\leq 2\ 000$ g) (excepto para a VHB e a BCG – ver "Vacinação em Circunstâncias Especiais") • Aleitamento materno • História de icterícia neonatal • Malnutrição • História anterior de sarampo, parotidite epidémica, rubéola ou outra doença alvo de uma vacina • Exposição recente a uma doença infecciosa • Convalescença de doença aguda • História familiar de reacções adversas graves à mesma vacina ou a outras vacinas • História familiar de síndrome da morte súbita do lactente • História familiar de convulsões • ...

Circular Normativa Nº 08/DT de 21/12/2005

Reacções adversas

As vacinas actualmente utilizadas têm um elevado grau de eficácia, segurança e qualidade, sendo exigida uma certificação lote a lote.

Embora muito raramente, a administração de qualquer vacina pode provocar reacções adversas graves, nomeadamente as **reacções anafilácticas** (ver “Reacções anafilácticas e seu tratamento”).

No caso de ocorrer uma convulsão febril simples após a vacinação, em crianças com mais de 6 meses e menos de 5 anos de idade, não é necessário modificar o esquema vacinal; nesta situação, recomenda-se a administração preventiva, por prescrição médica, de paracetamol (15 mg/kg/dose) em vacinações posteriores (às 0, 4 e 8 horas após a vacinação).

As reacções adversas possivelmente relacionadas com a vacinação, devem ser declaradas ao INFARMED pelos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e farmacêuticos), através do preenchimento correcto dos formulários específicos para cada grupo profissional e seu envio ao **Sistema Nacional de Farmacovigilância** (disponíveis em www.infarmed.pt).

Referem-se, em seguida, as reacções adversas mais frequentemente descritas em relação a cada uma das vacinas do PNV. Uma informação mais completa, detalhada e específica sobre reacções pós-vacinais pode ser obtida nos respectivos RCM.

Vacina contra a doença invasiva por *Haemophilus influenzae b* (Hib)

Entre 5% a 30% das crianças vacinadas com **Hib** desenvolvem, 3 a 4 horas após a sua administração, eritema, edema, ardor ou dor ligeira no local da injeção que desaparecem em 24 horas.

Entre 2% a 10% das crianças vacinadas podem desenvolver febre baixa, com início num curto período de tempo após a vacinação.

Vacina contra a hepatite B (VHB)

Cerca de 5% das crianças vacinadas com **VHB** apresentam dor, rubor e tumefacção ligeira no local da injeção.

Em cerca de 15% dos adultos ocorre endureção no local da injeção.

As reacções sistémicas registadas são pouco comuns e, habitualmente, cedem em 24 a 48 horas. Referem-se principalmente:

- febre, com duração de um ou dois dias, que ocorre em cerca de 1% a 6% dos vacinados;
- mal-estar, astenia, fadiga, artralgias, mialgias, cefaleias, náuseas, tonturas.

Circular Normativa Nº 08/DT de 21/12/2005

Vacina contra a doença invasiva por *Neisseria meningitidis* C (MenC)

De entre as reacções adversas mais comuns, em todas as idades, destaca-se a febre, podendo ocorrer ainda eritema, ardor, tumefacção ou dor, no local da injeção, que desaparecem ao fim de 1 a 2 dias.

As reacções adversas mais comuns, nas crianças com menos de 2 anos de idade, são: choro, irritabilidade, sonolência ou alterações do sono, anorexia, náuseas, diarreia, dor abdominal e vômitos.

Nas crianças a partir dos 2 anos de idade, nos adolescentes e nos adultos, as reacções adversas mais comuns são: irritabilidade e sonolência (nas crianças mais pequenas); cefaleias e dor nos membros (nas crianças e nos adolescentes) e artralgias e mialgias (nos adultos).

Vacina contra a poliomielite (VIP)

Podem ocorrer reacções no local de injeção tais como dor, rubor, enduração e edema que poderão manifestar-se nas 48 horas após a injeção e que podem durar cerca de 1 a 2 dias. A incidência e a gravidade das reacções locais podem depender do local e da via de administração da vacina, bem como do número de doses anteriormente recebidas.

