



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Capacitação Parental: Cuidados à Criança/ Jovem com febre

Joaquim Manuel Tomé Duarte

Orientação: Professor António Casa Nova

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

**Capacitação Parental: Cuidados à Criança/
Jovem com febre**

Joaquim Manuel Tomé Duarte

Orientação: Professor António Casa Nova

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de especialização: *Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Capacitação Parental: Cuidados à Criança/ Jovem com febre

Joaquim Manuel Tomé Duarte

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

Júri:

Presidente: Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro

Arguente: Maria Dulce Damas da Cruz

Orientador: António José da Mota Casa Nova

Data: 24/07/2020

AGRADECIMENTOS

Quero em primeiro lugar agradecer à minha família, à minha mulher, aos meus filhos e à minha mãe, por tudo o que os fiz passar. Passaram momentos angustiantes por me verem desesperado, momentos em que queriam ajudar-me e não podiam, momentos de muito stresse, pelos que eu os fiz passar.

Quero agradece-lhes por os privar de estarem na minha companhia, estes estavam constantemente a solicitar-me e eu não podia corresponder, pois tinha que estar a trabalhar em vários locais e a estagiar tudo ao mesmo tempo, isso retirou-lhes o direito de estarem na minha companhia.

Quanto aos meus amigos também lhes quero agradecer por estes me darem sempre força e nunca me terem deixado desistir e estarem sempre a meu lado nos bons e nos maus momentos.

Ao Serviço pediatria: Ao Sr. Enf. Chefe Francisco Vaz, por estar sempre disponível e me apoiar em todo o meu percurso, e a todos os meus colegas por me terem ajudado a conseguir a superar mais uma etapa, sem eles nada disto seria possível. Pelo esforço de estarem sempre disponíveis em me poderem realizar as trocas, sempre que eu as solicitava, mesmo que fosse em cima da hora. O meu muito obrigado, nem sei como lhes agradecer.

A toda a Equipa de Enfermagem do Serviço de CE, ao Serviço de Neonatologia-UCEN, ao Serviço de Urgência Pediátrica do CHS-HSB, e ao Centro de Saúde de Palmela pela forma afável e carinhosa com que me receberam. Todos contribuíram para enriquecer os meus conhecimentos a todos os níveis, auxiliando-me prontamente a esclarecer todas as dúvidas colocadas, mostrando sempre boa vontade e disponibilidade; sempre preocupadas se eu estava bem, se precisava de alguma coisa e, sempre com disponibilidade para me transmitirem novos conhecimentos.

Um agradecimento especial às Sr.ª Enfermeiras Especialistas, Catarina Pereira, Sílvia Contreiras, Filipa Frade e Marlene Domingues; e ao Professor António Casa Nova por todo o apoio, atenção, disponibilidade e acompanhamento dispensados ao longo destas semanas que passaram comigo em cada contexto de ensino clínico.

Muito grato a todos por terem feito com que me sentisse em “casa” na “vossa, nossa casa”, que também esta é a minha “casa”.



RESUMO

Este relatório foi desenvolvido, no decorrer do Curso do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, apresenta como objetivo primordial descrever e analisar a aquisição e desenvolvimento das competências comuns de Enfermeiro Especialista, competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e competências de Mestre.

Como título do presente relatório: “Capacitação Parental: Cuidados à Criança/ Jovem com Febre”, sendo articulado com o projeto desenvolvido ao longo dos estágios, tendo em conta a linha de investigação Segurança e Qualidade de Vida.

A escolha do tema surge com o interesse pessoal na área e com a necessidade e pertinência da Enfermagem priorizar a capacitação cada vez maior dos progenitores para adquirirem competências efetivas de cuidado ao seu filho com febre.

Com o decorrer dos estágios, conclui-se que os enfermeiros apresentam um papel fundamental na capacitação parental na criança / jovem com febre. Como futuro enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, os cuidados especializados a estas crianças que necessitam de cuidados, incluem nas competências do enfermeiro especialista sendo o desenvolvimento dessas competências específicas, nesta área, uma mais-valia.

Palavras-chave: Criança; Capacitação Parental; Febre; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.



ABSTRACT

This report was developed during the Master's Degree in Nursing in Association in the area of Specialization in Child and Pediatric Health Nursing. It presents as prime objective, to describe and analyse the acquisition and development of common skills of Specialised Nurse, specialised nurse skills in Paediatrics and Child Health Nursing as well as Master's skills.

The report “Parental Empowerment: Child/Young Person with Fever Care”, was articulated with the project carried out during the internships, taking into account the line of research Safety and Quality of Life.

The choice of the theme was born from the personal interest in the field and the need and relevance of Nursing to prioritise the increasing empowerment of the parents to acquire effective skills in order to take care of their child with fever.

Over the course of the internships, it was concluded that nurses show an essential role in the parental empowerment of the child/young person with fever. As future specialist nurse in Paediatrics and Child Health Nursing, the specialised cares addressed to these children include the development of specific skills being a true asset in this area.

Keywords: Child; Parental empowerment; Fever; Paediatrics and child health nursing.



LISTA DE ABREVIATURAS E OU SIGLAS

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CS – Centro de Saúde

DR – Diário da República

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EESIP – Enfermeiro Especialista Saúde Infantil e Pediatria

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

SPI – Serviço de Pediatria Internamento

UCEN- Unidade Cuidados Especiais Neonatais

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	10
1. CAPACITAÇÃO PARENTAL: CUIDADO À CRIANÇA / JOVEM COM FEBRE	12
1.1. Principais conceitos	12
1.2. Modelo de Anne Casey	15
2. PERCURSO DE APRENDIZAGENS: OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	17
2.1. Consulta Externa Pediatria de um hospital	17
2.1.1. Objetivos específicos e atividades desenvolvidas em contexto	19
2.2. Centro de Saúde Personalizado	21
2.2.1. Objetivos específicos e atividades desenvolvidas em contexto	22
2.3. Unidade de Cuidados Especiais Neonatais	25
2.3.1. Objetivo específico e atividades desenvolvidas em contexto	27
2.4. Unidade de Urgência Pediátrica	29
2.4.1. Objetivo específico e atividades desenvolvidas em contexto	31
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	33
3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	33
3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem	38
3.3. Análise de Competências de Mestre em Enfermagem	41
3.3.1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada	42
3.3.2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência	42
3.3.3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais	43
3.3.4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida	43
3.3.5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais	44

3.3.6. Realiza análise diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular	44
3.3.7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na área de especialidade particularmente	44
4. CONCLUSÃO	45
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	47
APÊNDICES	50
APÊNDICE I: Introdução do estudo de caso realizado	51
APÊNDICE II: Folheto sobre a febre	54
APÊNDICE III: Resumo do artigo científico com o tema: “Embriões excedentários, dilema ético”	55
APÊNDICE IV: Filme em power point sobre a febre	56
APÊNDICE V: Poster sobre a febre	57

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem em associação com a área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica, e tem como objetivo demonstrar o percurso efetuado ao longo do curso e do estágio, dando resposta ao desenvolvimento e aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem e competências de mestre.

Concluído o período de estágio importa efetuar uma análise reflexiva sobre o percurso realizado, que proporcionou um crescimento pessoal e profissional. A linha de investigação escolhida foi “Segurança e Qualidade de Vida”, e o título do relatório é “Capacitação parental: Cuidados à Criança/ Jovem com Febre.

Foram delineados como objetivos gerais do relatório de estágio os seguintes:

1. Relatar os diferentes contextos de estágio, atividades desenvolvidas e resultados do exercício de aprendizagem;
2. Assinalar as competências desenvolvidas nos diferentes estágios no âmbito das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, e das Competências de Mestre;

Para a realização deste relatório, foi necessário selecionar um modelo, o modelo escolhido foi o de Anne Casey que foi criado tendo em vista a particularidade dos cuidados de enfermagem na idade pediátrica, e tem como pressuposto a importância da parceria entre os cuidadores da criança.

A escolha da área temática prendeu-se com a necessidade e pertinência da Enfermagem priorizar a capacitação cada vez maior dos progenitores para adquiram competências efetivas de cuidado ao seu filho doente, especificamente perante a sintomatologia da febre. É hoje consensual, que a capacitação parental, é um aspeto central no cuidado à criança e da continuidade da promoção da sua saúde ou da sua reabilitação.

Como objetivo geral do projeto delineamos:

1. Constatação através dos estágios da capacitação parental e verificar o seu impacto na criança e família relativamente à temática da febre.

Por ordem cronológica, os estágios desenvolveram-se nos seguintes locais: Consulta Externa de Pediatria [CE], Centro de Saúde [CS], Unidade de Cuidados Especiais Neonatais [UCEN] e uma Urgência Pediátrica [UP]. Foram realizados entre maio de 2019 e janeiro de 2020 com uma carga horária de 216h para o Estágio I e 648h para o Estágio final.

Foi com intenção através deste relatório apresentar de uma forma verdadeira, o trabalho que efetivamente foi realizado por mim. Embora tenha presente que nem sempre é possível através de um documento com estas características transcrever na perfeição todo o trabalho realizado, bem como a forma científica e os saberes nele aplicados.

Apesar disto, espero referenciar aspetos que por si demonstrem todo o empenho, disponibilidade, eficácia e responsabilidade com que sempre tenho pautado a minha vida profissional. Procurarei também, através de uma linguagem clara e sucinta, permitir ao docente avaliador uma leitura objetiva do relatório que apresento, visto que considero ser este aspeto fundamental para a avaliação do mesmo.

O relatório encontra-se dividido em cinco grandes partes: introdução, onde está descrito os objetivos, a contextualização do tema e apresentação sucinta do projeto; o desenvolvimento, que se encontra subdividido primeiramente na contextualização do tema em seguida no percurso realizado em estágios e uma análise sucinta e reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas. Por fim a conclusão ou síntese do percurso.

A organização deste documento obedece às indicações dispostas no regulamento do estágio final e relatório do mestrado em enfermagem, fornecido aos estudantes, e a sua redação e formatação está de acordo com a norma American Psychological Association (APA). O atual documento respeita o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

1. CAPACITAÇÃO PARENTAL: CUIDADO À CRIANÇA / JOVEM COM FEBRE

O interesse sobre a capacitação parental nos cuidados a crianças com febre tem início com o presente capítulo que pretende clarificar os conceitos pertinentes para a análise e compreensão do tema. O capítulo inicia-se com os princípios fundamentais tais como o conforto e o conceito de febre bem como a teórica que sustenta este projeto, articulando com os conceitos e modelos de cuidados de enfermagem pediátrica, como outras referências teóricas que consideramos complementares a este percurso.

