



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Entre Portugal e Timor-Leste no cuidado centrado nas necessidades da Criança: Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Aureo Frutalegio Da Costa Freitas

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Entre Portugal e Timor-Leste no cuidado centrado nas necessidades da Criança: Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Aureo Frutalegio Da Costa Freitas

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Versão definitiva

Setúbal, 2019

*“Quando orares entra no teu quarto, fecha a porta e ora ao teu Pai em segredo;
e teu Pai, que vê num lugar oculto, recompensar-te-á”.*

Mateus 6

Aos meus Pais e Pátria

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer a Deus por me ter ajudado a superar todos os obstáculos e dificuldades que enfrentei;

Um especial agradecimento à minha família pelo apoio e amor incondicional, principalmente à minha Mãe;

Ao Instituto Superior Cristal que confiou em mim para continuar o meu estudo de Mestrado, e à Universidade de Évora e ao Instituto Politécnico de Setúbal;

À Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos, que me acompanhou ao longo de todo o percurso, pelo apoio, pela presença, disponibilidade, atenção e partilha dos seus saberes, experiências e competências;

A todos os professores, pelo apoio e disponibilidade, para além da partilha das suas experiências e competências;

Ao Hospital, UCC e UCSP, aos Enfermeiros Orientadores, Enfermeira Sílvia Contreiras, Enfermeira Vânia Luís Carvalho, Enfermeira Cláudia Quintas, Enfermeira Rute Trigo, Enfermeira Antónia Guerreiro, Chefe Francisco Vaz, a todo o pessoal de saúde, pelo apoio, disponibilidade, atenção e partilha dos seus saberes, experiências e competências;

Aos colegas de tronco comum e especialmente aos da Área de especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;

A todos os meus amigos pelo apoio e disponibilidade.

Muito, muito obrigado, que Deus vos abençoe.

RESUMO

O presente relatório, desenvolvido no âmbito do curso de mestrado – área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, tem como principal objetivo descrever e refletir acerca do percurso formativo realizado nos contextos de estágio e que nos permitiu a realização de um projeto de estágio, integrado na linha de investigação “Necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas”, que tem como tema central os cuidados centrados nas necessidades da criança, tendo sido trabalhadas diversas áreas, como a promoção de saúde e higiene das mãos de crianças na comunidade escolar, problemas de recém-nascidos com cólicas e a febre em crianças e jovens.

Os estágios foram realizados em diferentes contextos de assistência à criança/jovem e família, sendo o projeto desenvolvido com recurso à metodologia de trabalho de projeto, usando diversas atividades para responder aos objetivos previamente estabelecidos, de modo a desenvolver-se competências de mestre, competências comuns de um enfermeiro especialista e competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil pediátrica.

Consideramos através das atividades desenvolvidas em diferentes contextos no estágio, durante todo o percurso formativo, termos atingido os objetivos relativos aos diferentes cuidados praticados em Portugal para que, posteriormente possam ser adaptados à realidade de Timor-Leste. Poderemos assim aplicar este conhecimento em Timor-Leste no futuro, aumentando as práticas neste país e facilitando o aparecimento de novos modelos de cuidados, para o bem-estar de crianças/jovens e famílias.

Palavras-chaves: Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica, Criança, Educação em Enfermagem, Enfermagem Transcultural, Higiene das Mãos, Cólica, Febre.

ABSTRACT

This report, developed as part of the Master's Course - Area of Specialization in Child and Pediatric Health Nursing, has as main objective to describe and reflect on the training course carried out in the clinical contexts and that allowed us to carry out an internship project, which is part of the research area of "Needs in Nursing Care in Specific Populations". This project focuses on child-centered care, working in a variety of areas, such as promoting health and hygiene at the hands of children in the school community, problems with newborns with colic and fever in children and young people.

The stages were carried out in different health care settings to the child / young person and family, and the project is developed using the project work methodology, using various activities to meet the objectives previously established in order to develop master skills, skills common to a specialist nurse and specific skills of nurse specialist in pediatric and child health nursing.

We believe through the activities developed in different contexts on stage throughout the training path, we have achieved the objectives for the different care practiced in Portugal so that they can subsequently be adapted to the reality of Timor-Leste. We will be able to apply this knowledge in Timor-Leste in the future, increasing practices in Timor-Leste and facilitating the emergence of new models of care for the well-being of children and families.

Key-words: Nursing Child and Pediatric Health Nursing, Child, Nursing Education, Transcultural Nursing, Hand Hygiene, Colic, Fever.

Índice Geral

	Pág.
INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	18
1.1. Teoria transcultural de <i>Leininger</i> : de Portugal para Timor-Leste	18
1.2. O Enfermeiro Especialista como promotor de saúde na criança integrada na comunidade: Higienização das mãos nas crianças em idade escolar	21
1.3. O Enfermeiro Especialista e Família: Modelo de Parceria de Cuidados	26
1.3.1. O recém-nascido com cólica	27
1.3.2. A criança com febre	29
2. ESTÁGIOS	32
2.1. Estágio I: Unidade de Cuidados na Comunidade	32
2.1.1. Aprendizagens e atividades desenvolvidas	34
2.2. Estágio Final	38
2.2.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	38
2.2.1.1. Aprendizagens e atividades desenvolvidas	40
2.2.2. Unidade de Urgência Pediátrica	42
2.2.3. Unidade de Internamento Pediátrica	47
2.2.4. Aprendizagem e Atividade desenvolvidas	48
3. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS COMUNS E ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	52
4. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE	58
CONCLUSÃO	60
REFERÊNCIAS	62

Índice de Tabelas

	Pág.
Tabela 1. Cinco Momentos para a higiene das mãos na prática clínica	23
Tabela 2. Foram definidas três cores	47

Índice de Figuras

	Pág.
Figura 1. Modelo “Nascer do Sol”	19
Figura 2. Cinco Momentos	23
Figura 3. Higiene das Mãos Com Sabão e SABA	24
Figura 4. Agrupamento de UCC Saúde Infantil e Pediátrica	33
Figura 5. Questões Colocadas	36
Figura 6. Gráfico Prática da Lavagem das Mãos	37

Índice de Apêndices

	Pág.
Apêndice I – Planeamento de Sessão de Educação para a Saúde (SEpS) “A Importância da Lavagem das Mãos no Controlo de Infeções”	70
Apêndice II - Cronograma de Sessão de Educação para a Saúde (SEpS) “A Importância da Lavagem das Mãos no Controlo de Infeções”	74
Apêndice III – Questionário de avaliação	76
Apêndice IV - Planeamento de Sessão de Educação “Saúde para Pais com Recém-Nascidos com Cólicas”	78
Apêndice V - Folheto sobre Cólicas no Recém-nascido	80
Apêndice VI - Folheto sobre a atuação perante a criança com febre	83
Apêndice VII - Apresentação relativa à atuação perante a febre	86
Apêndice VIII - Resumo do Artigo Científico	89

Lista de Abreviaturas, Acrónimos e Siglas

ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale Tejo
APA	<i>American Psychological Association</i>
APMI	Associação Portuguesa de Massagem Infantil
CIPE ®	Classificação Internacional para Prática de Enfermagem
CPCJ	Comissão de Proteção da Criança e Jovem
DGS	Direção Geral de Saúde
EEESIP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ELI	Equipa de Intervenção Precoce na Infância
EPS	Escola Promotora de Saúde
IACA	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
ISC	Instituto Superior Cristal
IPS	Instituto Politécnico de Setúbal
MS	Ministério de Saúde
NACIR	Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
PNSIJ	Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV	Programa Nacional de Vacinação
RN	Recém-Nascido
SABA	Solução Antissética de Base Alcoólica

SEPS	Sessão de Educação Para a Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
T-L	Timor-Leste
UC	Unidade Curricular
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade Cuidados de Saúde Personalizados
UICD	Unidade de Internamento de Curta Duração
UIP	Unidade de Internamento Pediátrica
UNICEF	Fundo das Nações Unidade Para a Infância
UUP	Unidade de Urgência Pediátrica
USP	Unidade de Saúde Pública

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio simboliza o culminar de um período de experiências enriquecedoras que o antecederam no âmbito do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, curso realizado em associação com a Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem São João de Deus; Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde; Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde; Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde e Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, nos anos letivos de 2017-2019.

Os estágios foram realizados em diferentes contextos clínicos (Unidade de Cuidados na Comunidade, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidade de Internamento de Pediatria e Unidade de Urgência de Pediatria), de maio de 2018 a janeiro de 2019.

Ao longo dos estágios foi desenvolvido um trabalho, com recurso à metodologia de projeto, integrado na linha de investigação “Necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas” e que teve como tema central o cuidado centrado nas necessidades da criança, tendo sido trabalhadas diversas áreas, como a promoção de saúde e higiene das mãos de crianças na comunidade escolar, problemas de recém-nascidos com cólicas e febre em crianças e jovens.

Optámos por desenvolver diferentes atividades consoante a pertinência para o contexto, a necessidade referida e/ou percecionada, sempre com o foco nos cuidados à criança. Foram, assim, desenvolvidas atividades de acordo com as necessidades da criança/jovem e da família nos diferentes contextos de estágio.

O estágio I, realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), pertencente a um Agrupamento de Centros de Saúde, abrangido pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, (ARSLVT), decorreu no período de 14 de maio a 22 de junho de 2018. Foram desenvolvidas diversas competências e realizadas várias atividades, das quais relevamos as atividades de promoção de saúde desenvolvidas, em contexto escolar, com crianças do pré-escolar e que tiveram como objetivo principal promover a importância das lavagens das mãos, e contribuir para mais saúde, mais educação e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida da criança.

No estágio final foram integrados três contextos distintos: Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP), pertencente a um Agrupamento de Centros de Saúde, abrangido pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (ARSLVT), nomeadamente no âmbito da Saúde Infantil e Juvenil, entre 17 de setembro e 14 de outubro de 2018, tendo participado nas consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil e desenvolvido a temática relativa às cólicas do recém-nascido; na Unidade de Urgência Pediátrica, entre 15 de outubro e 7 de dezembro de 2018, e na Unidade de Internamento Pediátrico, entre 10 de dezembro de 2018 e 18 de janeiro de 2019, nos quais o foco foi mais a criança com sinais de doença, particularmente, com febre.

Através da aprendizagem clínica nos contextos e desenvolvimento do projeto foi sendo possível desenvolver competências de mestre, competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil de pediatria.

Com a realização do presente relatório e posterior discussão em provas públicas findamos este percurso formativo, que teve como objetivos gerais de aprendizagem:

- desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciado em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão tendo conta as respostas humanas aos processos humanos e problemas de saúde;
- promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e nos referenciais éticos e deontológicos;
- capacitar para a governação clínica, para a liderança de equipas, bem como para a supervisão e gestão dos cuidados específicos nos diferentes contextos da prática clínica;
- contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada;
- integrar a promoção da saúde e da segurança da criança/jovem, particularmente no contexto de escola sobre higiene das mãos;
- integrar a promoção da saúde infantil, particularmente em capacitar os pais no alívio de cólicas do recém-nascido;
- integrar a promoção da saúde infantil à criança/jovem, particularmente no determinar desvios e situações de risco da criança com febre, gerir a correta administração de terapêutica antipirética e fomentar a autonomia dos pais/prestador de cuidados na atuação perante a criança com febre;

- aumentar os conhecimentos como enfermeiro, relativo aos cuidados à criança/ jovem com a família, refletindo acerca da sua transferência para a realidade em Timor-Leste;

Este trabalho ancora-se na teoria de *Leininger* (Teoria de Enfermagem Transcultural do Cuidado), pois sendo o autor do mesmo um enfermeiro oriundo de Timor-Leste (T-L), esta experiência em Portugal tem o objetivo de desenvolver as competências de mestre e enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, de forma a permitir uma maior qualidade nos cuidados prestados às crianças/ jovens e famílias em Timor.

Os objetivos específicos das várias etapas estão definidos nos capítulos relativos a cada uma delas, permitindo enquadrar de forma mais sistematizada os diferentes locais de estágio. Estes perspetivaram a consecução desses mesmos objetivos. Como definimos, e pensamos ser perceptível ao longo do trabalho, pretende-se demonstrar a aquisição e desenvolvimento das competências de mestre e enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Durante todo o percurso, pretendeu-se refletir acerca de como o apreendido poderia ser transferível para a realidade em Timor-Leste.

No cumprimento das orientações académicas disponibilizadas, estruturalmente o presente relatório é constituído pela presente introdução, onde é realizada uma abordagem geral do trabalho desenvolvido, bem como apresentados os objetivos gerais do projeto. Na Primeira Parte, Enquadramento Conceptual, são apresentados os diferentes temas de desenvolvimento do projeto, bem como a teoria de *Leininger*. Na Parte seguinte são descritos os locais de estágio e os objetivos gerais e específicos, bem como as atividades desenvolvidas aos longo dos contextos clínicos, que permitiram desenvolver as competências de mestre, EEESIP. Na última parte apresenta-se a conclusão, onde os objetivos são analisados e referidas as perspetivas de caminho futuro.

Para as referências do presente documento seguiram-se as diretrizes do novo acordo ortográfico e a Norma de Referência da *American Psychological Association* (APA).

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O título deste relatório é “Entre Portugal e Timor-Leste no cuidado centrado nas necessidades da Criança: Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”, o que espelha o caminho percorrido ao longo dos estágios e que se pretende descrever no relatório. Dado que foram muitas as oportunidades de aprendizagem, consideramos que o enquadramento conceptual deverá integrar a teoria de enfermagem escolhida para ancorar o trabalho desenvolvido, assim como a possível atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) na promoção da saúde, designadamente na higienização das mãos e como parceiro da família nos cuidados, nomeadamente nas situações de cólica do recém-nascido e de febre na criança.

1.1. Teoria transcultural de *Leininger*: de Portugal para Timor-Leste

Madeleine Leininger foi a fundadora e pioneira da teoria da enfermagem transcultural e do cuidado humano. Nasceu em *Sutton, Nebraska*, e começou a sua carreira como profissional de enfermagem depois de se formar em enfermagem na *St. Anthony School of Nursing* em *Denver, Colorado*, em 1948.

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de *Leininger* surge da antropologia e da enfermagem. A meio da década de 1950, enquanto trabalhava na casa de orientação infantil em *Cincinnati*, *Leininger* encontrou uma falta de compreensão dos fatores culturais que poderiam influenciar o comportamento das crianças, tendo observado que cada família cuidava de forma diferente. Além de descobrir as características únicas da cultura, também observou diferenças entre as culturas ocidentais e não-ocidentais relativas à saúde, ajudando a entender as diferenças existentes de acordo a cultura (Sagar, 2012).

As principais definições e conceitos da enfermagem transcultural concordam que esta é uma teoria de enfermagem que se centra na análise e estudo comparativo das diferentes culturas, semelhantemente este nosso projeto de aprendizagem pretende fazer uma comparação entre os modelos de cuidados em Portugal e em Timor-Leste.

Esta teoria visa explicar os fatores culturais e os cuidados que afetam a saúde, a morbidade e a mortalidade humana como um esforço para melhorar e avançar na prática de enfermagem. O principal objetivo desta teoria é prestar cuidados “culturalmente congruentes” que estejam de

acordo com a cultura e estilo de vida, sendo o cuidado de enfermagem um processo ou série de atividades na prática de enfermagem realizado aos clientes, de acordo com sua a formação cultural. O cuidado de enfermagem visa capacitar os indivíduos de acordo com a cultura do cliente.

Segundo a OMS (2015), os fatores culturais e os cuidados prestados afetam a saúde, a morbidade e a mortalidade humana. Em termos de comparação, em 2013, a esperança média de vida em Portugal era de 78/84 anos para homens/mulheres, o número de filhos por mulher de 1 a 2 filhos, a taxa de mortalidade infantil (até 5 anos) era de 43/1000 nascimentos e a taxa de mortalidade materna era de 8/100000 nascimentos. Por sua vez, de acordo com a mesma fonte, no mesmo ano, a esperança média de vida em Timor-Leste era de 70 anos, o número de filhos por mulher de 5 a 6 filhos, a taxa de mortalidade infantil (até 5 anos) era de 55/1000 nascimentos, e a taxa de mortalidade materna de 270/100000 nascimentos. Apesar de serem muitos os determinantes de saúde que poderão explicar esta diferença, a verdade é que acreditamos que alguns destes determinantes são influenciados pela própria cultura. Por isso, com este projeto baseado na teoria transcultural podemos aumentar mais os conhecimentos do pessoal de saúde e os pais. O modelo concetual desenvolvido por *Leininger* na explicação do cuidado de enfermagem num contexto cultural é descrito na forma de modelo de Nascer do Sol, “Sunrise Model”, como mostra a figura 1.

