

# RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Licenciatura em Enfermagem

Adriana Ferreira Carvalho

julho | 2019





**Escola Superior de Saúde**

**Instituto Politécnico da Guarda**

Enfermagem – 1.º ciclo, 4.º ano, 2.º semestre

# **RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO – INTEGRAÇÃO À VIDA PROFISSIONAL EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Adriana Ferreira Carvalhal

Delães

2019



**Escola Superior de Saúde**

**Instituto Politécnico da Guarda**

Enfermagem – 1º ciclo, 4.º ano, 2.º semestre

## **RELATÓRIO DE ENSINO CLÍNICO – INTEGRAÇÃO À VIDA PROFISSIONAL EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular de Ensino Clínico – Integração à Vida Profissional em Cuidados de Saúde Primários que decorreu na Unidade de Saúde Familiar Dallem D’Ave

**Autora:**

Adriana Ferreira Carvalhal nº 7003881

**Professor Supervisor:**

Professora Hermínia Barbosa

Delães

2019

## **LISTA DE SIGLAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

HTA – Hipertensão Arterial

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PA – Pressão Arterial

PE – Processo de Enfermagem

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RCCU – Rastreio do Cancro do Colo do Útero

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

## ÍNDICE DE FIGURAS

Folhas

Figura 1 – Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF Dallem D’Ave.....8

## ÍNDICE

	Folha
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	5
<b>1.CARACTERIZAÇÃO DA USF DALLEM D’AVE</b> .....	7
<b>2. ATIVIDADES PLANEADAS E DESENVOLVIDAS</b> .....	9
2.1. OBJETIVO GERAL I .....	9
2.2. OBJETIVO GERAL II.....	11
2.3. OBJETIVO GERAL III .....	16
2.4. OBJETIVO GERAL IV .....	17
2.5. OBJETIVO GERAL V .....	18
<b>CONCLUSÃO</b> .....	21
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	23
<b>APÊNDICES</b> .....	25
APÊNDICE A – Trabalho escrito acerca dos Hábitos de Leitura.....	26
APÊNDICE B – Póster sobre “Hábitos de Leitura” .....	40
APÊNDICE C – Panfleto sobre “Autoexame da Mama” .....	41
<b>ANEXOS</b> .....	42
ANEXO A – Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais adquiridas .....	43

## INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular de Ensino Clínic Integração à Vida Profissional em Cuidados de Saúde Primários, integrada no plano curricular do 4º ano, 2º semestre, da Licenciatura do Curso de Enfermagem – 1º Ciclo da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda. Desenvolveu-se na Unidade de Saúde Familiar – USF Dallem D’Ave situada em Delães, com início no dia 6 de março de 2019 e término no dia 3 de maio do decorrente ano. Nesta unidade curricular, a aprendizagem ocorre em contexto real, através da qual é possível adquirir e desenvolver competências, comportamentos, atitudes e valores profissionais específicos mostrando-se, por isso, um momento estruturante da nossa identidade profissional enquanto estudantes de enfermagem.

Segundo a Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de setembro de 2005, alínea nº5, artigo 31 (pág. 41), Ensino Clínico – EC é definido como sendo:

(...) a vertente da formação em enfermagem através da qual o candidato a enfermeiro aprende, no seio de uma equipa e em contacto direto com um indivíduo em bom estado de saúde ou utente e/ou uma coletividade, a planear, dispensar e avaliar os cuidados de enfermagem globais requeridos, com base nos conhecimentos e competências adquiridas. O candidato a enfermeiro aprende não só a trabalhar em equipa, mas também a dirigir uma equipa e a organizar os cuidados de enfermagem globais, incluindo a educação para a saúde destinada a indivíduos e a pequenos grupos no seio a instituição de saúde ou da coletividade.

Segundo Carvalho (2003), entende-se por ensino clínico todo o tipo de ensino que é realizado junto de um utente ou grupo de utentes, e que é essencial para a formação do estudante. Sendo assim, compreendo a importância que o ensino clínico tem para os estudantes de Enfermagem. A prática clínica real que favorece o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, a aprendizagem do trabalho em equipa, a aquisição e desenvolvimento de competências, de forma que os estudantes aprendam a gerir a incerteza e a complexidade inerente às situações clínicas e aos cuidados de enfermagem holísticos ao utente, família, grupos ou comunidade (Simões & Garrido, 2007).

Este EC é considerado importante para o meu desenvolvimento científico, na medida em que permite uma visão profunda dos processos educacionais mais complexos constituindo, assim, um modo de pesquisa aliciante.

Torna-se pertinente definir o que são Cuidados de Saúde Primários – CSP. De acordo com a Declaração de Alma-ata (1978), Cuidados de Saúde Primários são:

(...) cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu

desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

O presente documento tem como objetivo principal realizar uma análise de todas as atividades realizadas por mim, no decorrer do Ensino Clínico de maneira a determinar se os objetivos inicialmente propostos, foram ou não atingidos.

Para este trabalho, os objetivos específicos são:

- Descrever de forma fundamentada, as atividades planeadas e desenvolvidas e as dificuldades sentidas durante o EC;
- Analisar as experiências vivenciadas e o enriquecimento para a minha formação;
- Realizar uma análise crítica, construtiva e reflexiva do meu desempenho durante o EC;
- Referir alguma atividade previamente planeada que não foi possível realizar.

Relativamente à estrutura do trabalho, o mesmo encontra-se dividido em dois capítulos. Primeiramente, e após uma pequena introdução, onde se contextualiza o EC, o primeiro capítulo onde faço uma breve abordagem acerca da caracterização da cidade, a sua área geográfica e a caracterização da população. Logo depois, é feita uma caracterização da própria USF. À posteriori, no segundo capítulo, encontram-se abordados, de uma forma mais pormenorizada, os objetivos a que inicialmente me propus, referindo as atividades realizadas, as competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais adquiridas e se o objetivo foi ou não alcançado. Por fim está presente a conclusão, analisando as principais dificuldades e o que foi feito para contornar as mesmas, bem como as respetivas dificuldades e sugestões para um potencial melhoramento.

Como metodologia adotada para a realização deste trabalho é o método descritivo, sendo que a colheita de dados tem por base um levantamento bibliográfico através de fontes documentais e documentos eletrónicos, seguindo a orientação do Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos instituído pela Escola Superior de Saúde da Guarda do Instituto Politécnico da Guarda.

Dou término com as referências bibliográficas que deram apoio à realização do presente relatório, conferindo-lhe um cariz científico e verídico, ainda é complementado com as apêndices e anexos que se verificam importantes para o entendimento da informação presente no documento.



## **1. CARACTERIZAÇÃO DA USF DALLEM D'AVE**

A USF Dallem D'Ave está localizada na freguesia de Delães, uma freguesia do Minho da comarca e concelho de Vila Nova de Famalicão, pertencente ao distrito e arquidiocese de Braga. Está situada numa fértil planície de 230 hectares e tem como fronteiras o Rio Ave, a freguesia de Bairro, de São Miguel de Novais, da Carreira assim como de Ruivães e de Oliveira de São Mateus. Dista 12 quilómetros do concelho de Vila Nova de Famalicão e é delimitada geograficamente pelos Montes de São Miguel e da Cerqueda. Apresenta uma população de 3917 habitantes (Manual de Acolhimento da USF Dallem D'Ave, 2018).

Toda a informação seguinte está em consonância com a fonte supracitada.

A unidade é parte integrante do Agrupamento de Centros de Saúde de Famalicão – ACES Famalicão, mas possui autonomia organizativa, funcional e técnica para prestar cuidados de saúde aos utentes nela inscritos. A relação entre ambos é regulamentada pelo manual de articulação, que faz parte integrante do processo de contratualização anual. A característica que melhor define a USF é o espírito de equipa. Esta Unidade integra o modelo de desenvolvimento A.

Desta forma, não existe uma hierarquia pré-estabelecida, mas sim de três grupos de profissionais, cada um com direito a votar todas as questões relacionadas com a USF, no seio do seu Conselho Geral.

A área geográfica adstrita à USF Dallem D'Ave integra as freguesias de Delães, Bairro, Carreira, Riba D'Ave, Oliveira São Mateus e Oliveira Santa Maria.