Vacina contra a tuberculose (BCG)

A maioria das crianças apresenta uma reacção no local da injeção que se caracteriza, inicialmente, pela formação de um pequeno nódulo vermelho que, gradualmente, se transforma numa pequena vesícula. Em 2 a 4 semanas a vesícula transforma-se numa úlcera que cicatriza em 2 a 5 meses, ficando uma cicatriz superficial com cerca de 5 mm de diâmetro. A lesão vacinal não requer qualquer tipo de tratamento, nem devem colocar-se pensos, uma vez que cura espontaneamente.

A linfadenite regional (gânglios cervicais ou axilares) é uma complicação ocasional. A linfadenite supurativa ocorre numa proporção inferior a 1/2 000 vacinados.

Os abscessos são muito raros e podem ser devidos a sobredosagem ou injeção mais profunda que o indicado (técnica de administração inadequada).

Vacina contra a difteria, o tétano e a tosse convulsa (DTP_a)

As reacções adversas mais frequentes são as locais, nomeadamente, dor, rubor e edema no local da injeção, que ocorrem 1 a 3 dias após a administração da vacina.

As reacções sistémicas observadas são, essencialmente, febre, choro persistente, vômitos, diarreia, perda de apetite, agitação ou sonolência.

Circular Normativa Nº 08/DT de 21/12/2005

Cerca de 20% das crianças desenvolvem febre poucas horas após a administração de **DTP_a**, que desaparece, em regra, ao fim de um dia. É de realçar que a febre que se inicie mais de 24 horas após a administração de **DTP_a** não é considerada uma reacção à vacina.

As reacções adversas devidas ao componente *pertussis* acelular (**P_a**) são menos frequentes e menos graves comparativamente às reacções provocadas pela vacina composta por células completas (**P_w**). As reacções locais, como por exemplo o eritema e o edema, são reduzidas para 2/3; a febre moderada, a irritabilidade e a sonolência diminuem em mais de 50%; a febre superior a 40,5°C é reduzida para 1/3; as convulsões diminuem para 1/4 e o choro persistente de duração superior a 3 horas é reduzido para 1/5.

Os reforços efectuados com a **DTP_a** (4ª e 5ª doses) podem estar associados à ocorrência de reacções adversas locais de maior magnitude do que na primovacinação que, no entanto, têm evolução benigna e desaparecem espontaneamente.

Vacina contra a difteria, o tétano, a tosse convulsa e a doença invasiva por *Haemophilus influenzae* b (DTP_aHib)

As reacções adversas à vacina **DTP_aHib** são semelhantes às que ocorrem com as vacinas **DTP_a** e **Hib**. Observa-se, no entanto, uma tendência para o aumento da frequência de reacções locais e febre baixa.

Vacina contra a difteria, o tétano, a tosse convulsa e a poliomielite (DTP_aVIP)

As reacções adversas à vacina **DTP_aVIP** são semelhantes às observadas com as vacinas **DTP_a** e **VIP**.

Vacina contra a difteria, o tétano, a tosse convulsa, a doença invasiva por *Haemophilus influenzae* b e a poliomielite (DTP_aHibVIP)

As reacções adversas referidas para a **DTP_a**, a **Hib** e a **VIP**, aplicam-se também à **DTP_aHibVIP**.

Vacina contra o sarampo, a parotidite epidémica e a rubéola (VASPR)

As reacções adversas locais são as mais frequentes, nomeadamente: ardor, calor e/ou dor de curta duração, rubor ou edema. Raramente, podem ainda ocorrer sinais e/ou sintomas locais de intensidade moderada, tais como eritema, enduração, parestesias e reacções alérgicas.

As reacções sistémicas mais frequentes são a febre (> 39,4°C) e/ou exantema que são auto-limitados, de curta duração e podem surgir 5 a 12 dias após a vacinação, razão pela qual não se recomenda a utilização de antipiréticos preventivos.

Circular Normativa Nº 08/DT de 21/12/2005

Registaram-se ainda casos raros de irritabilidade, choro intenso prolongado, mal-estar, diarreia, náuseas, vômitos, anorexia, sonolência, insónia e sinais e sintomas de infecção respiratória superior.