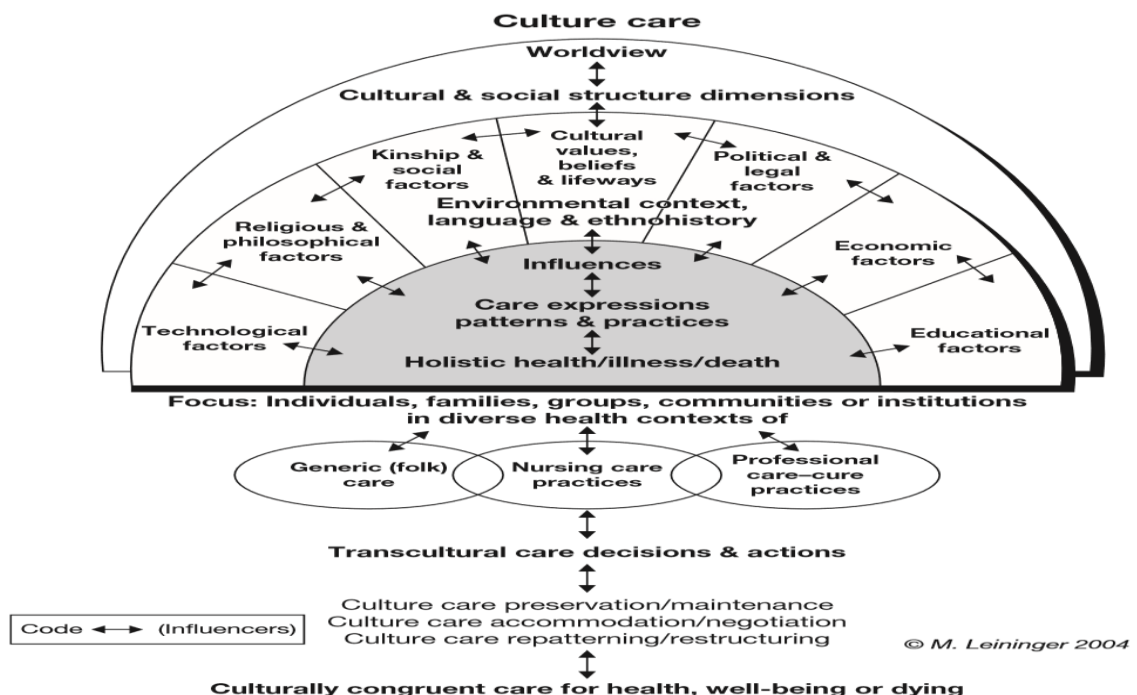


Figura: 1. Modelo “Nascer do Sol” (Fonte: Priscilla Limbo Sagar 2012, Transcultural Nursing Theory and Models)

O processo de colheita de dados para identificar os problemas de saúde de acordo com a história cultural foi elaborado a partir de 7 fatores (Leininger, 2007):

- a) Fatores tecnológicos: A tecnologia de saúde permite que os indivíduos escolham ou recebam ofertas para resolver problemas nos serviços de saúde. O enfermeiro precisa estudar a percepção de doença saudável, o hábito de tomar medicação ou abordar problemas de saúde, o motivo da procura por assistência médica e a razão pela qual o cliente escolhe tratamentos alternativos.
- b) Fatores religiosos e filosóficos: A religião é um símbolo que resulta numa visão muito realista para os seus seguidores. A religião fornece uma motivação muito forte para colocar a verdade acima de tudo, mesmo acima da própria vida. Os fatores religiosos que devem ser estudados pelos enfermeiros são as crenças religiosas, o estado civil, a perspetiva do cliente sobre as causas da doença, as formas de tratamento e hábitos religiosos que tenham um impacto positivo na saúde.
- c) Fatores sociais e vínculos familiares: O enfermeiro, nesta fase, deve examinar os seguintes dados: nome completo, apelido, idade e local de nascimento, sexo, situação, tipo de família, tomada de decisão familiar e relacionamento com o líder da família.
- d) Valores culturais e estilo de vida: Valores culturais são algo formulado e determinado por adeptos de uma cultura. As normas culturais são uma regra que tem características de aplicação limitadas aos adeptos de uma mesma cultura. O que precisa ser avaliado sobre esses fatores são as posições ocupadas pelo líder da família, a linguagem utilizada, os hábitos alimentares que são desafiados em condições de doença, as percepções de dor associadas às atividades diárias e hábitos de limpeza.
- e) Fatores políticos e regulatórios aplicáveis: As políticas e regulamentações prevalecentes do hospital são todas as coisas que afetam as atividades individuais no cuidado de enfermagem transcultural, o que precisa ser estudado neste estágio são as regras e políticas relacionadas ao horário de visita, ao número de membros da família que podem esperar, aos métodos de pagamento para os clientes que são tratados.
- f) Fatores económicos: Os clientes que são hospitalizados utilizam os recursos materiais necessários para pagar o tratamento de forma a melhorar o mais rápido possível. Os fatores económicos que devem ser estudados pelos enfermeiros incluem o trabalho do cliente, as fontes de despesas médicas, as economias pertencentes à família, as taxas de outras fontes, como seguros.

g) Fatores educacionais: A formação educacional do cliente é a experiência deste em seguir o caminho da educação formal mais elevada. Quanto maior a educação do cliente, mais as crenças do cliente geralmente são apoiadas por evidências científicas racionais e o indivíduo pode aprender a adaptar-se à cultura de acordo com a sua condição de saúde. As coisas que precisam ser estudadas neste estágio são o nível e o tipo de educação do cliente, e a sua capacidade de aprender ativa e independentemente sobre a experiência da sua doença, para que isso não aconteça novamente.

1.2. O Enfermeiro Especialista como promotor de saúde na criança integrada na comunidade: Higienização das mãos nas crianças em idade escolar.

“A Escola Promotora da Saúde (EPS) é a que fortalece sistematicamente a capacidade de criar um ambiente saudável para a aprendizagem. É, assim, um espaço em que todos os membros da comunidade escolar trabalham, em conjunto, para proporcionar aos alunos, professores e funcionários, vivências positivas que promovam e protejam a saúde” (DGS, sd).

A saúde escolar tem um percurso assinalável, com marcas indeléveis e relevantes, na promoção da saúde e prevenção da doença no contexto escolar. Consoante decisão da Assembleia de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e a convite do Governo da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, realizou-se em Alma-Ata, capital da República Socialista Soviética do Cazaquistão, de 6 a 12 de setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.

“A primeira mudança de paradigma da saúde escolar teve como ponto de partida a carta de Ottawa, em 1986, com o reconhecimento de que a saúde é gerada e vivida pelas pessoas nos espaços da sua vida diária. É a interação entre os ambientes e as pessoas que cria um padrão de saúde do indivíduo, da família, da escola e da comunidade;

A segunda mudança de paradigma da saúde escolar tem como ponto de partida a evidência científica em promoção da saúde em meio escola, a inovação e a necessidade de recentrar o “alvo” da sua ação nos resultados. O desenvolvimento de competências socio emocionais ajuda os alunos a tornarem-se mais resilientes, permite-lhes reconhecer as suas próprias emoções e a

maneira mais adequada de lidar com elas, gerir de forma mais responsável a tomada de decisões, sejam relacionadas com a sua saúde ou com a sua vida” (DGS, 2015).

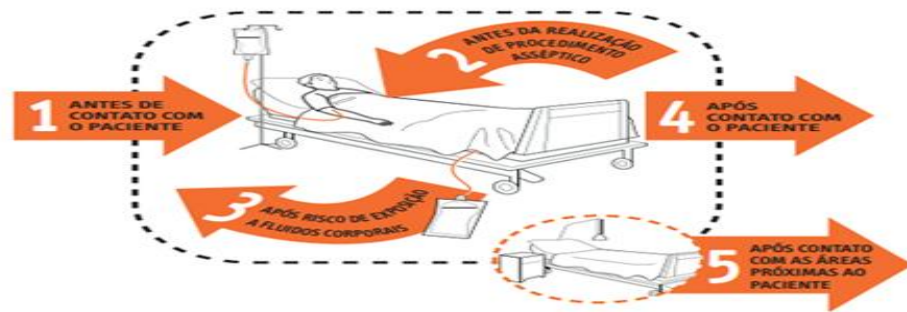
As atividades do Programa Nacional de Saúde Escolar inscrevem-se nas áreas da “*avaliação das condições de segurança, higiene e saúde dos estabelecimentos de educação e ensino e apoio ao desenvolvimento de projetos nas áreas de promoção da saúde prioritárias: saúde mental, saúde oral, alimentação saudável, atividade física, ambiente e saúde, segurança, saúde sexual e reprodutiva, consumo de substâncias lícitas e ilícitas, doenças transmissíveis e violência em meio escolar*” (DGS, 2015).

A infeção associada aos cuidados de saúde é definida como uma infeção que ocorre num doente em que não existe incubação na altura da sua admissão, durante a prestação dos cuidados num hospital ou numa instituição de cuidados de saúde (DGS, 2015). Inclui também infeções de natureza ocupacional que surgem nos profissionais da instituição. O aparecimento da infeção está ligado aos processos da prestação de cuidados bem como ao comportamento humano.

A criança, atendendo à sua idade e estágio de desenvolvimento, tem de realizar várias tarefas importantes para o seu desenvolvimento e socialização, pelo que deve ser apoiada nas suas dificuldades de forma a ultrapassá-las com sucesso. É importante motivar a criança a iniciar e continuar os hábitos de higiene.

Dada a importância da problemática, a OMS e a DGS (2010) têm orientações relativas à higienização das mãos, nas quais os profissionais de saúde referem que os profissionais devem higienizar as mãos de acordo com o modelo dos “Cinco Momentos”, aos quais correspondem as indicações ou tempos em que é obrigatória a higiene das mãos na prática clínica. Os “Cinco Momentos” para a higiene das mãos na prática clínica são os seguintes:

- 1. antes do contacto com o doente;*
- 2. antes de procedimentos limpos/assépticos;*
- 3. após risco de exposição a fluidos orgânicos;*
- 4. após contacto com o doente;*
- 5. após contacto com o ambiente envolvente do doente.*



FONTE: Organização Mundial da Saúde

Figura 2. Cinco Momentos, DGS, 2010.

Cinco Momentos para a higiene das mãos na prática clínica	
1. Antes do contacto com o doente	Higienizar as mãos antes de tocar num doente enquanto se aproxima dele, para proteger o doente de microrganismos que transportamos nas mãos.
2. Antes de procedimentos assépticos	Antes de qualquer procedimento envolvendo o contacto direto ou indireto com mucosas, pele com solução de continuidade, dispositivo médico invasivo ou equipamentos.
3. Após do risco de exposição a fluidos orgânicos	Após qualquer procedimento que real ou potencialmente envolva a exposição das mãos a um fluido orgânico, independentemente de se usarem luvas ou não. Para proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.
4. Após contacto com o doente	Higienizar as mãos imediatamente após ter contactado com um doente, quando se deixa o ambiente envolvente do mesmo, de forma a proteger o profissional de saúde e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.
5. Após contacto com o ambiente envolvente do doente	Quando o profissional de saúde abandona o ambiente envolvente do doente após ter tocado em equipamento, pertences pessoais ou outras superfícies inanimadas, mesmo sem ter tocado no doente, para proteger o profissional e o ambiente da disseminação de microrganismos do doente.

Tabela 1. Cinco Momentos para a higiene das mãos na prática clínica, fonte de DGS, 2010.

Assim como é importante a segurança para o contexto hospitalar, também deveria ser para muitos outros ambientes, nomeadamente nas Escolas, de modo a promover a segurança, a higienização das mãos e para se evitar riscos.

Como profissionais de saúde, os enfermeiros deverão desenvolver um sentido de responsabilidade em relação à sua própria segurança e à segurança da criança ou pessoas de quem cuidam ou com quem trabalham.

O Dia Internacional da higiene das mãos, no dia 5 de maio, foi criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e chama a atenção para a importância da higiene das mãos. Lavar as mãos com sabão aumenta a segurança do utente, dos profissionais e de todas as pessoas com as quais se convive. Em Portugal, celebra-se também, no dia 15 de outubro, o Dia Mundial de lavagem das mãos, pois a importância da lavagem das mãos é um meio, em si, de prevenção da transmissão de infeções na prestação de cuidados de saúde, bem como de incentivar junto dos utentes a prática de um bom hábito diário.

As mãos são consideradas as principais vias de disseminação de infeções relacionadas com os cuidados de saúde. Uma eficaz higienização das mãos é uma medida muito importante para evitar essas infeções.

De acordo com a DGS (2010) existem duas técnicas reconhecidas para realizar higiene das mãos, a fricção das mãos com solução antisséptica de base alcoólica e a lavagem das mãos com água e sabão, como exemplifica a figura:



Figura: 3. Higiene das mãos com Sabão e SABA, Fonte OMS e DGS, 2010.

Os hábitos de higiene por parte das crianças são adquiridos ao longo do seu processo de desenvolvimento, por isso os pais têm um papel fundamental para que a criança consiga interiorizar a importância desses hábitos.

A lavagem das mãos é de extrema importância, e por isso mesmo tem de ser incutida na criança desde cedo. O simples ato de lavar as mãos faz com que se removam bactérias, células descamativas, suor, sujidade e oleosidade da pele. A lavagem das mãos é um comportamento aprendido. Para ser efetiva, uma correta lavagem das mãos deve ser ensinada, com tempo e calma. É bom que para além da aprendizagem das regras de lavagem, se faça também ver às crianças que não se trata de um hábito esporádico a fazer, mas sim de uma rotina que deve prolongar-se ao longo de vida.

Existem momentos em que se deve lavar as mãos como:

- antes de preparar uma refeição ou de comer;
- depois de comer (especialmente as crianças, até aos 2 anos de idade ou enquanto a criança não for autónoma);
- após ida à casa de banho;
- depois de mexer num animal;
- depois de tossir ou espirrar;
- depois de brincar;
- após a chegada ao trabalho/escola.

A lavagem das mãos das crianças mais pequenas no momento apropriado está dependente dos educadores. A maioria das crianças com risco especial precisa de um ambiente que estimule o seu desenvolvimento, facilitador da aprendizagem, inclusive para a realização da higienização dos mãos.

A importância da higiene das mãos é uma questão com necessário investimento pelo Sistema de Educação e Saúde, mas deve ser priorizada de forma a combater as doenças nas escolas, reduzindo a contaminação.

A fim de reduzir a contaminação, pode ser recomendado às escolas que tenham um sistema de dispensação de sabão líquido, na casa de banho. Para incentivar ainda mais a adesão aos procedimentos de higiene das mãos e reduzir a contaminação, as escolas também precisam entender a importância de investir em dispensadores de cores vivas e atraentes para ajudar a

mobilizar as crianças ao processo de lavagem das mãos.

A importância da adequação à higiene das mãos desde cedo e ter este ato como hábito vai originar uma parte da rotina diária da escola e em casa que ajudará a garantir que essa prática se torne uma rotina ao longo de vida.

A higiene corporal, entendida como o conjunto de cuidados que as pessoas devem ter com o seu corpo, promove a saúde e melhora a autoestima e o bem-estar físico, mental e social (DGS, 2015).

Embora a saúde dependa, em parte, das condições socioeconómicas e ambientes, a prestação de cuidados de saúde também tem um papel relevante a desempenhar na promoção e manutenção da saúde e na prevenção da saúde e da doença. É, por esse aspeto, importante que a criança frequente o Centro de Saúde e sejam dinamizadas atividades de saúde em contexto escolare, no âmbito da promoção de saúde, prevenção da doença e vigilância do seu bem-estar.

1.3. O Enfermeiro Especialista e Família: Modelo de Parceria de Cuidados

Segundo Anne Casey, autora do Modelo de Parceria dos Cuidados, que é habitualmente utilizado como referência nos cuidados pediátricos, é relevado que o ambiente pode afetar positiva ou negativamente o desenvolvimento da criança/jovem, e por esta razão os cuidadores devem ser imbuídos de amor, e os cuidados prestados de forma a que a criança/jovem se sinta seguro e o seu desenvolvimento seja positivo, privilegiando-se que, os pais família sejam incluídos nos cuidados relacionados com a sua criança. Para além deste aspeto, deve-se sempre que possível proporcionar à criança manter os seus hábitos e rotinas, com respeito pelas suas crenças e valores, o que facilitará o seu processo de adaptação.

Neste modelo, Casey faz a distinção entre cuidados familiares e cuidados de enfermagem e considera que os primeiros englobam os cuidados de suporte às necessidades básicas da criança, tais como higiene, alimentação, conforto e amor, enquanto os cuidados de enfermagem são cuidados que envolvem alguma diferenciação, e têm por objetivo satisfazer outras necessidades da criança, presentes em virtude do seu quadro fisiopatológico (Sagar, 2012).

No contexto de estágio este foi um aspeto que nos despertou interesse. Consideramos que a presença dos pais ou pessoa significativa durante 24 horas e duas dessas pessoas durante o período diurno facilita todo o processo de hospitalização, proporcionando conforto e segurança à

criança/jovem. É de notar que apesar de este modelo identificar claramente a importância do papel dos pais na construção do processo de cuidados dos seus filhos, salvaguarda que, face à sua ausência ou incapacidade de permanecerem junto da criança, o enfermeiro é o responsável por garantir que sejam prestados os melhores cuidados de saúde à criança, tentando manter as rotinas de conforto e carinho habituais do domicílio.