Em 31 de Dezembro de 2017, o número total de utentes inscritos na USF correspondia a 9885, sendo este o número total de utentes que se prevê serem assistidos pela equipa. Não existem atualmente utentes sem médico de família na área geográfica da USF Dallem D'Ave. A distribuição por grupo etário dos utentes era a seguinte:

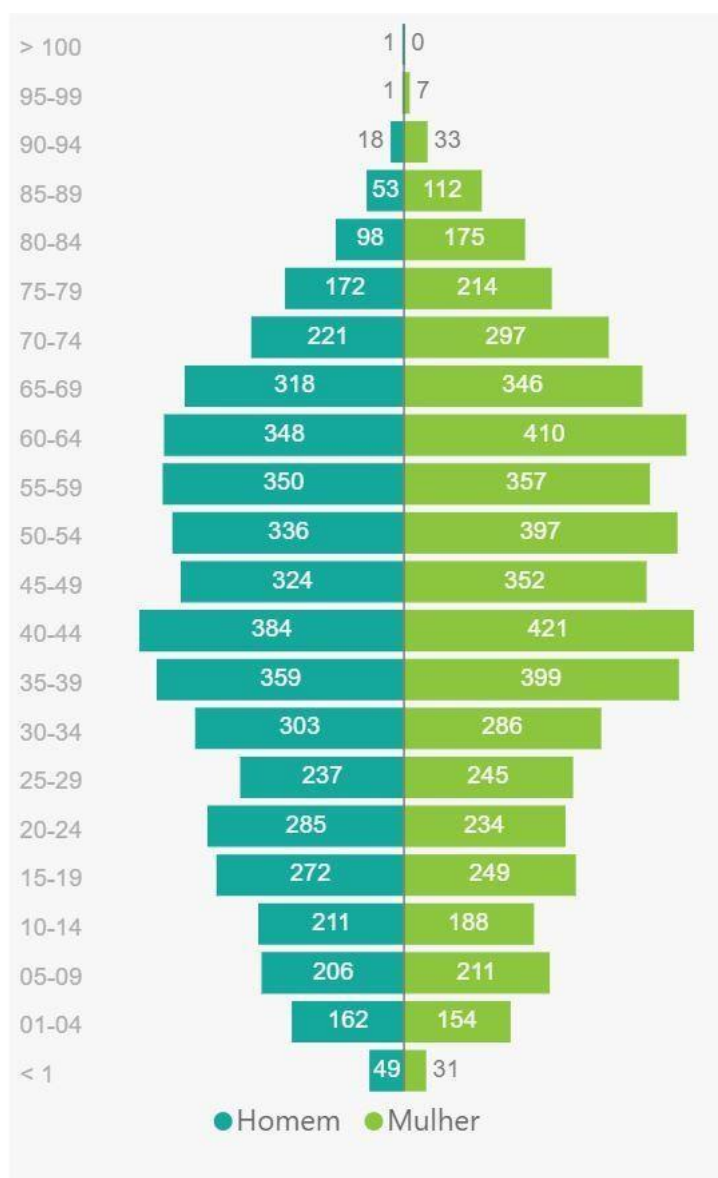


Figura 1: Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF Dallem D'Ave

Fonte: Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10012/1031473/Pages/default.aspx>

Ao realizar uma análise à pirâmide apresentada, é notório que a população predominante é da faixa etária dos 40 aos 44 anos e dos 60 aos 64 anos, no entanto é observável que esta é uma pirâmide envelhecida, tem uma forma decrescente, sendo por isso necessário serem implementadas medidas para a promoção da natalidade na USF.

## 2. ATIVIDADES PLANEADAS E DESENVOLVIDAS

Juntamente com a Enfermeira orientadora, foram delineados no início do EC na USF Dallem D'Ave alguns objetivos gerais, assim como alguns específicos e respetivas atividades a desenvolver, de forma a serem superados e de maneira a serem adquiridas competência do Enfermeiro de Cuidados Gerais preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros – OE (Anexo A).

O EC na USF permitiu-me ser parte integrante da equipa de enfermagem, uma experiência enriquecedora e que me proporcionou diversas experiências e oportunidades ao longo de oito semanas. Permitiu-me, também, aprofundar conhecimentos e adquirir competências relacionais e técnicas essenciais para uma adequada intervenção junto da pessoa, família e comunidade.

Todas as atividades descritas de seguida foram ao encontro aos objetivos delineados, sendo realizadas no contexto de CSP.

### 2.1. OBJETIVO GERAL I

- ✓ Desenvolver competências na prestação de Cuidados de Enfermagem, em Cuidados de Saúde Primários, sob supervisão, aplicando a metodologia do processo de Enfermagem, ao indivíduo, família e comunidade e ao longo do ciclo vital

De forma a aprofundar ainda mais este objetivo, defini como objetivo específico, cooperar com a equipa multidisciplinar, nomeadamente a equipa de enfermagem, na prestação de cuidados através da avaliação do estado do utente, do planeamento dos seus cuidados e nas visitas domiciliárias.

De acordo com o Diário da República (1996), a enfermagem é a profissão que tem como objetivo principal prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo de todo o ciclo vital, de maneira a este se manter, melhorar e recuperar a sua saúde, ajudando-o a atingir novamente a máxima capacidade funcional no menor tempo possível.

A Ordem dos Enfermeiros (2015), afirma que o enfermeiro é capaz de diagnosticar e priorizar os problemas, procurando recolher e analisar toda a informação mais relevante de maneira a estabelecer objetivos e elaborar um plano de cuidados fundamentado.

Durante este EC tentei capacitar os utentes, segundo o Processo de Enfermagem – PE identificando as necessidades do individuo de forma a serem formulados os respetivos

diagnósticos de enfermagem, realizando os planos de cuidados para o indivíduo e a respetiva família. Ainda tentei que o utente se envolvesse ao máximo na tomada de decisão acerca da sua saúde, sendo que, em alguns casos, a baixa literacia em saúde dificultou a envolvência dos mesmos, sendo realizados ensinamentos de forma a colmatar as dificuldades. Por fim, procurei avaliar o resultado dos cuidados prestados, de forma a verificar a eficácia da minha intervenção.

Na realização dos registos no decorrer da aplicação do PE, utilizei a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE, através do programa informático SClínico. É importante a utilização da linguagem CIPE nos cuidados, de forma a permitir a uniformização dos registos de enfermagem.

Ao longo do EC, tive oportunidade de participar em todas as consultas de vigilância que são realizadas, e que vão de encontro aos programas de saúde estipulados. Sendo que as consultas são realizadas em conformidade com as etapas do ciclo da vida, é necessário adequar os cuidados de enfermagem ao utente que temos presente na consulta.

Assim, foi-me permitido realizar vários procedimentos ao longo do EC, tais como tratamentos a feridas, tanto cirúrgicas como traumáticas; administração de terapêutica por via oral, subcutânea e intramuscular; avaliação dos sinais vitais, das medidas antropométricas, da glicémia; Algiação; Intubação nasogástrica; Avaliação de I.N.R.; Análise da urina através da tira reagente (Microalbumina e Combur); entre outros.

Foi-me permitido, ainda, realizar visitas domiciliárias todas as semanas. As visitas domiciliárias eram essencialmente para realizar tratamentos a feridas, para a avaliação de I.N.R. e, em algumas situações, deslocamo-nos a casa de bebês para realizar o teste de Guthrie (teste do pezinho) no âmbito do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (DGS, 2017a).

No que diz respeito à componente ético-legal, é de referir que todos os utentes foram respeitados como sendo uma pessoa em si mesma, com crenças, valores e vontade própria, salvaguardando a privacidade e independência da mesma. Sendo assim, prestei todos os cuidados com privacidade conferida, fechando a porta do gabinete e, na sala de tratamentos, fechando a cortina e a porta de entrada. Não foram nunca referenciadas informações dos utentes na presença de pessoas externas à USF Dallem D’Ave.

Considero que as experiências vividas neste EC permitiram uma constante atualização dos conhecimentos e um desenvolvimento da destreza técnica nos procedimentos realizados.

Durante todo o EC e no contacto com os utentes, fui prudente e agi de forma fundamentada, aplicando conhecimentos adquiridos na componente teórica e técnicas

adequadas. Procurei sempre inculcar na minha prática de cuidados uma forma de espírito crítico, de maneira a definir défices na minha prestação e conseguir, assim, superar e possibilitar-me a uma melhoria contínua dos cuidados.

Na USF Dallem D’Ave a interação humana é constante, daí não ser apenas necessário ter habilidades técnicas, mas também relacionais e capacidade de valorizar a condição humana. Considero que apesar de possuir uma conduta correta na abordagem do outro, nunca é demais capacitar-me para o estabelecimento de uma relação de ajuda, penso assim que a minha evolução neste domínio foi constante e ainda continuará a evoluir.