A componente contra a rubéola pode, raramente, provocar artralgias e/ou artrite, com início 1 a 3 semanas após a administração da vacina, principalmente em mulheres em idade fértil. Estas reacções são auto-limitadas.

Vacina contra o tétano e a difteria (Td)

As reacções locais são as mais frequentes, nomeadamente: dor, eritema ou rubor e edema no local da injeção, que ocorrem 1 a 3 dias após a administração da vacina. Frequentemente, forma-se um nódulo duro e doloroso no local da injeção, persistindo por algumas semanas.

As reacções sistémicas mais observadas são: cefaleias, sudorese, arrepios, febre, sensação de vertigem, astenia, hipotensão, mialgias e artralgias. Estas reacções são mais frequentes em indivíduos hiperimunes, particularmente após doses de reforço muito frequentes.

Reacções anafilácticas e seu tratamento

A reacção anafiláctica é uma reacção alérgica potencialmente perigosa para a vida do indivíduo devido à possibilidade de rápida evolução para obstrução da via aérea (edema laríngeo), dificuldade respiratória (brôncoespasmo) e choque (vasodilatação aguda e perda de fluidos devido a aumento da permeabilidade capilar). Embora extremamente rara, pode estar relacionada com qualquer dos componentes de uma vacina.

A prevenção é a melhor abordagem pelo que devemos antecipar uma eventual ocorrência. Assim, antes da administração de qualquer vacina, deve ser aplicado um **questionário dirigido**, incluindo informação sobre reacções anteriores às vacinas e alergias, nomeadamente ao ovo, a gelatinas, a leveduras e a antibióticos, bem como a outros alimentos e medicamentos, picadas de insectos ou répteis. Os indivíduos alérgicos têm maior risco de reacção anafiláctica mas a atopia não é considerada uma contra-indicação à vacinação (ver Quadro IX).

Caso se verifique a existência de reacções alérgicas, estas devem ser confirmadas pelo médico assistente e, eventualmente, nos casos comprovados de hipersensibilidade grave, a administração da vacina deverá ser feita em meio hospitalar.

A criança ou o adulto podem ter reacções benignas relacionadas com o medo ou a dor (desmaio, "ir atrás do choro", ataques de pânico ou convulsões) que podem confundir-se com reacções anafilácticas. Porém, em caso de dúvida, é preferível tratar do que deixar passar sem tratamento uma reacção anafiláctica.

As reacções anafilácticas surgem, geralmente, pouco tempo após o contacto com o alérgeno, sendo tanto mais graves quanto mais precoces, pelo que as pessoas

Circular Normativa Nº 08/DT de 21/12/2005

vacinadas deverão permanecer sob observação durante **30 minutos**, após a administração de qualquer vacina.

Os componentes das vacinas que, reconhecidamente, podem provocar reacções anafilácticas são:

- derivados de ovo de galinha (VASPR)
- gelatina (VASPR)
- leveduras (VHB)
- antibióticos (VASPR, VIP)

Se houver história de **reacção anafiláctica a uma dose anterior** ou a algum componente vacinal, dada a gravidade de algumas doenças (ex. tétano), deve ser ponderado o envio do utente a uma consulta de imunoalergologia.

Uma história de reacção anafiláctica ao ovo não implica uma reacção anafiláctica às vacinas produzidas em culturas celulares de embrião de galinha, como é o caso das vacinas VASPR. Nestes casos, **apesar de uma reacção anafiláctica ser improvável**, recomenda-se que a vacina **seja administrada em meio hospitalar**.

É muito importante a leitura do folheto informativo e do RCM das vacinas, a fim de se verificar a sua composição, de forma a detectar possíveis contra-indicações/precauções à vacinação.

Nos casos de **hipersensibilidade grave** a uma substância que faça parte da composição de uma vacina disponível nos serviços, poderá considerar-se a aquisição pontual, pelos serviços locais, de uma vacina de outra marca que não a contenha.

O diagnóstico da reacção anafiláctica é clínico.