1.1. Principais conceitos

Os avanços científicos e tecnológicos têm influenciado positivamente a diminuição das taxas de mortalidade e conseqüente aumento da esperança de vida. É necessário que o exercício profissional de enfermagem centrado na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas que tenha em atenção as principais necessidades quer da criança quer dos cuidadores.

Os cuidados de enfermagem prestados por enfermeiros especialistas, são centrados na família e promovem a parceria nos cuidados, ou seja, um modelo de cuidados de enfermagem pediátrico que reconhece os pais como parceiros ativos e valoriza as suas capacidades como prestadores de cuidados à criança/jovem (OE, 2011).

De acordo com o modelo referido que orienta a prestação de cuidados à criança e ao jovem e ao, modelo de cuidados centrados na família (OE, 2010), esta é encarada como uma constante na vida da criança (Hockenberry, & Wilson, 2006). Como tal, a prestação de cuidados com vista à maximização do potencial de saúde, atendendo os recursos da família deverá começar, no âmbito dos cuidados, desde o nascimento da criança. Sendo que, é na família que as interações são estabelecidas e as relações são um elemento essencial no ambiente de crescimento e desenvolvimento da criança (Gonçalves, & Simões, 2009).

O diagnóstico de uma doença representa um dos acontecimentos mais dramáticos que uma família pode sofrer, envolvendo-a em uma crise emocional. Nesta fase de sofrimento o papel do enfermeiro é principal no apoio emocional, sendo a relação que se estabelece um fator primordial para um bom ajustamento à situação.

São vividos sentimentos de ansiedade, stress, revolta ou depressão de acordo com padrões individuais que não podem ser generalizados (Barros, 2003). Devido às próprias características da doença/Febre ou às suas implicações nomeadamente hospitalizações ou necessidades de tratamentos frequentes a família depara-se também com tarefas adicionais, responsabilidades e preocupações relativas aos cuidados e questões monetárias implicadas, incertezas quanto ao futuro, luto emocional, reações de preconceito ou estigmatização por parte da sociedade e isolamento social, entre outras (Hockenberry & Wilson, 2014).

As intervenções de enfermagem podem começar na sinalização e promoção de apoio continuado a crianças com doença e famílias, e ainda contribuir para a articulação com os diferentes intervenientes no apoio a estas crianças (DGS, 2013). No âmbito dos cuidados especializados em saúde infantil, o enfermeiro pode especificamente intervir com o intuito de promover a adaptação da criança/jovem e família à doença (OE, 2010), pode assim contribuir para a realização de atividades que visem minimizar o impacto do stress relacionados com a situação de hospitalização ou da própria doença. É ainda da responsabilidade de ação do enfermeiro especialista a referência da criança/jovem com situações de doença para instituições de suporte e cuidados especializados (OE, 2011).

O papel do enfermeiro como alguém que ajude e trate a família e a pessoa como um todo. O enfermeiro deve estar atento à criança transmitindo-lhe segurança e tendo presente a importância de reconhecer a possível deterioração e o não controlo do corpo que a criança com doença poderá apresentar. Nas várias manipulações a que a criança é sujeita deve-se ter em atenção as suas necessidades corporais, privilegiando o conforto e o contacto físico como seja o «tocar», «o dar as mãos» e outras formas. Procurar entender que os comportamentos de falta de colaboração estão relacionados com a própria doença (Gomes, 1999).

O termo conforto deriva do latim confortare, que significa “restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar” (Apóstolo, 2009: 62).

O conforto “tem sido identificado como um elemento fulcral dos cuidados de enfermagem” (Apóstolo, 2009: 61) alcançando um papel extremamente importante na filosofia dos cuidados de enfermagem (Apóstolo et al., 2012). Segundo Sousa (2014) destaca que o conceito de conforto teve uma evolução cronológica e que foi Florence Nightingale que iniciou a referência ao termo conforto, o qual, segundo a mesma, nunca devia ser esquecido (Apóstolo, 2009), pois era essencial para a criança (Kolcaba, 2003).

Contudo, Sousa (2014: 36) destaca que o estado de conforto é “mais do que alívio do desconforto [...]. O conforto é promovido através das intervenções de enfermagem”. Para a mesma autora, a intervenção de enfermagem tem a “ação de confortar e o conforto é o resultado dessa intervenção” (Sousa, 2014: 40). Assim, a mesma autora acredita que o conforto tem um significado diferente para cada pessoa, no entanto a noção comum em todas elas é a procura da satisfação das suas necessidades (Sousa, 2014).

De acordo com Casey citado por Farrel (1994, p.27) considera saúde a uma condição, para que a criança atinja todo o seu potencial, “um estado ótimo de bem-estar físico e mental”, neste contexto, a autora refere que um compromisso na saúde da criança representa um prejuízo para o seu desenvolvimento físico, psicológico, intelectual, social e espiritual.

Conforme refere Casey citado por Farrel (1994, p.27) a família, corrobora as considerações já apresentadas. Assim, para a autora a família é uma unidade básica da sociedade, cujos membros, têm a responsabilidade dos cuidados à criança e exercem uma influência no seu desenvolvimento. Para uma eficácia plena dos cuidados prestados no âmbito pediátrico, estes devem ser centrado num relacionamento onde haja uma partilha de crenças e valores, um respeito pela vida e pela dignidade humana entre criança, família e enfermeiro.

O Enfermeiro de pediatria, segundo este modelo, considera os pais como os melhores prestadores de cuidados ao seu filho e assim sendo, com a orientação e apoio do enfermeiro, os pais deixam de ser irrelevantes para passarem a ser parceiros da equipa multidisciplinar. Ao enfermeiro compete apenas substituir os pais quando, efetivamente, estes não reúnem capacidade para cuidar da sua criança. Neste contexto, o enfermeiro deverá acionar estratégias que promovam a parceria dos pais na prestação de cuidados, assentes em premissas que visam o acompanhamento da criança/família, como seres individuais e únicos ao longo do processo de vida, permitindo-lhes a descoberta de recursos facilitadores da manutenção da sua dignidade, mesmo em situações difíceis e traumáticas, esta parceria contribuíra para que sentimentos de culpa, incapacidade para cuidar do filho e impotência perante a doença sejam minimizados.

De acordo com DGS, a febre é definida como um aumento da “temperatura corporal igual ou superior a 1°C acima da média basal diária”. Em idade pediátrica não existe uma unanimidade relativamente aos valores acima dos quais se pode definir febre. Quando não se sabe os valores de temperaturas fisiológicas, e segundo mesmo autor, considera-se febre quando: “a) Retal $\geq 38^{\circ}\text{C}$; b) Axilar $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$; c) Timpânica $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$; d) Oral $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$ ” (DGS, 2018: 13).

1.2. Modelo de Anne Casey

O modelo teórico de Anne Casey (1998) coloca os pais como os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos e coloca a ação da enfermagem na planificação de cuidados, promovendo o envolvimento dos pais no processo de cuidar, valorizando os seus conhecimentos e aptidões para o desenvolvimento do seu papel parental.

Cada vez mais é reforçado o benefício do envolvimento dos pais nos cuidados à criança hospitalizada, e concomitantemente o aumento de ideologias associadas a esta prática, sendo que, até meados da década de oitenta não existia num modelo de enfermagem que reforça a importância da família / pais nos cuidados à criança.

Assim no ano de 1988 emerge o primeiro modelo de cuidados pediátricos, sendo desenvolvido a partir de um modelo de cuidados centrados na família, sendo denominado por Modelo da Parceria de Cuidados, que foi elaborado por Anne Casey e dá ênfase à presença dos pais nos cuidados, visando os pais como parceiros da equipa de enfermagem nos cuidados à criança / filho (Casey, 1993). Na década de noventa de acordo com Casey, o início da ideologia da enfermagem pediátrica, fortalecendo os cuidados centrados na família, prestados em parceria. Esta filosofia é sustentada por crenças e valores indiciando os pais como os melhores cuidadores / prestadores de cuidados à criança. Focando estes cuidados como forma de apoio, estímulo e afeto sendo os pais os melhores para desenvolver junto da criança estes cuidados.

2. PERCURSO DE APRENDIZAGENS: OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste capítulo iremos apresentar o percurso desenvolvido nos locais de estágio. Pretendemos definir a metodologia de projeto utilizada, explicando as atividades desenvolvidas ao longo dos contextos, bem como o percurso de aprendizagens realizado em cada local de estágio que permitiu a aquisição e desenvolvimento das competências de mestre e especialista em enfermagem da saúde da criança e jovem.

2.1. Consulta Externa Pediatria de um hospital

Este estágio foi realizado num hospital na região de Lisboa e Vale do Tejo e caracteriza-se por ser uma consulta externa de pediatria. É um momento privilegiado no contato com a criança e jovem e a sua família tendo como objetivo a avaliação das necessidades de enfermagem tendo em conta os antecedentes e o contexto clínico.

A escolha do contexto de estágio prendeu-se com o facto de desejar aprofundar e compreender a continuidade de cuidados que existe após a alta da criança do serviço de internamento de pediatria. Tendo em conta o contexto laboral onde nos inseríamos, existe interesse em conhecer o acompanhamento que é dado à criança e família, após a alta.

Do ponto de vista estrutural, a consulta encontra-se no piso um do hospital, e é constituída por várias especialidades médicas, vários gabinetes médicos, salas de enfermagem, salas de tratamento. A área da Pediatria é constituída por 5 gabinetes médicos, uma sala de enfermagem onde se realizam tratamentos, uma secretária onde são previamente marcadas e confirmadas as consultas e onde é fornecida toda a informação que os pais necessitam.

A sala de espera possui material didático tais como uma TV com desenhos animados e brinquedos, que servem de estratégias de distração para as crianças enquanto aguardam a sua vez da consulta.

A equipa multidisciplinar é constituída por Médicos que se dedicam às várias especialidades; uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e uma Enfermeira generalista, duas Psicólogas, dois Nutricionistas, uma Assistente Operacional que dá apoio às Enfermeiras e, uma Administrativa. Existe também um apoio da Medicina Física de Reabilitação.

No hospital, diariamente decorrem consultas nas especialidades: de Pediatria Médica, Cirurgia Pediátrica, Consulta de Pediatria de desenvolvimento, Neonatologia (que engloba crianças de Pré-Termo; restrições de crescimento e baixo peso; alterações genéticas; síndromes; asfixia neonatal; Insuficiência neonatal; RANU); consultas de doenças respiratórias; apoio nefrológico; apoio Endócrino, consultas de Diabetes infantil e juvenil e Consultas de Nutrição.

