



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção  
do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde  
Infantil e Pediátrica

**AMÉLIA MARIA FERREIRA MAIA GONÇALVES**

Porto, setembro de 2021





**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

### **CLINICAL PRACTICE REPORT**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Elaborado por

**AMÉLIA MARIA FERREIRA MAIA GONÇALVES**

Sob orientação de

**PROFESSORA DOUTORA ISABEL QUELHAS**

Porto, setembro de 2021



## **RESUMO**

O presente relatório de estágio surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Ilustra e sistematiza o percurso realizado na Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, onde foram desenvolvidas e adquiridas competências para a prestação de cuidados especializados, exigidas ao Enfermeiro Especialista.

Neste documento faço uma síntese do trabalho desenvolvido durante o Estágio, cujos contextos abrangeram a assistência em urgência pediátrica, a assistência em neonatologia e a assistência em internamento de pediatria, e levou à aquisição das competências necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da Saúde Infantil e Pediatria.

A organização deste relatório tem por base o agrupamento das competências do Enfermeiro Especialista em quatro domínios de atuação: prestação de cuidados, gestão, formação e investigação. Para cada um destes domínios defini os objetivos específicos delineados, as atividades desenvolvidas para os concretizar e uma reflexão crítica, na qual se pretende fundamentar e transmitir a importância das aprendizagens desenvolvidas para a aquisição de competências científicas, técnicas e humanas para a prestação, gestão, formação e investigação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido/ criança/ jovem e sua família.

De referir que, ao longo de todo este percurso, dei especial atenção à necessidade de promover a continuidade dos cuidados, uma vez que o contacto com contextos assistenciais tão distintos, criou a possibilidade de refletir sobre este tema.

A mobilização dos conhecimentos adquiridos ao longo do meu percurso pessoal e profissional, e o percurso deste estágio, apoiado na análise crítica e reflexão efetuadas com recurso à pesquisa bibliográfica sistemática, permitiram a aquisição dos conhecimentos, das habilidades e das competências inerentes à prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de Saúde Infantil e Pediatria.

**PALAVRAS-CHAVE: Competências, Enfermeiro Especialista, Criança, Família.**



## ABSTRACT

This clinical practice report comes within the framework of the Master's degree in Nursing with Specialization in Child Health and Paediatrics Nursing, from the Institute of Health Sciences of the Universidade Católica Portuguesa. It presents and systematizes the work accomplished in the Curricular Unit "Final Internship and Report", which involved the development and acquisition of the skills for the provision of specialized care which are demanded of the Specialized Nurse Practitioner.

In the current document, I provide an overview of the work developed during the internship, which covered the contexts of assistance in paediatric emergency care, assistance in neonatology and assistance in paediatric internment, and led to the acquisition of the required skills for the provision of specialized nursing care in the area of Child Health and Paediatrics.

The organization of this report is based on the grouping of the Specialized Nurse Practitioner's skills in four working areas: provision of care, management, training and research. For each of these working areas, I have defined the specific goals outlined, the activities developed to achieve them and a critical reflection, which aims to substantiate and convey the importance of the lessons learned for the acquisition of scientific, technical and human skills for the provision, management, training and research of specialized nursing care to newborn/ children/ young people and their families.

It should be noted that, throughout this process, I have given special attention to the need to promote continuity of care, since the contact with such different care contexts created the possibility to reflect on this theme.

The mobilisation of the knowledge acquired in the course of my personal and professional journey and during this internship, supported by the critical analysis and reflection carried out with the help of systematic literature search, allowed the acquisition of the knowledge, abilities and skills inherent in the provision of specialized nursing care in the area of Child Health and Paediatrics.

**KEYWORDS: Skills, Specialized Nurse Practitioner, Child, Family**



## **AGRADECIMENTOS**

Às minhas filhas, pelo amor incondicional.

À minha mãe, pelo apoio e carinho em todas as horas.

Aos meus irmãos, cunhada e cunhado, pelo incentivo e força constantes.

Aos meus amigos, por compreenderem a minha ausência.

Aos meus colegas de trabalho, por me inspiraram a fazer mais e melhor todos os dias.

À Professora Isabel Quelhas, pela dedicação, apoio e orientação neste percurso difícil.

Aos enfermeiros tutores e colegas, por me terem orientado e transmitido o conhecimento e a experiência que permitiram que crescesse como pessoa e profissional.

A todas as crianças e famílias com quem me cruzei durante o estágio, por me terem ajudado a ser uma melhor enfermeira.

A todos, Obrigada.



## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

APR – Atendimento Permanente Referenciado

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

DM1 – Diabetes Mellitus Tipo1

DR – Diário da República

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

GIA – Gabinete de Informação e Apoio ao Aluno

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NSE – Necessidades de Saúde Especiais

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

SUP – Serviço de Urgência Pediátrico

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UPIP – Urgência Pediátrica Integrada do Porto



## ÍNDICE

1. Introdução .....	13
2. Competências previamente adquiridas .....	15
2.1. Prestação de Cuidados .....	16
2.2. Gestão .....	18
2.3. Formação .....	19
2.4. Investigação .....	20
3. Contextualização do Estágio.....	21
4. Competências, objetivos e atividades desenvolvidas .....	27
4.1. Prestação de Cuidados .....	29
4.2. Domínio da Formação .....	63
4.3. Domínio da Gestão .....	67
4.4. Domínio da Investigação .....	71
5. Considerações Finais .....	75
6. Bibliografia .....	77
7. Apêndices.....	83
Apêndice I. Planeamento e apresentação da ação de formação “Inclusão da criança com DM1 na comunidade” .....	85



## 1. Introdução

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular – Estágio Final e Relatório, inserida no 12º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa no Porto.

Ele pretende descrever a minha aprendizagem e o desenvolvimento de competências realizados no âmbito do estágio que ocorreu nos contextos de Urgência Pediátrica, Neonatologia e Pediatria, no período de 4 de novembro de 2019 a 15 de agosto de 2020, sob a orientação da docente Doutora Isabel Quelhas.

De acordo com o Guia Orientador da Unidade Curricular, a realização do estágio tem como objetivos gerais:

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

Com a sua elaboração pretendo:

- Explicitar as competências adquiridas previamente no exercício da minha prática profissional;
- Enunciar as competências que desenvolvi ao longo do estágio;
- Descrever e fundamentar as atividades realizadas para alcançar os objetivos individuais e as competências propostos;

- Promover uma análise crítico reflexiva sobre o percurso realizado.
- Enunciar a pesquisa bibliográfica efetuada.

A elaboração deste relatório, tem por base as competências que se constituíram como um complemento imprescindível para a formação como Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) e os objetivos específicos que delinee para cada contexto, e que serviram de suporte para a escolha das atividades realizadas. As competências e os respetivos objetivos e atividades estão organizados em quatro domínios de atuação – prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação em enfermagem e investigação em enfermagem, por uma opção meramente organizativa.

Este relatório encontra-se dividido em seis capítulos:

- Introdução: Inclui a estrutura e conteúdo do trabalho.
- Competências previamente adquiridas: Refere alguns aspetos relevantes do meu percurso profissional, com principal enfoque nas atividades desenvolvidas, que promovem a aquisição de algumas competências que considero previamente adquiridas.
- Contextualização do estágio: Informa sobre a carga horária distribuída pelas diferentes componentes do estágio. Contém a descrição sucinta da estrutura funcional dos diferentes locais de estágio e os motivos que condicionaram a minha escolha.
- Competências, objetivos e atividades desenvolvidas: Enuncia as competências que pretendo adquirir nos contextos de estágio, segundo o Plano de Estudos da Universidade Católica Portuguesa, focando os objetivos específicos e as atividades desenvolvidas para essa aquisição, e fazendo uma reflexão sobre as experiências vivenciadas.
- Considerações Finais: Reúnem uma breve reflexão sobre todo o percurso efetuado e o seu impacto na minha postura profissional enquanto EESIP.
- Bibliografia: Constituem o suporte do percurso formativo desenvolvido.

São também incorporados apêndices, que complementam e ilustram algum do conteúdo descrito.

## 2. Competências previamente adquiridas

A minha atividade profissional, enquanto enfermeira a prestar cuidados em contexto de internamento de pediatria teve início em 1997, num hospital geral e periférico. O interesse por esta área foi tão marcante que, dois anos mais tarde, em 1999, ingressava num hospital central especializado na assistência pediátrica, e por lá permaneci até ao seu encerramento em 2011. Este hospital foi, para mim, uma referência em termos de cuidados à criança e sua família, pela excelência dos cuidados prestados e por toda a filosofia do cuidado pediátrico, muito própria da instituição. O interesse pela pediatria estava consolidado e diversas competências, nesta área, foram adquiridas ao longo destes anos de exercício profissional no serviço de internamento médico e cirúrgico.

A mudança para os cuidados de saúde primários, que ocorreu em 2011 foi cuidadosamente planeada, no sentido da manutenção da prestação de cuidados na área da pediatria e desenvolvimento das competências anteriormente adquiridas. Após uma breve incursão por uma equipa de cuidados de saúde personalizados, integrei a equipa de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), como responsável pela operacionalização do projeto de saúde escolar.

A saúde escolar tem um papel fundamental no que diz respeito à saúde infantil, uma vez que, no contexto escolar conseguimos promover hábitos de vida saudáveis, prevenir comportamentos de risco e contribuir para a integração social das crianças com doenças crónicas (Direção-Geral da Saúde, 2015).

A atual experiência profissional, fez com que me fosse creditada a unidade curricular “A Saúde da Criança e Família - Vigilância e Decisão Clínica”, também incluída no plano de estudos do presente curso, visto que algumas das competências do EESIP descritas no plano de estudos, são competências que tenho vindo a desenvolver no meu contexto de trabalho.

As competências são, segundo OE, um *“fenómeno multidimensional, complexo que é definido como a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional”* (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Toda a experiência profissional e as formações realizadas constituíram uma base sólida para a aquisição de competências, que pretendo agora desenvolver e consolidar, para evoluir no sentido da diferenciação dessas mesmas competências, e adquirir “*capacidade de resposta a situações vastas e complexas, numa constante atitude de reflexão crítica sobre as práticas*” (Benner, Queirós, Lourenço, & Dias, 2005).

No exercício da minha atividade profissional, considero já ter adquirido algumas das competências propostas no Plano de Estudo, mas não quero deixar de salientar a oportunidade da sua consolidação, promovida pelo contacto com novas realidades, que este momento de formação me proporciona.

Considerando que, para além da prestação de cuidados, “*os enfermeiros contribuem no exercício da sua atividade na área da gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem*” (Ministério da Saúde, 1996), optei por distribuir as competências em quatro áreas distintas: prestação de cuidados, gestão, formação e investigação.

## **2.1 Prestação de Cuidados**

Como enfermeira na UCC, a minha atividade profissional centra-se na preparação para a parentalidade, no acompanhamento de crianças com doença crónica, para facilitar a sua integração social e escolar, e na promoção de estilos de vida saudáveis das crianças/jovens em idade escolar e sua família.

Como atividades desenvolvidas nesta área saliento:

- Contribuo para a promoção de práticas de higiene pessoal e coletiva, que impeçam a transmissão de doenças e promovam a adoção de estilos de vida saudáveis;
- Deteto na escola os alunos que não fazem adequada vigilância da sua saúde, encaminhando-os para os recursos disponíveis;
- Elaboro, em colaboração com os professores e a família, o plano individual de saúde promotor da parentalidade e da inclusão escolar, e acompanho na escola os alunos com Necessidades de Saúde Especiais (NSE), que necessitam de apoio ou recomendações específicas de saúde;

- Promovo a articulação entre as diferentes unidades de apoio à criança e família, para promover a continuidade dos cuidados;
- Atuo ao nível da prevenção e diagnóstico precoce de situações de risco, que possam afetar negativamente a qualidade de vida das crianças/ jovens e sua família, dinamizando sessões de educação para a saúde, de sensibilização das crianças e respetivas famílias para possíveis situações de risco, e dinamizando atividades de promoção de um ambiente escolar saudável e seguro;
- Identifico os alunos com suspeitas de maus tratos e apoio a escola no acompanhamento dos mesmos, sinalizando os que careçam de intervenção prioritária, por parte dos serviços de saúde, para os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) e Comissão de Proteção de Menores (CPCJ);
- Implemento projetos de promoção da saúde em meio escolar que contribuem para a promoção da saúde mental e a melhoria dos determinantes em saúde como, a educação sexual em meio escolar, o aumento da ingestão de fruta e vegetais, o aumento da prática de atividade física e a promoção de boas práticas em saúde oral;
- Integro a equipa dos Gabinetes de Informação e Apoio ao Aluno (GIA), no âmbito da educação para a saúde e educação sexual, conforme a legislação em vigor, e promovo o encaminhamento das crianças/ jovens e família para recursos da comunidade sempre que necessário;
- Promovo a vinculação de forma sistemática, colaborando na dinamização do "cantinho da amamentação" e facilitando o envolvimento dos pais em todos os planos de cuidados/ atividades realizadas no âmbito da saúde escolar e intervenção comunitária;
- Em todas as atividades efetuadas, comunico com as crianças/ jovens e respetiva família de forma apropriada ao seu nível de desenvolvimento, respeitando as suas crenças e cultura, e estimulando o envolvimento de todos.

Tendo em conta as atividades descritas, considero ter adquirido parcialmente as seguintes competências: Demonstrar capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar; Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente; Planear e executar intervenções terapêuticas em grupo, em função dos diagnósticos de enfermagem levantados; Produzir um discurso pessoal

fundamentado, tendo em consideração as diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara; Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP; Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

## 2.2 Gestão

As atividades desenvolvidas ao longo dos anos, permitiram-me adquirir a responsabilidade e a experiência necessárias para desenvolver competências na área da gestão, em diferentes contextos assistenciais.

Entre as atividades desenvolvidas saliento:

- Assumo funções de responsável pelo contexto assistencial, sempre que necessário;
- Efetuo o planeamento de todas as atividades de saúde escolar realizadas na UCC, envolvendo, sempre que possível, profissionais de diversas áreas, para dar resposta às necessidades detetadas;
- Sou responsável pela formação no serviço desde 2006, efetuando anualmente o levantamento de necessidades de formação, o planeamento e o relatório das formações realizadas;
- Assumo funções de enfermeira tutora de alunos do curso de licenciatura em enfermagem, durante a realização dos seus estágios, no contexto da UCC;
- Colaboro com os restantes elementos da equipa na integração de novos profissionais;
- Promovo, em conjunto com a equipa, uma gestão eficiente dos recursos materiais, através da sua correta utilização, e comunicação de eventos adversos.

Tendo em conta as atividades descritas, considero ter adquirido parcialmente a competência de realizar a gestão de cuidados na área da EESIP.

### 2.3 Formação

Como enfermeira, sempre nutri um carinho especial pela área da formação. Durante o meu percurso profissional, investi na formação, para dar resposta á necessidade que senti, desde cedo, de conhecer dinâmicas e estratégias pedagógicas e comunicacionais, que me permitissem ser “educadora para a saúde” de todos os meus utentes, com o objetivo de prestar cuidados de excelência.

Esta necessidade, sentida no contexto profissional, conduziu-me à Licenciatura em Ciências da Educação e a anos de colaboração com instituições públicas e privadas, como formadora, em diferentes áreas da saúde.