As reacções anafilácticas progridem rapidamente, atingindo geralmente vários aparelhos e sistemas, sendo característicos os seguintes sinais e sintomas:

- prurido e urticária
- edema da face, dos lábios ou de outra parte do corpo, lacrimejo, congestão nasal e facial
- espirros, tosse, pieira, dispneia, cianose
- estridor, rouquidão e dificuldade em engolir
- prostração
- pulso rápido e fraco, arritmia, hipotensão, choque
- edema e exantema urticariforme no local da injeção

Deve ser dada particular atenção às manifestações que podem colocar a vida em perigo, nomeadamente, dos sistemas respiratório e cardiovascular, com particular atenção aos sinais e sintomas de compromisso das vias aéreas e de colapso cardiovascular iminente.

O sinal indicador de compromisso cardiovascular é o **Tempo de Preenchimento Capilar (TPC)**.

Circular Normativa Nº 08/DT de 21/12/2005

O Tempo de Preenchimento Capilar (TPC) é um sinal precoce e fiável da situação cardiovascular. Avalia-se através da compressão da pele, com o dedo, na região anterior do esterno durante 5 segundos, retirando de seguida o dedo e medindo o tempo de preenchimento capilar (recoloração da pele). Valores de TPC até 2 segundos são normais. Acima deste valor, na maioria das situações, existe compromisso cardiovascular.

A hipotensão é um sinal de gravidade que pode preceder o aparecimento de paragem cardíaca.

Todos os profissionais que administram vacinas devem estar aptos a reconhecer uma reacção anafiláctica e a **iniciar, rapidamente, o seu tratamento**.

Todos os serviços de vacinação^(a) devem possuir o equipamento (material e medicamentos) mínimo necessário para tratamento inicial da anafilaxia, que deve estar sempre completo e com os medicamentos dentro do prazo de validade.

Quadro X - Equipamento mínimo e medicamentos necessários para tratamento da anafilaxia (obrigatório em todos os serviços de vacinação)^(a)

1. Adrenalina a 1:1.000 (1 mg/mL) (administração via intramuscular, endovenosa e inalatória)
2. Oxigénio – máscaras com reservatório (O₂ a 100%) e cânulas de Guedel (vários tamanhos) e debitómetro a 15 L/m
3. Insufladores auto-insufláveis (250 mL, 500 mL e 1500 mL) com reservatório, máscaras faciais transparentes (circulares e anatómicas de vários tamanhos)
4. Mini nebulizador com máscara e tubo, de uso único
5. Soro fisiológico (administração endovenosa)
6. Broncodilatadores – salbutamol (solução respiratória)
7. Corticosteróides injectáveis – hidrocortisona e prednisolona
8. Esfigmomanómetro normal (com braçadeiras para crianças)
9. Estetoscópio
10. Equipamento para intubação endotraqueal: laringoscópio, pilhas, lâminas rectas e curvas, pinça de Magil, tubos traqueais (com e sem balão), fita de nastro.
11. Agulha 14 - 18 Gauge para cricotiroidotomia por agulha (se necessário)
12. Nebulizador

(a) Os serviços de vacinação mais pequenos, nomeadamente em extensões de Centros de Saúde, que distem mais de 25 minutos dum serviço de saúde onde esteja disponível todo o equipamento mínimo e fármacos necessários (pontos 1 a 12), deverão ter, pelo menos, o enunciado nos pontos 1 a 9, inclusive.

ANEXO V



Francisco
Henrique
Moura George

Digitally signed by Francisco Henrique Moura George
DN: cn=Francisco Henrique Moura George,
ou=Direção-Geral da Saúde,
ou=Ministério da Saúde,
c=PT

Direção-Geral da Saúde

Circular Normativa

Assunto: Programa Nacional de Vacinação (PNV) Introdução da vacina contra infeções por Vírus do Papiloma Humano

Nº: 22/DSCS/DPCD
DATA: 17/10/08

Para: Médicos e enfermeiros dos Centros de Saúde, Hospitais e outros profissionais/serviços envolvidos no PNV

Contacto na DGS: Divisão de Prevenção e Controlo da Doença

A introdução da vacina contra infeções por Vírus do Papiloma Humano (vacina HPV) no Programa Nacional de Vacinação (PNV) foi aprovada em 20 de Março de 2008¹.