No âmbito da consulta de enfermagem, esta antecede sempre que possível a consulta médica ou é agendada quando são necessárias intervenções de enfermagem específicas. Tem como função o acolhimento personalizado à criança/jovem/família; avaliação da situação de saúde da criança/jovem/família; promoção da saúde à criança/jovem/família; prevenção de complicações para a saúde da criança/jovem; promoção do bem-estar e o autocuidado; contribuição para a adaptação às condições de saúde da criança/jovem/família; elaboração de registos de enfermagem; colaboração com as atividades médicas; acolhimento da criança/jovem/família.

O objetivo geral de aprendizagem desde estágio foi:

- Prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família, em consulta, englobando-a como principal parceiro de cuidados e procurando maximizar o seu potencial de desenvolvimento da saúde e bem-estar da criança.

2.1.1. Objetivos específicos e atividades desenvolvidas em contexto

Os objetivos específicos que determinamos para este contexto foram:

1. Aprofundar, consolidar e mobilizar conhecimentos do crescimento e desenvolvimento infantil e à avaliação da dinâmica familiar;
2. Identificação das necessidades e problemas e elaboração de diagnósticos sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Para atingir estes objetivos, foram planeadas e operacionalizadas as seguintes atividades do longo do estágio:

- Realização de reunião junto do enfermeiro chefe e enfermeira especialista de modo a identificar a necessidade específica do serviço;
- Pesquisa bibliográfica na área da capacitação parental e na área da febre na criança e jovem e na área da diabetes;
- Identificação de estratégias de capacitação parental na prestação de cuidados à criança/jovens utilizadas pela equipa;
- Realização de ensinios aos pais, promovendo a capacitação parental;
- Colaboração e dinamização de atividades inerentes à febre na criança e à diabetes tipo 1 na criança;
- Realização de um folheto sobre a temática da febre.

Com decorrer desse período de estágio deparei-me com uma criança com duas doenças crónicas, o que me permitiu uma maior interação com esta criança/família tendo necessidade de aprofundar os meus conhecimentos sobre estas patologias e dos seus diagnósticos.

Elaborei um plano de cuidados (Apêndice I), direcionando-o para as necessidades que esta família apresentava, visto ser uma família de poucos recursos, constituída por dois filhos um com 10 anos que é portador de uma doença crónica - Diabetes Mellitus tipo I - desde os 3 anos de idade e, a sua irmã de 3 anos de idade que tem por base duas doenças crónicas - Diabetes Mellitus tipo I e Doença Celíaca.

A Diabetes Mellitus decorre da falta de produção da insulina, da diminuição da produção de insulina e ou da capacidade de a insulina produzida exercer adequadamente as suas ações. A hiperglicemia é o parâmetro usado para fazer o diagnóstico e avaliar a terapêutica (OE, 2010c).

A Doença celíaca é uma enteropatia crónica do intestino delgado, de carácter autoimune, desencadeada pela exposição ao glúten (principal fração proteica presente no trigo, centeio e cevada) em indivíduos geneticamente predispostos. Estas crianças são acompanhadas e vigiadas por várias especialidades (Beltrane, 2009).

A colheita de dados utilizado neste trabalho para a elaboração da história de saúde desta criança e a sua família foi baseada no modelo de avaliação inicial concetual de Anne Casey parceria de cuidados, que tem por base a filosofia de enfermagem dos cuidados centrados na família, tendo por base uma equipa multidisciplinar que se articula com outros profissionais de saúde e onde existe uma interligação de informação entre centros de saúde, escolas, hospitais e outras instituições de cariz social.

Os enfermeiros são responsáveis pela prestação de cuidados de enfermagem gerais a criança, família, grupos e comunidade, uma vez que possuem competências científicas, técnicas e humanas na área da Enfermagem, ou seja, na profissão que tem como objetivo a prestação desses mesmos cuidados, para que essas pessoas mantenham, melhorem e recuperem a saúde.

As intervenções de enfermagem podem começar na sinalização e promoção de apoio continuado a crianças com doença crónica e famílias, e ainda contribuir para a articulação com os diferentes intervenientes no apoio a estas crianças (DGS, 2013). No âmbito dos cuidados especializados em saúde infantil, o enfermeiro pode especificamente intervir com o intuito de promover a adaptação da criança e família à doença crónica (OE, 2010).

Foram realizados ensinamentos aos pais sobre a febre, o que devem fazer em caso de febre e como atuar, antes de se dirigirem para o hospital. Desmistificando o terror que os pais têm sobre a febre, sendo esta considerada como uma boa aliada da doença. Para isto, realizamos um folheto para entregar aos pais (Apêndice II).

2.2. Centro de Saúde Personalizado

Este estágio foi realizado na região de Lisboa e Vale do Tejo e tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

A escolha do contexto de estágio recaiu sobre esta Unidade, por ser uma unidade onde se integram várias áreas relacionadas com a criança/ jovem e família.

Do ponto de vista estrutural, este CS têm uma estrutura idêntica às Unidades de Saúde Familiar, prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, familiares e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (DR,2008).

A equipa do CS é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos.

Como objetivo geral deste campo de estágio foi:

- Prestação de cuidados especializados à criança/família, em diferentes contextos.

2.2.1. Objetivos específicos e atividades desenvolvidas em contexto

O objetivo específico que determinamos para este contexto foi:

1. Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família, em contexto de cuidados de saúde primários.

Para atingir este objetivo, foram planeadas e operacionalizadas as seguintes atividades do longo do estágio:

- Realização de reunião junto do enfermeiro chefe e enfermeira especialista de modo a identificar a necessidade específica do serviço;
- Pesquisa bibliográfica na área da capacitação parental e na área da febre na criança e jovem;
- Identificação de estratégias de capacitação parental na prestação de cuidados à criança/jovens com febre, utilizadas pela equipa;
- Realização de ensinamentos aos pais, promovendo a capacitação parental no cuidar à criança com febre no domicílio;
- Colaboração e dinamização de atividades inerentes à febre na criança;
- Prestação de cuidados diretos à criança/jovem e família em contexto de cuidados de saúde primários.

Durante a permanência foram realizados ensinamentos e desmistificados os mitos da febre, de como atuar e como tratar terapêuticamente a mesma. Assim, realizei vários ensinamentos no CS aos pais e prestadores de cuidados, indo ao domicílio, ajudando os pais a entender qual a importância de se deslocarem ao CS, para vacinação das crianças e explicar toda a temática sobre a febre. Assim, a parceria de cuidados faz com que os pais confiassem na presença do enfermeiro. Como futuro enfermeiro especialista arranjei estratégias para que conseguisse levar estes pais a caminharem lado a lado com os enfermeiros.

Também foi possível participar em várias reuniões multidisciplinares referentes à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens [CPCJ], onde eram discutidas situações de crianças em risco e onde também eram discutidas quais as estratégias a tomar para alcançar a melhor maneira de conseguir que a família compreendesse que estávamos ali para os ajudar e não para os prejudicar.

Estas comissões foram criadas para interceder em defesa das crianças e jovens sempre que as famílias não pratiquem o seu papel protetor e quando as entidades com competência na matéria de infância e juventude esgotem todas as possibilidades de intervir informalmente ao nível da prevenção da criança e jovem em risco.

A CPCJ nas suas intervenções atua em dois patamares de prevenção: o primário e o secundário, dos quais entrecorrem duas modalidades de funcionamento. A prevenção primária do risco está incluída na modalidade da Comissão alargada, e a Comissão restrita intervém já a um nível secundário, quando o grau de risco se eleva e passa a perigo. É da responsabilidade dos membros da Comissão restrita manter o funcionamento da CPCJ reunindo-se semanalmente e sempre que seja necessário e extraordinariamente em situações urgentes; apreciando em equipa, todas as crianças com sinalizações entradas na CPCJ, procedendo à instrução de processos; realizando visitas domiciliárias, ou qualquer diligência necessária ao diagnóstico e à intervenção.

Tendo como população alvo todas as crianças e jovens do zero aos dezassete anos e 365 dias, sinalizadas à CPCJ em situação de risco e ou perigo, ou ainda jovens que no âmbito de acompanhamento da CPCJ, manifestem vontade de que este apoio se prolongue (no máximo até aos 21 anos de idade). Tem como objetivos o promover a proteção das crianças e jovens em perigo.

Por fim, ainda existe uma reunião Hospitalar que só se realiza duas vezes por ano, é semestral, onde se acompanham crianças do zero aos seis anos de vida e onde também são sinalizadas todas as crianças que estiveram internadas e que são seguidas em consultas externa de desenvolvimento de referência e são discutidos todos os casos em equipa. Estas equipas são constituídas por Médicos enfermeiros Psicólogos, agentes da, GNR e Assistentes Sociais.

Durante este estágio realizei um artigo com o título: “Embriões Excedentários, dilema ético”. A temática nada tem em conformidade com o relatório e todo o projeto elaborado, mas foi um tema que me surgiu interesse (Apêndice III).

A área geográfica deste CS é enorme e abrange vários concelhos e freguesias. Para combater esta situação o CS tem o auxílio de várias parcerias e entidades.

Foi ainda possível participar em várias secções, estas são um conjunto de manobras e através do toque e do cheiro, onde as crianças e os pais podem usufruir constantemente.

Como exemplo dessas secções temos a massagem de relaxamento diz respeito à massagem como intervenção de estimulação táctil e anatómica em prática nos serviços de saúde e baseadas num programa de aprendizagem, dirigido aos pais ou substitutos. Estes ensinamentos e técnicas da massagem infantil devem dar continuidade a um maior diálogo que envolve o profissional de saúde e os pais sobre as vulnerabilidades e as competências de cada bebé, visto que cada bebé tem as suas características individuais, que estas são únicas de cada bebé, sendo assim relevadas pela progressão e estádios de desenvolvimento de cada um o controlo de comunicar de interagir de reagir.

A população alvo para este curso são os recém-nascidos [RN] com idades entre os 28 dias e os 12 meses de vida, estando sempre acompanhados por um ou dois dos cuidadores, que sejam referenciados ao curso de Massagem infantil para os pais e RN. O objetivo destas massagens é otimizar o desenvolvimento psicomotor e o seu comportamento e crescimento. Reforçar a presença de fatores de desenvolvimentos saudáveis através do incentivo e aquisição de competências e segurança parental. Reforçar um ambiente recetivo e de confiança em cada curso de massagem que se realiza com os pais e entre os mesmos que exista uma interação e uma troca de experiências, onde estes se possam auxiliar uns aos outros e compreender e interpretar e atuar em sinais de desconforto e conforto dos RN.