Neste contexto, entre as atividades desenvolvidas, saliento:

- Elaboro anualmente o Plano de Formação em Serviço, tendo em conta as necessidades de formação identificadas pelos elementos da equipa da UCC;
- Participo ativamente em todas as formações realizadas no serviço, tentando promover uma atitude critico-reflexiva constante;
- Participo, em formações internas e externas, em que são abordados temas que me permitam a aquisição e atualização continua de conhecimentos, na área da saúde infantil;
- Efetuo frequentemente formações para pais, assistentes operacionais e professores, para reforço das suas competências na área da promoção da saúde infantil.

A formação é um percurso continuo, que pretendo manter, enquanto enfermeira.

Tendo em conta as atividades descritas, considero ter adquirido parcialmente as seguintes competências: Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto- desenvolvimento pessoal e profissional; Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros; Identificar as necessidades formativas na área da EESIP; Promover a formação em serviço na área da EESIP;

## 2.4 Investigação

A investigação é o suporte que sustenta a minha prática, numa postura crítico-reflexiva de basear os cuidados na melhor e mais atual evidência científica.

Nesta área saliento:

- Efetuo pesquisa bibliográfica de forma sistemática, e partilho os resultados encontrados;
- Elaboro todas as formações realizadas com base na mais atual evidência científica;
- Participo em trabalhos de investigação.

Tendo em conta as atividades descritas, considero ter adquirido parcialmente as seguintes competências: Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência; Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas; Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP.

Constato, deste modo que, no exercício da minha atividade profissional fui adquirindo algumas competências que foram agora consolidadas no confronto com as novas realidades dos contextos por onde passei durante o estágio.

### 3. Contextualização do Estágio

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe confere competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (Ministério da Saúde, 1996).

O EESIP presta cuidados de enfermagem à criança e família desde o nascimento até aos 18 anos de idade, podendo este período prolongar-se até aos 21 ou 25 anos, em situações específicas, legalmente previstas.

As atividades do EESIP são desenvolvidas em parceria com a criança e família, independentemente do contexto em que se encontrem, contribuindo com cuidados antecipatórios às famílias para potenciar o desenvolvimento infantil, promovendo a saúde e o bem-estar da criança saudável ou doente, detetando e sinalizando precocemente as situações de risco, e aproveitando todas as oportunidades para proporcionar educação para a saúde.

Para que o EESIP possa atuar efetivamente nestas áreas, é essencial que possua uma série de competências específicas, definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), que são consolidadas ou adquiridas em diferentes contextos.

O estágio decorreu num contexto de urgência pediátrica, num contexto de neonatologia e num contexto de pediatria, em instituições de referência da zona norte do país.

A opção por estes locais prendeu-se com o nível de diferenciação dos cuidados prestados e com as minhas expectativas individuais, e revelou-se muito enriquecedora, uma vez que permitiu vivenciar três realidades muito diferentes do meu atual contexto de trabalho, quer ao nível da estrutura, quer ao nível dos modelos de trabalho adotados.

Esta unidade curricular tem 30 ECTS, com um total de 750h de trabalho, divididas em 360h de contacto em estágio, 20h de seminário, 20h de orientação tutorial e o restante para trabalho individual. De salientar que todos os turnos foram realizados na presença

das enfermeiras tutoras e foram privilegiados os turnos de manhã e tarde pois são considerados os mais potenciadores de aprendizagem, e experiências mais enriquecedoras.

### **3.1 Contexto de Urgência Pediátrica**

O estágio no contexto de urgência pediátrica foi realizado no período de 9 de setembro a 19 de outubro de 2019, no serviço de urgência pediátrica (SUP) de um hospital localizado no norte do país, com um total de 90 horas presenciais.

O SUP em questão recebe crianças e jovens dos 0 até aos 17 anos e 364 dias de vida com doença aguda.

À chegada, e após a admissão administrativa, a criança/ jovem e seu acompanhante são chamados para a sala de triagem, onde são identificados os critérios de gravidade da situação, para definir a prioridade clínica com que a criança/ jovem deve ser atendida. Durante o percurso de assistência no SUP a criança/ jovem passa pelos vários locais que o constituem. A criança/ jovem começa por ser consultada num dos 8 gabinetes médicos disponíveis, passa para o gabinete de enfermagem e, se a situação clínica implicar uma maior ou mais prolongada vigilância a criança/ jovem e o seu acompanhante são encaminhados para a sala de observações, onde poderão permanecer por um período de até 24h. Esta sala possui 10 unidades, uma das quais num quarto de isolamento, equipadas com cama, monitor cardiorrespiratório para vigilância contínua, e cadeirão para o acompanhante (pai ou mãe) que pode permanecer sempre ao lado da criança/ jovem. Mesmo permanecendo no serviço por um período de 24h, a criança/ jovem não tem direito a visitas. Após a sua permanência a criança/jovem sai do serviço por alta clínica, para os diferentes serviços de internamento do hospital ou transferida para outro hospital.

Todo o percurso da criança/ jovem no SUP é registado num sistema informático desenvolvido especificamente para o efeito, o JOne. A sua utilização é muito intuitiva e o facto de todos os profissionais o utilizarem promove a celeridade, a articulação e a

continuidade dos cuidados. Exceção são os registos realizados na sala de observações uma vez que estes são efetuados no sistema SClínico.

A equipa de profissionais que integra o SUP é constituída por 48 enfermeiros dos quais 20 possuem o título de EESIP. Os enfermeiros estão distribuídos por equipas, cada uma com o respetivo chefe de equipa, que distribui os elementos pelos diferentes locais, tendo em conta a sua experiência profissional. Em todos os turnos exercem funções sete enfermeiros: dois enfermeiros na sala de triagem; dois enfermeiros no gabinete de enfermagem; um enfermeiro de apoio aos gabinetes de cirurgia e ortopedia e dois enfermeiros na sala de observações.

### **3.2 Contexto de Neonatologia**

O estágio no contexto de neonatologia foi realizado no período de 4 de novembro a 15 de dezembro de 2019, num serviço de neonatologia de um hospital central, com um total de 90 horas presenciais.

O serviço de neonatologia em questão está inserido no departamento da mulher, da criança e do jovem do hospital, e presta cuidados aos recém-nascidos (RN) de termo e pré-termo, dos 0 aos 28 dias de idade corrigida. Neste serviço podemos encontrar recém-nascidos saudáveis, internados devido à sua prematuridade e recém-nascidos a necessitar de cuidados especiais após o nascimento.

No sentido de manter um ambiente calmo e silencioso não é permitida a utilização do telemóvel dentro da unidade de internamento, sendo que, para o efeito os pais podem dirigir-se à sala de espera onde podem falar ao telemóvel, descansar ou relaxar. Esta sala de espera é um dos diferentes espaços de apoio que constituem a estrutura física do contexto, que é composto por uma unidade de internamento com lotação de 10 unidades, uma das quais de isolamento; duas áreas de trabalho de enfermagem: uma para a preparação de terapêutica e outra para a realização dos registos e passagem de turno; uma sala de estar à entrada, onde os pais podem permanecer durante as passagens de turno ou a execução de procedimentos mais invasivos e o “Cantinho da amamentação”, onde as mães fazem a extração do leite materno. Os pais são

incentivados a permanecer junto das crianças o máximo de tempo possível e são tidos como parceiros nos cuidados a prestar ao RN.

Toda a assistência de enfermagem é documentada no processo individual do recém-nascido no sistema informático SClinico.

O contexto está equipado com recursos que lhe permitem um funcionamento em pleno. Todas as unidades estão equipadas com incubadora, monitor, saída de ar comprimido, saída de oxigénio com humidificador, vacuómetro. Seringas e bombas infusoras e respetivas tomadas de ligação. Existem ainda disponíveis ventiladores, berços aquecidos, berços normais e aparelhos de fototerapia suficientes para fazer face às necessidades dos RN internados, um carro de emergência selado e alvo de verificação diária, e uma incubadora de transporte que é utilizada no transporte dos RN para a realização de exames auxiliares de diagnóstico dentro do hospital.

A equipa de enfermagem que integra o contexto de neonatologia é constituída por 20 enfermeiros, dos quais 7 possuem o título de EESIP. Os enfermeiros estão distribuídos por equipas, cada uma com o respetivo chefe de equipa que efetua o plano de trabalho para o turno seguinte.

### **3.3 Contexto de Internamento Pediátrico**

O estágio no contexto de pediatria foi realizado no período de 6 de janeiro a 15 de agosto de 2020, num hospital central, com um total de 180 horas presenciais.

Este contexto tem capacidade para acolher 30 crianças e jovens com idade dos 0 aos 17 anos e 364 dias, com doença aguda ou crónica e com patologias do foro médico ou cirúrgico.

O contexto integra o serviço de internamento, a consulta externa, o hospital de dia, o atendimento pediátrico referenciado (APR) e a consultadoria aos centros de saúde.

Ao nível da estrutura, destaco um contexto amplo e muito espaçoso, agradavelmente decorado com pinturas nas paredes que fazem a delícia das crianças e adultos que lá se deslocam. Está dividido em várias salas com capacidade para receber 1, 2, 3 ou 6 crianças, que são distribuídas pelos diferentes espaços tendo em conta o diagnóstico

inicial. Possui ainda, no centro do serviço, uma sala de atividades, equipada com jogos e brinquedos, com a presença diária de uma educadora e onde as crianças podem brincar livremente, e duas áreas de trabalho de enfermagem. O contexto está bem equipado, com recursos que lhe permitem suprir grande parte das necessidades das crianças/jovens e sua família e atenuar o impacto negativo de uma hospitalização.

Os pais são incentivados a permanecer junto das crianças 24h por dia, e são parceiros em todos os cuidados prestados à criança/ jovem.

A equipa de enfermagem que integra o contexto é constituída por 24 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino, dos quais apenas 2 elementos não possuem o título de EESIP, e três elementos possuem mestrado em enfermagem.

Toda a assistência de enfermagem é cuidadosamente documentada no processo individual do recém-nascido no sistema informático SClínico.



#### 4. Competências, objetivos e atividades desenvolvidas

O Enfermeiro Especialista é o enfermeiro a *“quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”* (Ministério da Saúde, 1996)

O EESIP é aquele que adquire conhecimentos e competências específicas e *“assiste a criança/ jovem e a família, na maximização da sua saúde; cuida da criança/ jovem e família nas situações de especial complexidade e presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”* (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

O plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil da Universidade Católica Portuguesa (UCP) define um conjunto de competências a desenvolver, para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e foi o meu fio condutor durante os diferentes contextos do estágio. Os objetivos e as atividades inicialmente definidas no projeto de estágio, foram sendo reformulados, depois de conhecidas as realidades de cada contexto.

Considerando agora as competências específicas previstas no plano de estudos, e que considero ter consolidado e adquirido no decorrer do estágio, fez-me sentido agrupá-las nos quatro grandes domínios de atuação do enfermeiro especialista:

- Domínio da Prestação de Cuidados
- Domínio da Gestão de Cuidados
- Domínio da Formação
- Domínio da Investigação.

Agrupadas nestes diferentes domínios, as competências do EESIP, serviram de base para a definição dos meus objetivos específicos que deram origem ao planeamento e concretização de atividades.

Assim, ao longo deste capítulo apresento os objetivos que defini para os diferentes contextos do estágio, as atividades desenvolvidas para os alcançar, e uma breve reflexão



crítica sobre essas atividades, onde pretendo descrever o caminho teórico, prático e reflexivo, percorrido para a aquisição das competências.

#### 4.1 Prestação de Cuidados

Os constantes avanços científicos e tecnológicos a que assistimos alteram as necessidades e a complexidade dos cuidados, que se tornam cada vez mais exigentes.

Os enfermeiros são os profissionais a quem é reconhecida a “*competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo, família, grupos e comunidade*” (Ministério da Saúde, 1996) e é-lhes pedida uma elevada capacidade de flexibilidade e de ajuste às diferentes situações com que se deparam diariamente.

Neste domínio da prestação de cuidados, encaixam todas as competências para o exercício dos cuidados diferenciados e especializados, adequados às necessidades das crianças/ jovens e sua família, e á prática de uma enfermagem avançada, baseada na mais recente evidência científica.

##### **Competências a desenvolver:**

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

##### **Objetivo:**

Conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional da equipa multidisciplinar, nos diferentes contextos assistenciais.

##### **Atividades desenvolvidas:**

- Conhecer os diferentes espaços físicos;
- Consultar e analisar as normas e protocolos existentes nos serviços;
- Conhecer o processo de admissão, acompanhamento, transferência e regresso a casa;

- Conhecer os meios de articulação entre os diferentes contextos da mesma instituição, e outros recursos da comunidade;

### **Reflexão:**

Tendo em conta que todos os contextos de estágio me eram totalmente desconhecidos, conhecer as suas estruturas físicas e dinâmicas organizacionais surgiu como uma primeira necessidade e um grande desafio. Todos os contextos de estágio apresentavam características comuns, relacionadas com a necessidade de adequação à população alvo, entre as quais saliento a decoração colorida e infantil e a organização dos espaços. No contexto de urgência realço o mobiliário e as paredes coloridas com fotos de crianças sorridentes e bem-dispostas, presentes em todos os locais do serviço, o que diminui o impacto negativo e o stress da chegada a um local desconhecido. No contexto de neonatologia, todas as unidades se concentram numa única sala, cuidadosamente decorada com desenhos em cores quentes e alegres. Os alarmes e outros ruídos são reduzidos ao mínimo, e os cuidados são cuidadosamente planeados para evitar manipulações frequentes, o que torna o ambiente estranhamente tranquilo e acolhedor. No contexto de pediatria, a estrutura física do serviço permite que as crianças sejam distribuídas por patologias e faixas etárias semelhantes, o que promove o conforto, a segurança e a interação entre as crianças/ jovens e sua família. Os espaços amplos, a decoração infantil colorida e acolhedora, e o gabinete de enfermagem quase em *open space*, são fatores que atenuam o impacto negativo associado ao processo de hospitalização.

Para otimizar a minha adaptação aos diferentes contextos e dinâmicas organizacionais, tive a oportunidade, e o cuidado, de consultar os procedimentos, as normas e os protocolos dos serviços, que foram documentos facilitadores da minha integração.

A integração apresenta-se como *“um processo estruturado e organizado, no qual os indivíduos desenvolvem habilidades e atingem determinada competência por meio da experiência prática e feedback regular”* (Mestrinho, et al., 2000). Para o seu sucesso, muito contribuiu o desempenho das enfermeiras tutoras, com a sua postura de confiança, estabilidade e acompanhamento contínuo e assertivo, correspondendo totalmente às características defendidas por (Abreu, 2007), ao afirmar que é

imprescindível que o supervisor reconheça a importância de aceitar a função de integrar o novo profissional, tenha brio profissional, conhecimentos técnicos e científicos, bom desempenho profissional, boa capacidade de planeamento e uma boa relação interpessoal.

No primeiro contacto com o SUP, fui calorosamente recebida pela enfermeira chefe, que me fez uma visita guiada ao serviço e me apresentou à enfermeira tutora. Durante o estágio tive oportunidade de passar nos diferentes locais de prestação de cuidados, desde a sala de triagem, sala de pequena cirurgia, gabinete de enfermagem, sala de observações e sala de emergência, o que se tornou uma experiência muito enriquecedora. Neste contexto, saliento a excelente articulação entre a equipa, que embora esteja distribuída por diferentes áreas de trabalho, colabora entre si para que os cuidados sejam efetuados com a maior brevidade e qualidade possíveis. Tive também oportunidade de conhecer um pouco melhor a articulação com outros serviços da instituição. A maioria das crianças que recorrem ao serviço de urgência necessitam de observação por diversas especialidades, que se encontram dispersas por diferentes locais do hospital. Após passar na triagem e efetuar uma primeira observação médica, a criança/ jovem é encaminhada para outra especialidade médica, para a sala de observações do serviço, tem alta, ou é internada. Neste último caso, é efetuado um contacto telefónico prévio com o serviço de internamento e a criança/ jovem e família são acompanhados por um assistente operacional a esse local. Quando a área de residência não pertence à área de abrangência da instituição, a criança é transferida para outra unidade hospitalar. Neste contexto tive oportunidade de requisitar o transporte inter-hospitalar, e colaborar no preenchimento da carta de transferência, que acompanha a criança/ jovem para o outro hospital.