Foi com base no Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey que procurámos desenvolver, nos contextos de estágio, a nossa atuação face a situações em que os pais/ família se constituem como parceiros no cuidado, nos casos do recém-nascido com cólica e da criança com febre.

1.3.1. O recém-nascido com cólica

É muito comum a ocorrência de cólicas nos primeiros meses de vida do bebé, atingindo aproximadamente 1 em cada 2 bebés com idade inferior a 4 meses. Nos primeiros 3 meses de vida do bebé fora do útero, o sistema nervoso do bebé ainda não está completamente maduro e os estímulos externos são muito mais intensos do que aqueles que sentia no interior do útero materno. O que conhecemos como cólicas do bebé podem não ser cólicas reais, ou seja, contrações dolorosas dos intestinos. As crises de choro do bebé são, muitas vezes, uma descarga de todo o stress e estimulação acumulados ao longo do dia (Cabrera, 2018).

A cólica infantil é uma condição autolimitada, que constitui um problema para alguns pais que não sabem como cuidar da criança ou fazer massagem, associando-se a elevados níveis de stress e ansiedade parental, com impacto significativo na criança e na sua família. Inicialmente, a cólica infantil foi definida como choro paroxístico e incontrolável num lactente saudável e bem alimentado, com idade inferior a três meses, com duração superior a três horas por dia, em mais de três dias por semana e durante mais de três semanas (Ribeiro, 2016).

As causas mais conhecidas para as cólicas no recém-nascido são, (Cabrera, 2018):

- Imaturidade do sistema gastrointestinal;
- Deglutição de ar durante a amamentação;
- Refluxo gastroesofágico;
- Ansiedade dos pais;
- Estimulação excessiva do bebé ao longo de todo o dia;

- Temperamento do bebé;
- Intolerância ao leite de vaca.

“A cólica desaparece espontaneamente, normalmente pelos 3 a 4 meses de idade, embora nunca devam ser dadas garantias, uma vez que pode continuar por muito mais tempo. O apoio de outras pessoas e membros da família alargada pode ser solicitado para apoiar os pais durante este período difícil” (Wong, 2014: 566).

Os episódios de choro de bebé são impossíveis de consolar, com um início e um fim claros, sem razão aparente tendo em conta o comportamento anterior do recém-nascido; é um choro que é geralmente mais intenso, excessivo, contínuo e com um tom mais alto, que mal responde aos esforços de consolação, incluindo, às vezes, a amamentação. Alguns bebés, após um período de agitação à noite, têm um dia normal, conseguem dormir e descansar e não mostram grandes sinais de incómodo, e outros bebés durante algumas horas durante o dia e a noite não param de chorar. No entanto, e de uma forma geral, os bebés que sofrem de cólicas sentem-se bem entre os episódios de desconforto. Alimentam-se bem, crescem a um ritmo normal e não mostram sinais de doença ou outras complicações clínicas, desde que se acalmem ao fim de algumas horas e se mantenham relativamente tranquilos durante o resto do dia.

Perante o recém-nascido com cólica, um dos cuidados a ter, quando adequado, está relacionado com a massagem. De facto, o toque é muito importante na nossa vida, tanto na vida adulta, como também para o bebé e criança, com quem, através do toque conseguimos comunicar, como se fosse a nossa primeira linguagem. A massagem é considerada, por isso, como importante para o desenvolvimento físico e emocional do bebé ou criança, assim como para a autoestima dos pais.

A massagem no bebé ou criança consiste numa prática milenar em muitas culturas, assumindo diversas funções para o bebé ou as crianças: maior autoestima, sentem-se mais acarinhados pelos pais, fortalecimento do laço emocional que se estabelece entre as crianças e os seus pais, para além do bebé e criança se sentirem mais calmos e relaxados. Outros benefícios têm sido descritos, como a redução do choro do bebé, a melhoria da digestão, alívio das cólicas, redução do desconforto relacionado com a dentição, sono melhorado e promoção do desenvolvimento muscular e social do bebé e criança (APMI, 2013).

Face aos benefícios descritos, parece-nos fundamental que os pais/ família sejam capacitados para atuar perante o recém-nascido com cólica e, sobretudo, na realização da massagem infantil, de modo a fortalecer a presença de fatores protetores do desenvolvimento saudável do bebé e criança,

assim como auxiliar os pais a compreender, interpretar e atuar face a sinais próprios do conforto/desconforto do bebé e da criança. Para que tal ocorra, é essencial promover um ambiente recetivo e de confiança criado nos momentos de interação com os pais e entre os mesmos, estabelecendo uma relação terapêutica entre o profissional e os pais, de respeito e reconhecimento mútuos, visando um trabalho conjunto de suporte ao desenvolvimento saudável do bebé e criança.

1.3.2. A criança com febre

A febre constitui o aumento da temperatura corporal para um valor superior ao habitual.

É um sinal, não é uma doença, constituindo um dos mecanismos de defesa do organismo, que surge como resposta a variados tipos de agressões à homeostasia corporal e, em especial, à invasão por múltiplos agentes infecciosos, funcionando como um dos mecanismos de defesa contra essas infeções (DGS, 2018) e um dos sinais mais frequentes na criança/adolescente. O ensino sobre os conceitos de avaliação e as medidas a tomar deve ser sempre realizado aos cuidadores, nomeadamente nos cuidados de saúde materno-infantis.

A temperatura corporal normal varia ao longo do dia (ritmo circadiano) e é controlada pelo centro regulador, situado no hipotálamo anterior. Este controlo é resultado do balanço entre a produção de calor, resultado da atividade muscular, metabolismo hepático e a dissipação de calor na pele e pulmões (Mennella, 2018).

Em regra, os mecanismos fisiopatológicos subjacentes a essa elevação da temperatura são benéficos. Nas infeções graves verifica-se uma subida maior para temperaturas entre os 38,5°C e os 40,5°C (DGS, 2018).

Embora a febre numa criança seja geralmente o resultado de uma infeção viral autolimitada, a febre pode ser o resultado de uma infeção bacteriana, como meningite, septicemia, infeção do trato urinário e pneumonia (Mennella, 2018).

A febre não deve, no entanto, ser confundida com hipertermia, que é um aumento não regulado da temperatura corporal, que não está associado a uma mudança no ponto de ajuste de temperatura, mas é causado pela superprodução de calor ou incapacidade de dissipar calor satisfatoriamente (Mennella, 2018).

Crianças pequenas e mais velhas tendem a tolerar bem a febre baixa. Todavia, a febre pode induzir angústia na criança e ansiedade nos pais; além disso, os pais tendem a ter informações limitadas

sobre a febre e o seu papel benéfico.

De acordo com a DGS (2018), a temperatura é diferente conforme os locais em que é medida e, desconhecendo-se a temperatura média diária da criança, deve considerar-se como febre qualquer dos seguintes valores da temperatura:

- *Retal* $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- *Axilar* $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$
- *Timpânica* $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$
- *Oral* $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$

Geralmente, a temperatura é um pouco mais baixa de manhã e um pouco mais alta à noite e pode variar conforme as crianças correm, brincam e se exercitam. Às vezes, porém, o hipotálamo "re-inicia" o corpo a uma temperatura mais alta em resposta a uma infeção, doença ou outra causa. Investigadores acreditam que aumentar o calor é uma maneira de o corpo combater os microrganismos que causam infeções, tornando-o um lugar menos confortável para eles (Murren-Boezem, 2018).

Murren-Boezem (2018) refere que a febre é causada, maioritariamente, por três fatores: infeção, sobreaquecimento e imunizações. De facto, a maioria das febres são causadas por infeções ou outras doenças, pelo que o organismo ajuda a combater infeções, estimulando os seus mecanismos naturais de defesa; bebés, especialmente recém-nascidos, podem ter febre quando estão sobreaquecidos ou num ambiente quente porque não regulam a sua temperatura corporal, e o mesmo pode acontecer a crianças mais velhas. Mas, como as febres nos recém-nascidos podem indicar uma infeção grave, até mesmo os bebés que estão excessivamente vestidos devem ser avaliados pelo profissional de saúde. Bebés e crianças, às vezes, ficam com febre baixa após serem vacinados.

Os locais de medição da temperatura corporal preferencial mudam conforme a idade (DGS, 2018):

- No recém-nascido, lactentes e crianças menores de 12 meses deve ser avaliada preferencialmente a temperatura retal;
- Em crianças mais velhas pode ser avaliada a temperatura axilar e timpânica;
- A medição oral é viável apenas a partir dos 5 anos de idade, pois requer a colaboração da criança, utilizando apenas a ponta do termómetro debaixo da língua.

Outro aspeto que nem sempre é consensual está relacionado com o tratamento da febre. O tratamento da febre tem como objetivo minimizar o desconforto da criança. Se a criança tem febre pode ser-lhe administrado um medicamento, o antipirético. O antipirético vai baixar a febre e aliviar o desconforto, atendendo às doses e frequência preconizadas no Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica (DGS, 2018).

Como EEESIP, utilizamos o modelo conceptual de cuidado centrado na criança e família, pelo que os pais devem saber a importância de não serem utilizadas medidas físicas de arrefecimento, como dar banho, o que pode conduzir à regulação da temperatura por parte do organismo, potenciando o aumento de temperatura e aumentar o desconforto da criança. Trabalhamos em parceria com a criança/jovem e família, em qualquer contexto, para promover o mais elevado estado de saúde possível, prestar cuidados à criança/jovem saudável ou doente e proporcionar educação para a saúde à criança/jovem e respetiva família.

2. ESTÁGIOS

Neste capítulo pretendemos caracterizar sucintamente os diferentes locais de estágios, quais os objetivos delineados e as atividades desenvolvidas, justificando a sua pertinência para os diferentes contextos e para os cuidados de enfermagem.

2.1. Estágio I: Unidade de Cuidados na Comunidade

Este módulo teve a duração de 124 horas, realizadas numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

A UCC abrange a área geográfica do concelho (freguesias de Quinta do Anjo, Palmela, Pinhal Novo e União das Freguesias do Poceirão e Marateca). A área geográfica do concelho tem 462,9 km² e a densidade populacional é de 135,1 habitantes por km² (INE, 2011). De acordo com o documento CENSOS 2011, o concelho tem 62740 habitantes, dos quais 10672 habitantes correspondem a crianças entre 0-14 anos, e existe um total de 23723 famílias.

A missão da UCC é de contribuir para melhorar o estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde, concorrendo assim de modo direto para o cumprimento da missão do ACES que integra, o apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, família e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo. Atua também na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (M.S. Despacho n.º 10142/2009, Artigo 3º).

A taxa de analfabetismo tem vindo a registar um decréscimo desde 1991 até à data atual. O concelho apresenta uma taxa de analfabetismo de 5,77% (2011), a qual se encontra muito próxima da taxa de analfabetismo do Continente (5,20%) na mesma data. A percentagem maior de analfabetismo verifica-se nas zonas rurais do concelho, Marateca e Poceirão com 12,36% e 11,02% respetivamente.

Relativamente ao nível de escolaridade por género, verifica-se que existem mais mulheres sem qualquer nível de ensino; que o total de mulheres com diferentes tipos de escolaridade também é menor; no entanto, quando se chega ao nível superior, verifica-se que as mulheres estão em vantagem.

A esperança de vida à nascença e aos 65 anos de idade na área geodemográfica do ACES é de 79,04 e 18,19 respetivamente, que é ligeiramente inferior à do Continente que é de 79,66 e 18,77 respetivamente (fonte: Perfil de Saúde do ACES, elaborado pela Unidade de Saúde Pública (USP) em junho 2014).

A taxa quinquenal de mortalidade infantil (2‰) é, para o período compreendido entre 2007 e 2011, inferior à do Continente (3,3‰) e da Região de Lisboa e Vale do Tejo (3,7‰).

A UCC - área de Saúde Infantil integra cinco equipas: a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), a Equipa de Intervenção Precoce na Infância (ELI), o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACIR) (que incluem atendimento a pais de crianças suspeitas de sofrerem maus tratos e outros problemas), o Programa de Ação para a Prevenção e Eliminação da Mutilação Genital Feminina, a Massagem Infantil (entre os 28 dias até 1º ano da vida, que se realiza na UCC).

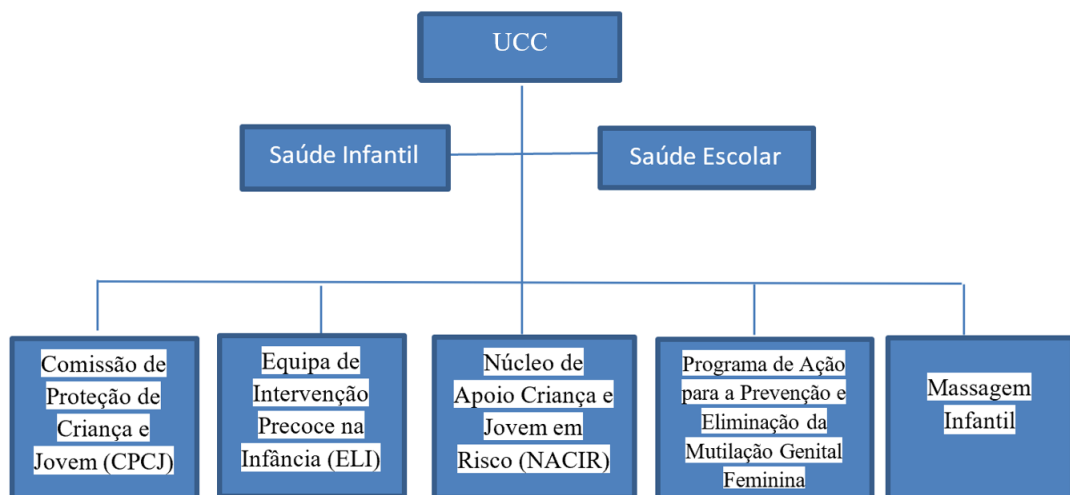


Figura 4. Agrupamento de UCC Saúde Infantil e Pediátrica

O objetivo para este estágio foi adquirir e desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, nomeadamente, na maximização da saúde da criança/jovem com a família e em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimentos da criança e do jovem.

Foram delineados os seguintes objetivos específicos, no âmbito do projeto:

- reforçar a importância da lavagem das mãos como meio de prevenção da transmissão de infeções;
- promover a adoção de estilos de vida saudável;
- elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa;
- contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde;
- promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as.

Atendendo aos objetivos referidos, foram várias as atividades em que participámos.

2.1.1. Aprendizagens e atividades desenvolvidas

Durante o estágio fomos bem acolhidos por toda a equipa de UCC, que nos proporcionou a oportunidade de assistir e participar nas diferentes atividades, como a consulta de atendimento a crianças dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovem em Risco (NACJR), nos cuidados primários, no âmbito das competências específicas que lhes são inerentes, mediante o enquadramento conferido pela “Lei n.º 147/99 de proteção de crianças e jovens, e de acordo com o princípio da subsidiariedade, em que as instituições de saúde são a primeira linha na intervenção junto de crianças e jovens, em detrimento das CPCJ e dos tribunais, que apenas devem ser chamados a agir quando não for possível aos primeiros remover o perigo”.

Assim, a CPCJ nas suas intervenções atua em dois patamares de prevenção: o primário e o secundário, dos quais decorrem duas modalidades de funcionamento, a prestação 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.

No estágio na UCC aprofundámos o conhecimento da legislação da CPCJ e acompanhámos as reuniões e algumas consultas da CPCJ, NACIR, ELI.

Todas estas oportunidades de aprendizagem constituíram-se como momentos de reflexão, relativamente à importância da sensibilidade cultural nos cuidados, pois as famílias e comunidades são diferentes, há diversos casos problemáticos associados a contextos de risco na vida da criança,

o que era de alguma forma desconhecido dada a diferença cultural da realidade existente entre Portugal e Timor. Assim, para compreender melhor as problemáticas que fomos discutindo em contexto de estágio, foi essencial conhecer a comunidade de abrangência da UCC, assim como perceber a legislação portuguesa face aos desafios que iam sendo colocados.

Outra atividade em que participámos na UCC foi a designada “Há saúde no mercado”, que se trata de uma ação de sensibilização da comunidade para temas importantes do bem-estar e saúde pessoal e familiar, tendo sido trabalhada a relação entre avós e netos, pretendendo-se sensibilizar e educar para os afetos. Participámos, igualmente, numa sessão de massagem infantil, em que os pais são acompanhados e ensinados a fazer massagem de conforto ao seu filho.

Além disso, colaborámos com a equipa de saúde escolar, na realização de sessões de educação para a saúde a crianças desde a idade pré-escolar até jovens do 10º ano, assim como a funcionários da comunidade escolar, sobre temas diversos, consoante as necessidades expressas: a importância de higiene das mãos, pediculose, Diabetes tipo 1, administração de insulina na criança, perigos do tabaco, tendo sido observado o entusiasmo dos estudantes na dinamização das atividades, a par do aumento dos conhecimentos relativo às temáticas trabalhadas.