Assim, depois de tudo o que foi referido acima, considero que este objetivo foi alcançado com sucesso, adquirindo as seguintes competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais: 2; 20; 34; 38 e 53.

## 2.2. OBJETIVO GERAL II

- ✓ Aplicar conhecimentos acerca dos diferentes programas de saúde em vigor.

Para este objetivo, defini como objetivos específicos aprofundar conhecimentos acerca dos programas de saúde em vigor, desenvolver atividades orientadas para os utentes e respetivas famílias e participar nas aulas de massagem infantil e preparação para o parto, em vigor na UCC Terras de Camilo.

Durante o EC tive oportunidade de contactar com os variados programas de saúde implementados na USF Dallem D’Ave, nomeadamente:

### **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**

A Direção Geral de Saúde (2013a), afirma que a consulta de Saúde Infantil e Juvenil se destina à vigilância, manutenção e promoção da saúde da criança e jovem, desde o nascimento até à fase final da adolescência. Este programa enfoca as consultas para as idades-chave, que correspondem a acontecimentos importantes na vida do bebé, criança ou adolescente, a conciliação nas consultas e cumprimento do esquema preconizado no Plano Nacional de Vacinação – PNV (DGS, 2017b) a valorização dos cuidados antecipatórios, a prevenção de perturbações emocionais e do comportamento, a deteção precoce de alterações e a articulação afetiva entre estruturas, programas e projetos que contribuam para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens.

Foi a partir destas orientações que procurei basear a minha intervenção. Assim, nas consultas de saúde infantil e juvenil, tentei manter um ambiente acolhedor, não só para a criança, mas para quem a acompanhava, avaliando o vínculo existente entre a criança e os pais. Procurei atualizar conhecimentos relativos ao aleitamento materno, à alimentação complementar, ao desenvolvimento psicomotor avaliável com base na Escala de Mary Sheridan e a potenciais alterações, à promoção de hábitos de sono e repouso, à promoção de hábitos de higiene oral, à importância da vacinação, à importância do brincar adequado a cada idade e etapa de crescimento e à avaliação do papel parental.

Com já referido anteriormente, tive oportunidade de colaborar na realização do rastreio de doenças metabólicas no recém-nascido que deve ser realizado entre o 3º e o 6º dia de vida, implementado no Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (DGS, 2017a).

Em todas as consultas avaliei o crescimento ponderal da criança, tendo em atenção o peso, altura, perímetro cefálico (avaliado até aos 3 anos de idade) e parâmetros vitais, nomeadamente a pressão arterial (a partir dos 3 anos de idade) e frequência cardíaca.

Após realizada a avaliação da criança, procedia aos registos no sistema informático SClínico e ainda no boletim de saúde da criança, verificando sempre os respetivos percentis.

É de salientar que a aplicação deste programa constituiu uma dificuldade para mim, uma vez que em anteriores EC, não tive a oportunidade de explorar de forma tão pormenorizada para aplicar em contactos imediatos. No entanto considero que ao longo do EC e com a quantidade de consultas que foram possíveis realizar, consegui evoluir de forma favorável os meus conhecimentos neste programa, tendo a capacidade de superar algumas barreiras que tinha e melhorar o meu desempenho nesta temática.

### **Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar**

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2008), a saúde reprodutiva constitui um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo através da prevenção e resolução de problemas, dando respostas adequadas às necessidades específicas dos homens e das mulheres, nesta área, ao longo do ciclo de vida dos indivíduos.

No decorrer deste EC tive oportunidade de participar e realizar consultas de planeamento familiar, estabelecendo sempre um contacto positivo com o utente, promovendo um ambiente acolhedor para este colocar todas as dúvidas que pudesse ter.

Nestas consultas são abordados temas relacionados com a prevenção, nomeadamente o uso de contraceptivos, o autoexame da mama e a importância da realização adequada de rastreios. Também são providenciados contraceptivos, tais como a pílula, preservativos masculinos e anéis vaginais.

Relativamente às consultas de Saúde Materna implementadas no Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, estas destinam-se ao acompanhamento da gravidez e à preparação para o parto, englobando exames clínicos, laboratoriais e ainda ensinamentos adequados (DGS, 2015).

No decorrer do EC, foi-me possível estabelecer contacto com várias grávidas em diferentes fases da gravidez, sendo que me foi possível realizar ensinamentos adequados ao tempo de gestação em que cada uma se encontrava, nomeadamente dos cuidados a ter com a alimentação, higiene pessoal, desconfortos na gravidez, cuidados a ter relativamente ao levantamento de pesos, consumo de drogas, álcool ou tabaco, a importância da amamentação para o bebé, entre outros.

Além dos ensinamentos referidos anteriormente, também era avaliada a pressão arterial, a frequência cardíaca, o peso, o perímetro abdominal e ainda os parâmetros urinários através da tira regente, sendo que no final era tudo registado no programa informático SClínico e no boletim de grávida.

### **Programa Nacional para as Doenças Oncológicas**

Pelo facto de, atualmente, o cancro perfazer 25% das mortes em Portugal, este é considerado prioritário, constituindo um dos principais fatores de mortalidade. A missão deste é a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças oncológicas, de forma a garantir a equidade e acessibilidade de todos os cidadãos aos cuidados.

Com o objetivo de diminuir a mortalidade por cancro do colo do útero e a redução de novos casos, foi implementado o RCCU através da realização da colpocitologia às utentes do sexo feminino com idades compreendidas entre os 24 e os 64 anos, com a divulgação da vacina contra o HPV e ainda com ações de educação sobre os fatores de risco.

Neste EC não me foi possível observar o Rastreio do Cancro do Colo do Útero – RCCU, uma vez que este é realizado pela Médica sem ser necessária a nossa intervenção, sendo que em EC anteriores auxiliei no procedimento. No entanto, antes da consulta médica e de ser realizado o procedimento, é avaliada a pressão arterial, a frequência cardíaca, a altura, o peso, o perímetro abdominal e o índice de massa corporal.

Em relação ao cancro da mama, eram realizados ensinamentos de maneira a prevenir o mesmo, nomeadamente o autoexame da mama e aconselhadas a realizar a mamografia.

### **Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabetes**

De acordo com o Programa Nacional para a Diabetes (2017c), a diabetes é uma doença crónica e progressiva e está associada a elevados custos sociais e dos sistemas de saúde, sendo que pode trazer graves consequências para a saúde e bem-estar do indivíduo. A prevalência da mesma tem vindo sempre a aumentar e é atualmente considerada a pandemia do século XXI.

Com o decorrer do EC tive a oportunidade de realizar um elevado número de consultas de enfermagem aos utentes diabéticos, tendo em conta o número acrescido de utentes com essa patologia.

Nas consultas de controlo da diabetes era avaliada a pressão arterial, a frequência cardíaca, o peso, a altura, o índice de massa corporal, o perímetro abdominal, a glicemia capilar, o valor da hemoglobina glicosilada (quando o utente trazia com ele análises sanguíneas), a análise à urina com a tira regente para avaliar a relação albumina-creatinina e ainda era avaliado o risco de úlcera diabética através da observação dos pés do utente.

Através do historial do utente e o estilo de vida adotado pelo mesmo, conseguia perceber quais os ensinamentos a realizar. Os ensinamentos recaem sobre os cuidados com a alimentação, o cumprimento do regime terapêutico, a importância da atividade física, os cuidados a ter com os pés, com as unhas, o calçado adequado e a higiene, os sinais e sintomas de uma hipoglicemia ou hiperglicemia, entre outros.

Devido ao ambiente propício, o utente coloca as questões que achar pertinentes. No final é tudo registado no programa informático SClínico.

### **Programa Nacional para Doenças Cérebro-Cardiovasculares**

De acordo com a DGS (2013b), o diagnóstico de hipertensão arterial – HTA, é realizado através de uma avaliação em consultório, como sendo uma elevação persistente, em várias medições e ocasiões da pressão arterial – PA, em que os valores da PA sistólica são iguais ou superiores a 140 mmHg e/ou a PA diastólica superior a 90 mmHg.

A consulta a utentes com HTA foi outra das consultas que tive oportunidade de realizar várias vezes, uma vez que é das patologias mais presentes nos utentes da USF Dallem D’Ave.



Nestas consultas são avaliados os parâmetros antropométricos, a pressão arterial, a frequência cardíaca, o perímetro abdominal, o índice de massa corporal e a análise à urina para se avaliar a relação albumina-creatinina, sendo posteriormente todos os registos realizados no programa informático SClínico.