2.3. Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

A escolha desta unidade vai ao encontro aos interesses pessoais e de estar inserido na mesma instituição do primeiro local de estágio, onde exercemos funções, possibilitando o acompanhamento de todo o circuito do RN, assim como o conhecimento e aprofundamento de todos os locais de assistência que a instituição oferece. Por outro lado, possibilitou a concretização do projeto de estágio iniciado.

Numa sociedade cada vez mais complexa, torna-se necessário possuir conhecimento para agir com eficácia. A ciência é a compreensão das implicações lógicas de todo o conhecimento, é o aperfeiçoamento do conhecimento, e apresenta como fundamental, atingir a veracidade dos fatos.

O cuidar do RN com febre nem sempre se enquadrou nas linhas que hoje conhecemos. Efetivamente, os conhecimentos sobre as particularidades do crescimento e desenvolvimento infantil têm tomado ao longo dos tempos, um interesse crescente junto das comunidades científicas e da população em geral.

Do ponto de vista estrutural, a UCEN localiza-se no 1º piso de um hospital. É um local pouco espaçoso com instalações antigas que aguardam novas instalações.

Esta unidade articula-se com a maternidade incluindo o Bloco de Partos e o berçário, Unidades de Cirurgia Pediátrica, Unidades de Cuidados Pós-Anestésicos, Blocos Operatórios, Serviço de Urgência Pediátrica e Serviço de Internamento de Pediatria e com Sistemas de Emergência Intra-Hospitalar.

Apresenta uma capacidade total de ocupação de 10 unidades, dispostas por duas áreas dentro de uma sala. Na primeira área estão inseridas 4 incubadoras com monitorização e na segunda área onde estão dispostos 4 berços e é onde se encontra a zona de trabalho de enfermagem e controle central através de um vidro para a primeira área da sala que temos uma visão direta para todas as incubadoras e porta de acesso ao espaço. Dentro deste espaço físico ainda existe um carro de material de consumo clínico, uma pequena farmácia, um carro de higiene ao RN, carro de emergência e cadeiras de apoio aos pais.

Relativamente aos pais e aos horários da unidade, estes podem acompanhar o RN durante o internamento diurno, permanecendo na unidade no horário estipulado das 09 horas às 22 horas. No entanto após as 22 horas e dadas condições físicas existentes da unidade, não é promovida a permanência dos pais. Existem horários específicos para os avós e os irmãos, e não são permitidas mais visitas por causa do espaço físico e para promover ao mínimo o risco de infeção neonatal no RN internados.

A equipa multidisciplinar é composta por uma equipa médica, uma equipa de enfermagem, uma equipa de assistentes operacionais, uma assistente administrativa, e tem ainda apoio da psicóloga e da assistente social sempre que solicitado. A equipa médica é composta por dois médicos escalados na UCEN no período da manhã, nos turnos da tarde e da noite o pediatra escalado para a urgência dá apoio à UCEN, sempre que necessário sendo contactado através do telemóvel de urgência.

A equipa de enfermagem atualmente é composta por 16 elementos. Sempre que possível a distribuição dos enfermeiros por turnos é de 2 a 3 elementos no turno da manhã, 2 a 3 elementos no turno da tarde e 2 elementos no turno da noite.

Os RN estão distribuídos pelas incubadoras e ou berços após o conhecimento prévio da situação clínica ou maturidade e ou patologia. A maior parte dos internamentos é devido à fragilidade e prematuridade, síndrome de dificuldade respiratória, asfixia neonatal, síndrome de abstinência, malformações congénitas e infeções várias, e a média de dias de internamento é aproximadamente ente 4 a 5 dias.

Este estágio revelou-se uma experiência enriquecedora, porque muitas vezes assistimos aos prematuros em situações críticas e com necessidades de vigilância constantes e, por outro lado, a preocupação de apoiar e acompanhar os pais na adaptabilidade ao mesmo e a toda a essa situação.

Como objetivo geral desde estágio delineamos:

- Prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e família em diferentes contextos.

2.3.1. Objetivo específico e atividades desenvolvidas em contexto

O objetivo específico que estipulamos para este contexto foi:

1. Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN e família, em situação de doença.

Os cuidados de enfermagem prestados na UCEN têm como objetivo a promoção da saúde e bem-estar do RN / família, assim como a reabilitação e a integração social do RN na família.

Para atingir este objetivo, foram planejadas e operacionalizadas as seguintes atividades do longo do estágio:

- Realização de reunião junto do enfermeiro chefe e enfermeira especialista de modo a identificar a necessidade específica do serviço;
- Desenvolver conhecimentos e competências que promovam uma prestação de cuidados de qualidade ao RN/família;
- Pesquisa bibliográfica na área da capacitação parental e na área da febre no RN;
- Identificação de estratégias de capacitação parental na prestação de cuidados ao recém-nascido com febre, utilizadas pela equipa;
- Realização de ensinios aos pais, promovendo a capacitação parental no cuidar ao RN com febre no domicílio;
- Colaboração e dinamização de atividades inerentes à febre no RN;
- Prestação de cuidados diretos ao RN e família em contexto de doença e especial complexidade;
- Realização de um Triplico para informação aos pais para ser instaurado no serviço sobre a febre, baseado no plano assistencial integrado.

O enfermeiro especialista é assim confrontado com novos desafios e novas exigências sentindo a necessidade de atualização permanente dos seus conhecimentos e competências, através da formação contínua.

Na UCEN existem quatro projetos ativos, que consistem:

- Um blog, (<http://neobabies-hsb.blogspot.com>), para partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas;
- Sessões de educação para a saúde destinadas aos pais e com calendarização fixa, realizando-se todas as quartas feiras, o tema a tratar vai alternando semanalmente. Os temas abordados (Dificuldade respiratória no RN; Engasgamento no RN; Sinais de doença no RN/ Temperatura; Transporte em segurança do RN; Sono e Repouso; Aleitamento materno);
- Um projeto denominado “Ternura aos pedacinhos”, que consiste na construção de um livro do RN, com as primeiras fotos, gracinhas, vacinas e toda a informação relevante no desenvolvimento do RN, destina-se aos RN que estão para adoção, e após a sua alta da unidade segue com estes na esperança de que lhe seja dada continuidade. O objetivo é que no futuro estas crianças possam ter uma lembrança do seu percurso de RN, funcionando como o início da construção da sua identidade enquanto pessoa;
- Um projeto denominado “Referenciação/Visitação domiciliária” em que a população alvo são o RN prematuros cuja alta clínica para domicílio é processada a partir da UCEN. Atualmente o projeto só se aplica aos RN com morada pertencente ao concelho. Este projeto está dividido em 3 fases:
 - 1ª Fase – Consiste na apresentação do projeto aos pais, na autorização para a sua aplicação através da assinatura do consentimento informado que decorre durante o internamento;
 - 2ª Fase – Deve ser realizada até às 48h após a alta e consiste na consulta de enfermagem e reforço dos ensinamentos;
 - 3ª Fase – Realização dos registos da visita.

2.4. Unidade de Urgência Pediátrica

A escolha deste contexto de estágio prendeu-se com o facto de ser uma área de grande interesse pessoal, e que visa complementar os conhecimentos previamente adquiridos no nosso local de trabalho. Fazendo parte das competências do enfermeiro especialista o cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, considerámos que este contexto iria-nos permitir a aquisição e desenvolvimento dos conhecimentos necessários.

A urgência pediátrica é um local de grande ansiedade para os pais/prestadores de cuidados e crianças/jovens, pelo que importa atuar neste sentido, gerindo as emoções tais como a ansiedade e o medo, nos pais e crianças. O enfermeiro especialista apresenta um papel importante na gestão das emoções, bem como na atuação em situação de urgência/emergência.

Do ponto de vista estrutural a unidade de urgência pediátrica encontra-se localizada no piso 0 de um hospital, dispondo de 9 áreas distintas.

- A sala de espera, onde as crianças e família realizam a ficha de entrada na urgência e ficam a aguardar a chamada para triagem e/ou observação médica;
- A sala de triagem onde é realizada a triagem da criança, que pode permanecer acompanhada por 1 acompanhante apenas, e é dada essa mesma informação. A triagem é fundamentada por um protocolo próprio do serviço, tendo por base o triângulo de avaliação pediátrica, que se baseia na observação visual da criança tendo em conta 3 componentes: aparência, trabalho respiratória e circulação periférica. É diferenciada por pulseiras com 3 cores: Azul, Amarelo e Vermelho. E tem ainda a pulseira cinzenta para o caso de observação por especialidade, como é exemplo a oftalmologia, cirurgia, ortopedia, entre outras;
- A sala de aerossóis, que é composta por rampas de oxigénio e ar atmosférico, para realização de oxigenoterapia e aerossoloterapia. Contém cadeirões para que o familiar se possa sentar juntamente com a criança, e ainda um computador onde podemos colocar desenhos animados, como técnica de distração para que facilite a adesão terapêutica por parte da criança;

- A subespera, onde ficam crianças deitadas em maca para vigilância, administração de soroterapia, monitorização cardiorrespiratória, entre outras;
- A sala de tratamentos onde são realizados os procedimentos dolorosos tais como punção venosa, administração de injetáveis, colheita de sangue, entre outros. Contém igualmente um computador onde se pode colocar desenhos animados para promover o conforto da criança durante o procedimento;
- Os gabinetes médicos, que são na sua totalidade 3;
- A sala de pequena cirurgia, onde são realizados procedimentos cirúrgicos urgentes, de pequenas dimensões, tais como aplicação cola de sutura, realização de suturas, entre outros;
- A sala de reanimação, onde são encaminhadas as crianças com pulseira vermelha, e/ou com critérios de gravidade, na iminência de perigo de vida. Durante a reanimação é permitida a permanência de 1 acompanhante, sendo esta situação bastante vantajosa para a equipa e família, que pode também prestar cuidados em parceria com a equipa, em prol do superior interesse da criança.

A Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD) que é composta por 5 unidades, sendo que uma delas é de isolamento. Cada unidade contém 1 cama ou berço e 1 cadeirão para permanência da família. As crianças e famílias ficam em regime de internamento com duração máxima de 48 horas.

A estrutura da unidade de urgência pediátrica apresenta um ambiente adequado à faixa etária que recebe, tendo em conta que todas as paredes do serviço são coloridas ou apresentam ilustrações. Na subespera existe ainda quadros com frases para que exista um ambiente mais adequado para a faixa etária do adolescente.