Participámos, ainda, numa atividade, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE/2015), com a conceção, implementação e avaliação de uma sessão de educação para a saúde, relativamente à higienização das mãos e dirigida a crianças em idade pré-escolar.

O objetivo deste trabalho foi aumentar os conhecimentos e capacitar as crianças da escola sobre a importância da lavagem das mãos e da mesma se realizar de forma correta, de modo a prevenir a infeção e a contaminação. Ou seja, contribuir para mais saúde, mais educação e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de criança.

Para preparar a sessão, percorremos as etapas do processo de planeamento em saúde, identificando diagnósticos, propondo atividades capazes de intervir nas causas dos problemas, não esquecendo a necessária otimização dos recursos humanos, financeiros e tempo (Apêndice I), de acordo com o cronograma que se encontra no apêndice II.

A atividade foi desenvolvida num Agrupamento de Escolas abrangido pela UCC, mais especificamente, nas 3 turmas de Jardim de Infância da Escola Básica, com alunos de idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos, num total de 68 alunos. Durante as sessões estiveram presentes 61 alunos das 3 turmas de pré-escolar, num total de 68 crianças matriculadas (faltaram 7).

Atendendo às idades das crianças, procurámos que as atividades a desenvolver fossem lúdico-pedagógicas e que captassem o interesse dos envolvidos, atingindo o resultado esperado. Desta forma, recorremos a vídeos, músicas, dança e atividades de quebra gelo, cujo resultado foi muito positivo.

Utilizámos um “questionário” para avaliar o impacto da sessão, do jogo e da visualização de um vídeo. Este questionário (Apêndice III) fez-se com recurso a duas imagens antagónicas, um emoji com um sorriso (correspondente a sim/ resposta correta) e outro com uma expressão triste (correspondente a não/ resposta incorreta, às seguintes questões que iam sendo lidas às crianças:

Às questões colocadas, 90% das crianças responderam corretamente a toda as questões e 10% incorretamente.

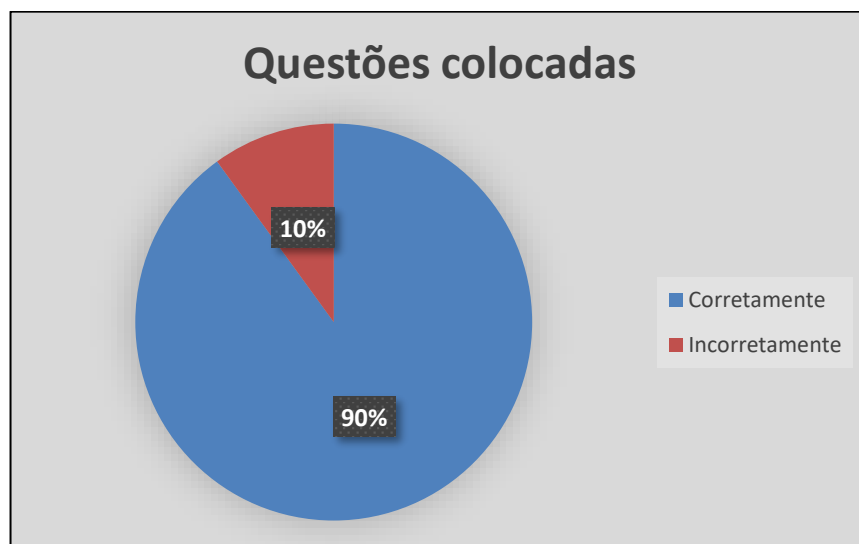


Figura 5. Questões Colocadas

Relativamente à parte prática da lavagem das mãos, verificou-se que 70% das crianças demonstraram corretamente a lavagem das mãos e 30% incorretamente.

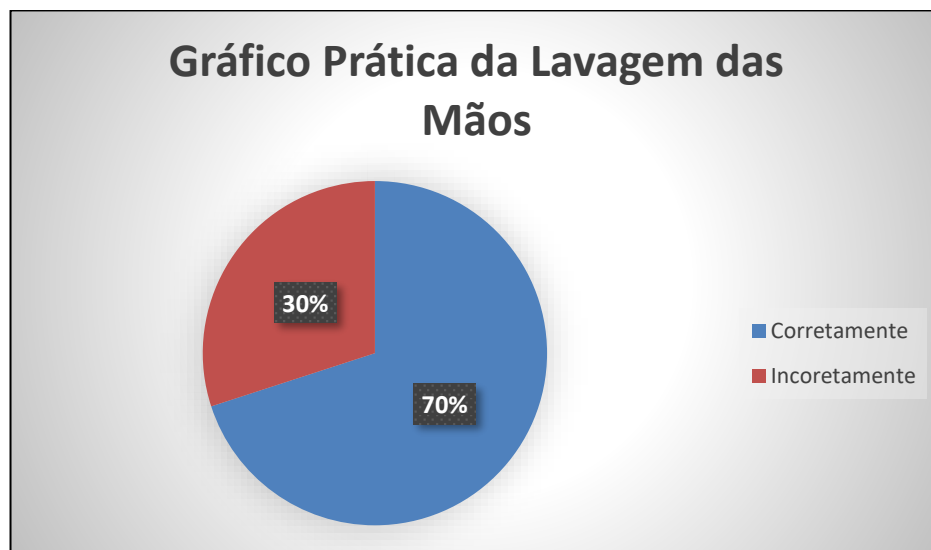


Figura 6. Gráfico Prática da Lavagem das Mãos

No Jardim de Infância implementou-se, ainda, um questionário que pretende justificar a realização das sessões planeadas e a aplicação da lavagem das mãos todos os dias antes de comer e depois de brincar. Este projeto também se realizou tendo por base o projeto de âmbito nacional e internacional para melhorar os cuidados de profissionais de saúde utilizando Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA) e Sabão, uma preocupação que pode ser verificada através de resultados da observação da prática da higienização.

O tema Higiene das Mãos, baseado nos pressupostos da DGS e OMG, foi adaptado e ajustado no âmbito da promoção de saúde na escola sobre a importância desta prática.

De uma forma global, todas as atividades desenvolvidas foram de muito interesse para todos os estudantes na escola e contribuiu para a promoção de saúde que deve ser praticada na escola ao longo do tempo.

A elaboração e o planeamento desta Sessão de Educação para a Saúde podem ser uma alavanca para explorar e melhorar este tema e perceber de que modo este procedimento tão comum é realizado de maneira correta.

Realizámos, conforme planeado, as sessões nas três turmas do ensino pré-escolar. Os objetivos propostos e a transmissão da mensagem de como lavar corretamente as mãos foram atingidos.

Aproveitámos a oportunidade de realização desta sessão para realizarmos o Estudo de Caso, adaptado à comunidade escolar, no âmbito desta atividade. O Estudo de Caso foi elaborado com

recurso à utilização da linguagem CIPE®, de acordo com as instruções disponibilizadas no estágio I na UCC, e fundamentado de acordo com a situação e contexto. Os diagnósticos identificados foram “Conhecimento sobre infeção cruzada” e “Risco de infeção associado a hábitos de higiene das mãos”, atendendo a que o nosso objetivo seria aumentar o conhecimento e reduzir a contaminação.

Em suma as competências adquiridas foram transversais ao longo de todo o estágio, competências que devem ser comuns a todos os enfermeiros especialistas, integrando os quatro domínios previstos pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento OE n.º 140/2019).

É de salientar que, durante o estágio em questão, foi diária a partilha de pensamentos, perspetivas e conhecimentos com a Enfermeira orientadora, com a equipa de enfermagem de uma forma mais ampla e, mesmo, com os colegas das restantes equipas.

2.2. ESTÁGIO FINAL

O Estágio Final decorreu de setembro de 2018 até janeiro de 2019, em três contextos clínicos diferentes: quatro semanas numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), quatro semanas na Unidade de Internamento de Pediatria (UIP) e oito semanas na Unidade de Urgência de Pediatria (UUP).

2.2.1. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Este módulo teve a duração de 84 horas, realizadas na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

Segundo o SNS, a UCSP tem uma estrutura idêntica à prevista para as Unidades de Saúde Familiar e presta cuidados personalizados aos utentes, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro, art.º 10º).

A UCSP pertence a um Agrupamento de Centros de Saúde, que por sua vez se encontra abrangido pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, (ARSLVT), nomeadamente no âmbito da UCSP. É composta por 10 médicos, 18 enfermeiros, sendo 4 enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, 12 secretários e 3 internos.

As atividades realizadas na UCSP foram as integradas no Programa de Saúde Infantil/juvenil e Programa Nacional de Vacinação.

Segundo a DGS (2013), os aspetos prioritários consistem na deteção e apoio às crianças que apresentam necessidades especiais, em situação de risco, com o reconhecimento e a capacitação dos pais e outros adultos. Genericamente, o PNSIJ deve aumentar o nível de conhecimentos dos cuidadores acerca:

- das “etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade;
- do esquema vacinal preconizado no novo Programa Nacional de Vacinação (PNV) e os movimentos anti vacinais emergentes, cumprindo o PNV, preservando o adequado estado vacinal das crianças, jovens e população em geral, que se afigura crucial;
- da valorização dos cuidados com a promoção da saúde, prevenção e proteção dos direitos das crianças e exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde;
- da prevenção das perturbações emocionais e do comportamento;
- da deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e apoiar a responsabilização progressiva e a autodeterminação em questões de saúde das crianças e jovens;
- do trabalho em equipa, como forma de responder à complexidade dos atuais problemas e das necessidades em saúde que requerem, de modo crescente, atuações multiprofissionais e interdisciplinares;
- da articulação efetiva entre estrutura, programa e projetos, dentro e fora do setor da saúde, que contribuam para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens” (DGS, 2013).

O objetivo para este estágio foi adquirir e desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, nomeadamente, na maximização da saúde da criança/jovem com a família e em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Como objetivos específicos para este estágio, no âmbito do projeto, foram delineados os seguintes:

- participar nas atividades de saúde infantil e juvenil preconizadas no PNSIJ;

- avaliar o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido;
- aumentar os conhecimentos dos pais sobre cólicas no recém-nascido;
- capacitar os pais/ família relativamente à massagem infantil para o alívio de cólicas no recém-nascido;
- participar nas atividades do âmbito do Programa Nacional de Vacinação;
- promover a parentalidade;
- a autonomia dos pais/cuidadores no cuidar no domicílio.

2.2.1.1. Aprendizagens e atividades desenvolvidas

As atividades desenvolvidas foram ao encontro dos objetivos referidos.

Relativamente ao objetivo relacionado com a capacitação da atuação dos pais perante o recém-nascido com cólicas, surgiu pelo número elevado de pais, nas Unidade de Cuidados Saúde Personalizados, na primeira consulta, preocupados e com dificuldade em perceber o choro dos seus bebés.

Desta forma, nas consultas, este foi um tema por nós desenvolvido, tendo-se igualmente realizado o planeamento de uma sessão de educação para a saúde, dirigida aos pais, sobre cólicas (Apêndice IV), onde foram esclarecidas algumas dúvidas dos pais, e ensinada a massagem para diminuir a cólica de Recém-Nascido (RN), no âmbito do projeto “À conversa com a Enfermeira”, projeto que resultou de uma reflexão partilhada realizada pelas enfermeiras do Módulo de Saúde Infantil e Juvenil, sobre necessidades específicas de educação para a saúde com as quais nos deparámos e que se destacam pela frequência com que surgem e pela intensidade na forma como são vivenciadas pela família e criança. Estas necessidades de aprendizagens em saúde estão relacionadas com temas específicos da saúde da criança, como é o exemplo da atuação perante um recém-nascido com cólica.

Para complementar o ensino realizado durante as consultas, elaborámos um folheto sobre cólicas no RN (Apêndice V), que descreve o que são cólicas, quais os seus sintomas e como as aliviar, o qual aguarda autorização institucional para que possa ser distribuído.

Pretendeu-se que o folheto explicasse o que são as cólicas do recém-nascido e que as desmistificasse, reiterando que não são uma doença. As cólicas são muito comuns nos primeiros meses de vida do bebé, atingindo aproximadamente 1 em cada 2 bebés com idade inferior a 4 meses. Por

isso, e apesar de bem alimentado e saudável, um bebé com cólicas pode apresentar períodos de choro intenso e estados de muita agitação por mais de 3 horas diárias.

Com o desenvolvimento do projeto foi possível refletir em equipa sobre a importância da massagem para aliviar as cólicas tendo de seguida passado à prática, ensinando aos pais a massagem para alívio das cólicas de RN.

Na UCSP, a apreciação do recém-nascido/criança/jovem foi realizada seguindo os parâmetros a avaliar e os cuidados antecipatórios mencionados no PNSIJ para esta faixa etária e complementada através do exame físico e da informação fornecida pelo Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. No que diz respeito à avaliação do desenvolvimento do recém-nascido e criança foi utilizada a escala de avaliação de desenvolvimento de *Mary Sheridan*, uma vez que é a escala de referência do PNSIJ, bem como as curvas de crescimentos adotadas no programa.

A consulta de enfermagem de vigilância de saúde infantojuvenil tem como objetivos avaliar o desenvolvimento físico, mental e social da criança, estimular a opção por comportamentos saudáveis e prevenir comportamentos de risco, assim como identificar as doenças comuns e encaminhar para o Programa Nacional de Vacinação. Desta forma, foram diversificados os temas abordados nas consultas, desde a higiene oral, importância da alimentação saudável e equilibrada, amamentação. Realizámos igualmente o teste de diagnóstico precoce (“Teste do Pezinho”), assim como o ensino relativamente ao mesmo. Preocupámo-nos com a avaliação familiar e na necessidade de acompanhamento e/ou encaminhamento de situações capazes de afetar negativamente a saúde de criança e que sejam passíveis de correção, articulando com recursos da comunidade, creches, jardins de infância, escolas, coletividades de desporto e segurança social.

2.2.2. Unidade de Urgência Pediatria

Este módulo teve a duração de 168 horas, na Unidade de Urgência Pediátrica (UUP), no contexto hospitalar.

O objetivo para este estágio foi adquirir e desenvolver as Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente, no cuidado da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimentos da criança e do jovem.

Como objetivos específicos para este estágio, e no âmbito do projeto foram delineados os seguintes:

- desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada de enfermagem em saúde infantil e pediátrica;
- determinar desvios e situações de risco da criança;
- gerir a correta administração da terapêutica antipirética;
- promover o bem-estar da criança e segurança do prestador de cuidados;
- fomentar a autonomia dos pais/prestador de cuidados no tratamento de febre;
- promover o bem-estar da criança, a segurança do prestador de cuidados e a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde com referenciais éticos e deontológicos;
- fomentar a autonomia dos pais/prestador de cuidados no tratamento de febre.

O Centro Hospitalar onde o estágio decorreu trabalha para ser reconhecido como uma instituição de referência no desenvolvimento de técnicas eficientes e inovadoras no tratamento em ambulatório e internamento, pretendendo diferenciar-se pela sua especificidade e acessibilidade, pelo compromisso com o doente e assumindo-se como um centro de elevada competência na organização assistencial e no desenvolvimento e inovação na prestação de cuidados de saúde (SNS, 2014).

Tem como missão a promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa (SNS, 2014).

O Centro Hospitalar intervém de acordo com as áreas de influência e redes de referenciação, cumprindo os contratos programa celebrados, em articulação com as instituições integradas na rede de prestação de cuidados de saúde (SNS, 2014).

Desenvolve, ainda, atividades complementares, como as de ensino Pré e pós-graduado, de investigação e de formação, submetendo-se à regulamentação de âmbito nacional que reja a matéria dos processos de ensino-aprendizagem no domínio da saúde, sem prejuízo de se permitir a celebração de contratos para efeitos de organização interna, repartição do investimento e compensação dos encargos que forem estipulados (SNS, 2014).

A Unidade Urgência Pediátrica (UUP) é a entrada direta da maioria dos utentes em idade pediátrica na instituição e o seu primeiro rosto. Nela são atendidos todos os doentes em idade pediátrica, que a ela recorrem, com situações clínicas agudas, que vão desde verdadeiras emergências, de instalação súbita, em que existe compromisso de uma ou mais funções vitais, a outras doenças sem qualquer critério de urgência, sendo estas a maioria. Neste contexto, e à semelhança do que acontece a nível nacional, também na UUP parece existir uma utilização excessiva e desadequada dos recursos de saúde, privilegiando-se a urgência hospitalar em detrimento dos cuidados de saúde primários como forma de prestação de cuidados de saúde. Os inconvenientes que daí advêm são múltiplos, sejam eles financeiros, sanitários ou de satisfação dos utentes. A procura da urgência, de porta aberta 24 horas e tendencialmente gratuita, tem vindo a aumentar paulatinamente o número de doentes observados, sendo que os episódios de urgência representam um terço do total das urgências do hospital.