A vacinação universal de rotina com a vacina HPV tem como objectivo a prevenção de infeções por Vírus do Papiloma Humano e a diminuição, a longo prazo, da incidência do cancro do colo do útero.

A vacinação de rotina será acompanhada, em 2009, 2010 e 2011, por uma campanha de vacinação dirigida às jovens que completam 17 anos de idade naqueles anos civis (coortes de jovens nascidas em 1992, 1993 e 1994). Esta campanha será alvo de Circular Normativa específica.

1. Norma

1.1. População alvo

A vacinação universal de rotina com a vacina HPV aplica-se às jovens que fazem 13 anos de idade no respectivo ano civil, iniciando-se com a coorte de nascimento em 1995 (13 anos em 2008) (Quadro I).

Para não se perderem oportunidades de vacinação, a vacina pode ser administrada a partir dos 12 anos de idade, respeitando a coorte alvo.

As jovens das coortes nascidas em 1995 ou após, que não se vacinam na idade recomendada, podem iniciar o esquema até aos 18 anos de idade, inclusive (Quadro I).

A vacinação não requer a realização de qualquer teste analítico prévio.

Quadro I - Vacinação de rotina com a vacina HPV (aos 13 anos de idade)

Ano de nascimento \ Ano de vacinação	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1995	13 anos	18 anos				
1996		13 anos				
1997			13 anos			
1998				13 anos		

■ Vacinação da coorte ■ Período em que a coorte pode ser vacinada

¹ Despacho nº 8378/2008 da Senhora Ministra da Saúde, publicado no Diário da República, 2ª Série - Nº57.

1.2. Esquema cronológico recomendado

A vacina a administrar por rotina às jovens com 13 anos de idade em 2008 (nascidas em 1995) é tetravalente (Gardasil®), contra os genótipos 6, 11, 16 e 18 de HPV, segundo o esquema: 0, 2 e 6 meses. O esquema vacinal fica completo com 3 doses (Resumo das Características do Medicamento – RCM)².

O Programa Nacional de Vacinação passa a ser o apresentado no Quadro II.

Quadro II - Programa Nacional de Vacinação, esquema recomendado (Outubro de 2008)

Vacinas contra	Idades										
	0, Nascimento	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	15 meses	18 meses	5-6 anos	10-13 anos	Toda a vida 10/10 anos
Tuberculose	BOG										
Poliomielite		VIP 1		VIP 2		VIP 3			VIP 4		
Difteria-Tétano-Pertussis		DTPa 1		DTPa 2		DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5	Td	Td
Infecções por Haemophilus influenzae b		Hib 1		Hib 2		Hib 3		Hib 4			
Hepatite B	VHB 1	VHB 2				VHB 3				VHB (a) 1,2,3	
Sarampo Parotidite Rubéola							VASPR 1		VASPR 2		
Doença Meningocócica C			MenC 1		MenC 2		MenC 3				
Infecções por Vírus do Papiloma Humano											HPV 1,2,3,4

(a) VHB: aplicável apenas aos nascidos <1999, não vacinados, segundo o esquema 0,1 e 6 meses.

1.3. Intervalos entre múltiplas doses da vacina HPV

Para a vacina HPV tetravalente devem ser respeitados intervalos mínimos de 1 mês entre a primeira e a segunda dose e de 3 meses entre a segunda e a terceira dose (RCM).

O fabricante refere que o esquema vacinal deve ser concluído no primeiro ano após a toma inicial. Assim, devem ser efectuadas todas as diligências para que esta recomendação seja cumprida (através de convocatórias ou outros métodos de procura activa).

² Todas as referências feitas ao RCM nesta Circular dizem respeito à sua actualização de 02/09/2008.

Direcção-Geral da Saúde**Circular Normativa**

Nas jovens que, excepcionalmente, tenham interrompido o esquema vacinal recomendado apenas será necessário completá-lo com as doses em falta, o mais precocemente possível, independentemente do tempo decorrido desde a administração da última dose. Esta recomendação pode vir a ser alterada perante resultados de novos estudos.