A equipa de enfermagem é constituída por 25 enfermeiros: 1 enfermeiro chefe, 1 enfermeira de gestão que é responsável pela formação, e que também se encontra em prestação de cuidados, 2 enfermeiros encontram-se ausentes do serviço, 21 enfermeiros em prestação de cuidados. Existem 5 equipas, sendo que as mesmas são constituídas por 4 ou 5 elementos. Da equipa de enfermagem 8 elementos são enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica, 1 elemento é enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na vertente do doente crítico, 1 elemento é enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica.

Como objetivo geral desde estágio delineamos:

- Prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e família em diferentes contextos.

2.4.1. Objetivo específico e atividades desenvolvidas em contexto

O objetivo específico que estipulamos para este contexto foi:

1. Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família, em situação de urgência.

Para atingir este objetivo, foram planejadas e operacionalizadas as seguintes atividades do longo do estágio:

- Realização de reunião junto do enfermeiro chefe e enfermeira especialista de modo a identificar a necessidade específica do serviço dentro da temática da capacitação parental na criança com febre;
- Pesquisa bibliográfica na área da capacitação parental e na área da febre na criança e jovem;
- Identificação de estratégias de capacitação parental na prestação de cuidados à criança/jovens utilizadas pela equipa;
- Realização de ensinamentos aos pais de criança com febre, na UUP, promovendo a capacitação parental, de modo a diminuir as recorrências ao serviço;
- Colaboração e dinamização de atividades inerentes à febre na criança;
- Prestação de cuidados diretos à criança/jovem e família em situação de urgência.

No decorrer do estágio as atividades desenvolvidas e aprendizagens clínicas durante a primeira semana de estágio conhecemos o serviço, e as suas dinâmicas, nomeadamente na área da atuação na criança com febre. Foram analisados os projetos atuais em vigor e os cuidados prestados à criança e família, com febre, verificando que esta temática é bastante prevalente na UUP.

Ao longo das semanas de estágio, verificamos que o índice de recorrência à UUP por febre é bastante elevada. Na triagem os pais demonstram grande preocupação com esta sintomatologia, e foi possível verificar que existe um grande déficit de conhecimentos sobre os cuidados da criança com febre no domicílio, bem como os sinais de alerta que devem ter presentes.

O Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Pediátrica, da DGS (2018), refere que a febre é o motivo mais frequente de procura de cuidados de saúde na pediatria, representando pelo menos 20% das recorrências ao serviço de urgência, e devido à fácil acessibilidade aos serviços de urgência, os pais recorrem com muita frequência a estes numa fase muito precoce da febre.

A UUP tem um suporte informativo em papel, sobre os cuidados à criança com febre que se encontra desatualizado, pelo que propusemos a sua atualização. Assim foi realizado um novo triplico sobre a febre atualizado no serviço, para não levar os pais a cometerem erros, e falarmos todos a mesma linguagem profissional de saúde e pais (Apêndice II).

Para poder chegar aos pais de outra forma, foi realizado um pequeno filme (em power point) e um poster. O filme sobre a temática será transmitido na televisão, colocada na sala de espera da urgência pediátrica. Este vídeo foi avaliado e autorizado pelo Enfermeiro chefe e orientador de estágio (Apêndice IV).

O poster igual, será colocado na sala de espera para ser visualizado pelos pais e desmistificado a temática (Apêndice V).

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Foi realizada uma análise reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas ao longo dos estágios, competências estas previstas no Regulamento das Competências Específicas do EEESIP pela OE de 2010.

Uma vez já delineadas as Competências Comuns de Especialista e Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica e de grau de Mestre, e indo ao encontro do objetivo geral que nos propusemos, desenvolvemos uma análise crítica.

3.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

- ✓ **Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: Competência A1: “Desenvolve uma prática Profissional e Ética no seu campo de Intervenção” (OE,2010 a: p.4).**

Demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético e ontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente (idem,2010a:p.4).

Durante os estágios, surgiram problemas de resolução especial, que requer uma atenção especial e uma análise rigorosa por parte dos enfermeiros peritos em determinadas áreas de especialização. Com o decorrer da experiência consegue-se resolver problemas de forma mais intuitiva e assim colmatando o excesso de problemas. Assim compreende-se que os enfermeiros peritos são aqueles que desenvolvem capacidades e habilidade ao longo do tempo, orientando-se por uma base educacional e uma maturação de experiências profissionais (Benner, 2001; Nunes 2010).

Ao longo do percurso de enfermagem, é inculcido princípios éticos e deontológicos intrínsecos a nossa profissão, em pesquisa dos princípios básicos: autonomia, justiça e beneficência. O desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas em conjunto com a criança / jovem e a sua família, bem como, a tomada de decisão em equipa permite o respeito pelos princípios éticos inerentes á nossa profissão (Nunes, 2010).

Durante o estágio, e como base da existência de conhecimentos prévios, para que a tomada de decisão fosse na base do equilíbrio, foram respeitadas as necessidades da criança / jovem e família.

- ✓ **Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: Competência A2: “Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”**

“Demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os clientes” (Idem, 2010 a: p.5).

A proteção da liberdade e dignidade humana encontra-se inscrita no código deontológico da OE no seu artigo 78, aprovado pelo Decreto-Lei nº104/98 de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei nº111/2009 de 16 de setembro. Tendo como base, os princípios gerais à luz dos quais se identificam os valores associados à profissão e os princípios orientadores da mesma. Implica o reconhecimento e respeito pelo caráter único e a dignidade de cada pessoa envolvida na atividade profissional (Nunes, Amaral, & Gonçalves, 2005).

No decorrer dos estágios e na realização das intervenções foi tudo realizado com base nos princípios descritos, em busca da procura de sucesso para que a criança / jovem e família fiquem satisfeitas com a nossa prestação de cuidados. Fortalecendo ao longo de todos os procedimentos e intervenções a importância de cada uma para a evolução de estado de saúde / doença da criança e família, e obter junto das mesmas o consentimento para a realização do cuidado, e assim conseguimos a satisfação por parte deles e a sua colaboração.

É importante, em todas as intervenções que não exista discriminação social, étnica, política, ideológica ou religiosa, foi isso que ao longo de todos os estágios me foi tido em conta, para que estes se mantenham de excelência independentemente das características e da sua família.

O direito ao sigilo profissional foi adotado, bem como a dignidade e a liberdade das crianças / jovem e a sua família.

- ✓ **Domínio da melhoria da qualidade: Competência B1: “Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”**

“Colabora na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional” (OE, 2010a: p.6).

Ao longo dos estágios, foi notório em todos os serviços onde pude passar, que todos se encontravam em processo de acreditação internacional, ou seja, serviços onde eram propostos projetos para atingir os objetivos propostos.

Estes processos de acreditação surgem para dar solução a melhorias ao nível da qualidade, com a criação de normas e diretivas para a promoção da qualidade dos cuidados prestados. Segundo a DGS estas normas e diretivas são “um processo de auto - avaliação e auditoria externa por pares, usado pelas organizações de saúde para avaliarem com rigor o seu nível de desempenho face a padrões pré-estabelecidos (standards) e para implementar meios de melhorar continuamente” (DGS, 2014).

Ao longo dos meus estágios realizei os trabalhos propostos e na UUP realizei o folheto o poster e o filme sobre a febre. O que irá beneficiar o serviço e melhorar a nível de qualidade.

- ✓ **Domínio da melhoria da qualidade: Competência B2: “Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade”**

“Reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade, e, partindo dos resultados, implementa programas de melhoria contínua” (OE, 2010a: p.6).

Na realização dos estágios, ao nível dos cuidados de saúde primários e das unidades hospitalares, todos estavam em processos de acreditação e de programas de qualidade. Tendo realizado os meus estágios de acordo as novas metas atingir e os projetos instituídos.

✓ **Domínio da melhoria da qualidade: Competência B3: “Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”**

“Considerando a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (idem, 2010a: p.7).

Ao longo dos estágios, houve uma avaliação dos dados já obtidos de auditorias prévias, e assim tornar os nossos estágios com maior rigor e evidência científica.

✓ **Domínio da gestão dos cuidados: Competência C1: “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e articulação na equipa multiprofissional”.**

“Realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (idem, 2010 a: p.8).

Durante os estágios, e segundo as normas do processo de enfermagem enquanto metodologia científica foi garantida uma gestão de cuidados eficazes.

- **Competência C2: “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”.**

“Na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados” (idem, 2010a: p.9).

O enfermeiro especialista apresenta um papel para a capacidade de otimização dos processos relativos á tomada de decisão, devendo gerir os cuidados pela restante equipa auxiliando a equipa perante as dificuldades que surjam. O enfermeiro especialista deve ter conhecimento científicos e humanísticos para a realização desta tarefa, compete também a referenciação para a restante equipa multidisciplinar.

- **Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: Competência D1: “Desenvolve o auto - conhecimento e a assertividade”.**

“Demonstra, em situação, a capacidade de auto - conhecimento, (...) reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” (idem, 2010a: p.9).

No decorrer dos estágios, com a/o enfermeira(o) orientador houve um espaço de reflexão, e da restante equipa multidisciplinar de forma reflexiva para uma melhor resolução dos cuidados.

- **Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: Competência D2: “Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”.**

“Assenta os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, atuais e pertinentes, assumindo- se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo de investigação” (idem, 2010a: p.10).

A obtenção de competências surge com o investimento pessoal para existir uma atualização de conhecimentos, e assim o aumento do crescimento profissional exigindo uma aquisição de competências ao nível: emocional, comunicacional e relacional.

3.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

- **Competência E1: “Assiste a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde”** (OE, 2010b, p. 3).

Ao longo dos estágios, houve um contato direto com a criança / jovem e família e o cuidado de integrar a família / cuidadores e criança / jovem em todos os cuidados prestados, para criar uma relação de confiança e empatia em todas as fases de desenvolvimento e situação de saúde / doença particular da criança / jovem e da sua família.

- **Competência E1.1.** onde é descrita **“implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da re-inserção social da criança / jovem”** (idem, 2010b, p. 3), a prestação de cuidados em parceria com a família, promove a autonomia dos pais, bem como a aquisição de competências parentais.

Durante os estágios, tivemos atenção na adoção de comportamentos potenciadores, isto é, foram realizados ensinamentos, com o objetivo de adoção de comportamentos maximizadores de saúde. Com conhecimentos científicos atuais, o enfermeiro deve ser detentor de conhecimentos sobre o estado de saúde da criança / jovem e a sua família e adequando os ensinamentos conforme o nível de captação da criança e família.

- **Competência E1.2.** **“Diagnostica precocemente e intervêm nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança / jovem”** (idem, 2010b, p. 3).