A UUP tem, desde 1997, instalações próprias, adjacentes, mas separadas da Urgência Geral. Foi estruturada de acordo com as recomendações do «Programa Tipo de Instalações Hospitalares para Obstetrícia/Ginecologia e Pediatria» proveniente da Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil da Direção Geral dos Hospitais de 1990. Assim, a UUP integra a rede dos Serviços de Urgência Médico Cirúrgica (nível 2). A nível institucional pertence ao Serviço de Pediatria que está integrado no Departamento da Mulher e da Criança. Tem autonomia técnica, administrativa e centro de custos próprios. Do ponto de vista funcional encontra-se sob a dependência do Diretor do Serviço de Pediatria.

Embora a área atual de atendimento direto para os utentes pediátricos englobe apenas os concelhos de Alcácer do Sal, Palmela e Setúbal, para os concelhos de Sines, Santiago do Cacém e Grândola

continua a ser referência preferencial para o Hospital Litoral Alentejano. Recebe ainda, diretamente, doentes provenientes de qualquer área de residência, pela localização geográfica, recursos balneares e turísticos.

A Unidade de Urgência Pediátrica tem como objetivos:

- atender as crianças/jovens até aos 17 anos e 364 dias;
- prestar cuidados urgentes/emergentes de qualidade à criança/jovem/acompanhante;
- atender e cuidar com eficácia, eficiência e qualidade, o utente pediátrico/acompanhante necessitado de cuidados médicos e cirúrgicos hospitalares;
- atender e cuidar com eficácia, eficiência e qualidade, o utente pediátrico/acompanhante necessitado de cuidados médicos e cirúrgicos não urgentes, com orientação posterior para o ambulatório, utilizando os recursos na comunidade quando não necessitem de cuidados hospitalares;
- promover a saúde na comunidade que serve e satisfazer as necessidades em saúde, de cada um dos utentes que nos procura.

A Unidade de Urgência Pediátrica é uma Unidade com boas condições físicas, onde o fator humanização está presente em todas as atividades junto do utente/acompanhante. Está situada no piso 0 (edifício de construção mais recente), adjacente ao Serviço de Urgência Geral e possui acesso direto da rua. A área total da UUP é de 551 m², compreendendo as seguintes áreas:

- Áreas Clínicas: Sala de triagem; Sala de Reanimação; Sala de tratamentos; 1 Sala de espera, 1 Sala de Sub-Espera; Sala de Pequena Cirurgia; Sala de aerossóis; 2 Gabinetes de observação médica; 1 Unidade de Internamento de Curta Duração.
- Áreas de apoio: Recepção/Secretariado; 1 Armazém de Consumo Clínico/ Farmácia; 1 Armazém de Consumo Papelaria e Hotelaria; 1 Copa; Sala de Sujos; Sala de Limpos; Gabinete Médico; Gabinete de Enfermagem; Sala de Pessoal que é simultaneamente sala de reuniões; 2 Vestiários; 9 WC (2 para deficientes, 2 para duches e um com banheira para crianças).

A UUP possui um quadro funcional constituído por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, administrativos e assistentes técnicos. A UUP tem equipa de enfermagem e de assistentes operacionais própria. Partilha a equipa médica do Serviço de Pediatria e conta também com outros médicos, com diferentes graus de diferenciação, que só aí prestam serviço.

Sendo uma Unidade Funcional integrada no Serviço de Pediatria tem como coordenador um Pediatra que reporta ao Diretor de Serviço e é nomeado pelo Conselho de Administração do CHS sob proposta da direção do serviço. Em funções de gestão conta também com um enfermeiro Chefe, especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Em conjunto, orientam e coordenam a UUP de modo a obter a melhor eficácia e eficiência dos recursos humanos, físicos e materiais disponíveis na Unidade.

A equipa de enfermagem é constituída por um enfermeiro chefe e o número total de Enfermeiros Especialistas são 8, devendo ser cumprido o preconizado que prevê 1 Enfermeiro para a Unidade Internamento de Curta Duração (UICD), com capacidade para 5 crianças e o mínimo de 3 enfermeiros para assegurar os restantes pontos da UUP. Habitualmente, na distribuição dos enfermeiros deverão encontrar-se 4 a 5 elementos no turno da manhã, 4 elementos no turno da tarde e 3 no turno da noite.

A Equipa de Enfermagem divide-se em equipas de trabalho, no entanto, a metodologia de trabalho no que diz respeito à prestação de cuidados de enfermagem é individual apesar da constante interajuda entre colegas.

As equipas médicas são constituídas por pediatras, internos de especialidade, médicos com formação em clínica geral, com escala própria, com um mínimo de quatro médicos nas 24 horas e em regime de presença física.

A passagem das crianças e dos seus pais/prestadores de cuidados na UUP tem um circuito específico e o mesmo inicia-se com a admissão junto do Serviço Administrativo através de uma ficha de inscrição, cujos dados são inseridos em sistema informático (ALERT®). Após a realização da ficha de inscrição, a criança/jovem é chamada à sala de triagem e é neste momento que é realizada a colheita de dados e são apuradas as causas que levaram a ida à Urgência. Este processo de colheita de dados passa também pela monitorização de qualquer sinal vital ou da observação de qualquer sinal de doença. A triagem é o setor nobre da Urgência visto ser o setor onde é preciso uma maior capacidade de despiste para determinação e atribuição de prioridade no atendimento e isto passa muitas vezes por uma boa observação e atenção aos sinais de alerta, em caso de dúvida, o enfermeiro solicita aconselhamento médico. Após a realização da triagem de enfermagem, a criança é identificada com uma pulseira colorida: vermelha, amarela ou azul, se a

situação for para a Pediatria Médica. As cores referidas têm uma relação direta com o tempo alvo previsto para o atendimento médico da criança/jovem/família na UUP.

Foram definidas três cores, assim como a atuação de enfermagem perante cada situação:

Cor de Pulseira	Condição da criança/ jovem	Atuação do Enfermeiro
Vermelho	Emergente/ Muito Urgente (0 min. /10 min. entra diretamente para a Sala de Reanimação)	Após triagem, o enfermeiro coloca a pulseira de cor VERMELHA a todos os utentes pediátricos que necessitam de atendimento Emergente/Muito Urgente (0 min. /10 min.). Os «vermelhos» habitualmente entram diretamente para a Sala de Reanimação.
Amarelo	Urgente (60 min.)	Após triagem, o enfermeiro coloca a pulseira de cor AMARELA a todos os utentes pediátricos que necessitam de atendimento, Urgente (60 min.)
Azul	Pouco Urgente/Não Urgente (120min. / 240 min.)	Após triagem, o enfermeiro coloca a pulseira de cor AZUL a todos os utentes pediátricos que necessitam de atendimento, Pouco Urgente/Não Urgente (120min. / 240 min.)
Prata	Especialidades	Após triagem, o enfermeiro coloca a pulseira de cor prata a todos os utentes pediátricos que necessitam de atendimento por outra Especialidades como sejam: Cirurgia, Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, entre outras.

Tabela 2. Foram definidas três cores

No que se refere, à colocação de pulseira no internamento UICD, segue-se o Procedimento de Identificação do Doente, isto é, o enfermeiro coloca a pulseira fornecida e devidamente preenchida pelos serviços de secretariado.

As crianças/jovens com necessidade de cuidados de enfermagem aguardam a observação médica na área interna da UUP e não na sala de espera. Conforme informação dada aos pais/acompanhantes, aquando da triagem pela equipa de enfermagem, qualquer alteração do estado da criança/jovem

que aguarda na sala de espera deve ser comunicada imediatamente, para que a criança/jovem seja de novo observada e, caso se justifique, o enfermeiro providenciará a observação médica.

Sempre que adequado, aproveita-se o momento da triagem para fazer aconselhamento relativo à utilização do Serviço Nacional de Saúde, referindo que em caso de situações não urgentes pode-se contactar a Saúde 24 ou recorrer aos cuidados de saúde primários, antes de ir para a urgência pediátrica.

2.2.3. Unidade de Internamento Pediatria

Este módulo teve a duração de 84 horas, a Unidade de Internamento Pediátrica (UIP) funciona num espaço próprio e com uma Equipa Multidisciplinar distinta.

O objetivo para este estágio foi adquirir e desenvolver as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, nomeadamente, no cuidado da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimentos da criança e do jovem.

Como objetivos específicos para este estágio e no âmbito do projeto foram delineados os seguintes:

- desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada de enfermagem em saúde infantil e pediátrica;
- promover o bem-estar da criança e a segurança do prestador de cuidados, bem como a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde com referenciais éticos e deontológicos;
- determinar desvios e situações de risco da criança;
- gerir a correta administração da terapêutica antipirética;
- fomentar a autonomia dos pais/prestador de cuidados no tratamento de febre.

A equipa multidisciplinar do serviço de pediatria é constituída por pediatras, enfermeiros, dos quais 3 são EEESIP, educadores, psicólogos, assistentes operacionais, secretária de Unidade e assistente social, constituindo-se como uma equipa que está disponível para apoiar os doentes e esclarecer as dúvidas existentes. Cada turno tem entre 2 e 4 enfermeiros.

A UIP atende e trata crianças e jovens até aos 18 anos, toda a criança internada tem um guia de informação para que os pais percebam o que o enfermeiro deve fazer e para que as regras do

hospital sejam cumpridas. A UIP também tem consultas diurnas, com horário compreendido entre as 09h e as 14h30.

Junto da criança/jovem pode permanecer uma pessoa (obrigatoriamente das 22h às 09h) ou duas pessoas adultas (das 09h às 22h). A hora da visita é entre as 17h e as 18h.

No seu espaço exterior, a UIP é constituída pelos Serviços Administrativos onde é feita a admissão do utente.

Se a criança/jovem forem internados, é importante lembrar os pais que devem respeitar as normas do serviço, porque os pais são quem melhor conhece os filhos e de acordo com o modelo de parceria de cuidados podem ter uma participação nos cuidados, colaborando com os profissionais relativamente às características específicas da criança e informar a educadora quais são as atividades que a criança/jovem gosta mais de brincar, entre outros aspetos que poderão tornar o internamento menos traumatizante.

2.2.4. Aprendizagens e atividades desenvolvidas

Os objetivos delineados e respetivas atividades desenvolvidas foram ao encontro do indicado pelos documentos reguladores da profissão e, particularmente, dos cuidados especializados do EEESIP. As competências adquiridas foram transversais ao longo de todo o estágio. Competências essas que remetem para as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, integrando os quatro domínios previstos pela OE (2010).

É de salientar que, durante o estágio em questão, foi diária a partilha de pensamentos, perspetivas e conhecimentos com a Enfermeira orientadora, com a equipa de enfermagem de uma forma mais ampla e, mesmo, com os colegas das restantes equipas, à semelhança do ocorrido nos outros contextos.

Ao longo dos estágios na UUP e UIP foram desenvolvidos alguns materiais, nomeadamente uma proposta de norma de atuação perante a Criança com Febre, bem como um folheto relativo à mesma temática para ser distribuído pelos pais/ cuidadores (Apêndice VI). Durante o estágio final, tivemos igualmente a oportunidade de apresentar e sensibilizar a equipa de enfermagem para a atuação da criança com febre, atendendo às atuais orientações da DGS (Apêndice VII).

No folheto descreve-se o que é a febre, porque muitos pais ainda não sabem de que se trata, como avaliar a temperatura, escolher os termómetros e locais a medir. É importante explicar aos pais as diferentes temperaturas dadas pelos diferentes termómetros, quais são os sinais tranquilizadores e os níveis de risco para as crianças com febre, e que medicamentos podem utilizar com base na Norma de DGS – especificamente, a administração de antipirético, com medida certa e intervalo de 4 horas para paracetamol e de 6 horas para ibuprofeno. Outras recomendações importantes, e normalmente desconhecidas, são a não recomendação de baixar a febre a crianças com menos de 6 meses, a não recomendação de tapar/agasalhar a criança com febre.

O folheto explica, ainda, os cuidados a ter com a criança em casa e as circunstâncias que devem levá-la ao hospital. Teve-se a preocupação de incluir o número de telefone da Saúde 24 para os pais poderem discutir com alguém capacitado para tal, que encaminhará o caso para o hospital se tal for necessário.

Foi muito proveitoso termos tido a oportunidade de desenvolver o estágio final neste contexto, visto ser um contexto rico em aprendizagens que nos possibilitaram explorar novas realidades, quando comparamos Portugal com Timor, nomeadamente, no processo dos cuidados e no serviço de assistência à saúde. Deste modo, consideramos que foi muito interessante integrar não só o processo de enfermagem, mas ter tido uma abordagem mais orientada para as relações com as crianças, jovens e familiares.

Para dar resposta às necessidades das criança/jovem e família, e conseqüentemente saber transmitir as informações certas às mesmas, e tendo em conta as dificuldades de comunicação face à barreira linguística, estivemos sempre acompanhados pela enfermeira orientadora ou por outros enfermeiros, percebendo que é necessário adequar a linguagem a cada pessoa, que percebe a mensagem, por vezes, de forma diferente e por isso é necessário validar se a informação que queríamos transmitir foi a mesma que as pessoas realmente compreenderam. Para além disto, o enfermeiro de saúde infantil e pediátrica tem o objetivo de cuidar da díade (criança e família); pelo facto da criança se fazer acompanhar pelos seus pais ou cuidadores, faz com que seja importante existir uma dupla adequação da linguagem, tanto para as crianças/jovem, como para quem as acompanha e família. Desta forma, é importante usar a comunicação para promover a transmissão/resolução das preocupações/dúvidas das pessoas.

Relativamente a esta competência de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, após analisar e refletir, procurámos desenvolvê-la e adequá-la à cultura de cada

criança e família. Neste sentido, foi esta a competência que reflete de uma forma mais positiva a nossa evolução, durante este contexto de estágio, muito devido à riqueza de experiências e oportunidades variadas proporcionadas no contexto e devido à boa integração dentro da uma equipa. Assim, procurámos sempre ao máximo rentabilizar as oportunidades de aprendizagem que surgiram, sendo que foram várias as vezes em que nos disponibilizámos ou pedimos autorização para a realização de procedimentos de enfermagem de forma a desenvolver e aplicar os conhecimentos teóricos e práticos.

Ao longo dos estágios, desde o primeiro até ao final, fomos também refletindo sobre as nossas ações, as situações experienciadas e prática clínica, tendo valorizado sempre os momentos de avaliação e de *feedback* tanto da enfermeira orientadora como da professora orientadora, de modo a melhorar a nossa aprendizagem como enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e a continuar o percurso de forma positiva.

Durante este Estágio final e fazendo a ligação à nossa experiência neste contexto, penso que na triagem, também desenvolvemos o raciocínio clínico e a apreciação inicial da criança, constituindo-se esta atuação como complexa, uma vez que foi necessário tomarmos decisões fundamentadas, numa grande esfera de responsabilidade, ética e deontologia, foi neste estágio que tomámos maior consciência desta responsabilidade que se torna cada vez mais clara no percurso realizado e a realizar.

Durante o percurso, percebemos que constituir-se especialista não se limita só em apropriar saberes científicos, éticos e deontológicos, mas também em conhecer a instituição em que estamos inseridos e a organização da mesma, visto que deste conhecimento advém uma prática de cuidados mais segura e responsável, sendo que sempre nos procurámos integrar nas diferentes dinâmicas da Unidade e na equipa.

Tando na UUP como na UIP trabalhamos com sistemas informatizados de registo, o que inicialmente se constituiu como um verdadeiro desafio, mas depois já nos fomos sentindo mais confortáveis e aculturados a estes sistemas, à semelhança do que ocorreu com outros procedimentos, por exemplo, administrar medicamentos na hora correta, realizar colheita de sangue e urocultura, fazer cuidados a feridas e trocar pensos limpos.

Assim ao longo deste estágio, percorremos as fases do processo de enfermagem perante as situações das crianças/ famílias com que fomos tendo contacto, o que permitiu o aumento do nosso

conhecimento em relação à situação, assim como uma tomada de decisão fundamentada e adequada perante a mesma.

3. Análise Reflexiva das Competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2018), o “Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica utiliza um modelo de trabalho em parceria centrado na criança/ jovem e família, em qualquer contexto em que ela se encontre, com o intuito de promover ou melhorar o estado de saúde possível, seja à criança saudável ou doente, assume o foco na prestação dos cuidados de nível mais avançado, de julgamento clínico e tomada de decisão, e proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa, no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança de criança/jovem e família” (Diário da República, 2.^a série — N.º 133 — 12 de julho de 2018: 19192).

O Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica pretende desenvolver uma atitude de análise, de resolução dos problemas e de pensamento crítico sobre o valor e os princípios de fundamentos dos cuidados de enfermagem para o bem-estar das crianças.

Existem conceitos para efeitos do presente Regulamento e dos demais Regulamentos que estabelecem as competências específicas dos enfermeiros para cada área de especialidade em enfermagem, assim entende -se por:

- a. *“Competências comuns: são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;*
- b. *Competências específicas: são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”* (Diário da República, 2.^a série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019, secção II Artigo 3: 4745).