1.4. Descrição da vacina (RCM e Programa Nacional de Vacinação 2006)

Genótipo de vacina	A vacina tetravalente, Gardasil®, é composta por proteínas L1 da cápside de cada um dos genótipos envolvidos (HPV 6, 11, 16 e 18) e tem a seguinte composição: HPV 6 – 20 µg; HPV 11 – 40 µg; HPV 16 – 40 µg; HPV 18 – 20 µg. As proteínas L1 apresentam-se sob a forma de partículas semelhantes aos vírus (<i>virus like particles</i> - VLP), <u>não são infecciosas</u> e são produzidas por tecnologia de DNA recombinante do Vírus do Papiloma Humano (HPV). É utilizado o adjuvante amorfo de sulfato de hidroxifosfato de alumínio (225 µg de alumínio). A solução injectável também inclui cloreto de sódio, L-histidina, polissorbato 80, borato de sódio e água para preparações injectáveis.
Indicações terapêuticas	"Gardasil é uma vacina para a prevenção de lesões genitais pré-cancerosas (colo do útero, vulva e vagina), cancro do colo do útero e verrugas genitais externas (condiloma acuminado) causalmente relacionados com o Papilomavírus Humano (HPV) dos genótipos 6, 11, 16 e 18..." (RCM). A imunogenicidade da vacina está demonstrada entre os 9 e os 26 anos de idade.
Contra-indicações	Reacção de hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes da vacina (RCM).
Precauções	<ul style="list-style-type: none"> Doença aguda grave, com ou sem febre (vacinar logo que haja melhoria da sintomatologia) (RCM e PN 2006); Os indivíduos com alterações da coagulação tem risco acrescido de hemorragia se foram vacinados por via intramuscular (mediante prescrição médica); Gravidez.
Reacções adversas	<ul style="list-style-type: none"> Reacções muito frequentes: febre, rubor, dor e tumefacção no local da picada; Reacções frequentes: equimose ou prurido no local da picada; Reacções muito raras: broncospasmo.
Conservação	A vacina deve ser conservada entre 2°C e 8°C, protegida da luz e não congelada.
Dosagem e administração	<ul style="list-style-type: none"> 0,5 mL; Intramuscular (músculo deltóide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço esquerdo); A vacina deve ser agitada antes de administrar (depois de agitar apresenta-se sob a forma de uma solução turva esbranquiçada)

Nota: Para mais informação consulte o Resumo das Características do Medicamento (RCM) (<http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/gardasil/gardasil.htm>).

No acto de vacinação, a jovem deve estar sentada. Deverá permanecer no centro de saúde 30 minutos após ser vacinada.

1.5. Compatibilidade com outras vacinas

À data apenas existem estudos de compatibilidade da vacina tetravalente HPV com a vacina contra a hepatite B (VHB). Estas vacinas podem ser administradas em simultâneo, recomendando-se locais anatómicos distintos (RCM).

Não estão disponíveis estudos que suportem a administração concomitante com outras vacinas.

Assim, para as restantes vacinas, recomenda-se um intervalo mínimo de 4 semanas em relação à administração da vacina HPV. Esta recomendação pode vir a ser alterada perante resultados de novos estudos.

1.6. Intercambialidade

As duas vacinas actualmente existentes no mercado não são intercambiáveis. Como tal, as jovens que tenham o esquema vacinal incompleto com a vacina bivalente Cervarix®, devem terminar o esquema com a mesma vacina de acordo com a prescrição médica.

A título excepcional e transitório, as jovens das coortes de 1995 e 1996 que tenham recebido uma ou duas doses da vacina bivalente Cervarix® antes do início da vacinação no âmbito do PNV, podem completar o seu esquema vacinal (com Cervarix®) no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Esta medida requer prescrição médica, devendo os seus custos ser suportados pelos serviços.

As jovens que já estiverem vacinadas com Cervarix® (3 doses) não serão revacinadas com Gardasil®, no âmbito do Programa Nacional de Vacinação.