Antes de iniciar o estágio nos contextos de neonatologia e de pediatria, assisti a uma sessão de integração, no Centro de Formação, onde me foi dada a conhecer a estrutura física, a dinâmica organizacional, e a articulação existente entre as diferentes unidades de saúde que constituem o hospital. Além disso, a enfermeira responsável pela Comissão de Controlo de Infeção deu a conhecer o protocolo de controlo de infeções existente na instituição. Foi um momento importante para a minha integração na filosofia de cuidados dos diversos contextos do hospital. Nos primeiros dias de estágio

nos contextos de neonatologia e pediatria, fui recebida pelas respectivas enfermeiras chefes, que me apresentaram à equipa de enfermagem em funções no turno, e fizeram uma visita guiada, mostrando a estrutura física, e explicando as dinâmicas de funcionamento. Nestes contextos, o turno de trabalho inicia-se e termina com a passagem de informação entre os pares, momento fundamental no qual devem estar presentes todos os elementos destacados para o turno. Durante este momento é transmitida a informação relevante do turno anterior, discutidos assuntos relacionados com o funcionamento do serviço, e delineadas estratégias para a resolução de problemas que vão surgindo, ao nível das diferentes dimensões da prestação de cuidados. É também um momento de formação, na medida em que promove a discussão e proporciona reflexão acerca dos cuidados prestados.

No contexto de pediatria, prestam-se cuidados a crianças/ jovens do foro médico e cirúrgico. Este serviço articula diretamente com o serviço de neonatologia e o APR, de onde provêm a maioria das crianças/ jovens internados. No contexto de neonatologia tive oportunidade de conhecer a articulação com o contexto de obstetrícia, de onde provêm a quase totalidade dos recém-nascidos internados, e o contexto de pediatria para onde são transferidos os recém-nascidos após estabilização do seu estado de saúde. Todos os contextos articulam diretamente com as consultas das diversas especialidades, e com o centro de saúde da área de residência da criança/ jovem e família, no sentido de promover a transferência/ continuidade dos cuidados, e tendo como principal objetivo prestar cuidados que consigam suprir as necessidades das crianças/ jovens e sua família. Em todos os contextos de estágio, a preparação do regresso a casa é iniciada no momento de admissão, tendo o objetivo de capacitar a família, no sentido de se tornar segura e autónoma na continuidade dos cuidados no domicílio.

Ao longo de todo o estágio estabeleci uma boa relação interpessoal com as enfermeiras tutoras e os restantes elementos da equipa inter e multidisciplinar. Foram vários os momentos de observação das práticas e troca de opiniões, principalmente com as enfermeiras tutoras, sempre com o objetivo de refletir sobre os cuidados, e aumentar os meus conhecimentos. Estas reflexões permitiram o desenvolvimento de maior capacidade de identificação das necessidades de cuidados à criança/ jovem e sua família, com o conseqüente aumento da qualidade dos cuidados prestados. Todos os

conhecimentos adquiridos possibilitaram a minha integração na dinâmica dos diferentes contextos, e a oportunidade de trabalhar de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

**Competências a desenvolver:**

Desenvolver competências de entrevista clínica, observação e diagnóstico de situação de saúde/ doença, na área da especialidade;

Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;

Planear e executar intervenções terapêuticas em grupo, em função dos diagnósticos de enfermagem levantados;

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

**Objetivo:**

Assistir a criança e família utilizando a metodologia científica no processo de enfermagem;

**Atividades desenvolvidas:**

- Realizar a admissão da criança e família nos diferentes contextos assistenciais;
- Avaliar e atualizar todo o processo de enfermagem;
- Preparar o regresso a casa desde o momento da admissão;
- Observar a realização de consultas de enfermagem nas áreas da diabetes, alergologia e obesidade;

**Reflexão:**

A admissão da criança/ jovem e família nos diferentes contextos assistenciais constitui um momento relevante para a primeira interação destes com os serviços e profissionais

de saúde, designadamente os enfermeiros, que são, habitualmente, responsáveis pela admissão de novos pacientes (American Academy of Pediatrics, 2012). O momento da admissão marca o início de um percurso assistencial que exige uma resposta competente, rápida e eficaz por parte da equipa de enfermagem, e implica a mobilização de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades em diversas áreas. De facto, de acordo com os Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2010), cuidar exige do enfermeiro todo um conjunto de ações como o ser cuidado, a promoção de interação, a relação empática, o envolvimento de responsabilidade, e não apenas o centrar-se no procedimento técnico.

A literatura sustenta que a criança/ jovem tem uma representação do hospital como um elemento externo e agreste, com uma nova e desconhecida linguagem (Redondeiro, 2004). Neste contexto desconhecido, a postura dos profissionais assume um papel de extrema relevância, e o enfermeiro que faz a admissão deve manter o sorriso nos lábios, tratar as crianças pelos nomes próprios ou até por algum diminutivo que lhes seja familiar, tendo sempre o cuidado de se apresentar (Tavares, 2011). Ao mesmo tempo, as crianças valorizam também o tom de voz, o conteúdo verbal, bem como toda a linguagem não-verbal, nomeadamente a postura, o vestuário, os gestos e a expressão facial do enfermeiro (Jorge, 2004). Neste sentido, no momento da admissão, valorizei a apresentação, a postura e a linguagem, e efetuei uma cuidadosa colheita de dados, de forma a conhecer melhor cada criança/jovem e sua família, a sua história clínica, preferências e características. Simultaneamente, facultei aos pais informações básicas, nomeadamente quanto aos horários e regulamentos de cada serviço, recursos físicos e humanos disponíveis, e normas, rotinas e procedimentos habituais, para tentar atenuar os *“níveis aumentados de stress, ansiedade e angústia vividos pelas crianças e progenitores e vivenciados no momento da admissão”* (Potts & Mandleco, 2012).

Esta postura, que adotei ao longo de todos os contextos do estágio, assumiu-se como a pedra basilar, que marca o início da relação terapêutica e contribuiu para uma melhor, mais ajustada e mais saudável adaptação da criança/ jovem e família ao contexto hospitalar.

No SUP tive oportunidade de assistir crianças e jovens com patologias médicas e cirúrgicas das mais diversas áreas, e também crianças e jovens vítimas de trauma. No decorrer do estágio, observei e prestei cuidados em todas as áreas que integram este contexto assistencial: triagem, sala de emergência, gabinete de enfermagem, sala de OBS e gabinete de pequena cirurgia. A diversidade de patologias, aliada à especificidade de cada posto de trabalho, implicou a mobilização de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades em diversas áreas. O primeiro posto de trabalho a que a criança/ jovem acede à chegada ao SUP é a sala de triagem. Aqui, é submetida, por um enfermeiro triador (com o mínimo de três anos de experiência no serviço), a um processo inicial de avaliação clínica, que classifica as crianças/ jovens em função da gravidade do seu estado de saúde, e define o nível de prioridade no atendimento. Neste contexto pude observar e treinar a capacidade de rápida identificação dos elementos relevantes para a avaliação da situação clínica da criança/ jovem. A este nível apercebi-me que, em muitos casos, os pais recorrem ao SUP por situações não urgentes, o que me levou a refletir sobre os motivos que estes pais apresentam para não recorrerem aos cuidados de saúde primários, sobrecarregando o SUP.

Ainda no SUP, observei e colaborei em duas intervenções na sala de emergência, das quais saliento a intervenção realizada num jovem com taquicardia, que entrou no serviço pelo próprio pé, encaminhado pela consulta de cardiologia de um hospital periférico. Este jovem deslocou-se para o hospital em viatura própria, na companhia da mãe e foram encaminhados para a sala de emergência, para cumprir o protocolo de administração de adenosina. Inicialmente ficaram extremamente assustados com toda a situação, mas foram rapidamente tranquilizados pela equipa, num exemplo de ótima articulação de todos os profissionais envolvidos, no sentido de dar uma resposta eficaz e atempada às diversas intervenções necessárias para aquela situação concreta.

No gabinete de enfermagem, tive oportunidade de executar várias intervenções, com o objetivo de responder às necessidades de cada criança/ jovem, e à respetiva prescrição médica. Entre as intervenções mais frequentes saliento a colheita de sangue por punção venosa e de urina por algaliação intermitente ou por saco coletor, para a realização de análises; a colaboração na realização de punção lombar para colheita de liquor para análise; a administração de medicação oral, intramuscular, endovenosa e inalatória; a

inserção/ remoção de cateter venoso periférico; a limpeza das vias áreas por aspiração de secreções; a monitorização dos sinais vitais. Todas estas intervenções, são registadas no JOne, que é um suporte informático, criado especificamente para o contexto de urgência, muito prático e intuitivo, e que facilita a rapidez, gestão e articulação entre os diferentes profissionais durante a prestação dos cuidados.

Colaborei na sala de pequena cirurgia, onde prestei cuidados a crianças/ jovens com lesões traumáticas por acidente (queda accidental e queimaduras). Neste local pude constatar a necessidade de reduzir a ansiedade das crianças/ jovens e suas famílias, esclarecendo as suas dúvidas e explicando tranquilamente os procedimentos a adotar. Pude também refletir, em conjunto com a enfermeira tutora, sobre a falta de articulação com os CSP, uma vez que pais não levam consigo qualquer informação a documentar a razão da vinda à urgência, quais as intervenções realizadas e quais as intervenções a adotar para promover a continuidade dos cuidados.

Na sala de OBS, a assistência de enfermagem adota características semelhantes aos contextos de internamento em pediatria. Neste local, à semelhança do que acontece nos serviços de internamento, o acolhimento é um dos aspetos que assume especial relevância, para garantir uma relação terapêutica tranquila com as crianças/ jovens e suas famílias. Os cuidados prestados centram-se na criança/ jovem e na família, trabalhando em parceria, de modo a promover o mais elevado estado de saúde possível. Nestes contextos, procurei sempre trabalhar com as crianças/jovens e as famílias a promoção e a sua participação nos cuidados, contribuindo para o aumento da sensação de controle das famílias. Ao contactar com as crianças/ jovens e as famílias tentei sempre promover a relação pais-filho e explicar todos os procedimentos a realizar, estando sempre disponível para responder às questões colocadas, assim como para apoiar as diversas repostas emocionais ao medo e à dor manifestadas pelas crianças/ jovens e suas famílias. Esta capacidade de estabelecer uma relação empática, de apoio e suporte emocional aos pais, no âmbito de um modelo de cuidados centrados na família, constitui um desafio estimulante e uma oportunidade excecional e gratificante para o desenvolvimento de conhecimento e competências específicas na área da pediatria.

No serviço de neonatologia tive oportunidade de colaborar e prestar cuidados de enfermagem especializados a recém-nascidos com diferentes diagnósticos, como prematuridade, baixo peso ao nascimento e sépsis neonatal. Neste contexto pude acompanhar todas as etapas do processo de enfermagem, desde a preparação da unidade para a admissão do RN até ao seu regresso a casa. Logo nos primeiros dias, colaborei na admissão de um recém-nascido pré-termo de 27 semanas de idade gestacional. Pude participar em todas as intervenções realizadas para satisfazer as necessidades do RN e família, como a preparação da unidade, a monitorização dos sinais vitais, as colheitas de sangue e cateterização de veia periférica, a implementação de todos os procedimentos e técnicas de promoção de conforto e apoio à família.

No contexto de pediatria, prestei cuidados de enfermagem a crianças/ jovens com patologias do foro médico e cirúrgico, desde o momento de admissão até ao momento da alta. No momento da admissão, acolhi as crianças/jovens e família tendo o cuidado de efetuar uma minuciosa colheita de dados, para identificar as necessidades e hábitos da criança/jovem. Efetuado o diagnóstico, o planeamento de todas as intervenções é realizado com a família, tendo em conta a sua vontade e capacidade de intervir, numa lógica de parceria de cuidados. Os pais permanecem junto da criança/ jovem durante todo o dia e estão presentes e participam, ou realizam autonomamente, os cuidados prestados. Existe um ambiente facilitador de aprendizagens, que promove o esclarecimento de dúvidas, a consolidação de conhecimentos e técnicas, e consequentemente, a autonomia dos pais nos cuidados a prestar após a alta hospitalar. Neste contexto, para além do internamento, observei e colaborei na realização de consultas de enfermagem nas áreas da diabetes, alergologia e obesidade.

A passagem por diferentes contextos permitiu-me ainda o contacto com diferentes profissionais de saúde e diversos sistemas de informação. Desta experiência saliento a relevância do trabalho multidisciplinar, a necessidade de utilizar uma abordagem centrada na família, a aplicação dos conhecimentos específicos da enfermagem, a pertinência da sistematização dos cuidados, e a possibilidade de discussão e reflexão acerca dos cuidados prestados e do papel do EESIP. De facto, em todos os contextos assistenciais, a família impôs-se como uma referência fundamental tornando-se imprescindível conhecer individualmente cada criança/ jovem e a respetiva família para

prestar cuidados de enfermagem personalizados e ajustados às necessidades identificadas. Adotei, por isso, uma postura sensível aos cuidados centrados na família, que contribuem para a emergência de sentimentos de segurança, autonomia e responsabilidade da família pelos cuidados de bem-estar à criança, e permite a continuidade desses mesmos cuidados no regresso a casa, sempre que necessário.

Nos diferentes contextos assistenciais, elaborei o plano de cuidados para cada criança e família, que serviu de guia orientador imprescindível para todas as intervenções realizadas. Estes planos de cuidados, elaborados em conjunto com a criança/ jovem e família, numa lógica de parceria de cuidados, reúnem todas as intervenções realizadas desde o momento da admissão e são alvos de avaliação e atualização contínua, para se ajustarem a novas necessidades e refletirem os ganhos em saúde.

Na lógica, de promoção da autonomia da família e da continuidade dos cuidados, a preparação para o regresso a casa após a alta clínica é um aspeto que valorizei desde o primeiro dia de internamento. A preparação do regresso a casa deve iniciar-se no momento da admissão, de forma a garantir que a alta hospitalar ocorra em tempo útil, de forma segura, e com o menor risco de uma re-hospitalização não desejada, traumática e dispendiosa (Ordem dos Enfermeiros, 2010). O processo de planeamento da alta pressupõe um conjunto de atividades desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar de cuidados ao longo do internamento, facilitadora da transferência adequada e em tempo útil, da criança para outra instituição ou para a comunidade, assegurando a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados (Petronilho, 2008). Assim, no contexto do planeamento da alta incentivei o envolvimento da família nos cuidados, promovi uma comunicação efetiva entre todos os membros da equipa, avaliei as necessidades físicas e psicossociais da criança e da sua família, tendo como objetivos facilitar o regresso a casa, e contribuir para a satisfação da criança/jovem e sua família, para o seu bem-estar, autonomia, autocuidado e qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2018) Na relação terapêutica construída com crianças e suas famílias, desempenhei, em conjunto com a restante equipa, um papel privilegiado, ao promover a continuidade dos cuidados e a adaptação aos desafios de saúde com que estes se deparam após a alta hospitalar, contribuindo para melhorar a qualidade de vida de todos os intervenientes. Nos diferentes contextos do estágio assisti e colaborei na preparação para a alta de várias

crianças/jovens. Este momento é o culminar de um percurso de partilha de um conjunto de informações e orientações, que ocorrem ao longo do internamento, e que permitem garantir que as famílias que querem, e são capazes, estão preparadas para, de um modo seguro, tranquilo e confiante, participarem em todos os cuidados ao longo do internamento, mantendo a sua continuidade no regresso a casa.