Os ensinamentos realizados nas consultas eram referentes aos cuidados com a alimentação, a importância da redução do consumo do sal, o aumento da prática de atividade física, a cessação do consumo de tabaco, entre outros.

### **Plano Nacional de Vacinação**

Em consonância com a DGS (2017b), o plano de vacinação tem como objetivo obter a melhor proteção, na idade mais adequada e o mais precocemente possível.

No decorrer do EC foi-me impossível administrar todas as vacinas presentes no PNV, sendo que nas que tive oportunidade de administrar, tive sempre em atenção o bem-estar do utente, proporcionando um ambiente mais calmo aquando da administração da vacina.

No que diz respeito aos ensinamentos necessários, alertei para a necessidade de um período de vigilância após a inoculação da vacina, bem como para a possibilidade de ocorrência de reação local ou sistémica à vacina, especificando os sinais/sintomas mais comuns, e instruí para o correto modo de atuação nesse caso.

Todas as vacinas administradas são registadas no sistema informático SClínico e no respetivo boletim de vacinas individual de cada utente.

É de grande importância incentivar o cumprimento do esquema vacinal de forma a prevenir a disseminação de doenças. É de salientar que em conjunto com a Enfermeira Orientadora, convocamos todos os utentes que apresentavam vacinas em atraso para que pudessem regularizar o seu esquema vacinal.

Outro dos objetivos específicos a que me propus, foi a participação nas aulas de massagem infantil e preparação para o parto na Unidade de Cuidados na Comunidade – UCC Terras de Camilo. Assim, após a autorização para a participação nas mesmas, foi-me dada a oportunidade de assistir às aulas de massagem infantil direcionadas aos pais dos bebés, de maneira a realizarem um procedimento que se verifica eficaz no desenvolvimento do bebé e de forma a ficarem mais relaxados após a mesma massagem. Foi uma mais valia no meu EC pois nunca tinha tido contacto com algum procedimento semelhante e consegui reter as informações mais importantes e adquirir novos conhecimentos. Em relação às aulas de preparação para o

parto, não me foi possível assistir às mesmas, uma vez que não existiam horários compatíveis para poder participar.

Assim, com o que foi referido anteriormente, considero que o objetivo a que me propus foi concluído com sucesso, adquirindo as competências 2; 28; 36; 43 e 63 do Enfermeiro de Cuidados Gerais.

### 2.3. OBJETIVO GERAL III

- ✓ Implementar atividades específicas para a promoção da saúde e prevenção da doença.

De maneira a ser concluído este objetivo, defini como objetivos secundários a realização de ensinamentos no âmbito dos programas de saúde implementados e a elaboração de uma ou mais atividades no âmbito da prevenção da doença.

A promoção da saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. O indivíduo ou grupo devem assim, estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio de forma a atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social. A promoção da saúde não é uma responsabilidade exclusiva do setor da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar (OMS, 1986).

Por sua vez, para a DGS (2012), os ganhos em saúde são entendidos como resultados positivos em indicadores de saúde, expressando a melhoria dos resultados, traduzindo-se em ganhos em anos de vida, diminuição de episódios de doença ou encurtamento da duração da mesma, diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, aumento da funcionalidade física e psicossocial e ainda pela redução do sofrimento e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde.

No decorrer do EC foram realizados inúmeros ensinamentos ao utente e à respetiva família, como já foi referido ao longo dos objetivos enunciados anteriormente, de forma a capacitar os utentes através do desenvolvimento de competências e conferindo-lhes de igual forma a responsabilidade de forma atingirem a autodeterminação sob a própria saúde.

Foi-me proposto pela Enfermeira Orientadora realizar uma sessão de educação para a saúde acerca dos hábitos de leitura nas crianças nas aulas de massagem infantil, no entanto, devido a incompatibilidades tanto de horários como de serviços da UCC Terras de Camilo e da

USF Dallem D'Ave, não me foi possível realizar a sessão. Mesmo assim foi elaborado um trabalho escrito (Apêndice A), um poster (Apêndice B) que irá ser expostos no cantinho da leitura que foi criado com o intuito de promover a leitura dos pais para as crianças na USF Dallem D'Ave.

Além do referido acima, também realizei outro panfleto acerca do autoexame da mama (Apêndice C), destinado a utentes do sexo feminino, uma vez que ao longo das consultas verifiquei que uma grande maioria das utentes não realizava o mesmo ou não sabia como o realizar, sendo que verifiquei pertinente a elaboração deste panfleto.

Assim considero que contribuí para o processo que visa tornar a pessoa apta a assumir o controlo e a responsabilidade pela sua saúde.

Desta forma, concluo que atingi os objetivos supracitados a que me propus, desenvolvendo as seguintes competências do enfermeiro em cuidados gerais: 29; 35; 41; 42 e 43.

#### 2.4. OBJETIVO GERAL IV

- ✓ Consolidar conhecimentos e competências ao nível científico, técnico e relacional.

Para este objetivo ser concluído com sucesso, implementei objetivos específicos tais como a consolidação de conhecimentos previamente adquiridos na componente teórica e o conhecimento de todos os documentos disponíveis na USF Dallem D'Ave, que se verifiquem relevantes para o EC.

No decorrer do EC tive oportunidade de consolidar diversos conhecimentos ao realizar os diversos procedimentos referidos anteriormente, bem como aprimorar algumas técnicas. Todos os procedimentos que realizei foram de encontro aos conhecimentos que apreendi na teoria.

Phaneuf (2002), afirma que a comunicação é uma ferramenta base para a relação de ajuda, modalidade muito importante de intervenção em cuidados de enfermagem. A mesma autora diz-nos que em toda a comunicação é essencial reconhecer o interlocutor. Trata-se de uma polidez e de consideração, sobretudo na relação que estabelecemos com os utentes.

Assim, durante este EC tive oportunidade de desenvolver algumas competências referentes ao relacionamento e comunicação com os utentes. O primeiro contacto com o mesmo

é muito importante, é a partir da comunicação que conseguimos conhecer a pessoa a quem estamos a prestar cuidados e estabelecer uma relação de empatia, tendo em conta a singularidade de cada utente.

Em relação à equipa multidisciplinar, considero que foi estabelecida uma boa relação. Os enfermeiros da USF Dallem D'Ave mostraram-se sempre disponíveis para esclarecer as minhas dúvidas e ajudar-me em todas as etapas do meu EC, sendo que recorria a pesquisa individual para uma maior autonomia dos meus atos, a restante equipa multidisciplinar, sendo a equipa médica e a equipa de secretariado, também se mostraram recetivos ao meu EC e apoiaram-me neste.

De maneira a ficar mais integrada na USF Dallem D'Ave, tive a possibilidade de ficar a par do regulamento interno, do relatório de ação e plano de ação, do Manual de acolhimento que me auxiliou na integração e conhecimento da unidade e da carta de qualidade da mesma.

Foi-me possível, também, consolidar os meus conhecimentos relacionados com os programas informáticos presentes no serviço, nomeadamente o SINUS e o SClínico, sendo que o mais utilizado por mim foi o SClínico visto que é mais utilizado pelos enfermeiros para os registos de enfermagem. Tive a possibilidade de ver a minha Enfermeira Orientadora trabalhar com o programa informático Logiberica para o controlo do material da unidade e pedidos do mesmo.

Posto isto, considero que o objetivo foi cumprido, tendo atingido as seguintes competências do enfermeiro de cuidados gerais: 15; 54 e 61.

## 2.5. OBJETIVO GERAL V

- ✓ Colaborar na gestão dos cuidados de enfermagem, dos recursos humanos e materiais.

Como objetivos específicos defini colaborar com a Enfermeira na gestão, organização e reposição do material necessário e conhecer as estruturas físicas, orgânicas e funcionais da unidade.

No primeiro dia do EC foi-me apresentada pela Enfermeira Orientadora a USF e à medida que me ia apresentando a mesma, fui conhecendo a equipa multidisciplinar e toda a metodologia de trabalho adotada na mesma.

A missão da USF Dallem D’Ave centra-se em atender, em tempo útil, com eficiência e qualidade, a população da sua área geográfica de influência, garantindo a acessibilidade, a globalidade e a continuidade dos cuidados.

A unidade possui uma visão que dita tornar a USF uma referência em Cuidados de Saúde Primários em termos de satisfação dos cidadãos e dos profissionais, sempre disponíveis para inovar e responder às necessidades da população.