Sabemos que a atuação dos Enfermeiros Especialistas traduz-se na prestação de cuidados focada na prática de nível avançado, com áreas de atuação particular, a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, através de processos de reflexão, concetualização e pesquisa, que permitam sustentar e guiar o exercício profissional, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança (OE, 2018).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica são assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. (OE, 2018). Estas três competências encontram-se subdivididas em unidades de competência e critérios de avaliação. A descrição e análise das atividades e experiências vividas ao longo do percurso formativo foram enquadradas nas competências supramencionadas.

Considerando a natural dependência da criança, bem como a sua progressiva autonomia, relativamente à família, é importante, por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o estabelecimento com ambos de uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde e da parentalidade (OE, 2018).

Consideramos ter desenvolvido e trabalhado esta competência de enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica ao longo das duas Unidades Curriculares (UC), Estágio I e Estágio Final, nos diferentes locais de estágio. Em relação à unidade de competência E1.1. que destaca a importância de estabelecer em parceria um plano promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem, destacamos o contexto da UCC, UCSP e Hospital, como o principal motor de desenvolvimento desta unidade de competência.

Como enfermeiros especialistas, consideramos fundamental ter um plano promotor de parentalidade, sendo os pais os educadores e a referência das crianças, cabendo aos enfermeiros acompanhar, serem facilitadores de decisões informadas e oferecer aconselhamento, considerando sempre os pais como ativos, ao terem um papel participativo na educação para a saúde e prestação familiares de cuidados. Para tal, foi importante observar genuinamente os pais e as famílias, na interação entre a criança/jovem e os seus cuidadores, procurando reconhecer o impacto do que estamos a comunicar e antecipando as dificuldades parentais, a possibilidade de existir algum

défice de conhecimentos e o impacto e adequação cultural dos cuidados prestados, sempre com o foco na melhoria da qualidade de cuidados à criança/jovem.

O processo de elaboração do estudo de caso e a aplicação do plano de cuidados de Enfermagem estabelecido permitiu-nos desenvolver os critérios de avaliação definidos para a unidade de competência E1.1, especificamente, “E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde. E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. [...] E1.1.8. Intervêm em programas no âmbito da saúde escolar” (OE, 2018).

A nossa passagem pela UCC, nas primeiras semanas, foi acompanhada de muitas dúvidas e preocupações, pelo desconhecimento dos modelos de cuidados em Portugal, que são muito diferentes dos praticados em Timor-Leste. No entanto, no final das 6 semanas reconhecemo-la como sendo uma experiência benéfica, muito gratificante, enriquecedora, também na medida em que nos permitiu conhecer este âmbito de cuidados e a dinâmica do seu funcionamento.

A complexidade da atuação Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria centra-se principalmente na educação para a saúde e cuidados, que é sem dúvida o foco das suas intervenções, na medida em que mobiliza um vasto conjunto de conhecimentos e articula-os com as diferentes necessidades encontradas em cada caso de higiene das mãos na criança, quer na escola, quer em casa.

O Artigo 101.º (OE, 2015) refere “Do dever para com a comunidade”, e neste caso a comunidade consistiu tanto nas crianças como nas famílias que foram alvo da nossa atuação, considerando “o enfermeiro responsável para a promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem”, promovendo orientação às crianças/jovens perante os problemas de saúde detetados.

Apesar do período limitado de tempo do estágio, conseguimos, através da observação, presenciar e identificar alguns dos vários recursos disponíveis às pessoas e famílias com diferentes características e culturas, inclusive nos domicílios. Isto contribuiu para desenvolver

conhecimentos e competências científicas, técnicas e humanas que visam a abordagem à criança/jovem e família ao longo do seu ciclo de vida, numa perspetiva de prestação de cuidados em resposta ao processo de crescimento e desenvolvimento e à maximização para planeamento, execução e gestão de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem em família em situações de complexidade.

De acordo com o referencial das competências comuns do enfermeiro especialista, compete ao enfermeiro, no domínio da gestão de cuidados, “realizar a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas”, tendo como unidades de competências “otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e orientar e supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade” e, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissional, o enfermeiro especialista “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área de especialista” (OE, 2011).

O Enfermeiro Especialista deve promover, igualmente, o crescimento e o desenvolvimento infantil e promover a vinculação de RN, respondendo positivamente às unidades de competência E3.1. e E3.2. “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem Descritivo” E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil, (...) E3.2.5. Promove a amamentação. E3.2.6. Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN” (OE, 2018).

Os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar de outros seres humanos. Não basta a qualidade técnica e científica, mas também a humana que tem subjacente a observância pelos valores universais, com vista à salvaguarda da liberdade e dignidade da pessoa e do enfermeiro. A observância dos valores universais na relação profissional e no contexto do exercício determina a existência de princípios orientadores da prática, que configuram os princípios éticos nos cuidados de saúde. Estes princípios estão plasmados no código deontológico dos enfermeiros. São eles o princípio da beneficência e da não maleficência (OE, 2015).

A competência do EEESIP em assegurar padrões de elevada qualidade na prestação de cuidados à criança/jovem e família também foi uma preocupação durante este percurso, ao assegurar a oportunidade e qualidade, rigor e a humanização dos cuidados de saúde prestados, na ótica da prevenção da doença, manutenção da saúde, defesa e promoção do bem-estar e qualidade de vida da criança/jovem e família.

De modo a operacionalizar o referido, durante os estágios efetuámos colheitas de dados à criança/jovem e família; identificámos as necessidades em cuidados de enfermagem; formulámos diagnósticos de enfermagem; elaborámos o plano de cuidados de enfermagem; estabelecemos prioridades; executámos e avaliámos os cuidados de enfermagem prestados, de acordo com os princípios deontológicos, científicos, técnicos e relacionais que regem a profissão.

A unidade de competências E1.2. foi realizada de forma transversal (“Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”); para cada Diagnóstico de Enfermagem foram estabelecidas várias intervenções de Enfermagem baseadas nas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, de acordo com a Ordem de Enfermeiros (OE), “(...) E1.2.4. Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco). E1.2.5. Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção. E1.2.6. Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos” (OE, 2018).

Concluindo, o EEESIP tem o foco no desenvolvimento de criança/jovem e família. Com estas excelentes experiências tidas em Portugal, poderemos, adequando à realidade Timorense e não esquecendo o que une e diferencia os dois países, aplicar em Timor-Leste um dia o preconizado por documentos e normas que poderão ajudar a diminuir os riscos, dos mais pequenos aos maiores, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e indicadores de saúde infantojuvenis.

Para aumentar a qualidade de atuação dos enfermeiros em Timor-Leste, e contribuir para a melhoria e promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, parece-nos fundamental o desenvolvimento da formação de enfermagem em Timor-Leste no geral e, especificamente, dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, para que sejam gestores profissionais habilitados técnica e cientificamente para responderem com rigor, eficiência e eficácia aos desafios

das organizações e das pessoas na garantia da qualidade dos cuidados prestados, aos vários níveis de atuação, prevenção e promoção.

Fundamental também será o contributo do modelo de parceria de cuidados de *Anne Casey*, um modelo que promove o envolvimento dos pais no cuidar das crianças hospitalizadas e que enfatiza a necessidade da equipa negociar os cuidados com os pais, atuação bem diferente da realidade timorense, em que o contacto com a equipa de enfermagem ocorre habitualmente de forma rápida, e num contexto de tratamento.

4. Análise Reflexiva das Competências de Mestre

Desenvolvemos todo o nosso curso de mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediátrica centrados nos objetivos gerais e objetivos específicos, nomeadamente, em desenvolver conhecimentos e competências para intervenções especiais no campo da Enfermagem, comprovadas em um alto nível de avaliação clínica e tomada de decisão e para promover a melhoria na qualidade dos cuidados de saúde, com recursos à investigação e a uma prática baseada na evidência.

Analisando retrospectivamente o nosso processo de aprendizagem e desenvolvimento, consideramos que alcançámos as metas gerais estabelecidas para este curso de mestrado.

Tendo por base o Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro, especificamente o Artigo 15º, que define as competências necessárias para a obtenção do grau de Mestre, analisamos agora as atividades desenvolvidas ao longo deste percurso e o seu enquadramento nas competências de Mestre.

Como preconizado no artigo citado, consideramos que desenvolvemos e aprofundámos os conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo e que aplicámos esses conhecimentos para resolver problemas em situações novas e não familiares (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro, Artigo 15º).

A tomada de decisão particular, com a competência baseada na ética e na deontologia, assegura cuidados e saúde de forma justa, respeitando o cliente, e a “capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem” (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro, Artigo 15º na linha c).

Durante o estágio desenvolvemos competências na nossa área de especialização, sendo o desenvolvimento e aquisição das diferentes competências um processo dinâmico e contínuo (Decreto-Lei nº 63/2016 de 13 de setembro, Artigo 15º, linha e).

Durante o documento e percurso fomos ilustrando algumas situações experienciadas que vão ao encontro das competências de mestre, das quais relevamos a constante pesquisa que fomos

fazendo, não só como forma de sustentação da nossa atuação, como também como promotora do nosso desenvolvimento, como é o caso do artigo científico construído no Estágio Final (Apêndice VI).

Este percurso de aprendizagens foi marcado por uma procura intensa pelo conhecimento e pela mais recente evidência científica sempre com o intuito final de contribuir para o desenvolvimento de competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica com foco nas necessidades das criança/jovem e família, e o presente Relatório de Estágio espelha parte do investimento em pesquisa e investigação feitos ao longo do Curso de Mestrado.

O fim desta etapa não marca o fim da aprendizagem, mas sim o início de uma fronteira de um novo desafio. Estamos convictos de que o grau de Mestre e o título de Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica aumentam as nossas responsabilidades profissionais e que a procura constante pelo conhecimento e pela excelência dos cuidados será um objetivo permanente e esperamos que como Mestre e Enfermeiro Especialista possamos desenvolver mais as competências em Timor-Leste e “fazer bem coisas boas” para a Criança/Jovem e Família, em Timor-Leste.

CONCLUSÃO

A realização deste relatório permitiu-nos refletir sobre o percurso de aprendizagem realizado, nomeadamente na área temática do projeto, com temas diferentes a cada estágio e com os objetivos e respetivas atividades desenvolvidas a irem ao encontro do indicado pelos documentos reguladores da profissão, particularmente dos cuidados de enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

As atividades desenvolvidas foram “A importância das lavagens das mãos no controlo de infeções”; “a promoção do conforto de recém-nascidos com cólicas”, a “atuação perante crianças com febre”, para além das inerentes ao desenvolvimento de competências de mestre e de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

O desenvolvimento de todas as atividades, tendo em conta os diagnósticos e contextos diferentes, permitiu evidenciar os cuidados no controlo de infeção, os cuidados com recém-nascidos e febre na criança. Acreditamos que a participação nas atividades foi positiva e que conseguimos fazer a diferença com a implementação de novos desafios no cuidar em enfermagem, evidenciando as competências de mestre e enfermeiro especialista, desenvolvidas ao longo deste percurso.

Como já vimos, os enfermeiros especialistas e mestres não só encontram sentido para determinar conhecimentos teóricos, como os interiorizam por intermédio do fazer ou do ver fazer. Contudo, a grande aposta da enfermagem, no futuro, centra-se no ser ou na partilha de experiências com os mais novos para melhorar o conhecimento de cuidados para bem-estar de crianças/jovens e famílias.

Consideramos que o curso de mestrado e os estágios foram experiências únicas, com muitas aprendizagens que nos deram a oportunidade de sentir uma grande realização relativamente ao trabalho desenvolvido neste contexto tão diferenciado de prestação de cuidados.

Desta forma, é importante destacar a evolução no desenvolvimento de competências e novas consolidações das que anteriormente adquiri. É de salientar que, durante o primeiro estágio e no estágio final em questão, foi diária a partilha de pensamentos, perspetivas e conhecimentos com as Enfermeiras orientadoras, com a equipa de enfermagem de uma forma mais ampla e, mesmo, com os colegas das restantes equipas, e os professores da escola colaboraram também.

Neste caminho, foram desenvolvidas competências a diversos níveis e foi criada uma melhor relação com enfermeiros e pais para promover melhoria dos cuidados a crianças/jovens e famílias, que esperamos que possam ser aplicados em Timor-Leste (T-L), no futuro.

Com todas as atividades em contextos diferentes na área de estágio, na UCC, UCSP e Hospital, tendo em conta os temas de Higiene, Cólicas e Febre, concluímos que ainda há muito a fazer relativamente à higiene na maioria das escolas em Timor-Leste, já que é geral a falta de cuidados de higiene com as crianças, nomeadamente, a necessidade de lavar as mãos antes de comer e depois de brincar, portanto este tema pode ajudar a cuidar das crianças e a aumentar os conhecimentos dos pais e das comunidades.

A cólica é um dos maiores problemas em Timor-Leste, porque o país ainda tem uma falta de conhecimento sobre o que pode fazer perante uma criança com cólicas, pelo que é importante passar o conhecimento relativo à massagem de RN aos pais Timorenses.

A febre é também um grande problema em Timor-Leste, pela falta de conhecimentos médicos e pelo uso generalizado de métodos antigos ou conhecimentos tradicionais, respostas que na melhor das hipóteses deixam o doente no mesmo estado, mas que na pior das hipóteses podem levar a uma pioria da situação. Esperamos poder aplicar estes conhecimentos aprendidos em Portugal em Timor-Leste, conscientes da resistência esperada das práticas e hábitos culturais, mas esperamos fazê-lo ainda que de forma lenta.

A enfermagem é uma ciência e profissão que contribui para melhorar a saúde da comunidade. A Enfermagem tem-se desenvolvido, desde que os seres humanos existiram e até agora, rapidamente. A história do desenvolvimento da enfermagem em Timor-Leste não ocorre apenas no contexto da prática, nos serviços de enfermagem, mas também no mundo da educação em enfermagem. Não é estranho, a educação em enfermagem ter grande influência na qualidade dos serviços de enfermagem. Portanto, os enfermeiros devem continuar a melhorar o seu potencial, através da educação contínua e ao longo da vida em enfermagem.

Por outro lado, no que respeita às dificuldades sentidas aquando da realização do presente Relatório, não podemos deixar de referir a dificuldade que tive em expor por texto, toda a minha vivência e todas as aprendizagens, isto porque é complicado transmitirmos através da escrita todos os momentos significativos deste percurso, tão rico e sempre desafiador, ainda que o verdadeiro desafio se vá colocar no futuro próximo, em Timor-Leste.