Durante todos os estágios e da sua versatilidade, proporcionou um estudo contínuo para dar resposta às necessidades específicas da população a cuidar.

- **Competência E2: “Cuida da criança/ jovem e família nas situações de especial complexidade”.**

No que diz respeito há **competência E2.1.**, em que **“reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”** (idem, 2010b, p. 4), durante os estágios, com os conhecimentos adquiridos previamente e depois com a situações proporcionadas em específico permitiu que fosse aprofundado os conhecimentos e assim desenvolver competências para resolução a tempo de situações graves.

Relativamente à **competência E2.2.**, em que o enfermeiro **“faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”**, (idem, 2010b, p. 4), , houve sempre uma atenção relativamente às medidas de alívio e controlo da dor inerente aos procedimentos.

- **Competência E3: “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e do jovem”**

Na **competência E3.2.**, em que o enfermeiro **“promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais”** (idem, 2010b, p. 5).

A ligação dos pais, de acordo com as suas necessidades, aos RN que pude verificar na UCEN, nomeadamente nos cuidados de higiene, conforto e alimentação, momentos cruciais para estimulação do contato físico.

Ocorreu a oportunidade de efetuar o contato com várias famílias com características diferentes culturalmente e socialmente e em estádios familiares distintos, valorizou-se cada característica particular e beneficiando a criança / jovem. Com estas intervenções foi desenvolvida a **competência E3.3.**, onde o enfermeiro **“comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”** (idem, 2010b, p. 5).

Todas as competências estão interligadas e a partir desta foi possível obter a **competência A2.1.**, em que **“promove a proteção dos direitos humanos”** (OE, 2010a, p. 5), principalmente através do respeito pelos valores, costumes, crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos, na equipa de enfermagem onde está inserido” (idem, 2010a, p. 5), a **competência B3.1.** na qual **“promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo”** (idem, 2010a, p. 7) particularmente através da promoção da sensibilidade, consciência e respeito pela identidade cultural, como parte das perceções de segurança de um individuo / grupo (idem, 2010a, p. 7) e do envolvimento da **“(…) família e outros no sentido de assegurar que necessidades culturais e espirituais são satisfeitas”** (idem, 2010a, p. 7). Realçando a proteção dos direitos humanos, conforme é referido **competência A2.1.** particularmente no reconhecimento e respeito pelos direitos dos cidadãos, relativamente ao acesso de informação, que possa ser transmitido de forma menos adequada.

O enfermeiro apresenta como competência o discurso adequado e assertivo no diálogo com a criança / jovem e a família, para que este diálogo seja de interessante e benéfico, adquirindo a **competência E3.4.** em que o enfermeiro **“promove a auto- estima do adolescente e a sua auto - determinação nas escolhas relativas à saúde”** (idem, 2010b, p. 5), isto é, a partir do reforço da tomada de decisão responsável e negociação do estado de saúde. A criação de um vínculo com os adolescentes é necessária uma maturidade, entrega e relação de confiança / empatia, não infantilizando a conversa, mas por outro lado usar uma parceria como se fossem pequenos adultos para assim responsabiliza-los sobre as suas decisões em saúde / doença.

3.3. Análise de Competências de Mestre em Enfermagem

O artigo nº15 do Decreto-lei 74/2006 de 24 de março, do Ministério de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, alterado pelo Decreto – Lei 63/2016 de 13 de setembro determina que, o grau de mestre é deferido através de uma área de especialidade a quem possuir conhecimentos e competências sabendo aplicá-las num domínio especializado de enfermagem. Que seja revelada capacidades para integrar conhecimentos, comunicar as conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas inerentes, ou seja, a criação de competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida de forma autónoma.

Para essas metas de aprendizagem para mestre em enfermagem são necessárias alcançar os objetivos:

1) Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

2) Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

3) Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;

4) Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

5) Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

6) Realiza análise diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;

7) Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na área de especialidade particularmente.

3.3.1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada

Os cuidados de enfermagem são centrados na conceção, gestão e supervisão clínica que são delineados no processo de enfermagem, partindo dos diagnósticos de enfermagem realizando uma análise crítica dos dados obtidos na avaliação e assim programando as intervenções adequadas. Os resultados obtidos são os resultados esperados, estão em constante mudança desde que haja alguma alteração do estado de saúde da criança / jovem evoluir, assim há uma revisão dos diagnósticos e das intervenções.

A tomada de decisão tem sempre uma visão ética e deontológica, assegurando cuidados de saúde de qualidade. Fortalecendo o direito à autonomia, sigilo profissional, à intimidade e à prestação de cuidados especializados de enfermagem baseados na evidência científica.

Conforme refere Benner (2001), o enfermeiro perito tem a capacidade de intuição que cada situação exige para reter os problemas reais da criança /jovem e sua família. É um profissional que é ouvido e entendido pelos próprios colegas ou não por causa da sua credibilidade.

3.3.2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência

Durante todo o meu percurso e obtenção de conhecimento através das disciplinas frequentadas como por exemplo a de Investigação em Enfermagem, permitiu que a revisão e aquisição teórica e práticas das competências para uma realização de pesquisas com teor e nível da evidência científica, utilizando metodologias de projeto e promovendo a sua divulgação dos resultados obtidos. Na unidade curricular Enquadramento Conceptual onde ocorreu a realização de um artigo científico, forneceu bases para uma posterior realização de um novo artigo científico com base em evidencia atual, como demonstrado no título e resumo em apêndice III.

3.3.3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais

A tomada de decisão é bastante importante na qualidade dos cuidados de enfermagem e deve reger-se pelo regulamento do exercício profissional do Enfermeiro que define os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros, o Estatuto da OE de 2015, o Código Deontológico do Enfermeiro (lei nº 156/2015), as competências comuns do Enfermeiro especialista (OE,2010a) e os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001).

O processo de tomada de decisão deve ser efetuado em todo o exercício profissional, independentemente do contexto, todas as crianças / jovens e sua família devem ser vistos como únicos e dinâmicos, devendo igualmente ser encarados como um todo.

Durante os estágios foi executado em todas as práticas de cuidados, elementos do enquadramento jurídico, promovendo entre equipa a realização do exercício profissional de acordo com o código deontológico.

3.3.4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida

Com a evolução do curso mestrado em enfermagem, tivemos em atenção as competências de mestre, no que se refere á formação e enriquecimento profissional obtido durante as unidades curriculares e os estágios, dando sempre respostas com base na evidência e na atualidade.

Esta competência tendo um progresso ao longo do percurso escolar e de estágios, com o apoio de todos os colegas e do professor orientador.

3.3.5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais

Para o enfermeiro ser proactivo, é necessário apresentar um nível de conhecimento elevado sobre si próprio, mas para o enfermeiro especialista atingir um nível de pro-atividade elevada, deve apresentar conhecimentos sobre si próprio, bem como, sobre teorias, conceitos e fundamentos inerentes a sua área de especialidade, neste curso especificamente em EEESIP. Para com isto ser um enfermeiro apto e disposto a não fazer apenas o que lhe é proposto, mas fazer muito mais que o que é pedido, ou seja, preparar as suas obrigações mesmo antes que alguém lhe oriente a fazê-las.

3.3.6. Realiza análise diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular

Para atingir este objetivo de mestre foi fundamental, um percurso ao longo dos estágios, com a realização de formações em serviço, com o levantamento de situação e planeamento, execução e avaliação da formação. É importante a ponte entre a teoria e a prática, sendo desenvolvido esses aspetos durante as formações.

3.3.7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na área de especialidade particularmente

As competências Comuns de Enfermeiros Especialista (OE, 2010a) e as Competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica (OE,2010b), foram apresentadas previamente.

4. CONCLUSÃO

Todo este documento realizado com preceito, é um culminar no meu percurso académico, esperando eu ser positivo. Com o decorrer dos estágios e unidades curriculares ocorreu vários auxílios que foram adquiridos de forma melhorada.

Toda a mudança no percurso desenvolvido até ao final do estágio, despertou uma sensação de angústia e desconforto, no entanto, decidi encarar este processo como uma nova caminhada em direção a valorização pessoal e profissional. Atualmente embora questionando constantemente as minhas aptidões e competências, estou consciente que não posso esquecer todos os conhecimentos e experiências vivenciadas nestes estágios, pois eles traduzem-se numa, mais-valia para o meu processo de cuidar a criança / jovem e família. Assim, espero que este processo que tenho vivenciado como futuro ESIP e mestre me permita sem dúvida tornar-me um enfermeiro Especialista/Mestre com competências no âmbito da Saúde Infantil e Pediátrica, num contexto de Cuidados Especiais em pediatria.

Assim, o enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria e mestre é alguém com qualificação não só pela sua experiência, mas também pela sua formação e atuação, que se encontra apto a explicar, interpretar e divulgar novas informações, ideias e conhecimentos relativos à criança / jovem e família.

Os objetivos propostos foram conseguidos durante este percurso, sendo a diversidade dos locais de estágios uma mais valia para a resolução da problemática, proporcionando uma visão global de diversas vertentes do enfermeiro especialista.

No que respeita às competências de EEESCJ, estas foram bastante trabalhadas, ocorrendo um crescimento constante que nos permitiu ser capazes de responder perante o preconizado pela OE, no entanto, sabemos que existe um longo percurso pela frente, visando sempre na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, mantendo uma procura constante pelo conhecimento, desenvolvimento e crescimento pessoal e profissional.

Como limitações, a gestão de tempo é sempre a maior dificuldade, no entanto, foram vencidas. Também consideramos como limitação a impossibilidade de avaliar o impacto da prática do projeto, em tempo útil, ou seja, difícil de avaliar a eficácia das intervenções.