Neste contexto, no caso dos RN que permanecem por longos períodos no serviço de neonatologia, a enfermeira responsável pela gestão das altas programa uma visita domiciliária, em conjunto com o enfermeiro de família. O momento da visita domiciliária é fundamental para observar a adaptação da família à chegada do bebé, para o esclarecimento de dúvidas por parte dos pais, e para a deteção de situações que necessitem de vigilância ou orientação. Esta visita domiciliária de acompanhamento da criança no regresso a casa também é efetuada no contexto de pediatria, nas situações de crianças com doenças crónicas ou situações familiares complexas, identificadas pelos profissionais do serviço. Durante o meu percurso de estágio tive oportunidade de participar numa visita domiciliária, que se tornou um momento muito enriquecedor para mim, na medida em que me proporcionou a possibilidade de observar e colaborar em todo o trabalho que é feito pelo EESIP no domicílio. No caso das crianças que não pertencem à área geográfica da instituição esta visita domiciliária não se realiza, e a continuidade dos cuidados é assegurada apenas pela carta de alta de enfermagem.

No momento da alta são também fornecidas informações sobre os recursos existentes na comunidade, nomeadamente a necessidade de transmissão de informação à equipa de cuidados de saúde primários (CSP), para assegurar a continuidade da vigilância e dos cuidados, as linhas e horários do SUP, linha SNS24, linha SOS amamentação. Para além de todas as informações e ensinamentos, faz parte do protocolo da alta dos serviços a entrega do Boletim de Saúde e da carta de alta de enfermagem, que constituem instrumentos indispensáveis para a continuidade de cuidados.

Ao longo de todo o meu percurso de estágio recorri à mobilização de conhecimentos adquiridos na minha prática profissional, na fase teórica do curso e através de pesquisa bibliográfica sistemática, promovendo assim uma constante atualização de conhecimentos para a prestação de cuidados. Adicionalmente, tentei sempre esclarecer

todas as dúvidas junto das enfermeiras tutoras e restantes elementos da equipa, reconhecendo o valor da sua experiência profissional. Procurei manter uma atitude baseada na tomada de decisão ética e responsável, de forma a respeitar a dignidade, o direito da pessoa à privacidade, ao acesso e à confidencialidade da informação, os valores, os costumes e as crenças com vista à prestação de cuidados de excelência à criança/ jovem e sua família. Tive oportunidade de colaborar e prestar cuidados de enfermagem especializados a crianças e jovens com diferentes patologias, tendo implementado intervenções de enfermagem interdependentes e intervenções autónomas, dando uma especial atenção a estas últimas, no cuidar da criança e família. Todas as experiências de estágio contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional e para o desenvolvimento do meu pensamento crítico, quer pela complexidade inerente, quer pela oportunidade de desenvolvimento de saberes técnicos, relacionais e comunicacionais que promoveram.

### **Objetivo:**

Desenvolver competências de apoio à transição e ao desempenho do papel parental.

### **Atividades desenvolvidas:**

- Apoiar e incentivar o desempenho da parentalidade;
- Elogiar a criança e família pela capacidade de decisão e autonomia nos cuidados;
- Instruir e treinar a prática do canguru;
- Ensinar e treinar a prática do aleitamento materno.

### **Reflexão**

A parentalidade é uma área relevante para a Enfermagem, emergindo como foco de atenção dos profissionais de enfermagem. O EESIP tem um papel relevante na promoção do desempenho do papel parental, contribuindo para dotar os pais de competências e conhecimentos específicos e úteis para identificar e acompanhar as diferentes etapas do desenvolvimento dos seus filhos (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A parentalidade marca a passagem para uma nova fase do ciclo de vida familiar, forçando a redefinição de papéis, tarefas e projetos de vida. Mesmo sendo um

acontecimento normativo, comum e habitualmente esperado e desejado, representa uma das mais dramáticas e intensas transições que o sistema familiar enfrenta (Ngai, F; Ngu, S., 2013) e (Katz-Wise, Priess, & Hyde, 2010), suscetível de produzir descompensação e aquisição de vulnerabilidades (Ngai & Chan, 2011).

Pela sua proximidade, decorrente da vigilância da gravidez e do acompanhamento do RN/ criança, o enfermeiro tende a ser um dos cuidadores centrais na preparação dos pais para a transição iminente, e que facilita o processo de aquisição de novas habilidades relacionadas com a sua experiência (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000).

A adaptação para a parentalidade é um processo que se desenvolve ao longo do ciclo vital, sendo ajustada de acordo com as fases de crescimento e desenvolvimento da criança (Martins, Abreu,, & Figueiredo, 2017). Frequentemente, é acompanhada por sentimentos de insegurança, incapacidade, tensão emocional e ansiedade, acentuados durante a hospitalização da criança/jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Consciente de que, incentivar a parentalidade durante a hospitalização da criança é um aspeto importante a considerar no processo de adaptação à parentalidade, e beneficiando da proximidade que os contextos de estágio me proporcionaram, adotei a postura de integrar os pais na equipa, para promover sentimentos de confiança quanto às suas capacidades de cuidar da criança, tomando decisões conjuntas partilhadas e facilitando a manutenção de laços familiares, o que se torna importante para o seu ajustamento psicológico e social durante a hospitalização. Prestei cuidados de enfermagem especializados a crianças desde o nascimento até à adolescência, o que me permitiu verificar a necessidade de ajustar a minha prática às necessidades e funcionamento de cada família, de forma a promover uma adequada transição para a parentalidade, nos diferentes momentos de desenvolvimento da criança/jovem. Procurei desenvolver atividades que me permitissem avaliar as necessidades parentais como a observação e a interação com os pais, apoiando-os nos diferentes aspetos do desempenho do papel parental e contribuindo para a educação parental através de ensinamentos e aprendizagem de competências. Participei em vários ensinamentos efetuados, com vista ao desenvolvimento do papel parental, e incentivei a presença dos pais junto aos filhos durante a hospitalização

ou episódio de urgência, tornando-os parceiros em todas as intervenções realizadas, elogiando a relação pais/ filhos e as suas capacidades de desempenho parental.

Como forma de promoção da parentalidade, na assistência neonatal incentivei a prática do Método Canguru. Este método surgiu em 1978 com o intuito de diminuir a mortalidade neonatal (Costa & Monticelli, 2005). Consiste na possibilidade de colocar e manter o recém-nascido apenas com fralda e gorro, de forma a minimizar as diferenças de temperatura, sobre o peito, em contacto pele-a-pele precoce com a mãe ou o pai, numa posição vertical, sustentado por uma manta. Deverá ser iniciado o mais precocemente possível, mas apenas quando o RN estiver hemodinamicamente estável e deve ser praticado de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado do seu recém-nascido (World Health Organization, 2003). Desta forma, promove-se o estabelecimento de uma ligação afetiva e inclui-se os pais nos cuidados a prestar ao seu filho (Flynn & Leahy-Warren, 2010) e (Meira, Leite, Silva, Olivo, & Meira, 2008).

Constatei que, o recurso regular e continuado ao Método Canguru, proporciona ao recém-nascido inúmeros benefícios, nomeadamente uma maior estabilidade hemodinâmica, incluindo regulação térmica, frequência cardiorrespiratória e saturação de oxigénio mais estáveis, ganho ponderal mais acelerado e efeito calmante com organização dos estados comportamentais ao mesmo tempo que promove a estimulação do aleitamento materno. Também é visível o fortalecimento do vínculo afetivo mãe/pai-filho e a maior confiança e competência dos pais no cuidado ao seu filho, o que se pode refletir na “diminuição o tempo de internamento, e no desenvolvimento sensório-motor mais adequado” (Feliciano, 2007); (Freitas & Camargo, 2006); (Venâncio & Almeida, 2004).

Outra atividade que contribui frequentemente para facilitar a adaptação à parentalidade promovida por todos os profissionais dos diferentes contextos de estágio é o aleitamento materno. *As vantagens do aleitamento materno são múltiplas e reconhecidas a curto e a longo prazo, existindo um consenso mundial de que deve constituir em exclusivo o regime alimentar do bebé até aos 6 meses de idade (Levy & Bértolo, 2012).*

Adicionalmente, para mães de bebés hospitalizados após o nascimento, o aleitamento materno constitui uma oportunidade única de se relacionar e conectar fisicamente com o bebé (Sweet, 2008). Tendo consciência de que, a relação estabelecida entre profissionais de saúde e pais constitui um dos principais facilitadores do aleitamento materno na neonatologia (Alves, Rodrigues, Fraga, Barros, & Silva, 2013), adotei a postura de orientar, informar, apoiar e esclarecer todas as dúvidas, sem impor ou fazer juízos de valor, para que cada mãe pudesse trilhar o seu caminho de forma esclarecida e sem receios. Ao longo do estágio tive oportunidade de escutar, aconselhar e esclarecer todas as dúvidas que os pais iam colocando. Tentei transmitir o conhecimento, as técnicas e a segurança necessários para que as dificuldades iniciais fossem ultrapassadas e as mães estabelecessem o aleitamento materno de forma consciente, eficaz e prazerosa, ultrapassando as dúvidas e dificuldades iniciais

Estive constantemente atenta aos comportamentos parentais, para identificar as suas necessidades e dar resposta às suas dúvidas e/ou inquietações. Tentei sempre fornecer suporte às famílias, transmitindo-lhes os conhecimentos necessários para que se sentissem seguros e autónomos, reagissem de forma afetuosa às manifestações das crianças, e estivessem física e psicologicamente disponíveis para interagir com a criança de forma gratificante para todos. Na prestação de cuidados promovi um ambiente calmo e tranquilo, acolhi os pais nos diferentes contextos, favorecendo a sua presença constante e o seu envolvimento nos cuidados ao filho, tais como - banho, massagem, amamentação, toque terapêutico, comunicação, mudança da fralda e método canguru, elogiando e reforçando sempre os aspetos positivos da sua participação em todos os cuidados.

**Competências a desenvolver:**

Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;

Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da

EESIP.

Refletir na e sobre a sua prática, de forma crítica.

### **Objetivos:**

Aprofundar conhecimentos e desenvolver estratégias que promovam a adaptação da criança e família ao processo de doença e hospitalização.

Prestar cuidados à criança e família com vista a maximizar o seu potencial de crescimento e desenvolvimento perante a experiência de internamento hospitalar.

### **Atividades desenvolvidas:**

- Promover um ambiente calmo e seguro que potenciem o normal desenvolvimento da criança;
- Minimizar o impacto negativo da hospitalização;
- Perceber o impacto da doença e da hospitalização, nas dinâmicas familiares;
- Identificar as necessidades da criança e família, decorrentes da hospitalização;
- Adotar uma atitude empática com a criança e família;
- Proporcionar e incentivar atividades lúdicas adequadas ao nível de desenvolvimento da criança.

### **Reflexão**

A hospitalização da criança é uma situação particularmente crítica, tanto para a criança como para a sua família, dada a sua fragilidade emocional e a sua dependência dos pais (Jorge, 2004). Esta situação obriga à separação da criança do ambiente protetor familiar, alteração das atividades habituais, tratamentos dolorosos e sofrimento. As manifestações psicológicas que esta condição acarreta para os pais, são muitas vezes acrescidas pela quebra na organização do seu quotidiano (deslocações, despesas, faltas ao trabalho, ausência do lar, entre outras), tornando-os impotentes e desencadeando sentimentos de medo, ansiedade e culpa (Baía, et al., 2016). Contudo vários outros fatores podem influenciar o ajustamento parental à doença da criança, nomeadamente o tipo de suporte social e familiar, relação com a criança, com outros membros da família

e com os profissionais de saúde, recursos económicos e crenças pessoais sobre a doença, constatando as evidências a importância do papel dos profissionais de saúde para a vivência destas transições críticas familiares (Shields, 2011). Neste âmbito, destaca-se o papel central dos enfermeiros enquanto principais cuidadores das crianças/jovens e suas famílias, auxiliando-os nas mudanças e exigências necessárias e iminentes e facilitando o processo de aprendizagem de competências, com base no suporte informacional e instrumental e no apoio emocional (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Durante a realização do estágio tive a preocupação constante de estar atenta a todos estes fatores e sobre eles atuar, adaptando os cuidados de Enfermagem em função da sua minimização, assim como de manter uma postura empática, utilizando linguagem adequada na interação com a criança/ família. De facto, acredito que o enfermeiro tem um papel importante na forma como a hospitalização da criança é percebida, encontrando-se numa posição privilegiada para ajudar a criança/família na adaptação à nova situação. Em todos os contextos, adotei uma postura de empatia e compreensão que se revelou essencial para que crianças, jovens e pais fossem capazes de expressar os seus sentimentos e dúvidas de forma clara e aberta. Aproveite os momentos de interação com os pais e a criança para fomentar a relação pais-filhos, e promovi a participação ativa de todos nos cuidados, para que que sentissem mais seguros e confiantes. Acolhemos as crianças, jovens e suas famílias nos contextos, tentando, sempre que possível, agrupá-los por faixa etária e/ou patologias, para que pudessem partilhar experiências, e ao mesmo tempo sentirem-se respeitados nas suas rotinas e intimidade.

Além da importância da estrutura física e organização do serviço para a diminuição do impacto da hospitalização, há três fatores de stress passíveis de desencadear determinadas reações, de acordo com a idade e estágio de desenvolvimento da criança: angústia de separação, perda de controlo e, lesão corporal e dor (Algren, 2006). É sobre estes que o enfermeiro deve intervir de forma a minimizar o impacto negativo desta experiência, e promover uma adaptação tão positiva quanto possível à situação. Assim, no que diz respeito à angústia da separação, incentivei e permiti a permanência constante dos pais, ou familiares significativos, junto das crianças, apoiando o desempenho dos papéis parentais e favorecendo a sua participação ativa, desde o momento de admissão até à alta clínica. Adicionalmente, de forma a minimizar a perda

de controlo experienciada pela criança, permiti e incentivei a personalização da unidade da criança com os seus brinquedos preferidos, objetos familiares à criança (fralda, mantinha), e o uso das suas roupas e acessórios. Com o intuito de tornar o ambiente mais personalizado permiti a manipulação do material e, sempre que possível, a opção de escolha em relação às intervenções que iria realizar. Neste contexto também facultei sempre à criança e família a explicação de todas as intervenções que iriam ser realizadas, tendo o cuidado de adequar a linguagem à faixa etária e explicando algumas vezes o procedimento no brinquedo que a criança trazia, tentando dar à criança alguma sensação de controlo, sem nunca a apressar. Relativamente à diminuição da possibilidade de dor, promovi a utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas adaptadas à idade e nível de desenvolvimento da criança. A avaliação sistemática e gestão eficaz da dor foi uma preocupação constante. Esta gestão foi conseguida através da otimização dos recursos disponíveis em cada contexto: gestão do ambiente físico, incentivar a presença dos pais e a adoção de medidas para minimizar a dor, como o colo, a sucção não nutritiva, a administração de sacarose, a amamentação e a técnica de Canguru. No caso das crianças mais velhas, o método cognitivo-comportamental mais utilizado foi a distração, com o objetivo de desviar a atenção da criança para aspetos agradáveis. Neste contexto, no contexto de pediatria, podemos encaminhar as crianças e jovens para uma sala com jogos e atividades, dinamizados por uma educadora, que permanece no serviço durante grande parte do dia, e que desenvolve atividades lúdicas muito criativas, adequadas às diferentes faixas etárias, e estádio de desenvolvimento de cada criança/jovem.