Em relação aos valores que esta possui passam por ser uma equipa competente, dinâmica, rigorosa e inovadora, interagindo com a comunidade, com a convicção de cada um e de todos, que ao investimento pessoal e profissional corresponderá a excelência de serviços.

Assim, relativamente à estrutura física:

A USF Dallem D’Ave localiza-se no piso 0 do edifício nomeado ACES do Ave de Famalicão possuindo seis salas de atendimento de enfermagem, uma sala de tratamento de enfermagem, cinco consultórios médicos, duas instalações sanitárias (uma para os profissionais e uma para os utentes), uma sala de pessoal/cafetaria, um vestiário do pessoal, uma sala de planeamento familiar médico, uma sala de espera e uma repartição para despejos e depósitos de lixo.

Em relação à estrutura orgânica:

A USF Dallem D’Ave é constituída pelo coordenador e pelo conselho técnico que se assume como um órgão com responsabilidades técnico-científicas. O cargo de coordenador destina-se a um médico do serviço e o conselho técnico é composto por um médico, um enfermeiro e um assistente técnico. Assim, a USF Dallem D’Ave é detentora de um total de quinze profissionais dos quais seis são médicos, seis são enfermeiros e três são secretários clínicos, possuindo ainda três internos.

Por sua vez, a estrutura funcional:

A Unidade funciona nos dias úteis das 8 às 20 horas, sendo o horário de atendimento das 8h05 às 19h45. A USF encontra-se encerrada aos sábados, domingos e feriados.

A gestão do material é realizada por uma secretária clínica e por uma enfermeira, sendo que cada uma organiza o material da sua competência, neste caso era a minha enfermeira orientadora que geria o material de enfermagem para que nada faltasse, dado que tive oportunidade de auxiliar na gestão do mesmo.

O material necessário é pedido através do aplicativo informático Logiberica e aquando da sua chegada é verificado e guardado no armazém da USF que está localizado no piso inferior da Unidade.

No que diz respeito à esterilização do material, esta é responsabilidade da enfermeira responsável pelo controlo e infeção na unidade.

A gestão dos recursos humanos é realizada pela ARS Norte e uma vez que se trata de uma USF, os horários têm que ser fixos, tanto dos médicos, como dos enfermeiros e assistentes técnicas, sendo que são propostos pelos próprios que depois de serem aprovados são implementados no serviço.

Desta forma e após o supracitado, concluo que a minha integração nesta USF decorreu de forma esperada, alcançando de forma positiva o objetivo a que me propus, trabalhando sempre em equipa, vendo o utente, família e comunidade numa perspetiva holística. As competências por mim adquiridas foram a 2; 33; 74; 75 e 76.

## CONCLUSÃO

Os CSP são o primeiro contacto da população com o sistema de saúde, por esse motivo, tem uma grande importância na satisfação das necessidades primordiais da saúde e na garantia da equidade, acessibilidade e respeito pelo direito à saúde.

Durante estas oito semanas, o EC de Integração à vida Profissional em CSP constitui-se como uma oportunidade para a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos e competências que, futuramente, me permitirão intervir ao nível dos CSP.

O presente relatório permitiu-me realizar uma autorreflexão das atividades desenvolvidas, com vista à concretização dos objetivos propostos, enquanto agente ativa do meu crescimento e desenvolvimento profissional, aumentando a minha capacidade de aprender a partir da prática.

Considero que todo o apoio que a equipa multidisciplinar me proporcionou contribuiu para a minha evolução e entrega neste EC, salientando o apoio dado pela minha Enfermeira Orientadora que se mostrou sempre disponível independentemente da situação.

Relativamente às dificuldades sentidas, considero que foram esclarecidas ao longo do desenvolvimento deste documento. Em relação à elaboração do mesmo, procurei ser sintética e objetiva, de forma a serem traduzidas, pelas minhas palavras, o que mais contribuiu durante 8 semanas para a minha capacitação e integração ao exercício profissional em CSP.

Ainda é de salientar que os objetivos enunciados para a elaboração do presente trabalho foram, de uma forma geral, atingidos e contribuíram para uma experiência única e enriquecedora na USF Dallem D'Ave.

O primeiro dos objetivos a que me propus foi a descrição de forma fundamentada, das atividades planeadas e desenvolvidas e as dificuldades sentidas durante o EC, sinto que conclui este objetivo dado que ao longo do trabalho enumerei as atividades desenvolvidas e primei por demonstrar onde tive mais dificuldade e o que realizei para colmatar as lacunas.

De seguida defini como objetivo analisar as experiências vivenciadas e o enriquecimento para a minha formação, considero que este estágio mudou a minha perspetiva relativamente aos cuidados de saúde primários e que as experiências que aqui vivenciei foram a chave para a excelente oportunidade e conteúdos adquiridos ao longo deste ensino clínico.

Defini ainda como objetivo a realização de uma análise crítica, construtiva e reflexiva do meu desempenho durante este ensino clínico, sendo que observo que essa análise está a ser realizada ao longo de todo o documento e mais aprofundadamente neste capítulo.

Por fim, referir alguma atividade previamente planeada que não foi possível realizar, este objetivo foi explanado num capítulo anterior e de forma sucinta e clara.

Posso afirmar que este EC mudou a minha perspetiva em relação aos CSP pois em estágios anteriores era um trabalho monótono, limitado à população existente e que recorria aos serviços de saúde, sendo que no atual EC, a realidade é muito diferente, não existem tempos monótonos, existe sempre ocupação durante o de correr do dia e, assim, tive oportunidade de colocar os meus conhecimentos práticos e teóricos em prática.

Com o fim da minha licenciatura em Enfermagem, seria errado dizer que o meu processo de aprendizagem está a terminar. Esse processo é contínuo e imprescindível para que a prestação de cuidados de enfermagem sofra melhorias constantes.

Saiu da USF Dallem D'Ave com uma superação de dificuldades e aprendizagem muito mais enriquecedora. Considero que excedi as minhas expectativas, contribuindo para a minha formação académica e pessoal e desenvolvendo competências ao nível científico, técnico e relacional.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carvalho (2003), *Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura*. Acedido em abril, 13, 2019 em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium38/18.pdf>

Declaração de Alma-Ata (1978). *Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde*. Acedido em abril, 15, 2019 em: <http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>

Diário da República (1996). Decreto-Lei nº205/96: *regulamento do exercício profissional dos enfermeiros*. Série I-A: 4 de setembro

Direção Geral da Saúde (2008). *Programa nacional de saúde reprodutiva*. Lisboa: DGS

Direção Geral da Saúde (2012). *Programa nacional de saúde 2012 - 2016*. Lisboa: DGS

Direção Geral da Saúde (2013a). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: DGS

Direção Geral da Saúde (2013b). *Hipertensão arterial: definição e classificação*. Lisboa: DGS

Direção Geral da Saúde (2015). *Programa nacional para a vigilância de gravidez de baixo risco*. Lisboa: DGS

Direção Geral da Saúde (2017a). *Programa nacional de diagnóstico precoce*. Lisboa: DGS

Direção Geral da Saúde (2017b). *Programa nacional de vacinação*. Lisboa: DGS

Direção Geral da Saúde (2017c). *Programa nacional para a diabetes*. Lisboa: DGS

Manual de Acolhimento USF Dallem D'Ave (2018). *Manual de acolhimento destinado a profissionais de saúde/estudantes de enfermagem e medicina*. Delães: USF Dallem D'Ave

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento nº 190/2015, de 23 de maio. Diário da República, nº 79/2015, Série II. Acedido em março 30, 2019, em: <https://dre.pt/home/-/dre/67058782/details/5/maximized?serie=II&dreId=67059992>

Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa*. Acedido em abril 20, 2019, em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/carta-de-otawa-1986.aspx>

Parlamento Europeu (2005), *Diretiva 2005/36/CE: Reconhecimento das qualificações profissionais*. Acedido em abril, 12, 2019 em: <https://eur-lex.europa.eu/legalcontent/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:02005L0036-20160524&from=EN>

Phaneuf.M. (2002). *Comunicação entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência

Simões, E. e Garrido, M. (2007), *Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura*. Acedido em abril, 13, 2019 em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium38/18.pdf>

# APÊNDICES

APÊNDICE A – Trabalho escrito acerca dos Hábitos de Leitura



**Escola Superior de Saúde**

**Instituto Politécnico da Guarda**

Enfermagem – 1.º ciclo, 4.º ano, 2.º semestre

# Ler dá Saúde

Adriana Ferreira Carvalhal

Delães

2019



**Escola Superior de Saúde**

**Instituto Politécnico da Guarda**

Enfermagem – 1º ciclo, 4.º ano, 2.º semestre

# **Benefícios da Leitura**

Trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular de Ensino Clínico – Integração à Vida Profissional em Cuidados de Saúde Primários.