Numa perspetiva global do percurso este, foi um caminho mais difícil do que eu estava à espera de ultrapassar, no entanto está ultrapassado. Tudo é realizado quando temos uma boa orientação e com os profissionais de saúde certos que tive contacto, foi possível a realização do projeto de estágio. O profissional de saúde bem como a restante equipa multidisciplinar foram essenciais para o sucesso desta caminhada, para atingir as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Apóstolo, João Luís Alves (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. Revista Referência, Série II nº 9 Março pp. 61-67;

Barros, L. (2003) Psicologia Pediátrica – Perspetiva desenvolvimentista. Climepsi Editores. 2ª edição, Lisboa;

Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto Editora - Enfermagem nº3;

Bertrane, A (2009). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença Celíaca Portaria SAS/MS nº 1149, de 11 de novembro de 2015. Revoga a Portaria nº 307/SAS/MS, de 17 de setembro de 2009;

Casey, A. (1993). Development and Use of Partnership Modelo of Nursing Care. Em E. Glasper, & A. Tucher, Advances in Child Health Nursing. London;

Direção Geral de Saúde [DGS] (2018) Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica. Lisboa: Departamento de Qualidade de Saúde. Norma nº 014/2018 de 03/08/2018;

DGS. (2013) Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Ministério da Saúde;

DGS. (2014) Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde;

Diário da República, 2008. Ministério da Saúde. 1ª Série, nº28 de 22 de fevereiro de 2008 acedido em <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>;

Farrell, M. (1994). Partnership in care: Pediatric Nursing Model. British Journal of Nursing, 175-176

Gomes, Pedro; J. (1999). A criança e a nova pediatria. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian;

Gonçalves, M. & Simões, C. (2009) Práticas de intervenção precoce na infância - as necessidades das famílias de crianças com necessidades educativas especiais. Professoras de Educação Especial. 17-18, 157-174;

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. Wong. (2006) Enfermagem da Criança e do Adolescente. Lusociência, Ed. 7ª edição. Loures;

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. Wong. (2014) Enfermagem da Criança e do Adolescente. Lusociência. 9ª Edição. Loures;

Kolcaba, Katharine (2003). Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research. New York. Springer Publishing Company, 610 p. ISBN 0-8261-1663-7;

Nunes, L. (2010). Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. Percursos, nº17, 3-9;

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

OE (2010c). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos OE, série I, número 3, volume II;

OE. (2010) Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: OE;

OE. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa: OE (a);

OE. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: OE (b);

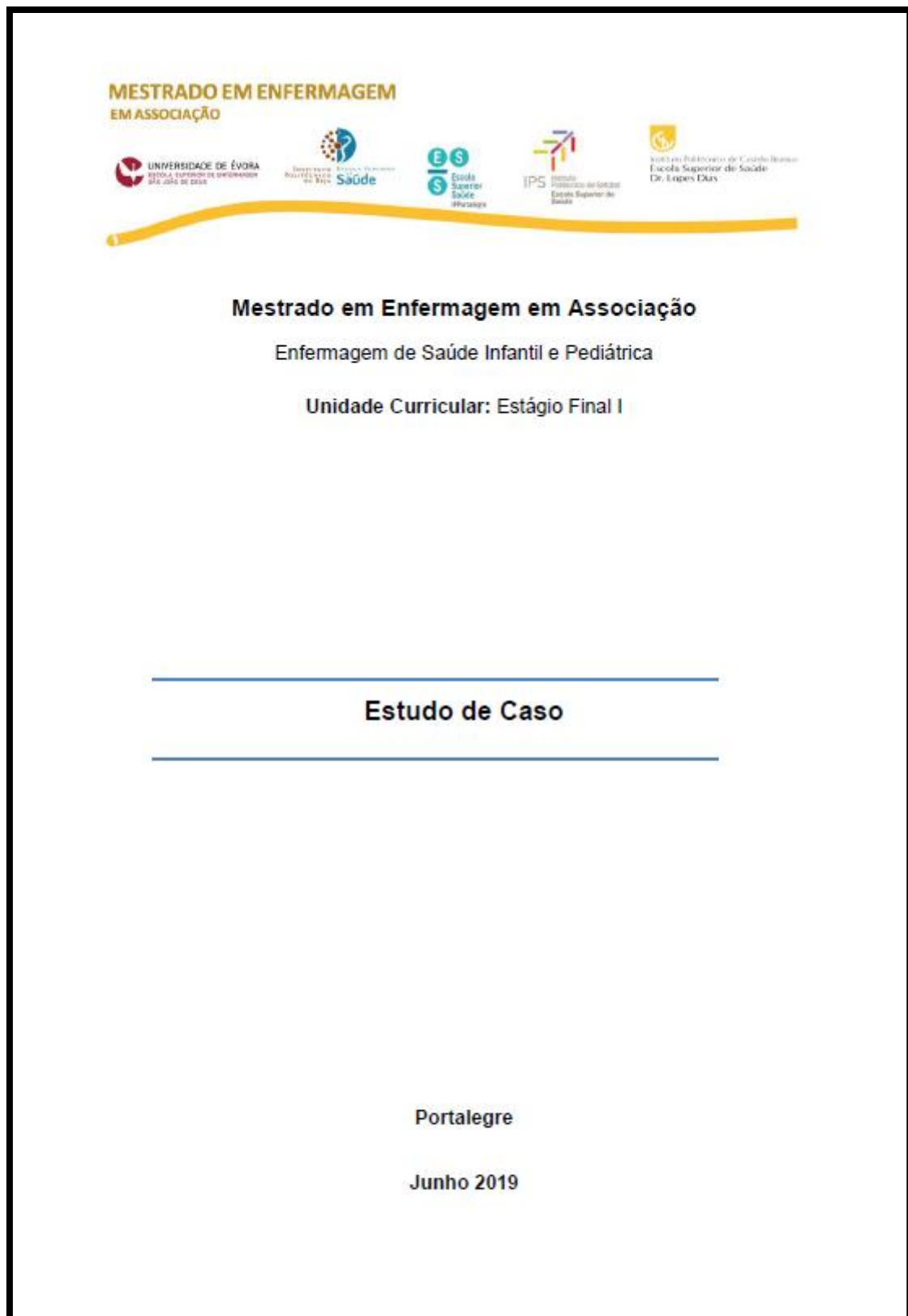
Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). Guias Orientadoras de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Volume 1, 1-132. Lisboa: OE (c);

OE. (2011) Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: OE;

Sousa, P. P. (2014). O conforto da pessoa idosa: projeto de vivência e cuidado co-criado. Lisboa: Universidade Católica Editora, 168 p. ISBN 978-972-54- 0440-9;

APÊNDICES

APÊNDICE I: Introdução do estudo de caso realizado



INTRODUÇÃO

O presente trabalho está inserido no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio I do 1º ano do 2º Semestre do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica.

Nesta UC, foi solicitado um trabalho escrito, com o objetivo de desenvolver um estudo de caso de uma criança e sua família inserida nas CE de um hospital. Um estudo de caso é um método de investigação empírica que permite estudar em profundidade e detalhadamente conhecimentos relativos a uma determinada pessoa, neste caso, uma criança com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 (DMT1) e doença celíaca (DC). Optei por basear-me no estudo de uma criança com uma situação clínica crónica e já conhecida de internamentos no Serviço de Pediatria internamento, local onde exerço funções atualmente.

O presente estágio, desenvolve-se no serviço de Consultas Externas (CE) do Hospital de São Bernardo (HSB), Centro Hospital de Setúbal, EPE; na área de Pediatria. Decorrendo entre os dias 20 de maio a 28 de junho de 2019. O serviço encontra-se localizado no 1º piso do edifício "novo" do hospital.

A área de Pediatria funciona de segunda a sexta-feira das 9h às 17 h, e engloba diversas subespecialidades pediátrica. Por vezes o horário prolonga-se até terminarem todas as consultas agendadas. A zona de pediatria é constituída por 4 salas de consulta médica, uma sala de enfermagem uma sala de espera um WC e fraldário e 1 gabinete administrativo.

De todas as subespecialidades de Pediatria, incidi a minha atuação nas consultas de Diabetes infantil e juvenil. Nestas consultas são prestados cuidados especializados de enfermagem a DMT1, inserida numa equipa multidisciplinar, (enfermeiro, medico, nutricionista e quando reencaminhado para o psicólogo), articulando com outros profissionais de saúde existindo uma interligação de informação entre centros de saúde, escolas, hospitais e outras instituições.

Como objetivo geral deste trabalho foi traçado.

- Adquirir e desenvolver competências nos cuidados especializados prestados à criança /jovem e sua família na maximização da sua saúde durante o seu crescimento e desenvolvimento.

Como objetivos específicos delineei:


- Aquisição de conhecimentos na realização e elaboração de um estudo de caso de uma criança / jovem e sua família;
- Adquirir competências de EESIP consequente ao acompanhamento da criança / jovem e sua família na consulta externa de pediatria de um hospital.

Como futuro EESIP desejo adquirir, aprofundar e desenvolver com este estágio, vários conhecimentos e competências que me proporcionem prestar cuidados específicos dando respostas às necessidades da criança / jovem e suas famílias baseando-me na minha prática clínica diária a evidência científica atual.

Este trabalho encontra-se dividido em 5 capítulos, o primeiro onde é desenvolvido o estudo de caso, expondo a história clínica, história atual e o exame físico realizado numa determinada data. No segundo capítulo é desenvolvido através de pesquisa bibliográfica as patologias de acordo com a criança. Seguidamente descrevem-se as competências do EESIP e as suas funções nas CE de pediatria. No quarto capítulo, realizou-se os planos de cuidados de acordo com a CIPE. E por fim a conclusão do trabalho, onde realizei uma síntese de todo o trabalho.

Este trabalho cumpre as diretrizes do novo acordo ortográfico português e obedece à norma de referência American Psychological Association (APA).

APÊNDICE II: Folheto sobre a febre

<p>“Sinais de alerta” a valorizar?</p> <ul style="list-style-type: none">⇒ Recusa alimentar ou diminuição do apetite⇒ Sonolência excessiva ou dificuldade em adormecer;⇒ Aparenta sentir dor/sofrimento .⇒ Febre que não reverte com a medicação antipirética;⇒ Irritabilidade e/ou gemido mantido;⇒ Choro inconsolável, sem que o bebé tolere o colo;⇒ Manchas cutâneas vermelhas ou arroxeadas;⇒ Dificuldade respiratória, mesmo após desobstrução nasal;⇒ Vômitos repetidos entre as refeições;⇒ Incapacidade em engolir;⇒ Dificuldade em urinar/urina mais concentrada e com mau cheiro. <p>Quando devo levar o meu filho à Urgência?</p> <ul style="list-style-type: none">* Existência de sinais de alerta ;* Idade inferior a três meses;* Idade inferior a seis meses com temperaturas iguais ou superiores	<p>Em caso de dúvida , deverá contactar o seu - médico -Enfermeiro Ou saúde 24</p> <p>(808242424)</p> <p>MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO</p> <p>Elaborado:</p> <p>Joaquim - Duarte, aluno do MSIP.ISPP</p> <p>Filipa Frade, EESIP, UCEN</p>	 <p>Conselhos Práticos para os Pais e/ou Família</p>
---	--	--