1.7. Vacinação em circunstâncias especiais

1.7.1. Gravidez e amamentação

Apesar de não haver evidência científica de anomalias fetais associadas à vacinação durante a gravidez, por precaução, é recomendado adiar a vacinação até depois da gestação (RCM). Esta recomendação não justifica a realização de testes de gravidez antes da administração da vacina HPV.

Se, inadvertidamente, for administrada uma dose durante a gravidez, as restantes doses do esquema devem ser adiadas para depois da gravidez.

No entanto, se o risco de infecção durante a gravidez for elevado e as oportunidades de vacinação após a gravidez forem reduzidas, é possível que os benefícios ultrapassem o potencial risco da vacinação (HPA, 2008). Nestas circunstâncias, a vacina poderá ser administrada mediante prescrição médica.

A vacina pode ser administrada durante a amamentação. Em mulheres que foram vacinadas durante o período da amamentação não se verificou qualquer efeito atribuível à vacina HPV tetravalente nos recém-nascidos e não houve redução da sua imunogenicidade (RCM).

Direcção-Geral da Saúde

Circular Normativa

1.7.2. Indivíduos com alterações imunitárias

Indivíduos com deficiente resposta imunitária por doença ou por terapia com imunossuppressores, podem não atingir a resposta imunológica desejada (RCM).

Poderá ser considerada a revacinação, mediante prescrição médica, após o fim da terapêutica imunossupressora ou após a cura/recuperação da doença (HPA, 2008).

1.7.3. Terapêutica com produtos contendo imunoglobulinas

De acordo com as recomendações do Programa Nacional de Vacinação 2006 (Orientações Técnicas nº 10 da DGS).

1.7.4. Indivíduos com alterações da coagulação

Os indivíduos com risco de diátese hemorrágica, trombocitopenia, alterações da coagulação ou que fazem terapêutica anticoagulante, têm risco acrescido de hemorragia se forem vacinados por via intramuscular.

A vacina HPV pode ser administrada por via intramuscular às jovens com alterações da coagulação, mediante prescrição médica e com as seguintes precauções:

- vacinar após a terapêutica com factores de coagulação ou outros, se estiver indicada;
- utilizar uma agulha com calibre 23 *gauge* ou menos;
- exercer pressão no local da injeção durante 2 a 5 minutos, sem friccionar.

1.8. Reacções anafilácticas e seu tratamento

De acordo com as recomendações do Programa Nacional de Vacinação 2006 (Orientações Técnicas nº 10 da DGS).

1.9. Farmacovigilância

Apesar de já terem sido administradas mundialmente cerca de 30 milhões de doses desta vacina (Glismann *et al.*, 2008), todas as reacções adversas graves e/ou inesperadas ou esperadas mas ocorrendo com uma frequência inusitada, devem ser cuidadosamente monitorizadas e imediatamente notificadas à Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED).

1.10. Meta para 2008 e estratégias vacinais

Pelo menos 50% das jovens da coorte de 1995 devem receber a primeira dose da vacina até 31 de Dezembro de 2008.

As estratégias de vacinação serão decididas localmente em função da população alvo e dos recursos existentes (convocação faseada das jovens e/ou vacinação das que procuram os serviços, por exemplo).

Direcção-Geral da Saúde

Circular Normativa

1.11. Educação para a saúde e vacinação

Aquando da administração da vacina HPV, as jovens devem ser informadas que:

- a vacina não protege contra todos os genótipos de HPV causadores de cancro do colo do útero;
- a vacina não tem eficácia terapêutica para infecções eventualmente já existentes por genótipos de HPV incluídos na vacina. No entanto, tratando-se de uma vacina tetravalente, será eficaz contra os genótipos ainda não adquiridos;
- a vacina não protege de outras infecções sexualmente transmissíveis, pelo que devem adoptar comportamentos seguros;
- deverão iniciar a rotina de rastreio do cancro do colo do útero, dois anos após o início da vida sexual activa;
- deverão informar o serviço onde foram vacinadas, se ocorrerem reacções adversas alegadamente atribuídas à administração desta vacina.

2. Avaliação

A vacinação da coorte de 1995 terá uma avaliação inicial em 31 de Dezembro de 2008, através da proporção de jovens vacinadas/inoculações com a 1ª dose da vacina HPV.