A situação de doença, e respetiva hospitalização, tem também repercussões na família, a vários níveis, *“provocando alterações estruturais, processuais, cognitivas e da resposta emocional”* (Navarro-Gongóra, 2002), que resultam numa situação de crise para a criança e família. A capacidade de adaptação e reajuste a estas situações dependem de vários fatores: idade, estádio de desenvolvimento, maturidade, experiências anteriores, gravidade de diagnóstico, processo de vinculação, e recursos de suporte disponíveis. Assim, o EESIP deve atender às necessidades emocionais, de adaptação, ansiedade e medos, que a criança e família enfrentam mediante a situação de hospitalização. Consciente destas necessidades, e de modo a diminuir o impacto da hospitalização,

incentivei a presença e o acompanhamento dos pais, tentei sempre proporcionar às crianças e famílias as melhores condições de acolhimento, o esclarecimento de dúvidas/informações relativas as dinâmicas de serviço e à patologia da criança, de forma a assegurar o seu harmonioso e integral desenvolvimento físico, intelectual e moral, zelando pela sua segurança e saúde. Neste sentido, sempre que possível mantive os rituais e as rotinas da criança, respeitei a sua individualidade, informei sobre o que a criança/ família poderiam esperar dos diversos procedimentos e dei-lhes a oportunidade de tomar decisões. Tive a preocupação de compreender os diversos fatores de stress, e atuar sobre eles adequando os respetivos cuidados de enfermagem às necessidades e individualidade de cada criança/jovem e suas famílias.

Criar um ambiente agradável, tranquilo e silencioso, proporcionar a presença constante dos pais/ familiares significativos e dos seus objetos preferidos, e desenvolver atividades que estimulem o seu desenvolvimento, são atitudes imprescindíveis para maximizar o potencial de desenvolvimento da criança e diminuir o impacto negativo da hospitalização.

### **Objetivo:**

Prestar cuidados centrados na família, utilizando o modelo da parceria de cuidados.

### **Atividades desenvolvidas:**

- Promover o envolvimento da criança e do cuidador nos cuidados;
- Implementar o modelo de parceria de cuidados;
- Elaborar com a criança e família o plano de cuidados;

### **Reflexão**

Sendo a criança um ser que se constrói num núcleo familiar, e é indivisível dele, torna-se, portanto, óbvio que o impacto da sua hospitalização se repercutirá em toda a família, devido à estreita ligação família-criança que se rompe durante este período. A consciência de que a criança, durante todo o seu processo de desenvolvimento, e também durante a hospitalização, necessita de amor, segurança, afeto e estímulos,

maioritariamente promovidos pelo núcleo familiar, torna evidente a necessidade de uma assistência de saúde, que integre não apenas a criança, mas também, a família.

Apesar do reconhecimento dos benefícios do envolvimento dos pais nos cuidados à criança hospitalizada e da existência de inúmeras políticas que incentivavam esta prática, os modelos de enfermagem até a década de oitenta, do século XX, faziam pouca ou nenhuma referência à participação dos pais/familiares nos cuidados ao filho. Em 1988 emerge o primeiro modelo de cuidados pediátricos, desenvolvido a partir de um modelo de cuidados centrados na família. É denominado por Modelo da Parceria de Cuidados, da autoria de Anne Casey e realça a importância fundamental dos pais nos cuidados à criança hospitalizada, assumindo-os como parceiros da equipa de enfermagem pediátrica nos cuidados ao filho (Casey, 1993).

Neste modelo, a autora 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, e 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. De acordo com o modelo, o enfermeiro apenas deveria prestar cuidados de enfermagem ou cuidados especializados, incentivando os pais a prestar todos os cuidados familiares. Contudo, esta abordagem de cuidados é flexível, sendo que, no cuidado à criança e em função das circunstâncias familiares, haverá ocasiões em que o enfermeiro desempenha atividades de cuidados familiares e outras em que os pais, com ensino, instrução e supervisão do enfermeiro, tomam a seu cargo algumas atividades de cuidados de enfermagem (Casey, 1993).

A parceria de cuidados, não impõe qualquer limite à participação dos pais no cuidado à criança. De facto, a base deste modelo é o sentimento de negociação e respeito pelas necessidades e desejos da criança e família. Esta filosofia, presente em todos os contextos, atribui ao enfermeiro a função de promover o processo de envolvimento da família nos cuidados, e em parceria, através de um processo de negociação, clarificar quais os cuidados que a família deseja prestar e desenvolver, com vista ao bem-estar da criança. Neste processo, além do envolvimento, também proporcionamos ensino,

orientação e apoio específico à família, de modo a que a participação dos pais seja fundamentada em decisões informadas. Toda a equipa adota uma conduta alicerçada no respeito, flexibilidade e valorização das necessidades de cada criança e de cada família, sendo esta essencial para a relação que se estabelece entre os parceiros do cuidado. Nesta perspetiva, não existem rotinas pré-estabelecidas nos serviços, cada criança/família e abordada respeitando a sua individualidade, gostos e rotinas e os cuidados são personalizados e adequados às necessidades da criança e da família.

Ao longo do meu estágio tive a preocupação de reconhecer a família como uma constante na vida da criança, com as suas forças e fragilidades e a sua diversidade cultural, com um cuidar culturalmente competente, tentando sempre ir ao encontro do outro, na sua singularidade e valor como criança e família. Assim, considerei fundamental estabelecer e desenvolver, em parceria com as crianças e família, um conjunto de mecanismos e estratégias de interação e comunicação que permitissem a negociação de tarefas, num contexto de diálogo aberto e claro com os mesmos, de forma a permitir a inclusão das suas perspetivas, necessidades e opiniões na planificação e prestação de cuidados.

### **Objetivo**

Demonstrar competências de reflexão crítica sobre a na prática de enfermagem

### **Atividades desenvolvidas:**

- Analisar de forma crítica do papel do enfermeiro especialista de enfermagem de saúde infantil e pediatria;
- Identificar os benefícios dos cuidados especializados nos diferentes contextos.

### **Reflexão**

A Ordem dos Enfermeiros defende que o Enfermeiro Especialista

*“deve ser reconhecido pelo cidadão, entidades empregadoras e decisores políticos, como um prestador de cuidados num campo de intervenção particular e detentor de outras competências diferenciadas ao nível da conceção e gestão*

*de cuidados, planeamento estratégico, supervisão de cuidados, assessoria, formação e investigação” (Ordem dos Enfermeiros, 2007).*

Enquanto profissional de saúde especialista, contribui para ganhos em saúde, nomeadamente, por oferecer à população o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados e coordenados, garantindo a continuidade dos cuidados prestados.

Especificamente, o EESIP poderá então ser entendido como um perito na conceção e gestão dos cuidados à criança e à família, já que detém um entendimento profundo sobre as respostas da criança aos processos de vida e problemas de saúde. Toda a sua intervenção deve basear-se num modelo conceptual centrado na criança e na família., trabalhando em parceria com a criança e família, em qualquer contexto em que ela se encontre, de modo a promover o mais elevado estado de saúde possível, na prestação de cuidados à criança saudável ou doente, proporcionando educação para a saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Nos diferentes contextos onde decorreu o estágio, as equipas são constituídas maioritariamente por enfermeiros que possuem o título de enfermeiro especialista. Nos cuidados que prestam, é visível uma intervenção ampla e fundamentada, capaz de implementar soluções com elevada adequação às necessidades da criança e família. Nestes contextos, cada vez mais complexos, e em constante transformação, é visível a capacidade de adaptação dos enfermeiros especialistas, que rapidamente identificam na criança e família as suas necessidades, potencialidades e aspirações e atuam precocemente em situações complexas e inesperadas. Estabelecem uma relação de confiança e empatia, assente na parceria e na comunicação eficaz, que permitem descodificar os sinais implícitos transmitidos pelas crianças e suas famílias, e assegurar a qualidade e continuidade dos cuidados de excelência que prestam diariamente. Atuam sempre numa lógica de englobar a sensibilidade e o pensamento crítico, associados à compreensão da situação e à capacidade de decisão, reconhecendo de forma holística, a criança/família como entidades únicas, dignas de respeito e de atenção.

A minha inclusão nestas equipas, foi extremamente enriquecedora, uma vez que me proporcionou a aquisição de competências especializadas na área da Saúde Infantil e Pediatria, através da maior capacidade de reflexão, pensamento crítico, análise e

discussão acerca das decisões tomadas ao longo dos diferentes contextos de estágio. Através da observação e reflexão crítica sobre a atuação do enfermeiro especialista, tive oportunidade de constatar o modo particular como este profissional se diferencia, no contexto das intervenções, no raciocínio, no discurso, na postura que adota e nas interações que estabelece.

**Competências a desenvolver:**

Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração as diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;

**Objetivo:**

Desenvolver competências na área da educação para a saúde;

**Atividades desenvolvidas:**

- Identificar as necessidades de educação para a saúde das crianças e famílias;
- Promover a literacia em saúde;
- Instruir, ensinar e treinar as crianças e famílias, para que se sintam seguras e autónomas nos cuidados.

**Reflexão:**

Educar para a saúde é criar condições para que as pessoas adquiram a informação e as competências necessárias para fazerem escolhas saudáveis e modificarem comportamentos, contribuindo para o aumento da literacia em saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar a informação, de forma a promover e manter uma boa saúde (World Health Organization, 1998). A literacia em saúde implica, assim, conhecimento, competências pessoais e confiança para tomar decisões fundamentadas em saúde (Nielsen-Bohlman, Panzer, & Kindig, 2004). Ao contribuir

para melhorar o acesso e a utilização de informação, a literacia em saúde é fundamental para a capacitação dos indivíduos enquanto agentes promotores da sua própria saúde (World Health Organization, 1998).

A educação para a saúde não é apenas uma transmissão de informação. Implementar ações de educação para a saúde implica criar ambientes mais saudáveis e desenvolver competências pessoais, através do fornecimento de conhecimentos que desenvolvam competências do dia-a-dia e conduzam à mudança de comportamentos. Implica um planeamento adequado, prevendo os recursos e metodologias a utilizar, de forma a dar uma resposta apropriada às necessidades de saúde de cada pessoa, família ou comunidade (World Health Organization, 2009).

Em todos os contextos de estágio, na relação de proximidade que o enfermeiro estabelece com as crianças e famílias, foi possível identificar as necessidades de aprendizagem, valorizar as preocupações, as barreiras existentes e as estratégias facilitadoras dessa mesma aprendizagem. Nos contactos realizados com a criança/jovem e suas famílias foi possível implementar diferentes estratégias de educação para a saúde que pretendiam promover estilos de vida mais saudáveis e dotar os intervenientes de competências para a prestação de cuidados durante o internamento e após a alta. A aceitação e interiorização da informação transmitida, foi facilitada pelo estabelecimento de uma comunicação honesta, direta e eficaz.

Tendo em conta a características específicas de cada contexto saliento as experiências que considere mais gratificantes. No contexto de pediatria destaco os ensinamentos e treinos realizados à família de uma menina internada por descompensação da sua doença crónica, acerca dos cuidados a ter com uma gastrostomia, de forma a dotar a família de conhecimentos teóricos e técnicos, que lhe permitisse ser autónoma na preparação e administração da alimentação por esta via. Neste contexto, saliento também as intervenções realizadas para colmatar dúvidas/ inseguranças sobre diversas questões de higiene, alimentação e segurança, que foram uma constante nos cuidadores das crianças internadas. No serviço de neonatologia também foi possível intervir, no sentido de partilhar com os pais conhecimentos em diversas áreas, nomeadamente sobre os cuidados ao recém-nascido, amamentação/aleitamento, segurança e desenvolvimento

infantil, de forma a permitir aos pais a aquisição de competências. No SUP, por se tratar de um contacto mais rápido, a maior parte da informação transmitida estava direcionada para questões mais técnicas, como a atuação nas situações de febre, convulsões, prevenção de acidentes e administração de terapêutica. Todos os momentos de partilha, instrução, ensino e treino, partilhados com o RN/ criança/ jovem e suas famílias tiveram o objetivo de melhorar/ acrescentar conhecimentos, para os dotar com as competências necessárias para, de forma autónoma, segura e feliz, prestar cuidados e promover a saúde e o bem-estar físico, mental e social de todos, através da adoção de estilos de vida

Para a concretização destes momentos de formação fiz pesquisas em bases de dados científicas, procurando recorrer aos conhecimentos da mais recente prática baseada na evidência, o que contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional e para o desenvolvimento de competências de comunicação com a criança e família.

### **Objetivo:**

Integrar e respeitar os princípios éticos, deontológicos e responsabilidade profissional, na prestação de cuidados de enfermagem à criança/ família.

### **Atividades desenvolvidas:**

- Implementar práticas profissionais baseadas nos direitos humanos da criança e família;
- Respeitar o código deontológico no desempenho profissional;

### **Reflexão**

A Deontologia profissional encerra, fundamentalmente, o conjunto de deveres relativos ao exercício profissional do enfermeiro, em resultado do mandato social que recebeu, para prestar cuidados de Enfermagem às pessoas famílias e comunidades (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A dignidade humana surge imperiosamente associada a todas as decisões e intervenções, implicando o reconhecimento da autonomia de cada indivíduo para assumir e ser responsável pela sua saúde.

Em contexto pediátrico, a prestação de cuidados de Enfermagem revela desafios deontológicos muito particulares associados à tomada de decisões e práticas perante a

criança e sua família. De facto, prestar cuidados de Enfermagem a alguém implica sempre lidar com escalas de valores que se assumem como referências para a forma de estar e de viver. Todas as intervenções que realizamos, enquanto enfermeiros a exercer funções em contexto pediátrico, afetam significativamente vários aspetos da vida das crianças e das suas famílias, pelo que é fundamental ter sempre presente os aspetos éticos e deontológicos orientadores da prática profissional. Neste contexto, tive o cuidado incluir, na avaliação inicial, realizada no âmbito do processo de enfermagem, a identificação de sentimentos e crenças, influências culturais e sociais, assim como estilos e estratégias de *coping* (Butes, Galhanas, Rodrigues, Silva, & Deodato, 2010). Tentei sempre avaliar o funcionamento da família e compreender a forma como esta lidava com a situação de hospitalização da criança, de forma a poder apoiar toda a família neste período de crise.

Nos diferentes contextos, deparei-me com alguns desafios, relacionados com o confronto entre o respeito pela opinião e individualidade da criança e família e a necessidade de intervenções com que não concordam. As situações em que a postura de pais e filhos jovens não é a mesma, ou em que os filhos solicitam a realização de intervenções sem o conhecimento dos pais, o que suscita questões relacionadas com o sigilo profissional e o direito à tomada de decisão pelos jovens. Esta situação aconteceu na consulta da diabetes, em que uma jovem de 15 anos solicitou entrar sozinha na consulta, contrariando a intenção da mãe de a acompanhar. A jovem pretendia abordar questões relacionadas com a sua sexualidade, nomeadamente no que se refere ao início da utilização de um método contraceptivo hormonal, e implicações desta com a gestão do regime terapêutico.