<p><u>Febre em Idade Pediátrica</u></p> <p>A febre traduz-se num aumento de, pelo menos, 1°C acima da temperatura normal individual. Considerada enquanto um importante sinal de doença, no bebé.</p> <p><u>Existe febre quando a temperatura corporal é igual ou superior:</u></p> <ul style="list-style-type: none">⇒ retal - 38°C;⇒ axilar - 37,6°C; <p><u>Métodos de avaliação da temperatura corporal recomendados:</u></p> <p>Via retal — é o método mais rigoroso e, o termómetro deve ser introduzido no ânus do bebé , apenas a ponta para avaliar a temperatura.</p> <p>Via axilar — O termómetro deverá ser colocado na axila (debaixo do braço), e fixado ao tronco.</p>	<p><u>O que fazer em caso de febre?</u></p> <ul style="list-style-type: none">⇒ Avaliar a temperatura corporal, quatro a seis vezes ao dia;⇒ Vestir roupas leves ao bebé (o excesso de roupa e/ou as roupas quentes aumentam a temperatura);⇒ Oferecer ao bebé mais vezes a mama ou garantir que faça a quantidade de leite prescrita para evitar a desidratação.⇒ Contactar a Saúde 24, em caso de dúvidas ou recorrer a Médico Assistente, ou recorrer ao Médico assistente/ Centro de Saúde/Hospital	<p><u>Tratamento farmacológico adequado.</u></p> <p>No bebé ate um mês de idade apenas o Paracetamol deve ser administrado para tratar a febre e o desconforto associado.</p> <p>A dose do Paracetamol varia de acordo com a idade e, deve ser estabelecido por um profissional de saúde.</p> <p>O intervalo mínimo entre administrações consecutivas de Paracetamol e recorrer de imediato ao Hospital mais próximo</p> <p><u>É o único anti-pirético indicado no Recém - nascido!</u></p> <p>Direção Geral de Saúde 2018– Processo assistencial Integrado da Febre de curta Duração em Idade pediátrica . (PAI)</p>
--	---	--

APÊNDICE III: Resumo do artigo científico com o tema: “Embriões excedentários, dilema ético”

RESUMO

Com o avanço de novas tecnologias, o insucesso no desenvolvimento de uma gravidez normal já não é problema, já que existem inúmeras possibilidades de se gerar um filho através de TÉCNICAS DE PROcriação medicamente assistida.

Em Portugal existem 28 Centros, entre públicos e privados, que permitem a possibilidade de casais inférteis serem progenitores.

O problema ético surge com o destino final a dar aos embriões excedentários. Pela Lei portuguesa, o tempo máximo de utilização dos embriões, por parte do casal, é de 3 anos, findos os quais podem ser doados a outro casal, ou ser renovado o período de criopreservação, ou serem utilizados em investigação ou...destruição. Quem comanda o destino a dar a estes embriões em excesso? Realmente quando é que se dá o início da vida?

ABSTRACT

With the advancement of new technologies, the failure to develop a normal pregnancy is no longer a problem, since there are countless possibilities of generating a child through MEDICALLY ASSISTED PROCESSING TECHNIQUES.

In Portugal there are about 28 centers, between public and private, that allow the possibility of infertile couples to be parents.

The ethical problem arises with the final destination to be given to surplus embryos. Under Portuguese law, the maximum time for embryos to be used by the couple is 3 years, after which they can be donated to another couple, or the cryopreservation period can be renewed, or used in research or... destruction. Who commands fate to give these embryos in excess? Really when does life start?

RESUMEN

Con el avance de las nuevas tecnologías, la imposibilidad de desarrollar un embarazo normal ya no es un problema, ya que hay innumerables posibilidades de generar un hijo a través de TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO MEDICAMENTE ASISTIDAS.

En Portugal hay 28 centros, entre públicos y privados, que permiten la posibilidad de que las parejas infértiles sean padres.

El problema ético surge con el destino final que debe darse a los embriones excedentes. Según la ley portuguesa, el tiempo máximo para que los embriones sean utilizados por la pareja es de 3 años, después de lo cual pueden ser donados a otra pareja, o el período de crioconservación puede renovarse, o usarse en investigación o ... destrucción. ¿Quién ordena el destino dar estos embriones en exceso? ¿En serio cuándo comienza la vida?


Palavras Chave: Ética, Embriões, Enfermagem

Key Words: Ethics, Embryos, Nursing

Palabras clave: ética, embriones, enfermería.

APÊNDICE IV: Filme em power point sobre a febre

Febre!!!!



Febre em Idade Pediátrica Definição

Aumento de, pelo menos, 1°C acima da média da temperatura normal individual.

Considerada um importante sinal de doença, na criança/adolescente.

A Febre:

É um sinal e não uma doença; ela surge como resposta a variados tipos de agressões à temperatura corporal e, em especial, à invasão por muitos agentes infecciosos, funcionando como um dos mecanismos de defesa contra as infeções

Conselhos para os Pais ou Cuidadores Principais

O que é a Febre?

- Febre é apenas um sintoma e não uma Doença.
- Os locais de Medição da temperatura devem ser Preferencialmente:

Considera-se Febre quando a temperatura corporal:

≥ Rectal - 38°C


Método mais rigoroso e o corresponde à temperatura Central



Considera-se Febre quando a temperatura corporal:

≥ Axilar 37,6°C


Método mais utilizado, não sendo o mais preciso como o retal e demora mais tempo



Considera-se Febre quando a temperatura corporal:

≥ Timpânica 37,8°C


Método mais rápido e mais higiénico, confere vantagens em serviços de triagem pediátricas mas tem muitos falsos negativos em idade inferior a 3 Anos.



Considera-se Febre quando a temperatura corporal:

≥ Oral - 37,6°C

Método muito usado em alguns países; tem maior precisão que o Axilar



Medidas Gerais: Avaliar Temperatura Corporal O que fazer em caso de febre?

Avaliar a temperatura corporal, entre quatro a seis vezes ao dia;

Vestir roupas leves à criança/adolescente (o excesso de roupa e/ou as roupas quentes aumentam a temperatura);

Encorajar a criança/adolescente a beber líquidos (água, chá, leite e sumos naturais), pela elevada perda de água que ocorre associada à febre;

Promover o repouso até vinte e quatro horas sem febre;

Quais os "sinais de alerta" a valorizar?

Mau estado geral;

- Confusão e/ou desorientação;
- A criança/adolescente só suporta a posição de deitada;
- Sonolência excessiva ou dificuldade em adormecer;
- Aparenta sentir dor/sufrimento (não reverte com medicação);
- Febre que não reverte com a medicação anti-pirética;
- Irritabilidade e/ou gemido mantido;
- Choro inconsolável, sem que a criança tolere o colo;

sinais de alerta" a valorizar?

- Mau estado geral;
- Manchas cutâneas vermelhas ou arroxeadas;
- Dificuldade respiratória, mesmo após desobstrução nasal;
- Vômitos repetidos entre as refeições;
- Recusa alimentar completa (sólidos e líquidos) superior a doze horas;
- Incapacidade em engolir; Alterações na marcha;
- Dificuldade em urinar/urina mais concentrada e com mau odor.

Medidas a tomar no domicílio

Vigiar e estar atento ao aparecimento de sinais e alterações da criança.

- Despir ou diminuir a quantidade de roupa.
- Insistir na ingestão de líquidos, dando pequenas quantidades de cada vez mas frequentemente.
- Se Temperatura Superior a 37,8°C administrar um anti-pirético.
- Nas crianças com mais 3 Meses pode aguardar 3 dias.

Em que situações devo recorrer com o meu filho, ao Serviço de Urgência ?

Surgirem os sinais de alerta referidos anteriormente;

- Idade inferior a três meses (idade corrigida se nasceu prematura);
- Idade inferior a seis meses com temperaturas iguais ou superiores a 37,8°C;
- Idade igual ou superior a seis meses com temperaturas axilares superiores a 40,0°C ou rectais superiores a 41,0°C;
- Presença de doença crónica grave;
- Febre há cinco ou mais dias, ou se a febre reaparecer após dois a três dias de temperaturas normais.

Não leve o seu filho à Urgência Pediátrica antes de:

Contactar o Centro de Contacto do Serviço Nacional de Saúde 24.

OU

O Centro de Saúde e em caso de dúvidas ou recorrer a Médico Assistente.

Tratamento farmacológico adequado

A administração de medicamentos para tratar a febre e o desconforto associado, têm o duplo efeito de baixar a temperatura e aliviar a dor.

Os medicamentos recomendados são:

Os medicamentos recomendados são:

Medicamento	Dose adequada ao seu filho
Paracetamol	Informe-se junto de um Profissional de Saúde
Ibuprofeno	Informe-se junto de um Profissional de Saúde

Docente: Prof. Doutor: António Casa Nova

Enfermeira Chefe: Francisco Vaz

Enfermeira Orientadora: Especialista Saúde Infantil e Pediatria: Marlene Domingues.

Elaborado por:
Estudante do 1º Ano 2º semestre do Curso
 Projeto e Intervenção em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria : Joaquim Duarte

PROCESSO GERAL DA SAÚDE - PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DA FEBRE DE CURTA DURAÇÃO EM IDADE PEDIÁTRICA, 2005-2017 (IBSUS)

Direção geral de saúde, 2017/18 Processo Assistencial Integrado da Febre de curta Duração em Idade Pediátrica (DAS)

APÊNDICE V: Poster sobre a febre

Criança/Adolescente e Família com Febre

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE -
PROCESSO ASSISTENCIAL
INTEGRADO DA FEBRE DE
CURTA DURAÇÃO EM IDADE
PEDIÁTRICA. [Em linha] 2017
Disponível em WWW <URL:
<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0172017-de-04082017.aspx>>.

O que é a Febre?

Existe febre sempre que se regista 1°C acima da média da temperatura basal individual.

Ou...

Quando a temperatura corporal: **retal---38°C;- axilar----37,6°C;--- timpânica - 37,8°C; --- oral - 37,6°C.**

Fármaco	Dose
Paracetamol	Rectal(15-20 mg/kg);
	Oral(10-15 mg/kg)
Ibuprofeno	Oral (5-10 mg/kg)

Onde posso avaliar a minha temperatura corporal?

1. Via retal (método mais rigoroso);
2. Via axilar;
3. Via timpânica (recomendado em crianças a partir dos 3 anos de idade);
4. Via oral (recomendado em crianças a partir dos 5 anos de idade, não utilizada em meio hospitalar).

Como tratar?

- ❖ Paracetamol (1ª linha);
- ❖ Ibuprofeno (se existirem contra-indicações ao uso do Paracetamol).
- I O intervalo mínimo entre administrações consecutivas de Paracetamol é de quatro (4h) horas.
- I O intervalo mínimo entre as administrações consecutivas de Ibuprofeno é de seis (6horas).