A partir de 2009, inclusive, a cobertura vacinal com esta vacina será parte integrante da avaliação do Programa Nacional de Vacinação.

As inoculações desta vacina serão avaliadas através dos modelos 058.36/2008 e 058.37/2008 (Anexo I), disponíveis no SINUS.

Na avaliação da vacinação completa contra infecções por HPV 16 e 18, serão contabilizados os esquemas realizados com Gardasil® e com Cervarix®.

3. Justificação

A vacinação das jovens no início da adolescência, de forma gratuita e universal, com a vacina HPV, tem como objectivo diminuir a incidência das doenças preveníveis pela(s) vacina(s), com destaque para o cancro do colo do útero. Esta decisão baseia-se na informação epidemiológica sobre as infecções/doenças por HPV em Portugal, sua incidência, letalidade e mortalidade (*burden of disease*) e nas limitações e dificuldades verificadas com o rastreio do cancro do colo do útero a nível nacional.

Para além de não conferir protecção contra todos os genótipos com potencial oncogénico, o impacto da vacinação na incidência do cancro do colo do útero, só se verificará a médio/longo prazo, pelo que é necessário incentivar programas de rastreio organizado cujos resultados na redução da doença se verificam a curto prazo.

Estas estratégias são complementares e permitem cobrir um amplo leque etário de mulheres em diferentes níveis de risco, potenciando os ganhos em saúde.

Direcção-Geral da Saúde

Circular Normativa

O disposto nesta Circular tem aplicação a partir da data de início da vacinação, a anunciar pela DGS.

Para mais informação deve ser consultado o texto de apoio a esta Circular, disponível no portal da DGS.

4. Referências bibliográficas


Australian Government. The Australian Immunisation Handbook. 9th edition; Janeiro 2008 ([http://www.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/5335A7AB925D3E39CA25742100194409/\\$File/handbook-9.pdf](http://www.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/5335A7AB925D3E39CA25742100194409/$File/handbook-9.pdf))

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 2007; 56 (RR-2): 1-24.

Department of Health. The 'Green Book' chapter on Human papillomavirus (HPV). Maio 2008 (updated September 2008) (http://www.dh.gov.uk/en/PublicHealth/HealthProtection/Immunisation/Greenbook/DH_4097254)

Glismann, S; Christiansen, AH; Valentiner-Branth, P; Andersen, PH. HPV vaccine in the childhood vaccination programme. Epi-News 2008; 35: 1-1.

O Director-Geral da Saúde



Francisco George

Direcção-Geral da Saúde

Circular Normativa

Anexo I

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE _____

DISTRITO DE _____

Centro de Saúde / Hospital / Outro Serviço de Saúde _____

Concelho de _____

Ano _____ Mês / Trimestre _____

HPV– Vacinação contra infecções por Vírus do Papiloma Humano (GARDASIL®)

IDADE	INOCULAÇÕES		
	HPV 1 (GARDASIL®)	HPV 2 (GARDASIL®)	HPV 3 (GARDASIL®)
12 anos			
13 anos			
14 anos			
15 anos			
16 anos			
17 anos			
18 anos			
19 anos			
Idade desconhecida			
Total			

Mod. 058.36 / 2008

Nota: Foram consideradas apenas as idades abrangidas pelo PNV.

Direcção-Geral da Saúde

Circular Normativa

Anexo I

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE _____

DISTRITO DE _____

Centro de Saúde / Hospital / Outro Serviço de Saúde _____

Concelho de _____

Ano _____ Mês / Trimestre _____

HPV- Vacinação contra infecções por Vírus do Papiloma Humano (CERVARIX®)

IDADE	INOCULAÇÕES		
	HPV 1 (CERVARIX®)	HPV 2 (CERVARIX®)	HPV 3 (CERVARIX®)
12 anos			
13 anos			
14 anos			
15 anos			
16 anos			
17 anos			
18 anos			
19 anos			
Idade desconhecida			
Total			

Mod. 058.37 / 2008

Nota: Foram consideradas apenas as idades abrangidas pelo PNV.