Existem ainda algumas situações, em que crianças e famílias inseridas em determinados grupos étnicos, sociais e culturais específicos, recusam ou contestam intervenções ou práticas específicas, que são direitos das crianças. Nestes casos é necessário um grande poder de argumentação e negociação, através de um diálogo intercultural tolerante, e técnicas de comunicação específicas, para maximizar o acesso da criança a todos os cuidados e direitos que lhe assiste.

Durante o estágio tive oportunidade de discutir estas questões deontológicas e éticas com as enfermeiras tutoras, salvaguardando sempre os princípios fundamentais da dignidade e respeito tanto pela criança como pela sua família. Em todas as situações ressalta a importância de estabelecer e manter uma relação de confiança e uma comunicação eficaz, para encontrar o equilíbrio entre o respeito pela dignidade, individualidade e direito à tomada de decisão e a promoção de cuidados de qualidade que vão de encontro aos direitos e às reais necessidades das crianças e suas famílias.

**Competências a desenvolver:**

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

Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP;

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

**Objetivo:**

Desenvolver competências de assistência à criança e família, em situações de especial complexidade.

**Atividades desenvolvidas:**

- Diagnosticar e intervir precocemente em situações de doença aguda;
- Apoiar e acompanhar a adaptação da criança e família à doença crónica ou incapacidade;
- Colaborar no atendimento de crianças e jovens na sala de emergência;

**Reflexão**

Falar de situações de especial complexidade, em pediatria, é, para mim, falar da grande maioria das situações com que nos deparamos, uma vez que, qualquer situação de assistência a uma criança pode ser potencialmente complexa.

No entanto, para a OE a aquisição destas competências pressupõe, que o EESIP

*“reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados; faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados; providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde (...) e promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No contexto da neonatologia, deparei-me com inúmeras situações complexas, para as quais contribuíram a fragilidade de um RN prematuro, por um lado, e a instabilidade emocional dos pais que se deparam com uma realidade inesperada e muito diferente da realidade desejada. Toda esta situação de incertezas, angústia e stress, influencia a compreensão e aceitação do estado de saúde do RN e a relação parental estabelecida.

Durante o estágio, pude constatar a preocupação da equipa, especialmente dos EESIP, na admissão e acompanhamento dos pais, utilizando todas as estratégias e recursos disponíveis para incentivar a parentalidade e reforçar as competências parentais e a autoconfiança, que lhes permitam ser parceiros nos cuidados durante o internamento, a autónomos nos cuidados, no momento da alta. Entre as situações complexas vivenciadas, saliento a preparação da transferência de um RN para outra unidade hospitalar, por agravamento do estado de saúde e risco de morte iminente. Foram momentos visivelmente difíceis, pela sobrecarga emocional que acarretam. Nesta situação é necessário o envolvimento de grande parte dos elementos da equipa, que se distribuem pelas inúmeras intervenções necessárias, desde a estabilização do RN, até à preparação do material necessário para o transporte, e elaboração das cartas de transferência, e o apoio emocional aos pais, presentes em todo o processo.

No SUP, como local específico para onde drenam situações críticas, encaminhadas por unidades da periferia, contactei com diversas situações complexas, entre as quais

saliento as situações de abuso sexual. Durante o curto espaço temporal em que realizei o estágio neste contexto, deparei-me com três situações de abuso sexual a crianças, com idades compreendidas entre os 9 e os 13 anos, realizadas por familiares coabitantes. A atuação, nestas situações, é muito delicada e meticulosa, e envolve a intervenção de equipas multidisciplinares alargadas, para responder às primeiras necessidades da criança e família. As crianças, que chegaram ao contexto acompanhadas pelas respetivas mães, rapidamente foram acolhidas e alvo de intervenção de vários profissionais, nomeadamente forças de segurança, médicos especialistas, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, que efetuaram a avaliação inicial da situação, os exames de diagnóstico e todo o encaminhamento necessário para assegurar a segurança e o bem-estar físico e mental da criança e família. Todas estas crianças ficaram internadas, em contexto hospitalar, até resolução da situação.

Particpei também, na sala de emergência, no acompanhamento de um jovem com taquicardia difícil de reverter. Aqui, pude observar a rápida intervenção, com preparação de todo o material e equipamentos, monitorização do jovem, colocação de acesso periférico, e administração de medicação e as constantes explicações ao jovem e à sua mãe, sobre os procedimentos adotados. Pude constatar a exigência deste tipo de atuação, a nível técnico, organizacional e comunicacional.

Durante o estágio no contexto de pediatria, interagi com várias crianças com doença crónica que permaneciam internadas por longos períodos. Nestes casos, muitas vezes já estava estabelecida uma eficaz relação terapêutica com os enfermeiros do serviço, e os pais eram autónomos na realização dos cuidados, mas o agravamento da situação clínica provocava um novo internamento, com a conseqüente instabilidade, desorganização familiar e aumento da angústia dos pais. Em alguns destes casos, a complexidade das situações está relacionada com a inexistência de suporte familiar e outros apoios, que vão de encontro às reais necessidades das crianças e famílias. Nestas situações realço, para as crianças com residência perto da instituição hospitalar, a rápida e eficaz articulação entre os profissionais do serviço e os enfermeiros da comunidade, que muito contribui para assegurar a continuidade dos cuidados. Nestas situações, é efetuado um contacto com a enfermeira de família da criança para que esta se desloque ao hospital, e é realizada uma primeira visita conjunta, no contexto hospitalar. Esta visita é replicada,

já em contexto domiciliário, no dia da alta, sendo este o momento de “passagem de testemunho”, entre a equipa hospitalar e a dos CSP.

A realização deste estágio permitiu-me estabelecer contactos com diferentes contextos assistenciais, com realidades muito diferentes, trabalhando com os enfermeiros destas unidades em estreita e permanente colaboração de forma a garantir a continuidade de cuidados adequados. Esta partilha de informação entre diferentes serviços e unidades contribui para o bem-estar das famílias, aumentando a sua satisfação com os serviços de saúde e os cuidados prestados (Latour, et al., 2011) e (Nieves, Clements-Hickman, & Davies, 2021). Ao mesmo tempo, este tipo de atuação combinada e organizada contribui também para diminuir os níveis de ansiedade e stress parentais, contribuindo para um melhor ajustamento da dinâmica familiar à doença e ao processo de hospitalização.

Durante o estágio deparei-me, para além das já mencionadas, com outras situações de saúde complexas (quase todas), situações sociais graves, crianças com doença crónica, casos de negligência, casos de maus tratos e de abuso sexual, entre outros. Como enfermeira, procurei aproveitar todas as oportunidades para observar, refletir e treinar novas técnicas de procedimentos de forma a adquirir e melhorar habilidades de atuação no contexto pediátrico, passando a demonstrar maior segurança e confiança na sua execução. Apesar de ter sido um grande desafio consegui responder adequadamente a todas estas situações complexas e, muitas vezes, inesperadas.

**Competências a desenvolver:**

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

**Objetivo:**

Desenvolver competências de comunicação com a criança e família.

**Atividades desenvolvidas:**

- Utilizar técnicas de comunicação adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e nível sócio cultural da família;
- Respeitar as crenças e cultura da criança/ família.
- Proporcionar um ambiente adequado para o estabelecimento de uma comunicação eficaz com a criança e sua família.

### **Reflexão**

A comunicação é uma atividade bidirecional, contínua, dinâmica, interativa e irreversível, que envolve um funcionamento circular e um feedback recíproco (Ramos, 2007) e que ocupa um lugar de relevo em qualquer relação interpessoal. No contexto pediátrico, este lugar assume ainda maior importância uma vez que estamos perante a assistência a crianças e suas famílias, em momentos de enorme stress e ansiedade, em que a postura, as palavras e o comportamento representam uma forma de comunicação extremamente significativa.

Nestes contextos, a difícil e complexa atividade de comunicar exige a adoção de estratégias adaptadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança, e o conhecimento aprofundado sobre técnicas de comunicação, para o estabelecimento de uma relação terapêutica adequada e funcional, que permita dar resposta às necessidades particulares de todos os intervenientes, respeitando a sua unicidade (Azevêdo, Júnior, & Crepaldi, 2017). As técnicas de comunicação são, por isso, instrumentos básicos do cuidado em enfermagem a que recorri em todos os contextos de estágio para enfrentar diversas situações desafiantes, e para dar resposta às necessidades de saúde da criança, e às necessidades e expectativas da sua família. Pela sua relevância, a comunicação está inserida na prestação de cuidados, e é uma das competências que tem de ser trabalhada ao longo de toda a carreira profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Comunicar está presente em todas as ações realizadas, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender as necessidades básicas das crianças e famílias.

Na relação que estabeleci com as crianças e famílias, mantive uma comunicação eficaz e um relacionamento assertivo. Estive atenta aos diferentes tipos de comunicação e aos fatores que a influenciam e recorri a estratégias de comunicação verbais e não-verbais, para tentar minorar a ansiedade das crianças/família. Tentei sempre aproximar-me da

criança lentamente, adequar a linguagem à idade e ao seu estágio de desenvolvimento, utilizar uma voz calma e movimentos tranquilos. Utilizei mensagens claras, simples e diretas e mantive sempre uma postura de disponibilidade e escuta ativa, dando espaço aos silêncios e garantindo a confidencialidade e privacidade, de forma a conquistar a confiança das crianças e dos seus cuidadores. Valorizei a honestidade nas minhas ações e informações transmitidas, de forma a criar uma relação de confiança e empatia, sem falsas expectativas. Incluí a criança (quando possível) e os pais nos cuidados, e expliquei cuidadosamente os procedimentos a realizar, antes e durante a sua execução, com ênfase nos seus benefícios. Neste contexto, e tal como já referenciado, incentivei a criança a manipular os materiais e simular alguns procedimentos num brinquedo ou nos pais, como estratégia de preparação para os procedimentos e para que se sentisse ativamente envolvido. Sempre que necessário e adequado recorri à técnica de distração, muitas vezes com brinquedos ou outros objetos da criança, e com a participação dos pais, para estimular a comunicação, e promover a aceitação das intervenções. Esta técnica revelou-se extremamente eficaz em muitas situações, uma vez que, para além de alterar o foco de atenção das crianças, também distraia os pais, em momentos de alguma ansiedade e impotência.

Na assistência em neonatologia tive oportunidade de aperfeiçoar as competências comunicacionais com o RN prematuro. Neste contexto, pude constatar a importância de observar a comunicação comportamental do RN para obter informação imprescindíveis ao planeamento dos cuidados, de modo a interferir o mínimo possível com o seu normal desenvolvimento. Foi através da informação fornecida pelo RN, que consegui perceber os seus comportamentos defensivos ou de recusa, como os soluços, os bocejos, as caretas, os movimentos súbitos/ bruscos, o esticar dos dedos das mãos, bem como perceber os seus comportamentos de aproximação como cara relaxada e atenta, os movimentos suaves e harmoniosos, os movimentos da mão junto a face. Estas informações permitiram saber se o RN estaria disponível para interagir e por quanto tempo. O pedido de permissão para o tocar, a utilização de voz suave, o tocar de forma suave e o saber esperar pela sua disponibilidade foram estratégias aprendidas e utilizadas na comunicação com o RN prematuro.

O maior desafio que senti foi a comunicação com os adolescentes, muitas vezes sem contacto visual, e apenas limitando-se ao uso de monossílabos. A disponibilidade, a escuta ativa, o silêncio, a confidencialidade, a privacidade e o recurso ao elogio e reforço positivo, foram fundamentais para conquistar a sua confiança e estabelecer uma comunicação eficaz.

É fundamental o trabalho que o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria pode realizar com as crianças e famílias, utilizando um estilo de comunicação empático e espontâneo, adaptado ao nível sociocultural das famílias (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Esta comunicação contribui para uma maior compreensão das questões de saúde dos seus filhos, ajudando os pais a acederem e a fazerem uso de estratégias e recursos que lhes permitam reagir positivamente à hospitalização, esclarecer e ultrapassar dúvidas e dificuldades sentidas aquando da prestação de cuidados ao seu filho e reforçando o seu sentido de competência parental e autoconfiança, tornando-os desta forma verdadeiros parceiros de cuidados à criança.

As competências de comunicação que adquiri, permitiram-me conhecer e treinar diferentes estratégias, em diferentes faixas etárias, e em diferentes contextos, o que me proporcionou o estabelecimento de melhores e mais empáticas relações terapêuticas.



## 4.2 Domínio da Formação

A formação é um processo de aprendizagem que acontece ao longo da vida, com o objetivo de produzir mudanças nas capacidades, conhecimentos, atitudes e comportamentos dos intervenientes nesse ato formativo. Em enfermagem, a formação contínua é imprescindível para acompanhar o desenvolvimento social, científico e tecnológico, necessário à qualidade dos cuidados.

Este domínio de atuação dos enfermeiros especialistas diz respeito ao processo contínuo de aprendizagens e desenvolvimento de competências tendo como objetivo o crescimento pessoal e profissional.

### **Competências a desenvolver**

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

Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;

Identificar as necessidades formativas na área da EESIP;

Promover a formação em serviço na área da EESIP;

### **Objetivos**

Desenvolver competências no âmbito da formação no grupo de pares;

Promover o desenvolvimento pessoal e profissional contínua;

Promover momentos de discussão/ partilha com os pares.

### **Atividades desenvolvidas:**

- Identificar necessidades formativas;
- Planear uma formação de pares;

- Utilizar todas as oportunidades para a partilha de conhecimentos com os pares.

### **Reflexão**

A formação é um domínio da enfermagem que deve estar continuamente presente na nossa prática profissional, uma vez que uma maior formação, quer a nível institucional, quer a nível pessoal, contribui para uma maior qualidade dos cuidados prestados. A OE afirma que o enfermeiro possui o compromisso de manter uma contínua atualização dos seus conhecimentos, através da formação permanente, e que esta é essencial para se atingir a excelência dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Esta formação deve ser contínua, no sentido de dar resposta às exigências atuais, impostas pela constante evolução socio cultural e científico tecnológica, de modo a proporcionar a aquisição de práticas e saberes, que visam aumentar a segurança e a qualidade dos cuidados, promovendo a atualização de conhecimentos e estimulando a aquisição de novas competências ou reforçando as já existentes.

Nas diferentes instituições e contextos assistenciais onde realizei o estágio, pude constatar que existe um departamento de formação, responsável pela planificação e organização da formação a nível institucional, à qual podem aceder todos os profissionais da instituição, dando resposta ao Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de novembro, que define que as *“estruturas de formação dos estabelecimentos ou serviços prestadores de cuidados de saúde devem assegurar a formação contínua dos enfermeiros”*. Este plano de formação é efetuado tendo em conta as necessidades de todos, e as formações repetem-se as vezes consideradas necessárias para que todos os interessados tenham acesso. Ao nível dos serviços, constatei que todos têm enfermeiros responsáveis pela formação, que fazem a planificação e organização da formação no próprio serviço. Estes enfermeiros são geralmente enfermeiros especialistas, escolhidos pela enfermeira chefe, e elaboram o plano tendo em conta as necessidades das equipas de enfermagem, dando resposta ao DL que determina que, em cada unidade prestadora de cuidados, deve existir formação em serviço, de acordo com a *“satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerado como um grupo profissional com objetivos comuns, e as necessidades individuais de cada membro do grupo”* (Ministério da Saúde, 1991).