Autora: Adriana Ferreira Carvalho, nº 7003881

Delães  
2019

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

Enf<sup>a</sup> – Enfermeira

## **LISTA DE SIGLAS**

EC – Ensino Clínico

USF – Unidade de Saúde Familiar

## ÍNDICE

	Folhas
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	31
<b>1.A LEITURA</b> .....	33
1.1. LER PARA AS CRIANÇAS.....	33
1.2. DESENVOLVIMENTO DA ACUIDADE VISUAL .....	35
1.3. DESENVOLVIMENTO DA AUDIÇÃO .....	36
1.4. COMO DEVEMOS LER .....	37
<b>CONCLUSÃO</b> .....	39

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da unidade curricular de Ensino Clínico – Integração à Vida Profissional em Cuidados de Saúde Primários, integrada no plano curricular do 4º ano, 1º semestre, do Curso de Enfermagem – 1º Ciclo da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda. O mesmo desenvolveu-se na Unidade de Saúde Familiar – USF Dallem D’Ave, com início no dia 6 de março de 2019 e término no dia 6 de maio do decorrente ano. Nesta unidade curricular, a aprendizagem desenvolve-se em contexto real, através da qual é possível adquirir e desenvolver competências, comportamentos, atitudes e valores profissionais específicos mostrando-se, por isso, um momento estruturante da nossa identidade profissional enquanto estudantes de enfermagem.

Segundo a Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de setembro de 2005, alínea nº5, artigo 31 (pág. 41), Ensino Clínico – EC é definido como sendo:

(...) a vertente da formação em enfermagem através da qual o candidato a enfermeiro aprende, no seio de uma equipa e em contacto direto com um indivíduo em bom estado de saúde ou utente e/ou uma coletividade, a planear, dispensar e avaliar os cuidados de enfermagem globais requeridos, com base nos conhecimentos e competências adquiridas. O candidato a enfermeiro aprende não só a trabalhar em equipa, mas também a dirigir uma equipa e a organizar os cuidados de enfermagem globais, incluindo a educação para a saúde destinada a indivíduos e a pequenos grupos no seio a instituição de saúde ou da coletividade.

Este EC é considerado importante para o nosso desenvolvimento científico, na medida em que permite uma visão profunda dos processos educacionais mais complexos constituindo, assim, um modo de pesquisa aliciante.

Conforme a Direção Geral da Educação – DGE (2014: 4), citando a Organização Mundial da Saúde – OMS (1998), entende-se por educação para a saúde “qualquer combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos conhecimentos ou influenciando as suas atitudes”. Assim, a elaboração desta sessão tem como objetivo primordial contribuir para a operacionalização do conceito de promoção da saúde, que segundo a Carta de Otawa (1986), citada por Durão (2014: 28), é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar.

A proposta temática a desenvolver “Benefícios da Leitura” que foi proposto pela Enfª Orientadora, suscitou-me o interesse, uma vez que é um tema bastante pertinente nos dias de hoje e que não é devidamente explorado nas consultas de saúde infantil e juvenil. O objetivo



principal do presente trabalho é sobretudo consciencializar os pais acerca da importância da leitura e abordar os seus benefícios.

Relativamente à estrutura do trabalho, o mesmo encontra-se dividido em dois capítulos. Primeiramente, e após uma pequena introdução, encontra-se a fundamentação teórica da temática em questão. À posteriori, no segundo capítulo darei um maior ênfase à contribuição da leitura nas unidades de saúde. Por fim apresento a conclusão, analisando as principais dificuldades e o que foi feito para contornar as mesmas, bem como as respetivas dificuldades e sugestões para um potencial melhoramento.

Como metodologia adotada para a realização deste trabalho é o método descritivo, sendo que a colheita de dados tem por base um levantamento bibliográfico através de fontes documentais e documentos eletrónicos, seguindo a orientação do Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos instituído pela Escola Superior de Saúde da Guarda.

## **1. A LEITURA**

Silva, J. (2011), afirma que a leitura deve ser interpretada como atitudes que se desenvolvem nos processos cognitivos que estão armazenados na memória de cada um. Todo este processo deve ser desenvolvido durante as experiências escolares que vão surgindo, afirmando que se formam leitores da relação entre aquele que aprende e aquele que ensina.

Por sua vez, Brandão e Micheletti (2002, cit por Silva, J., 2011), esclarecem que o ato da leitura é um processo complexo, um processo de compreensão que envolve a capacidade do Homem de interação através das palavras. O ato de ler não pode ser encarado como uma atividade passiva, uma vez que é o leitor que dá sentido ao texto.

Em consonância, Kleiman (1989, cit por Silva, J., 2011), diz que a leitura é um ato social que se realiza entre dois sujeitos, o autor e o leitor, que interagem entre si para a concretização de um objetivo e necessidade já pré-determinada.

Assim, ainda de acordo com o autor supracitado, o texto presente no livro é o resultado de um trabalho que o autor faz chegar ao leitor, é uma sequência de sentidos que o escritor transmite através do texto apresentado.

De acordo com Cerqueira, P. (2013), a relevância da leitura é reconhecida pela União Europeia e por organizações internacionais, considerando esta um recurso indispensável ao desenvolvimento dos indivíduos. A sua implementação é determinante no desenvolvimento cognitivo aquando da tomada de decisão face à situação em que nos encontramos, também se mostra fundamental no acesso à informação, na expressão e no enriquecimento a todos os níveis. É uma ferramenta básica para adquirir competências que nos permitem aprender, trabalhar e realizar-se.

### **1.1. LER PARA AS CRIANÇAS**

De acordo com Santos, E. (2015), numa altura em que a tecnologia predomina sobre todas as formas de educar, é essencial salientar a importância que o estímulo da leitura deve ter para as crianças, dando-se assim uma interação entre pais e filho.

Segundo Roque, C. e Canedo, L. (2015), introduzir as crianças no mundo da leitura deve acontecer mesmo antes destas terem iniciado o processo de aprendizagem da alfabetização,

através de leituras estimulantes realizadas, principalmente, pela família. Sendo assim, a família tem um papel crucial na estimulação da leitura desde o nascimento e ao longo de toda a sua infância.

Brito, D. (2010), diz-nos que a necessidade de interagir com o outro para aprender, é uma necessidade da criança, a comunicação humana pode ser interpretada como uma percepção, seguida de uma compreensão e uma produção. A criança constrói, conhece e interpreta as atividades.

Experimentos realizados demonstram que recém-nascidos reconhecem histórias que ouviram várias vezes quando estavam no útero. Ouvir essas histórias fazia com que existisse uma diminuição da frequência cardíaca, tal como acontece com a música (Nadalim, C., 2017).

Em consonância com Brito, D. (2010), este refere que para existir interesse da criança pelo livro, esta tem de o compreender como um brinquedo, não caindo na ideia que ler é aborrecido. Por vezes é necessário ler para as crianças mais que uma vez o mesmo livro, para que seja ativado alguma área específica da compreensão, e que o objetivo principal é despertar o interesse da criança e se desenvolver para um melhor futuro. Ao ler para a criança, devemos envolver ao máximo a criança e criar um ambiente propício para o interesse da criança.

Segundo Crescer (2018), a atividade da leitura não deve ser apenas responsabilidade da mãe, com o auxílio do pai consegue ser muito mais benéfica para a criança. Um estudo australiano comprovou que quando o pai participa no momento de leitura, o desenvolvimento da linguagem é superior. A forma de contar as diferentes histórias também varia, sendo que a mãe, geralmente, tem tendência para ler de forma mais delicada, com um tom de voz calmo e doce, enquanto o pai vai brincando com as diferentes vozes das personagens.

O autor supracitado, salienta ainda que a mãe tem uma ligação física com a criança, sendo que com este momento, o pai desenvolve uma estrutura de empatia, segurança e afetividade para com a criança.