REFERÊNCIAS

- Associação Internacional da Massagem Infantil. (2013). Acesso em dezembro 21, 2018. Disponível em: <http://www.iaim.net/languages/portuguese/>
- Aparecida, M, M. (2001). Manual Infecção Hospitalar, 2º edição. Rio de Janeiro. MEDSI Editore Médica e Científica LTDA, ISBN: 85-7199-256-8.
- Barreto, M, P. (Toro Produções). (2016). Palavra canta Lavagem das Mãos. Portugal. Acesso em maio 29, 2018. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Tr182lBqK54>
- Carvalho, A. Carvalho, G. (2006). Educação para a Saúde; Loures: Lusociência.
- Carvalho, R. (2003). Parcerias na Formação Papel dos Orientadores Clínicos. Loures. Lusociência.
- Carbrera, G. (2018). Cólicas Infantil. Centro de Referência de Enfermagem. Número de artigo: T701995. Disponível em: <https://web.b.ebscohost.com/nrc/detail?vid=0&sid=6ca611a1-6b11-4220-8d1c-0449047b324a%40pdc-v-sessmgr01&bdata=JnNpdGU9bnJlLWxpdmU%3d#AN=T701995&db=nrc>
- Censos. 2011. Instituto Nacional de Estatística, I. P. Lisboa. Portugal. ISBN: 978-989-25-0148-2
- Ciasulli, K. (2018). Rotavírus em Crianças. Centro de Referência de Enfermagem. Número de artigo: T706827. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/results?vid=6&sid=21df7609-b9af-48d3-8f1c-50421acc71aa%40sessionmgr4010&bquery=T706827&bdata=JmRiPW5yY24mZGI9bnJlJmRsaTA9RIQmZGx2MD1ZJmRsZDA9bnJlJnR5cGU9MCZzaXRlPW5yYy1saXZl>
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (2015). Edição Portuguesa. Ordem dos Enfermeiros.
- Cláudia, Abreu Regina. (2007). Jogos Rápidos na sala de aula 1º aos 12º anos. Portugal. Porto Editora.
- Código Deontológico. (2015). Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Cosendey, H, C. (2000). Segurança e Controlo de Infecção. Rio de Janeiro. Reich Mann & Afonso Editores.
- Diário da República. 1ª. Séria - Nº: 176 - setembro 13, (2016). Competências de Mestre. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

- Diário da República, 2ª. Série- Nº: 26 - fevereiro 6, (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Diário da República, 2ª. Série- Nº: 133 - julho 12, (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Diário da República, 2ª série-Nº 119 - junho 22, (2015). Regulamento nº 351/2015 Qualidade dos cuidados especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsd-sd-de-14062010.aspx>
- Diário da República. (2010). Nos termos da alínea c, do nº 2 do artigo do 2º do Decreto Regulamente nº 66/2007, maio 29. Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ic9YRQJUsbYJ:https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional Saúde Escolar. Lisboa. Disponível em: <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. Número: (029/2012). Atualizar: outubro 10, 2013. Precauções básicas do controlo da Infecção. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2004). Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica. Volume 1. Lisboa. Disponível em: http://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/Urgencias_no_ambulatorio_em_Idade_Pediatrica_Volume_I.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2016). Programar de prevenção e controlo de infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Relatório auditoria às precauções básicas de controlo de infeção evolutiva 2014-2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-da-auditoria-as-precaucoes-basicas-de-controlo-de-infecao-e-monitorizacao-da-higiene-das-maos-analise-evolutiva-2014-2015.aspx>

- Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Nº: 13/DQS/DSD. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dqsd-ds-de-14062010.aspx>
- Direção Geral de educação (sd) Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde. Disponível em <https://www.dge.mec.pt/programa-de-apoio-promocao-e-educacao-para-saude>
- Ferreira, M, C, M. Costa, A, F, M. (1988). Cuidados em Parceira Subsídio a Vinculação Pais/Bebé Pré-termo. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/5.pdf>
- Fortin, F, M. (2009). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures. Lusociência.
- Gualda, D, M, R. (1992). Hogo Komura Akiko Luiza. Estudo Sobre Teoria Transcultural de Leiniger. Ver. Esc. Enf. V. 26. N. 1, p.75-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v26n1/0080-6234-reeusp-26-1-075.pdf>
- Hockenberry, M, J. Wilson, D. MS, RNC. (2014). Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente, (9º EDIÇÃO Volume I). New York. USA. Lusociência.
- Hockenberry, M, J. Wilson, D. MS, RNC. (2014). Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente, (9º EDIÇÃO Volume II). New York. USA. Lusociência.
- Joyce, Y, J. (2010). Keogh Jim, RN. Enfermagem Pediátrica, desmistificada. Lusodidacta.
- Joyce, Y, J. (2012). Enfermagem Pediátrica Desmistificada um guia de autoaprendizagem. Lusociência.
- Kliegman, M, R. Behrman, E, R. Hal B. J. Satanton, B, F. (2007). Tratado De Pediatria 18 edição. Rio de Janeiro. ABDR; ISBN 978-85-352-2705-05.
- Kornusky, J. (2018). Febre Amarela. Centro de Referência de Enfermagem. Número de artigo: T702381. Disponível em: <https://web.a.ebscohost.com/nrc/results?vid=2&sid=d0891bd9-507e-4665-9944-5f2e7ce0bdd6%40sdc-v-sessmgr01&bquery=T702381&bdata=JmRiPW5yY24mZGI9bnJjJmRsaTA9RlQmZGx2MD1ZJmRsZDA9bnJjJnR5cGU9MCZzZWZyY2hNb2RlPUFuZCZzaXRlPW5yYy1saXZl>
- Kosminsky, S, F. Kimura, F, A. (2004). Cólica em Recém-Nascido e Lactente, Rev Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277169963_Colica_em_recem-nascido_e_lactente_revisao_da_literatura
- Loureiro, I. (2000). O que é a saúde na escola. Ministério de Educação e Ministério de Saúde. Depósito Legal 157463/00. ISBN; 972-783-036-6.

- Leininger, M. (2007). Modelo de Concetual “Sunrise”. Disponível em: <https://madeleine-leininger.webnode.com/modelo-sunrise/>
- Leiner, M. (2015). Desenho Animado Educativo. Brasil. Acesso em maio 29, 2018. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=5AEhwtowU7A>
- Magni, A, M. (2011). Comportamento dos antitérmicos ibuprofeno e dipirona em crianças febris. *Jornal de Pediatria*. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572011000100007&script=sci_arttext&tlng=pt
- Mennella, H. (2018). Gestão de febre em criança. Centro de Referência de Enfermagem. Número de artigo: T703630. Disponível em: <https://web.b.ebscohost.com/nrc/detail?vid=6&sid=accb184d-aaf5-4548-98f9-e11209af2275%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9bnJjLWxpdmU%3d#db=nrc&AN=T703630>
- Mennella, H. (2018). Gestão Febre na Criança. Centro de Referência de Enfermagem. Número de artigo: T703630. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/results?vid=4&sid=21df7609-b9af-48d3-8f1c-50421acc71aa%40sessionmgr4010&bquery=T703630&bdata=JmRiPW5yY24mZGI9bnJjJmRsaTA9RIQmZGx2MD1ZJmRsZDA9bnJjJnR5cGU9MCZzaXRIPW5yYy1saXZI>
- Mennella, H. (2018). Administration of Medication: Administering Acetaminophen to Newborns, Infants, and Children. Centro de Referência de Enfermagem. Número de artigo: 707129. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/results?vid=3&sid=21df7609-b9af-48d3-8f1c-50421acc71aa%40sessionmgr4010&bquery=707129&bdata=JmRiPW5yY24mZGI9bnJjJmRsaTA9RIQmZGx2MD1ZJmRsZDA9bnJjJnR5cGU9MCZzaXRIPW5yYy1saXZI>
- Mello, D, R. (2010). Segurança do paciente. Higienização das mãos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Ministério de Saúde), Nº 13/DGS//DSD,14/06/2010. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/paciente_hig_maos.pdf
- Ministério de Educação - Direção-Geral da Educação. (2017). Referencial de Educação para a Saúde. Ministério de Educação - Direção-Geral da Educação. Direção Geral de Saúde. ISBN: 978-972-742-414-6.
- Ministério de Saúde; Diário da República, 2.ª série — N.º 74-16, abril, (2009). Despacho n.º 10142/2009. Disponível em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE85F261D87/16463/Desp101432009ACESUCCReg.pdf>

- Morren-Boezem, J. (2018). *Fever. Nemours. Children's Health System*.
<https://kidshealth.org/en/parents/fever.html?view=ptr&WT.ac=p-ptr>
- Murahovschi, J. (2018). Cólicas do Lactente. Brasileira de Pediatria. *Jornal de Pediatria*.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n2/v79n2a01>
- Nancy, R. (1990). *Modelo de Enfermagem*, 3ª edição. Portugal. Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Fever in Under 5 S*. Disponível em:
<https://www.nice.org.uk/guidance/qs64/resources/fever-in-under-5s-pdf-2098787642053>
- Norma de Direção Geral da Saúde (DGS) com nº 014/2018, com o assunto de: Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica. Disponível em:
<http://www.aenfermagemasleis.pt/2018/08/06/norma-dgs-processo-assistencial-integrado-da-febre-de-curta-duracao-em-idade-pediatica-2/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica vs Enfermeiro Generalista na Vigilância de Saúde Infantil, Parecer MCEESIP 13/2013. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_13_2_013_Competicencias_Especialistas_SIP_vs_gerais.pdf
- Oria, B, O, M. (2007). *Sunrise Model: Análise a Partir da Perspectiva de Afaf Meleis*. Rio Janeiro. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a21.pdf>
- Perfil de Saúde do ACES, elaborado pela Unidade de Saúde Pública (USP). (2014).
http://portaisars.azurewebsites.net/norte/wp-content/uploads/sites/3/2017/11/PeLS2016_A14_MaiaValongo.pdf
- Pilgrim, J. (2017). Medição de Temperatura em Bebê e Crianças. Centro de Referência de Enfermagem. Número de artigo: T707745. Disponível em:
<https://web.b.ebscohost.com/nrc/detail?vid=0&sid=f1be6037-422d-43bf-b9d6-e2b99c303c15%40pdc-vsessmgr05&bdata=JnNpdGU9bnJjLWxpdmU%3d#db=nrc&AN=T707745>
- Pilgrim, J. RN. (2017). Arsi, L, K. Medição de Temperatura em bebês e crianças. Centro de Referência de Enfermagem. Número de artigo: T707745. Disponível em:
<https://web.b.ebscohost.com/nrc/detail?vid=11&sid=accb184d-aaf5-4548-98f9-e11209af2275%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9bnJjLWxpdmU%3d#AN=T707745&db=nrc>

- Ramos, M. Elizia. (2014). O uso da massagem para alívio de cólicas e gases em recém-nascido. Rio de Janeiro. Revista de Enfermagem UERJ. Disponível em: <https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=e1a49ea0-5e58-4ea8-b3a9-6e6d95396f94%40sessionmgr4006>
- Ribeiro, C. Coutinho, S. (2016). Efeito do *Lactobacillus Reuteri* na Cólica Infantil. Revisão baseada na evidencia. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S2182-51732016000600005&script=sci_arttext&tlng=en
- Rodrigues, Ângela. (2007). Processos de Formação na e para a Prática de Cuidados. Loures. Lusociência.
- Roper, N. (1987). Modelo de Enfermeira, 2ª edición. Barcelona-Madrid. Emalsa. Interamericana, Division de McGRAW-HILL.
- Sagar, L, P. (2012). Transcultural Nursing Theory and Models. New York. Springer Publishing Company. Disponível em: http://lghhttp.48653.nexcesscdn.net/80223CF/springer-static/media/samplechapters/9780826107480/9780826107480_chapter.pdf
- Schub, T. Woten, M. (2017). Gestão Febre na Criança. Centro de Referência de Enfermagem. Número de artigo: T704676. Disponível em: <https://web.b.ebscohost.com/nrc/detail?vid=9&sid=accb184d-aaf5-4548-98f9-e11209af2275%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9bnJjLWxpdmU%3d#AN=T704676&db=nrc>
- Serviço Nacional de Saúde. (2014). Disponível em: <http://www.chs.min-saude.pt/missao/>
- Smith, N. (2018). Avaliação Física do Abdômen em Crianças. Centro de Referência de Enfermagem. Número de artigo: T704570. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/nrc/results?vid=7&sid=21df7609-b9af-48d3-8f1c-50421acc71aa%40sessionmgr4010&bquery=T704570&bdata=JmRiPW5yY24mZGI9bnJjJmRsaTA9RlQmZGx2MDlZJmRsZDA9bnJjJnR5cGU9MCZzaXRlPW5yYy1saXZl>
- Streubert, J, H. (2002). Investigação qualitativa em Enfermagem. 2º edição. Loures. Lusociência.
- Sullivan J, E. Farrar, C, H. (2011). *Fever and Antipyretic Use in Children*. *American Academy of Pediatrics*. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/127/3/580.full.pdf>
- Silva, F, L. (2002). Promoção da Saúde. Lisboa. Universidade Aberta. ISBN: 972-674-361-3.
- Torgal, F, G. (1997). Cólica do Bebê. *Acta Pediatr. Port*, Vol. 29:227-31.

- World Health Organization. (2009). Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Acesso em maio 04, 2018). Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2015). Morbilidade e a Mortalidade Humana. Acesso em maio 04, 2018. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/countries/portugal/data-and-statistics>
- World Health Organization. (2015). Morbilidade e a Mortalidade Humana. Acesso em maio 04, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/countries/tls/en/>
- Yozo K. Y. R. (1995). 100 Jogos para grupos uma abordagem psicodramática para escola e clínica. São Paulo. Editora ABDR.

APÊNDICES

Apêndice I

Planeamento de Sessão de Educação para a Saúde (SEpS)

“A Importância da Lavagem das Mãos no Controlo de Infeções”

- Fundamentação do tema: A Importância da Lavagem das Mãos no Controlo de Infeções.
- População-alvo: crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 5 anos de 3 turmas de Ensino Pré-Escolar.
- Local: Biblioteca da Escola Básica com Jardim de Infância.
- Grupo de dinamizadores: Aureo Freitas Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem de Saúde Infantil, e Vânia Luís Carvalho, Enfermeira Mestre em Saúde Comunitária da Equipa de Saúde Escolar da UCC.
- Data e hora do evento: Dia 18 de junho de 2018. Tempo previsto/negociado para realizar a SEpS (entre 20 a 25 minutos) em cada turma:
 - a. 1ª turma – 9h30 às 10h20
 - b. 2ª turma – 10h25 às 11h30
 - c. 3ª turma – 14h00 às 15h00

Objetivos da sessão:

Objetivo Geral:

- Promover a importância da higiene e lavagem correta das mãos nas crianças em idade pré-escolar.

Objetivos Específicos:

- Aumentar os conhecimentos das crianças sobre higiene e lavagem correta das mãos;
- Ensinar sobre higiene e lavagem das mãos;
- Instruir sobre a lavagem das mãos;
- Treinar a lavagem das mãos.

Competências a desenvolver por parte do/s estudante/s:

- Desenvolvimento de competências de pesquisa sobre o assunto/tema identificado como necessário;
- Desenvolvimento de competências de raciocínio diagnóstico e crítico;
- Desenvolvimento de competências de planeamento e execução de uma sessão de educação para saúde;
- Desenvolvimento de competências de comunicação e relação com os participantes.

Recursos materiais e humanos necessários:

Recursos materiais:

- Meios audiovisuais (computador, projetor de vídeo, coluna de som);
- Toalhas húmidas de limpeza corporal;
- Pó compacto de maquilhagem;
- Folhas a4;
- Tinta acrílica de várias cores;
- Lavatório + água corrente;
- Sabão;
- Cores;
- Prato plástico;
- Bola;
- Pincel.

Recursos humanos: a sessão de educação para a saúde é planeada para ser realizada pelos estudantes de enfermagem, tendo a presença do docente e/ou enfermeira orientadora para supervisionar e avaliar a mesma.

- Alunos das 3 turmas de pré-escolar;
- Educadoras de infância de cada sala;
- Mestrando;
- Enfermeira da equipa de saúde escolar.

Etapas da SES	Objetivos	Estratégias Atividades	Método	Meios Auxiliares de Ensino	Duração
Introdução Apresentação	Apresentação dos dinamizadores e crianças; Apresentação do tema.	Dinâmica de quebra gelo.	Expositivo Participativo.	Uma Bola esponja.	5 min
Exposição Teórica	Reforçar a importância da lavagem das mãos como meio de prevenção da transmissão de infeções; Promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as.	Vídeo animado Lavagem das Mãos e a Música; Experiência sobre transmissão de microrganismos.	Demonstrativo e Expositivo. Participativo.	Meios audiovisuais (computador , projetor de vídeo, coluna de som); Toalhitas húmidas de limpeza corporal; Pó compacto de maquilhagem.	25min
Desenvolvimento da atividade	Instruir e treinar sobre lavagem das mãos.	Desenho através de Pintura com as mãos.	Demonstrativo e Expositivo. Participativo.	Folhas A4; Tinta acrílica de várias cores; Lavatório + água corrente.	10 min
Avaliação da SEpS	Jogo; Questionário; Teste.	Perguntas sobre o vídeo animado: https://www.youtube.com/watch?v=Tr182lBqK54 ; https://www.youtube.com/watch?v=5AEhwtowU7A	Participativo e Interrogativo.	Figuras Emoji; Verde(sim) (<i>Smile</i>); Triste Vermelho (não) (<i>Sad</i>).	5 min

Apêndice II

Cronograma de Sessão de Educação para a Saúde (SEpS)

“A Importância da Lavagem das Mãos no Controlo de Infeções”

Tema: Importância da lavagem das mãos nas crianças em idade pré-escolar.

Atividades	Maio				Junho		
	1-12	14-19	21-26	28-31	4-9	11-15	18-22
Pesquisa bibliográfica							
Elaboração projeto de objetivo							
Levantamento e realização de leituras							
Colheita de dados							
Elaboração do questionário							
Primeiro contacto com a escola e os alunos e professor							
Apresentação do tema aos alunos							
Elaboração da aula prática							
Avaliação							
Redação final do relatório de estágio							

Apêndice III

Questionário de avaliação

N.º	PERGUNTAS
1.	Devemos lavar as mãos antes das refeições?
2.	Para lavar as mãos não é preciso sabão?
3.	Gostaram da sessão sobre a higiene das mãos?
4.	Depois de brincar com areia têm de lavar as mãos?
5.	Depois de ir à casa de banho devemos lavar as mãos?
6.	Depois de brincar com os animais de estimação não precisamos lavar as mãos?
7.	Depois de lavar as mãos podemos secá-las na nossa roupa?
8.	Devemos lavar as mãos durante 2 minutos?
9.	Se comeremos com as mãos sujas vamos ficar doentes por causa das bactérias e micróbios?
10.	Se não lavarmos as mãos não contaminamos os outros colegas com doenças?