A minha integração nas equipas de enfermagem, e os momentos de reflexão com as enfermeiras tutoras, permitiram-me identificar necessidades formativas na área de ESIP, que conduziram à sugestão de realizar formação ao grupo de pares. No contexto de internamento pediátrico, afigurou-se oportuna a sua concretização. Neste serviço existem duas enfermeiras responsáveis pela formação em serviço e um plano de formação estruturado. Durante a minha permanência neste contexto de estágio, detetei uma necessidade formativa que também foi sentida e identificada pela minha enfermeira tutora. No serviço de Pediatria são prestados cuidados a crianças com diagnóstico inaugural de Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1), e é instituído todo o tratamento, ajudas técnicas e procedimentos necessários, mas não é promovida a articulação e continuidade dos cuidados de que a criança necessita, para a total integração na comunidade escolar e social. Daqui surgiu a oportunidade de efetuar uma formação a pares sobre o a inclusão das crianças com DM1 na comunidade, com principal enfoque nas estratégias a adotar para promover a continuidade dos cuidados.

Para aferir as necessidades de formação da equipa nesta área, realizei entrevista individual a cinco elementos da equipa, questionando-os sobre o que acontecia à criança, após a alta hospitalar. Reuni ainda com a enfermeira chefe e Enfermeira responsável pela consulta da Diabetes, na tentativa de adequar os conteúdos da formação às práticas da instituição e do serviço, e definimos em conjunto, os aspetos mais relevantes a abordar na formação. Efetuei pesquisa bibliográfica sobre as normas mais atuais e a história de encaminhamento, ou a sua ausência, para a elaboração do plano de formação (Apêndice 1). A preparação desta formação foi uma oportunidade e um grande desafio, porque me permitiu pesquisar e refletir sobre as normas e os conhecimentos mais atuais na assistência às crianças com DM1, e também partilhar com os pares a minha experiência profissional enquanto enfermeira dos CSP, a acompanhar essas crianças na promoção da sua integração familiar e social. Infelizmente o estágio foi suspenso por causa da pandemia, três dias antes da data prevista para a realização da formação, e esta não se concretizou enquanto formação em serviço. Contudo, fiz questão de partilhar, através de conversas informais, com a maioria dos colegas do serviço, a pesquisa e reflexão efetuadas, bem como disponibilizar, em suporte digital, o contributo da revisão bibliográfica efetuada.

Considero ter procurado a excelência do meu exercício profissional, e o dever de “(...) *manter a atualização continuada dos conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas*”, expressa no estatuto da OE (Ministério da Saúde, 1998).

Entendo a formação como um processo inacabado, pelo que, sempre que tenho oportunidade, participo em formações externas relacionadas com os temas da saúde infantil e pediátrica. São momentos importantes, que desempenham um papel determinante na minha formação e evolução profissional, no sentido de serem promotores de condutas, comportamentos e atitudes atualizados, para potenciam a qualidade dos cuidados prestados.

Durante este percurso formativo, participei nas seguintes ações de formação:

- Curso de Formação *Sclinico – Enfermagem*, promovido pelo departamento de formação da ARS Norte, em setembro de 2019
- Formação *Perspetivas – Violência Doméstica*, promovida pelo NACJR de Valongo em outubro 2019

Em todos os contextos de estágio, obtive e deixei contributos para os profissionais de saúde. Conheci diferentes realidades, adquiri novos conhecimentos e partilhei algumas das minhas experiências e conhecimentos foram momentos de formação, reflexão e atualização, importantes para o desenvolvimento de novas competências nas diversas áreas de atuação do EESIP.

### 4.3 Domínio da Gestão

A gestão é uma das áreas de intervenção da enfermagem. O desenvolvimento de competências de gestão é crucial para a melhoria contínua da qualidade, porque a gestão dos cuidados, dos recursos humanos e dos recursos materiais interfere diretamente com a qualidade dos cuidados prestados.

**Competências a desenvolver:**

Realizar a gestão de cuidados na sua área da EESIP

**Objetivo**

Desenvolver competências de gestão dos cuidados em diferentes contextos assistenciais.

**Atividades desenvolvidas:**

- Identificar os modelos de gestão de cada unidade assistencial;
- Conhecer a dinâmica organizacional das unidades assistenciais;
- Refletir sobre o papel do Enfermeiro chefe e do Enfermeiro especialista;
- Consultar as normas e protocolos existentes nos serviços;
- Participar na gestão de recursos humanos e materiais.

**Reflexão**

Quando se integra uma equipa, torna-se conveniente conhecer e compreender todas as suas dinâmicas de funcionamento, de modo a conseguir planear e gerir os cuidados a realizar, e os recursos humanos e materiais necessários, para garantir a qualidade desses mesmos cuidados.

O conhecimento da dinâmica organizacional e da equipa multidisciplinar foi um grande desafio, porque o curto período dos estágios exigiu uma rápida adaptação a cada contexto específico. Para o conseguir, consultei normas, protocolos, manuais de integração de novos profissionais e outra documentação relevante existente nos

diferentes contextos, que foram uma grande ajuda, porque me permitiram conhecer e integrar mais rapidamente cada realidade.

Quando pensamos em gestão de cuidados, pensamos logo nas chefias e no papel que desempenham, mas a verdade é que, no desempenho das nossas funções, realizamos e participamos na gestão de diversas formas. Neste contexto (Mezomo, 2001) afirma que a gestão de qualidade pressupõe uma filosofia de gestão participativa e descentralizada, centrada no cliente, e com forte incentivo ao trabalho de equipa como forma de motivar os colaboradores e estimular a inovação e melhoria dos processos.

Foi esta filosofia de gestão participativa e descentralizada que encontrei e integrei em todos os contextos. O método de trabalho instituído nos diferentes contextos é o método individual, em que cada elemento presta os cuidados globais e holísticos às crianças e família que lhe são atribuídas no plano de trabalho para cada turno. Este plano de trabalho, tal como as restantes tarefas relacionadas com a gestão, não são efetuadas apenas pela enfermeira chefe. Em todos os contextos e em todos os turnos existe sempre um enfermeiro (chefe de equipa ou responsável de turno) que colabora com a enfermeira chefe e que, na sua ausência, é responsável pela gestão de stocks do material, de medicação e dos recursos humanos disponíveis. Estes enfermeiros são, geralmente, enfermeiros especialistas, com muitos anos de experiência profissional no contexto, e com bases científicas sólidas e atualizadas, que lhes permitem criar um clima de tranquilidade, confiança e entreajuda na equipa que integram. Estas funções foram sempre assumidas pelas minhas enfermeiras tutoras, pelo que tive oportunidade de observar, questionar e intervir também nesta área.

Neste contexto, e porque é o enfermeiro chefe de equipa o responsável pela elaboração do plano de trabalho para o turno seguinte, colaborei também na elaboração de planos de trabalho. O plano de trabalho é elaborado com os contributos de todos e com um cuidadoso planeamento das atividades, criando sinergias entre todos os intervenientes, de forma a aproveitar ao máximo os recursos humanos e materiais disponíveis. Os planos de trabalho são elaborados tendo em conta os conhecimentos, a experiência e os objetivos que interessam a todos pelo que a probabilidade de todos beneficiarem é maior. Sentindo isso toda a equipa se envolve mais no trabalho, fica mais motivada e

executa melhor as tarefas propostas, respondendo com maior flexibilidade e autonomia a todas as atividades propostas, e tornando-se mais produtiva e eficiente.

Com esta filosofia criaram-se boas relações entre os colegas de equipa e entre os diferentes grupos profissionais.

*“Tais ambientes, à luz da evidência científica das últimas décadas, produzem impactos significativos nos níveis de qualidade e segurança dos cuidados aos utentes, da saúde e bem-estar laborais dos profissionais e da qualidade, produtividade e efetividade dos serviços, organizações e sistemas de saúde (Jesus, Roque, & Amaral, 2015).*

Todas as minhas enfermeiras tutoras assumiam a função de responsáveis de turno, o que me permitiu observá-las e acompanhá-las a liderar equipas de prestação de cuidados, e constatar a sua capacidade de gestão e liderança. São inúmeras as atividades que desempenham, para organizar e motivar toda a equipa. Realço o cuidado na elaboração dos planos de trabalho de acordo com a necessidade de cuidados, a disponibilidade para esclarecer dúvidas e intervir nas situações de maior complexidade, a constante monitorização e reposição de stocks e a organização dos momentos de pausa dos diferentes profissionais. Por tudo o que referi, pude constatar que o enfermeiro especialista é um elemento de referência na prestação de cuidados e na organização destes e que as suas intervenções são fulcrais para manter a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

No decorrer dos diferentes contextos de estágio, tive ainda oportunidade de observar e colaborar com os enfermeiros a exercer a orientação de estudantes do curso de Licenciatura em Enfermagem na prestação de cuidados gerais à criança, estando certa de que a supervisão é um momento de aprendizagem. Observei diferentes formas de efetuar supervisão clínica, mas em todas elas constatei a necessidade de criar um ambiente propício à partilha de dúvidas, e reflexão sobre as práticas.



#### 4.4 Domínio da Investigação

A investigação é um meio de demonstrar o conhecimento de uma profissão, que deve ter uma base de conhecimentos científicos, que permita a produção de novos conhecimentos, sobre os quais se apoia a sua prática, permitindo a evolução dos cuidados no sentido da melhoria.

##### **Competências a desenvolver**

Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;

Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;

Fazer avaliação crítica/ reflexão dos resultados obtidos;

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

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

##### **Objetivo**

Fundamentar a prática de enfermagem na melhor e mais atual evidência científica.

##### **Atividades desenvolvidas:**

- Realizar pesquisa bibliográfica de forma sistemática;
- Reconhecer as áreas de interesse que possam ser investigadas;
- Refletir sobre os resultados e a sua aplicação na prática de cuidados;
- Partilhar os resultados de investigação com os pares;
- Incorporar o conhecimento na prática de cuidados.

**Reflexão:**

Fortin define a investigação como um processo sistemático, controlado, crítico e empírico que serve para descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos, que permitem validar conhecimentos já estudados e produzir novos, que sejam passíveis de ser aplicados na prática (Fortin, 2006).

Neste contexto, entendo que a produção de saber requer uma atitude de permanente interrogação das nossas práticas, de confronto de ideias, de debate e de reflexão. A investigação é um ponto crucial em todos os processos de formação, crescimento e desenvolvimento, uma vez que, só poderemos valorizar a nossa profissão e as nossas intervenções, através de estudos de investigação, que nos permitam obter resultados baseados na mais atual evidência científica.

Alavancada pela investigação, a Enfermagem tem evoluído como profissão e o modelo de atuação biomédico tem sido progressivamente substituído por um método de atuação fundamentado em bases científicas. Procura-se com a investigação fomentar uma atitude de carácter reflexivo e capacidade de análise crítica como a melhor forma de a enfermagem se desenvolver. Este modelo de prática baseada na evidência, resulta da procura de respostas a questões cada vez mais complexas, relacionadas com a prestação de cuidados. A investigação procura adicionar novos conhecimentos em enfermagem para o benefício da população, permitindo a melhoria da qualidade dos cuidados e potenciando os ganhos em saúde. Equacionando aquilo que se faz e refletindo e questionando os modelos de trabalho e as práticas profissionais.

Em 2006, a OE define quatro eixos prioritários para a investigação em enfermagem: adequação dos cuidados gerais e especializados às necessidades do cidadão, educação para a saúde na aprendizagem de capacidades, estratégias inovadoras de inovação/liderança e formação em enfermagem no desenvolvimento de competências (Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros, 2006).

No exercício da sua atividade, o enfermeiro especialista deve sustentar a sua tomada de decisão não apenas na sua experiência e intuição, mas também, em sólidos e atuais padrões de conhecimento, o que exige uma aprendizagem contínua e o desenvolvimento de competências. De acordo com a OE, o enfermeiro especialista deve basear a sua

prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento e os enfermeiros de todos os níveis de formação devem participar no desenvolvimento da Enfermagem como profissão através da participação na investigação. Esta participação acontece quando se realizam trabalhos que levem à produção de conhecimento, e também quando se consultam e se implementam na prática diária os novos conhecimentos produzidos.

Ao longo de todo o meu percurso profissional, e de forma mais premente durante os estágios, senti necessidade de privilegiar o conhecimento resultante da investigação como sustentador da minha prática. Nesse sentido, realizei pesquisa bibliográfica relevante e pertinente, em diferentes fontes e motores de busca, sobre variados temas (crescimento e desenvolvimento infantil, segurança infantil, prevenção de acidentes, prematuridade, cuidados centrados no desenvolvimento, amamentação e diabetes), com o intuito de confrontar diferentes pontos de vista de um mesmo assunto, e assim poder decidir e dar resposta adequada às diferentes necessidades da criança e sua família. Equacionei e ponderei tudo aquilo que realizei, refleti e questionei os modelos de trabalho e as práticas profissionais, tentando arranjar alternativas para a resolução dos problemas e questões com que me confrontei. Várias foram as situações que, ao longo dos estágios, despertaram a minha curiosidade e motivaram a pesquisa, no sentido de avaliar a adequação das práticas a determinadas situações observadas. Sempre que me deparei com artigos com interesse relevante numa determinada área, tive o cuidado de o partilhar com a enfermeira tutora, promovendo a partilha do conhecimento adquirido.

As oportunidades que me foram dadas ao longo do estágio, mostraram que a aquisição e atualização de conhecimentos se torna evidente na adequação dos cuidados de enfermagem às necessidades das crianças e sua família e no desenvolvimento de estratégias adaptativas para os vários problemas que vão surgindo, influenciando diretamente a qualidade dos cuidados.

Considero que este percurso formativo foi determinante na aquisição e no desenvolvimento de competências para, como futura enfermeira especialista, fomentar intervenções baseadas na mais atual evidência científica, prestando cuidados

diferenciados, seguros e de qualidade, e contribuindo para o desenvolvimento da profissão.

## 5. Considerações Finais

No meu percurso profissional, totalmente dedicado à pediatria, facilmente transparece que esta é a minha área de interesse profissional, de longa data.

Realizar este relatório, constituiu um momento de aprendizagem e de reflexão sobre o caminho que percorri, para adquirir, mobilizar e consolidar competências e, desta forma, promover o meu crescimento pessoal e profissional, no alcance de uma prestação de cuidados de excelência no âmbito da saúde infantil, que irão conduzir à obtenção do grau de Mestre.

Apesar das imensas dificuldades inerentes a todo este processo, o empenho e a dedicação neste meu projeto pessoal e profissional foram imensos.

Conheci novos contextos de prestação de cuidados à criança e família, com diferentes métodos de trabalho, principalmente nas áreas da prestação de cuidados, gestão. Todas as situações implicaram a mobilização e a aquisição de conhecimentos, para a prestação de cuidados de qualidade, assim como o desenvolvimento da minha capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares. Considero ter conseguido lidar com questões complexas, delineando soluções e refletindo sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais resultantes da minha tomada de decisão. Nos diferentes contextos fui capaz de comunicar de forma clara as conclusões a que fui chegando, e transmitir conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, aos diferentes elementos das equipas de enfermagem. Tentei aproveitar todas as experiências que foram surgindo e procurei outras oportunidades para desenvolver as competências necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de saúde infantil e pediátrica.

Alicei esta caminhada numa sólida pesquisa bibliográfica e dei muita importância à observação dos diferentes profissionais com quem tive contacto, reconhecendo neles a experiência, o profissionalismo e a dedicação que demonstram no seu dia-a-dia.