Nadalim, C. (2017), evidencia os benefícios da leitura dos pais para as crianças:

- Alargamento da relação afetiva entre pais e filho, dado que aquele momento é de única e exclusiva dedicação à criança;
- Desenvolvimento da compreensão auditiva, determinante para a futura compreensão de textos;
- Treinamento da memória auditiva a curto prazo;

- Enriquecimento do vocabulário e contato com frases mais extensas e estruturas sintáticas menos comuns na linguagem oral;
- Aquisição do gosto pelos livros e literatura;
- Evolução das emoções da criança;
- Desenvolver e ampliar a fala, ao ouvir os pais falarem e mostrarem certas figuras, podem desenvolver mais facilmente a fala.

Ainda referente ao mesmo autor, este complementa dizendo que todos estes benefícios dependem da frequência da leitura, da qualidade de interação verbal realizada e da forma como os pais realizam essa leitura.

## 1.2. DESENVOLVIMENTO DA ACUIDADE VISUAL

Belini, A., Fernandes, F. (2007), referem que o contacto entre um bebé e o adulto que o recebe nos primeiros momentos pode ser respondido através do olhar. Para além da possibilidade sensorial no desenvolvimento da criança, existe uma importante componente não verbal que pode indicar fases pelas quais o bebé passa aquando da aquisição de habilidades, sendo estas as sensoriais, motoras, sociais e as afetivas.

De acordo com as mesmas autoras, não podemos afirmar que o olhar se trata apenas da visão, existe uma forma psíquica no contacto olho a olho, constituindo a relação com o outro. A realidade orgânica do bebé e o olhar que os pais lhe transmitem, constitui o corpo do bebé. A imagem corporal originária, necessária para o bebé se tornar sujeito, só consegue ser formada a partir do olhar dos pais, geralmente da mãe.

Toda a informação seguinte é citada pelas autoras supracitadas.

O contacto ocular é fundamental num correto desenvolvimento social. A habilidade do contacto olho a olho é adquirida pelo bebé, consoante o desenvolvimento visual normal em que ocorre certa vacilação do olhar, este contacto leva ao momento em que o bebé e os seus pais parecem ser atraídos à comunicação.

Com um mês de idade, a manutenção do contacto ocular serve como possibilidade de investigação das regiões ao redor dos olhos e os contornos da cara. A partir dessa altura, o bebé consegue perceber pistas sobre as emoções dos parceiros, através do olhar. Ao dirigir o seu olhar ao rosto dos parceiros, o bebé observa, inicialmente, o contorno da cara e posteriormente

os olhos e a boca. O olhar do bebê não se restringe apenas ao acompanhamento ocular, esta que é uma característica maturativa da coordenação viso-motora, que está presente a partir do quarto mês de vida.

O primeiro relacionamento afetivo do bebê é estabelecido com a mão, sendo este a base de todos os próximos relacionamentos que este irá ter. Aos quatorze dias de vida, o bebê é capaz de entender interações não verbais e interagir com a mãe. Todas as expressões faciais que este faz, contribuem para o estabelecimento das relações de interação entre mãe e filho.

À nascença, o recém-nascido é míope e incapaz de ver a distâncias maiores que 20 a 25 centímetros, sendo que uma maior distância ou menor distância, os objetos são vistos como manchas ou névoa. Com alguns dias de vida conseguem perceber as informações visuais do ambiente, mesmo não apresentando fixação visual.

Quando já têm um mês de vida, o bebê já volta a face para a luz da lanterna. Por volta dos dois meses, o bebê inicia fenômenos de fixação, acomodação e convergência do olhar, e inicia-se, também, o uso de ambos os olhos em simultâneo para focar um objeto.

Entre os dois e os três meses observa-se a coordenação olho-mão e visão-audição, a criança sorri para a mão e é capaz de alternar olhares entre dois objetos. Entre os três e os cinco meses, a criança apresenta coordenação visão-preensão.

No quarto mês de vida, a criança já não tem como foco principal apenas a face da mãe, mas também outros objetos. Nesta fase, os objetos tomam relevância e funcionalidade a partir da experiência que os bebês vão tendo com eles. Nesta fase conseguem discriminá-los através da diferença de cor, textura e forma.

A visão é o foco motivacional para o desenvolvimento do controle da cabeça, sendo que é a partir dos estímulos visuais e auditivos que os bebês adquirem habilidades motoras como o sistema tátil, cinestésico e vestibular.

Sendo assim, a implementação da leitura deve ser realizada desde bebês, deixando-os pegar nos livros, ver as imagens e ir lendo para eles, de forma a desenvolver os sentidos anteriormente referidos e desenvolver a acuidade visual e a relação afetiva com o leitor.

### 1.3. DESENVOLVIMENTO DA AUDIÇÃO

Zaeyen, E. (2003), afirma que um feto de 25 semanas de gestação já consegue escutar sons. O seu ambiente é constituído por ruídos externos e internos, tais como a respiração, os batimentos cardíacos, os movimentos musculares e intestinais maternos.

Segundo Cardoso, A. (2013), na trigésima oitava semana gestacional, o feto é capaz de processar sons acústicos com variação no espectro e na amplitude, para resposta de alteração dos batimentos cardíacos, da música e resposta para estímulos de fala. Estudos comprovam que os bebés preferem ouvir sons de fala quando comparados com outros que não são verbais e preferem ouvir a língua materna do que a língua estrangeira.

De acordo com a mesma autora, ainda na vida intrauterina, o feto é capaz de conhecer a voz materna, músicas simples e sons comuns ao ambiente. O desenvolvimento auditivo e da memória intrauterino, capacitam o bebé a reconhecer as diferenças nos padrões sonoros, a intensidade e o ritmo. O bebé apenas será exposto ao espectro sonoro completo a partir do seu nascimento, mas as experiências pré-natais irão auxiliá-lo a reconhecer alguns dos sons nas primeiras semanas de vida.

Os parágrafos abaixo estão em consonância com a autora supracitada.

O desenvolvimento e conseqüente maturação do sistema auditivo da criança, seguem uma sequência de comportamentos que se iniciam ao nascimento. As etapas do desenvolvimento são a deteção, discriminação, localização, reconhecimento e a compreensão auditiva.

A deteção é a habilidade que o bebé tem de receber o estímulo. Estudos comprovam que estes são capazes de perceber aspetos sonoros que têm um papel auxiliar no primeiro ano de vida. A discriminação é a habilidade de resolução de frequência, a intensidade e a duração. A duração refere-se à habilidade de analisar diferenças de tempo e intensidade dos sons recebidos e transmitidos para ambas as orelhas. Por sua vez o reconhecimento auditivo é quando ocorre associação da palavra ao objeto, a criança é capaz de apontar figuras ou partes do corpo nomeadas, cumprir ordens e repetir as palavras ditas. Por fim temos o reconhecimento auditivo que é a habilidade de reconhecimento auditivo, ou seja, a criança consegue entender o que é dito e responder ao que lhe é perguntado.

Zaeyen, E. (2003), afirma que o ser humano é capaz de se adaptar a situações mais adversas. Para além de se comunicar por meio de palavras, faz também por gestos e pelo olhar. Daí a importância de implementar hábitos de leitura, de forma a exercitarem a audição de maneira a ser desenvolvida de uma forma saudável.

#### 1.4. COMO DEVEMOS LER

Ao ler para a criança permite partilhar o gosto pela leitura e passar bons momentos com ela. Esse momento mágico é uma parte da vida que nenhuma delas irá esquecer, sendo também um modo de as estimular (Gazola, A., 2016).

O mesmo autor salienta, que a leitura deve ser realizada num lugar tranquilo, confortável e seguro, sem distrações. Deve permitir que a criança se sente ao seu lado e veja o livro à medida que o vai lendo, de maneira a apreciar todas as imagens, seguir as frases com os dedos, apontar palavras ou imagens que conhece e até auxiliar a mudar de página.

Segundo Nadalim, C. (2017), existem algumas recomendações para serem obtidos melhores resultados:

- Ler o texto antes de realizar a leitura para a criança: assim será mais fácil planear as personagens e verificar se a história é adequada à idade da criança;
- Fazer contacto visual durante a leitura;
- Não ler parágrafos muito longos seguidos para crianças com menos de 2 anos e meio;
- Não ler muito rápido, nem muito devagar para que a criança tenha tempo suficiente para entender a história;
- Não vire a página logo depois de ler, deixe a criança observar as ilustrações;
- Explorar as ilustrações para ampliar o vocabulário da criança, apontando para as ilustrações e dizendo o que são.

Em consonância com o autor supracitado, não se deve esperar que uma criança com menos de 5 anos permaneça quieta e com a máxima atenção ao adulto. Mesmo parecendo que não está a prestar atenção, na maioria das vezes está a memorizar aquilo que ouve.