Apêndice IV

Planeamento de Sessão de Educação saúde para Pais com Recém-nascido Cólicas

Etapas	Atividades Didáticas	Objetivo	Método Técnicas Pedagógicas	Recursos Didáticos	Duração
Introdução Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação dos objetivos da sessão; • Apresentação da estudante, enfermeiro e participantes. 	Integrar os formandos no conteúdo da sessão.	Expositivo Participativo	Folheto.	2 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Breve revisão dos objetivos, avaliar o desenvolvimento de Recém-Nascido; • Como se inicia o primeiro contacto como bebe: pedido de permissão; • Apresentação/Demonstração das técnicas de massagem; • Apresentação oral e contato como bebe: pedido de permissão; • Apresentação/Demonstração das técnicas de massagem; • Apresentação oral e prática de estratégias de alívio das cólicas. 	<p>Sensibilizar os participantes para a abrangência a importância dos cuidados de cólicas;</p> <p>Aumentar a vinculação pais/bebé;</p> <p>Maximizar as competências parentais, especificamente para a resolução das crises da cólica;</p> <p>Demonstração da técnica de massagem do protocolo anticólica.</p>	Demonstrativo e Expositivo. Participativo.	Folhas A4; Folheto; Óleos de massagem.	15 min
Conclusão		Para pais compreenderem a importância de cólica.	Participativo e Interrogativo		2 min

Apêndice V

Folheto sobre Cólicas Recém-nascido

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



O Bebê e as Cólicas

Como ajudar a confortar o seu Bebê!



Elaborado por:

Estudante: Aureo Freitas
Enf. Orientadora: Cláudia Quintas
Professora Dr^a: Ana Lúcia Ramos

O que são cólicas no Bebê?

As cólicas do bebê não são uma doença.

É muito comum a ocorrência de cólicas nos primeiros meses de vida do bebê, atingindo aproximadamente 1 em cada 2 bebês com idade inferior a 4 meses.



Assume-se que um bebê tem cólicas quando, apesar de bem alimentado e saudável, apresenta períodos de choro intenso e estados de muita agitação por mais de 3 horas por dia.

Mas qual é a origem das cólicas?

Nos primeiros 3 meses de vida do bebê fora do útero, o sistema nervoso do bebê ainda não está completamente desenvolvido e os estímulos externos são muito mais intensos do que aqueles que sentia no interior útero materno.

O que conhecemos como cólicas do bebê podem não ser cólicas reais, ou seja, contrações dolorosas dos intestinos. As crises de choro dos bebês são, muitas vezes, uma descarga de todo o stress e estimulação acumulado ao longo de todo o dia.



Quais são as causas mais conhecidas para as cólicas?

- Imaturidade do sistema gastrointestinal;
- Deglutição de ar durante a amamentação;
- Refluxo gastroesofágico;
- Ansiedade nos pais;
- Estimulação excessiva do bebé ao longo de todo o dia;
- Temperamento do bebé;
- Intolerância ao leite de vaca



Internacional Association of Infant Massage (IAIM).

Hockenberry Marilyn J., Wilson David, MS,RNC, (2011), Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente; (9ª EDIÇÃO), New York, USA, Lusociência;

Cabrera Gilberto MD, Schielbel A. Debra, (2018), Colic Infantil, Acedido no dia 12-10-2018, em Nursing Reference Center, <http://web.a.ebscohost.com/nrc/pdf?vid=3&sid=32f8100f-d82d-41cd-8b42-4010f3c13a19%40sessionmgr4007>

Como aliviar as cólicas do bebé?

Ouvir um bebé a gritar durante horas consegue desanimar quaisquer pais.

- É preciso relaxar. Se houver demasiada ansiedade e tensão, o bebé irá perceber e será mais difícil de acalmar;
- Poderá oferecer uma chupeta ou a mama ao bebé. Por vezes funciona uma vez que a sucção acalma o bebé;



- Pegar no bebé de barriga para baixo, e embalar-lo;

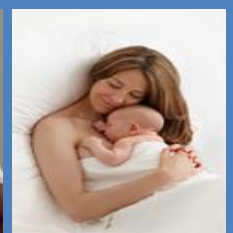


– Massajar a barriga do bebé em movimentos circulares, no sentido do ponteiro do relógio ou mão direita faz uma meia-lua virada ao contrário, da sua esquerda para a direita. Mão esquerda faz um círculo completo, movendo-se na direção dos ponteiros de um relógio. Enquanto a mão direita está em cima, a mão esquerda está embaixo (6 vezes). Também se pode esticar e encolher as pernas do bebé de forma a encostar os joelhos a barriga e fazer movimentos de bicicleta com as suas pernas;



- Aconchegar e embalar o bebé. Por vezes, o simples gesto de tocar no bebé pode ajudar a tentar reconfortá-lo;

- Tentar o contacto pele a pele. Após aquecer levemente o quarto, encostar o corpo despido do bebé ao peito do pai ou da mãe sem camisola.



Obrigado

Apêndice VI

Folheto sobre a atuação perante a criança com febre

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Criança com Febre

ELABORADO

ESTUDANTE:

AUREO FREITAS

ENFERMEIRA ESPECI-

ALISTA:

RUTE TRIGO

PROFESSORA: Dr^a.

ANA LÚCIA RAMOS

O que é a Febre?

A febre é um aumento da temperatura corporal para um valor superior ao habitual da criança. É um sinal, não é uma doença, constituindo um dos mecanismos de defesa do organismo.

Como Avaliar a Temperatura do seu filho?

A temperatura é diferente conforme os locais em que é medida, desconhecendo-se a temperatura média diária da criança deve considerar-se como febre qualquer dos seguintes valores da temperatura:

- Retal $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Axilar $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$
- Timpânica $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$
- Oral $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$

Os locais de medição da temperatura corporal devem ser preferencialmente:

– No recém-nascido e lactentes deve-se avaliar preferencialmente a temperatura retal : coloque a ponta do termómetro (lubrificada com vaselina) 1 a 2 cm no interior do reto;

–Em crianças mais velhas pode ser avaliada a temperatura axilar e timpânica: coloque a ponta do termómetro na axila do seu filho; e timpânica: (termómetro propiá para ouvido) muito utilizada, devido à facilidade e rapidez na medição;

– A medição oral é viável apenas a partir dos 5 anos de idade, pois requer a colaboração da criança, manter o termómetro debaixo da língua durante 3 minutos.

Temperatura da febre:

O tratamento da febre tem como objetivo minimizar o desconforto da criança.

Se a criança tem febre deve dar-lhe um medicamento, que se chama antipirético.

O antipirético vai baixar a febre e aliviar o desconforto. Demora cerca de uma hora a atuar e tem uma ação de 4 a 6 horas.

A dose de medicação depende do peso do seu filho, pelo que deve confirmar periodicamente com o seu enfermeiro ou médico a dose adequada.

Os dois medicamentos de eleição para obter o efeito antipirético são o Paracetamol (preferencialmente) e o Ibuprofeno (não se recomenda em idade inferior a 6 meses).

A febre do seu filho pode ser seguramente tratada em casa na maioria das situações.

COMO POSSO CUIDAR, EM CASA, DO MEU FILHO COM FEBRE?

- Vista-o de forma ligeira. Não tape o seu filho com cobertor, pois assim aumentará a sua temperatura;
- Encoraje o seu filho a beber líquidos. As crianças perdem muita água quando têm febre;
- Não são recomendados banhos frios;
- Se a criança apresenta as mãos ou pés frios, deverá aquecer as extremidades.

**NA PRESENÇA DE
FEBRE ASSOCIADA A
ALGUM DESTES
SINTOMAS DEVE
CONSULTAR A SAÚDE
24 (808242424),
O ENFERMEIRO OU O
MÉDICO ASSISTENTE**

QUANDO DEVO VALORIZAR A FEBRE?

Criança com:

- Menos de 3 meses e temperatura retal $\geq 38^{\circ}\text{C}$;
- Febre alta ou difícil de ceder aos medicamentos;
- Sonolência excessiva / prostração;
- Irritabilidade e/ou gemido;
- Choro inconsolável;
- Dor persistente;
- Manchas na pele nas primeiras 24 a 48 horas de febre;
- Respiração rápida associada ou dificuldade em respirar;
- Vômitos persistentes;
- Recusa alimentar superior a 12 horas;
- Confusão ou desorientação;
- Dificuldade em urinar, urina turva ou com mau cheiro.

OBRIGADO

Apêndice VII

Apresentação relativa à atuação perante a febre

CONSELHOS PRÁTICOS FEBRE

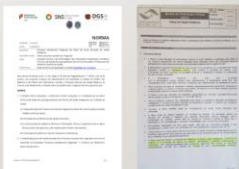
ELABORANDO

ESTUDANTE: AUREO FREITAS
ENFERMEIRA: RUTE TRIGO
PROFESSORA: ANA LÚCIA RAMOS

1

FOLHETO AOS PAIS

Este folheto mais dirigido aos pais e cuidadores, para perceber qual é a importância de Febre, neste folheto baseado em Norma de Direção Geral da Saúde (DGS) com nº 014/2018, com o assunto de: Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica; e baseado também Norma de Orientação Clínica (NOC) Febre em Idade Pediátrica que regula em Centro Hospitalar De Setúbal E.P.E. de Hospital São Bernardo com Versão 03 15/02/2018, Cód. Documentos: NOC.PEDI.03.




2

OBJETIVO DESTE FOLHETO DE INFORMAÇÃO PARA PAIS:

- Determinar desvios e situações de risco a criança;
- Gerir a administração de terapêutica antipirética com correta;
- Promover o bem-estar da criança/prestador de cuidados;
- Fomentar a autonomia dos pais/prestados de cuidados no tratamento de febre.

E NESTE FOLHETO VAI FALAR SOBRE:

- O que é febre ?;
- Como medir a temperatura ?;
- Como posso cuidar, em casa, do meu filho com febre ?;
- Tratamento da febre;
- Sinais tranquilizador;
- Sinais de alarme.



O QUE É FEBRE ?

- A febre é um aumento da temperatura corporal para um valor superior ao habitual da criança. É um sinal, não é uma doença, constituindo um dos mecanismos de defesa do organismo.

5

COMO MEDIR A TEMPERATURA ?

A temperatura é diferente conforme os locais em que é medida, desconfundindo-se a temperatura medida através da criança deve considerar-se como febre qualquer dos seguintes valores da temperatura:

Raxal	38°C
Oral	37,6°C

Os locais de medição de temperatura corporal devem ser preferencialmente:

- Em recém-nascidos, lactentes e crianças menor que 12 meses deve ser avaliada a temperatura retal - colóca a ponta do termómetro (lubrificada com vaselina) 1 a 2 cm no interior do recto;
- Em crianças mais velhas pode ser avaliada a temperatura axilar e timpânica; colóca a ponta do termómetro no fundo do espaço do seu filho, no centro do axila e timpânica (no ouvido) muito utilizada, devido à facilidade e rapidez na medição;

A medição oral é válida apenas a partir dos 3 anos de idade, pois requer a colaboração da criança. Esta (na boca) utilizada apenas ponta do termómetro debaixo da língua e sempre manter.

6


COMO POSSO CUIDAR, EM CASA, DO MEU FILHO COM FEBRE ?

- Oferecer água e/ou leite; adequar o vestuário e a roupa da cama à sensação de frio ou de calor; respeitar o apetite;
- Se está confortável não é preciso baixar a temperatura, mas sim vigiar se surgem os "sinais de alerta";
- Se está desconfortável, deve tomar um antipirético (que também é analgésico, isto é, alivia a dor); mas não se deve fazer arrefecimento (banho, compressas, ventoinhas) para baixar a temperatura.

TRATAMENTO DA FEBRE

O tratamento da febre tem como objetivo minimizar o desconforto da criança. Se a criança tem febre deve dar-lhe um medicamento, que se chama antipirético. O antipirético vai baixar a febre e aliviar o desconforto. Demora cerca de uma hora a atuar e tem uma ação de 4 a 6 horas. A dose de medicação depende do peso do seu filho pelo seu deve confirmar periodicamente com o seu enfermeiro ou médico a dose adequada. Os dois medicamentos de eleição para obter o efeito antipirético são o Paracetamol e o Ibuprofeno. A febre do seu filho pode ser seguramente tratada em casa na maioria das situações.

- NOTA: não se recomenda em idade inferior a 6 meses.



SINAIS TRANQUILIZADOR

Criança:

- Brinca e tem atividade normal;
- Come menos mas não recusa os alimentos líquidos;
- Sento aberto ou fácil;
- Acalma ao colo e fica com um comportamento quase habitual;
- Tosse seca e irritativa muito frequente, sendo o sintoma que mais perturba a criança;
- Dor a engolir com placas brancas na garganta e/ou associada a olhos vermelhos e/ou a tosse;
- Gengivas dolorosas, vermelhas, sangrantes;
- Olhos vermelhos com secreções;
- Diarreia líquida (ou moderada) sem sangue, muco ou pus;
- Fieira com dificuldade respiratória;
- Manchas vermelhas dispersas, que surgem só a partir do 4º dia de febre.

9

SINAIS DE ALARME


Criança com:

- Sonolência excessiva ou incapacidade em adormecer;
- Facilidade de sofrimento;
- Irritabilidade e/ou gemido mantido;
- Choro inconsolável;
- Não tolerar o colo;
- Dor perturbadora;
- Comêdião;
- Aparecimento de manchas na pele nas primeiras 24 a 48 horas de febre;
- Respiração rápida com cansaço;
- Vómitos repetidos entre as refeições;
- Recusa alimentar completa superior a 12 horas;
- Sede insaciável;
- Lábios ou unhas rosas e/ou tremores intensos e prolongados na subida da temperatura;
- Dificuldade em mobilizar um membro ou alteração na marcha;
- Úrica terna e/ou com mau cheiro;
- Febre com duração superior a 5 dias completos.

10

SUGESTÕES !

- **OBRIGADO**



Centro Hospitalar do Setúbal, E.P.E.
Hospital de São Bernardino
Rua de São João, 1000 - 1300-001 Setúbal

Serviço de Gestão da Formação

1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

Designação Ciclo Formativo: *Novos Paradigmas em Pediatria*

Designação Ação: *Febre - Apresentação de Felbaici*

Data(s): *30/11/2012*

Duração: *12-13h*

Modalidade: Inicial Contínua Serviço Outra

2. SUMÁRIO

Nome (Completo/Letras Maiúsculas)	N.º Mec.	Grupo Profissional	Rúbrica
<i>Áureo Patrício da Costa Freitas</i>		<i>Estudante</i>	<i>leite</i>
Horário	Sumário		
<i>(12-13h)</i>	<i>- Diferença de febre - Como medir a temperatura - O que preciso perguntar perante a criança com febre - Sinais de alarme e o tranquilizador - Nivel de risco, como lidar com a criança em casa. - Administração da Antipirético</i>		
Horas teóricas			
Horas práticas			
Total de horas			

REGISTO DE SUMÁRIOS/PRESENCAS

Nome (Completo/Letras Maiúsculas)	N.º Mec.	Grupo Profissional	Rúbrica
Horário	Sumário		
Horas teóricas			
Horas práticas			
Total de horas			

Responsável pela Formação em Serviço: *J. M. Uje*

Apêndice VIII

Resumo do Artigo Científico

Artigo Científico

A criança com febre, uma comparação de tratamentos em

Portugal e Timor-Leste

Nome do Autor: *Aureo F. Da C. Freitas, (2019)*

Revisora Científica: *Professora Ana Lúcia Ramos, (2019)*

Resumo:

A febre na criança é um sinal comum, que motiva frequentemente a ida às instituições e constitui motivo de preocupação dos profissionais de saúde e dos pais. Neste artigo discute-se a diferença de abordagem aos cuidados das famílias e profissionais realizados em Portugal e em Timor-Leste, perante a criança com febre.

Objetivo:

- determinar desvios e situações de risco da criança;
- gerir a correta administração de terapêutica antipirética, e minimizar os cuidados tradicionais;
- promover o bem-estar da criança/ conhecimento e segurança do prestador de cuidados;
- aumentar a autonomia dos pais/prestador de cuidados no tratamento de febre;
- aumentar os conhecimentos e reduzir o impacto dos problemas dos tratamentos da saúde em Timor-Leste.

Metodologia

Realizar revisão de literatura sobre o tema e descrição experiencial de abordagem à criança com febre, em Portugal e Timor-Leste.

Resultados: após uma pesquisa em Nursing Reference Center, EBSCOhost, B-On, foram selecionados 10 artigos relativos à temática. A descrição dos cuidados à criança com febre foi realizada pelo autor, como enfermeiro em Timor-Leste e conhecedor da realidade portuguesa, no âmbito do Estágio do Curso de Mestrado.

Conclusão: Febre é referida como uma condição em que existe um aumento da temperatura corporal acima da 1° C de temperatura normal. Constitui-se como um dos sinais mais comuns na infância, quer em Portugal tanto em Timor-Leste.

Os tratamentos nestes dois países são diferentes, em Portugal eles são abordados usando medicamentos, e em Timor-Leste, a maior parte das pessoas ainda utiliza os cuidados tradicionais, como medicamentos de ervas, que utiliza as plantas como remédios.

Palavras-chave: Criança; Temperatura Corporal; Febre; País; Enfermeiro.