Ainda de acordo com o mesmo autor, até aos 18 meses são indicados livros cartonados, de pano ou plástico para resistirem ao instinto de o levar à boca, resistirem às mãos deles e, também, serem mais fáceis de manusear. Opte por livros mais pequenos para serem mais simples de manipular.

Castro, E. (2010), refere ser importante a criança tocar no livro e folheá-lo de maneira a ter um contacto mais íntimo com o objeto. A partir dessa altura, o interesse é maior e a criança começa a querer interagir com o mesmo. É necessário auxiliar a criança a perceber o que os livros podem oferecer, e a importância que vão ter ao longo da sua infância.

Os livros mais adequados devem apresentar um contexto familiar, com predomínio de imagens, não deve apresentar muito texto escrito uma vez que é a nomeação dos objetos que vai fazer com que exista uma relação entre a realidade e o livro (Castro, E., 2010).



## CONCLUSÃO

Com o término do presente trabalho, torna-se pertinente analisar de forma conclusiva tudo o que nele se encontra delineado, tendo como base uma prévia reflexão sobre as várias etapas do trabalho, dos pontos positivos e das dificuldades sentidas.

Surge assim a necessidade de evidenciar a relevância que este trabalho possuiu para o meu desenvolvimento, sendo considerado uma ferramenta de carácter relevante na minha formação como futura profissional de saúde.

A leitura é uma importante ferramenta para o desenvolvimento das crianças, desde recém-nascido que é fundamental iniciar o hábito pela leitura. Sendo que os pais são os primeiros que as crianças querem imitar, ao estes lerem, estão a incutir na sua casa e na criança a importância que a leitura traz no seu quotidiano.

Em relação às dificuldades sentidas, centralizam-se especificamente na obtenção de informação, uma vez que a informação fidedigna era escassa e muito sintética.

No entanto, considero que apesar das dificuldades sentidas, consegui ultrapassar os obstáculos, procurando fazer uma abordagem simples e concreta do tema.

Assim sendo, após uma apreciação global do trabalho, considero que o objetivo foi atingido com sucesso.

Em suma, a realização deste trabalho foi bastante relevante para o meu processo de aprendizagem, não só por tributar-se positivamente para o desenvolvimento intelectual, bem como a nível do desenvolvimento pessoal e profissional.

# Ler para as Crianças

Numa época em que predomina a tecnologia, é essencial destacar a importância da leitura para as crianças. Se a responsabilidade desta tarefa está incutida à mãe, é de salientar que quando compartilhada com o pai, é muito mais benéfico para eles.

## Benefícios

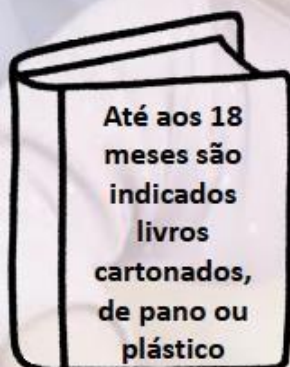
Após o nascimento do bebê, a leitura em voz alta beneficia:

- Alargamento da relação afetiva entre pais e filho;
- Desenvolvimento da compreensão auditiva e treino da mesma;
- Enriquecimento do vocabulário e contato com frases mais extensas;
- Aquisição do gosto pela leitura e pelos livros;
- Evolução nas emoções da criança;
- Desenvolvimento da fala.

## Recomendações

Recomendações para uma boa leitura para as crianças:

- Ler o texto antes de realizar a leitura para a criança;
- Fazer contacto visual durante a leitura;
- Não ler parágrafos muito longos seguidos para crianças com menos de 2 anos e meio;
- Não ler muito rápido, nem muito devagar para que a criança tenha tempo suficiente para entender a história;
- Não vire a página logo depois de ler, deixe a criança observar as ilustrações;
- Explorar as ilustrações para ampliar o vocabulário da criança.



Aluna de Enfermagem  
Adriana Carvalhal

Enfermeira  
Rosa Elisabete Vieira

Fonte de Informação:  
Pereira, E.; Frezão, G.; Santos, L. (2012).  
O valor da leitura para a formação de  
futuros leitores em:  
<http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/mod/article/download/2162/1339>

Os recém-nascidos são capazes de reconhecer histórias que ouviram muitas vezes quando estavam no útero

## APÊNDICE C – Panfleto sobre “Autoexame da Mama”

<h3>Típos de métodos para a palpação da mama</h3>  <p><b>Linear:</b> Com movimentos ascendentes e descendentes faça a palpação do limbo superior até ao inferior da mama.</p>  <p><b>Espiral:</b> Com movimentos circulares, inicie a palpação da parte exterior da mama, até chegar ao mamilo.</p>  <p><b>Quadrantes:</b> Com movimentos em linha reta, da parte exterior da mama, até ao mamilo, várias vezes ao longo da mama.</p> <p><b>Nunca esquecer de também palpar a axila, e dar maior atenção a essa área. Toda a mama deve ser palpada.</b></p>	<h3>Palpação deitada</h3> <p>Deve colocar o braço esquerdo e pôr a mão atrás da cabeça, use uma almofada ou toalha debaixo do ombro do lado esquerdo. Com a mão livre palpe a mama esquerda, cuidadosamente. Repita o processo para palpar a outra mama.</p> <p>Toda a palpação deve ser feita com <b>três dedos</b>, o indicador, o médio e o anelar, em <b>movimentos circulares</b>, exercendo ligeira pressão.</p>  <p><b>Associação Enfermeiros</b> Adriana Gonçalves</p> <p><b>Enfermeira</b> Rosa Elisabete Vieira</p> <p><b>Forma de referência:</b> <a href="http://www.icsa.tad.pt/outras/Documentos/Manual_Auto_Exame_d_a_mama.pdf">http://www.icsa.tad.pt/outras/Documentos/Manual_Auto_Exame_d_a_mama.pdf</a> <a href="http://www.icsa.tad.pt/outras/Documentos/Manual_Auto_Exame_d_a_mama.pdf">http://www.icsa.tad.pt/outras/Documentos/Manual_Auto_Exame_d_a_mama.pdf</a></p>	 <p><b>AUTO-EXAME DA MAMA</b></p>
<h3>Quando?</h3> <p>-&gt; Se estiver no período fértil, uma semana após a menstruação;</p> <p>-&gt; Se já se encontrar na menopausa, em qualquer momento.</p> <h3>Onde?</h3> <p>-&gt; Em frente ao espelho;</p> <p>-&gt; No banho: A água e o sabão facilitam o deslizamento dos dedos, sendo mais fácil a deteção de alterações;</p> <p>-&gt; Deitada: Aplicando um gel ou creme para facilitar o deslizamento dos dedos.</p>	<h3>Observar em frente ao espelho</h3> <p>Em frente ao espelho ver a simetria das mamas, verificar se existe alguma alteração no tamanho, cor da pele, rugosidade, saliência ou depressão. Esta observação deve ser feita com os braços caídos, de seguida com as mãos atrás da cabeça e, por fim, com as mãos apoiadas nas ancas fazendo pressão, como mostrado na figura seguinte.</p>  <p>Deve, também, pressionar suavemente o mamilo, de forma a verificar se sai qualquer tipo de líquido. No caso de o mamilo se encontrar invertido (metido para dentro), e não era assim anteriormente, deve contactar o seu médico.</p> 	<h3>Palpação no banho</h3> <p>Deve levantar o braço esquerdo e pôr a mão atrás da cabeça, com a mão livre palpe a mama esquerda, cuidadosamente. Repita o processo para palpar a outra mama.</p> <p>Toda a palpação deve ser feita com <b>três dedos</b>, o indicador, o médio e o anelar, em <b>movimentos circulares</b>, exercendo ligeira pressão.</p> 

# **ANEXOS**

## ANEXO A – Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais adquiridas

2. Reconhece os limites do seu papel e da sua competência;
15. Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos;
20. Aplicar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de enfermagem;
28. Atua como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte;
29. Apresenta a informação de forma clara e sucinta;
33. Trabalhar em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades;
34. Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspetiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde;
35. Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação;
36. Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção e educação para a saúde;
38. Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis ótimos de saúde e de reabilitação;
41. Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de Enfermagem;
42. Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades;
43. Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde;
53. Implementa os cuidados de Enfermagem para atingir resultados esperados;
54. Pratica enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente;
61. Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais;
63. Assegura que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara;
64. Responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e/ ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência;
74. Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa;

75. Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração;

76. Valorizar os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.

**Fonte:** Ordem dos Enfermeiros (2012). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.