Estou certa de que todo o meu empenho me proporcionou grandes oportunidades de aprendizagem, que foram a garantia de que os objetivos delineados e as competências preconizadas foram atingidos.

Termino fazendo um balanço muito positivo de todo o percurso efetuado, que me permitiu crescer enquanto pessoa e profissional a desempenhar funções na área da saúde infantil e pediátrica.

## 6. Bibliografia

- Abreu, W. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico - Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Algren, C. (2006). Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. Em M. Hockenberry, D. Wilson, & C. Rodgers, *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (pp. 367-704). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Alves, E., Rodrigues, C., Fraga, S., Barros, H., & Silva, S. (2013). Parents' views on factors that help or hinder breast milk supply in neonatal care units: systematic review. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 98(6), :F511-7.
- American Academy of Pediatrics. (2012). Patient-and-Family-Centered Care and the Pediatrician's Role - Committee on Hospital Care and Institute for Patient and Family Centered Care. . *Pediatrics*.129 (2), 394-404.
- Azevêdo, A., Júnior, A., & Crepaldi, M. (2017). Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*; 22(11), 3653-3666.
- Baía, I., Amorim, M., Silva, S., Kelly-Irving, M., Freitas, C., & Alves, E. (2016). Parenting very preterm infants and stress in Neonatal Intensive Care Units. *Early Hum Dev*; 101, 3-9.
- Benner, P., Queirós, A., Lourenço, B., & Dias, A. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Butes, L., Galhanas, D., Rodrigues, M., Silva, A., & Deodato, S. (2010). Informar, quando? - Análise de caso. Princípios éticos, normas deontológicas e do direito. *Percurso* 18, pp. 8-19.
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. Em E. Glasper, & A. Tucker, *Advances in Child, health nursing*. London: Scutari Press.

- Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros. (26 de Abril de 2006). *Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição.*
- Costa, R., & Monticelli, M. (2005). Método Mãe-Canguru. *Acta Paul Enferm; 18(4)*, 427- 433.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa.
- Feliciano, F. (2007). *Método Canguru, o prosseguir da Vinculação pais- bebé prematuro.* Coimbra: Almedina.
- Flynn, A., & Leahy-Warren, P. (2010). Neonatal nurse's knowledge and beliefs regarding Kangaroo care with preterm infants in an Irish neonatal unit. *Journal of neonatal Nursing; 16(5)*, 221-228.
- Fortin, M. F. (2006). *O processo de Investigação.* Lusodidacta.
- Freitas, J., & Camargo, C. (2006). Discutindo o Cuidado ao Recém-Nascido e Sua Família no Método Mãe-Canguru. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano; 16(2)*, 88-95.
- Jesus, E., Roque, S., & Amaral, A. (2015). Estudo RN4Cast em Portugal: ambientes de prática de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem n°13*, pp. 26-44.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança - (Re) Pensar o cuidar em enfermagem.* Loures: Lusociência.
- Katz-Wise, S., Priess, H., & Hyde, J. (2010). Gender-role attitudes and behaviour across the transition to parenthood. *Developmental Psychology, 46(1)*, 18-28.
- Latour, J., Goudoever, J., Duivenvoorden, H., Albers, M., Van Dam, N., Dullaart, E., Hazelzet, J. (2011). Construction and psychometric testing of the EMPATHIC questionnaire measuring parent satisfaction in the pediatric intensive care unit. *Intensive Care Med; 37(2)*, 310- 318.
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno.* Lisboa: Comité Português para a UNICEF & Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.

- Martins, C., A. W., & Figueiredo, M. (2017). Transição para a parentalidade: A Grounded Theory na construção de uma teoria explicativa de Enfermagem. *Investigação Qualitativa em Saúde; 2*, 40-49.
- Meira, E., Leite, L., Silva, M., Olivo, M., & Meira, T. (2008). Método Canguru: a visão do enfermeiro. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde; 26(1)*, 21-26.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Adv Nurs Sci. 23(1)*, 12-28.
- Mestrinho, G., Durão, J., Pinto, C., Mendes, J., Paz, A., Coelho, M., & Garcia, E. (2000). *Formação em Enfermagem*. Lisboa: AP Enfermeiros.
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde*. São Paulo: Manole Barueri.
- Ministério da Saúde. (8 de Novembro de 1991). Decreto-Lei nº 437/91. Diário da República n.º 257/1991, Série I-A .
- Ministério da Saúde. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Decreto-Lei nº161/96, de 4 de setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº104/98 de 21 de abril*. Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04.
- Ministério da Saúde. (21 de Abril de 1998). Decreto-Lei nº 104/98. Diário da República n.º 93/1998, Série I-A.
- Navarro-Gongóra, J. (2002). Familia y enfermedad: Problemas y técnicas de intervención. *Psychologica; 31*, 63-83.
- Ngai, F., & Chan, S. (2011). Psychosocial factors and maternal wellbeing: An explanatory path analysis. *International Journal of Nursing Studies, 48(6)*, 725-731.
- Ngai, F; Ngu, S. (2013). Quality of life during the transition to parenthood in Hong Kong: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 34(4)*, 157-162.

- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A., & Kindig, D. (2004). *Health literacy: a prescription to end confusion*. Washington: National Academies Press.
- Nieves, H., Clements-Hickman, A., & Davies, C. (2021). Effect of a Parent Empowerment Program on Parental Stress, Satisfaction, and Length of Stay in the Neonatal Intensive Care Unit. *J Perinat Neonatal Nurs*; 35(1), 92-99.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais*. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Desenvolvimento Profissional - Certificação de Competências - Fundamentos e linhas orientadoras para a construção do sistema. Suplemento da revista da Ordem dos Enfermeiros 26, 9-20.*
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Caderno Temático sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Diário da República 2ª série N°133, 12 de julho de 2018.
- Petronilho, F. (2008). *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra: Farmasau.
- Potts, N., & Mandelco, B. (2012). *Pediatric Nursing: caring for children and their families*. Clifton Park: Delmar Cengage Learning.
- Ramos, N. (2007). Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psychologica 45*, pp. 147-169.
- Redondeiro, M. (2004). *O Quotidiano Hospitalar da Criança - Constrangimentos e possibilidades de desenvolvimento. Dissertação de Mestrado em Sociologia da Infância*. Apresentada na Universidade do Minho.

- Shields, L. (2011). Interactions between parents and staff of hospitalized children. *Paediatric Nursing; 23(2)*, 14-20.
- Sweet, L. (2008). Expressed breast milk as ‘connection’ and its influence on the construction of ‘motherhood’ for mothers of preterm infants: a qualitative study. *International Breastfeeding Journal (30)*, 30–42.
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando. A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- Venâncio, S., & Almeida, H. (2004). Método Mãe-Canguru: Aplicação no Brasil, Evidências científicas e, impacto sobre o aleitamento materno. *Jornal de Pediatria; 80 (5)*, Suplemento.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2003). *Kangaroo mother care – A practical guide*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2009). *Milestones in Health. Promotion Statements from Global Conferences*. Geneva: WHO.





## 7. Apêndices





## **Apêndice I**

### **Planeamento e apresentação da ação de formação “Inclusão da criança com DM1 na comunidade”**





**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA·PORTO

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

**PLANEAMENTO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO**

**“INCLUSÃO DA CRIANÇA COM DIABETES MELLITUS TIPO 1  
NA COMUNIDADE”**

AMÉLIA MARIA FERREIRA MAIA GONÇALVES

MARÇO DE 2020



**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

**ANO LETIVO 2019/2020**

**DOCENTE ORIENTADORA:**

**PROFESSORA DOUTORA ISABEL QUELHAS**

**PLANEAMENTO DE UMA AÇÃO DE FORMAÇÃO:**

**“INCLUSÃO DA CRIANÇA COM DIABETES MELLITUS TIPO I  
NA COMUNIDADE”**

**AMÉLIA MAIA**

**MARÇO DE 2020**



## **Lista de Siglas**

DGE – Direção Geral da Educação

DGS – Direção Geral da Saúde

MDI – Diabetes Mellitus Tipo 1

PSI - Plano de Saúde Individual

NSE – Necessidades de Saúde Especiais

PNPCD – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar



## ÍNDICE

1. Introdução .....	95
2. Contextualização.....	97
3. Objetivos.....	101
4. Seleção de Conteúdos .....	103
5. Metodologia.....	105
6. Organização e estrutura da ação de formação .....	107
7. Estratégias de Avaliação .....	109
8. Conclusão.....	111
9. Referências bibliográficas.....	113
10. Apêndices .....	115
Apêndice I - Apresentação da ação de formação - Slides.....	117
Apêndice II - Avaliação da ação de formação .....	129



## 1. Introdução

A ação de formação “Inclusão da Criança com Diabetes Mellitus Tipo 1 na Comunidade”, surge no âmbito do estágio que decorre entre 13 de janeiro e 29 de março de 2020, no contexto de pediatria de um hospital da zona norte.

A escolha do tema da formação e o seu conteúdo, têm a orientação das enfermeiras tutoras e da enfermeira responsável pela consulta pediátrica da diabetes.

A realização da formação surge da necessidade de desenvolver competências na área formativa e pretende contribuir para apresentar uma abordagem diferente da temática da diabetes mellitus tipo 1 (DM1).

Este documento encontra-se dividido em sete capítulos. O primeiro capítulo contextualiza o tema da inclusão da criança com DM1 na comunidade. Em seguida apresentam-se os objetivos a atingir com a formação, os conteúdos que a integram, a metodologia utilizada, a planificação da formação e as estratégias de avaliação. Para terminar é apresentada uma breve conclusão.



## 2. Contextualização

A DM1 é uma das doenças crónicas com maior prevalência em crianças e jovens e está a aumentar a cada ano, particularmente no grupo etário inferior a 5 anos. As crianças e jovens com DM1 necessitam da gestão adequada da administração de insulina, da alimentação e da atividade física ao longo de todo o dia. Embora adquiram progressivamente autonomia na gestão da diabetes, facilmente constatamos que, mesmo quando as crianças e jovens atingem a capacidade de gerir autonomamente a sua diabetes, poderão precisar de ajuda, em qualquer momento, para que estejam asseguradas todas as suas necessidades.

Esta realidade torna fundamental o envolvimento, a formação e informação de toda a comunidade envolvente sobre a DM1 e o seu tratamento. Os profissionais dos diferentes contextos comunitários que a criança e jovem integra devem ter pessoal treinado para assegurar a prestação de cuidados nas situações de descompensação da diabetes, durante as quais é imprescindível o apoio de outras pessoas que saibam avaliar a situação e intervir corretamente.

Neste sentido, desde 2007, têm sido publicadas uma série de orientações que, de uma forma mais geral, pretendem que toda a comunidade envolvente:

- adquira conhecimentos sobre aspetos básicos da DM1 e seus cuidados associados,
- garanta a saúde, inclusão, equidade e desenvolvimento adequado das crianças e jovens com DM1,

Em 2007, a Circular Normativa Nº. 23/DSCS/DPCD de 14/11/07, emite o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD) e nele refere que:

*“o investimento a fazer no âmbito do referido Programa, não apenas na atuação preventiva primária, mas, essencialmente, nas prevenções secundária e terciária, impõe um apelo especial à congregação de esforços de todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, no sentido de obter, de forma mais*

*rápida, evidentes ganhos em saúde e qualidade de vida”* (Direção-Geral da Saúde, 2007).

Em 2010, o PNPCD emitiu a Circular Normativa nº.02/PNPCD através da qual é criando o DOCE (Diabetes – registO das Crianças e jovEns) e reforça a ideia de que:

*“o tratamento da Diabetes, otimizado desde o diagnóstico de modo a atingir um bom controlo metabólico pode prevenir as descompensações intercorrentes (quer as situações de cetoacidose quer as hipoglicemias) e as complicações crónicas garantindo uma normal integração na vida social, escolar e profissional”* (Direção-Geral da Saúde, 2010).

Em 2012, surge uma nova Orientação da DGS (Direção-Geral da Saúde, 2012), emitida pelo PNPCD e o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), que visa dar resposta às necessidades das crianças e jovens com DM1 e definir os procedimentos necessários para promover a inclusão das crianças e jovens com DM1 no contexto escolar. Foi o primeiro passo na tentativa de definir o papel de cada interveniente.

Quatro anos mais tarde, surge uma Orientação conjunta da DGS e Direção Geral de Educação (DGE), que estabelece recomendações específicas, por forma a assegurar as Necessidades de Saúde Especiais (NSE) das crianças e jovens com DM1 na Escola (Direção-Geral da Saúde; Direção-Geral da Educação, 2016). Esta orientação reforça o compromisso de todos os intervenientes na gestão da DM1 na escola, a promoção da saúde, a prevenção das intercorrências e a minimização do impacto da DM1 no desempenho escolar. Esta Orientação, prevê também a elaboração de um Plano de Saúde Individual (PSI) e um Plano de Formação, e define a forma de articulação entre as equipas de saúde, os familiares/encarregados de educação e a comunidade escolar. O PSI, elaborado para cada criança ou jovem com DM1, é um plano concebido pela equipa multidisciplinar que acompanha a criança, e que começa com a referenciação da criança/jovem pela consulta da especialidade da área da diabetes.

Ainda em 2016, o Despacho 13277/2016 vem garantir o acesso aos sistemas de perfusão subcutânea contínua de insulina a todas as crianças e jovens com indicação, que tenham 18 anos ou menos até ao final de 2019, permitindo um melhor controlo da doença, com menos complicações e maior qualidade de vida (Direção-Geral da Saúde,

2016). Este facto, reforça a importância da formação e atualização dos conhecimentos da comunidade envolvente no apoio às crianças e jovens com DM1.

No final de 2019 surge o Despacho 8297-C/2019 que vem regulamentar o enquadramento do apoio às crianças e jovens com DMI e surge em simultâneo com o lançamento do manual de formação para apoio a profissionais de saúde e de educação, lançado pela Direção-Geral de Saúde, para a promoção da literacia em saúde, e inclusão das crianças e jovens com DMI nos diferentes contextos comunitários (Ministério da Saúde, 2019)

Todas as Orientações, Circulares e Programas até agora emitidos, bem como a introdução de esquemas intensivos de insulinoaterapia e o aumento da prevalência da DM1 em idades mais precoces justificam a necessidade do desenvolvimento de um trabalho de parceria entre a criança/jovem com DM1, a sua família, os diferentes contextos da comunidade em que a criança está inserida e os profissionais de saúde das consultas da especialidade. O pai/mãe/encarregado de educação e todos os serviços de saúde devem trabalhar em conjunto no sentido de providenciar a informação e consequente capacitação necessária aos profissionais dos diferentes contextos para que as crianças e jovens com DM1 possam participar integralmente e de forma segura em todas as atividades da comunidade.



### 3. Objetivos

Para a ação de formação foram definidos objetivos para os formandos e formador.

Objetivos do formador:

- Aprofundar conhecimentos relacionados com as orientações da DGS sobre inclusão das crianças com DM1;
- Divulgar as orientações mais atuais sobre a inclusão da criança com DM1 na comunidade;
- Discutir as intervenções de enfermagem, nos diferentes contextos assistenciais, às crianças com DM1;
- Enunciar os apoios da rede social de que as famílias e crianças com DM1 podem dispor.

Que os formandos:

- Conheçam as orientações da DGS relacionadas com a inclusão das crianças com DM1;
- Efetuem a referenciação das crianças com DM1, seguindo as orientações da DGS;
- Conheçam e colaborem na elaboração do PSI da criança;
- Conheçam e divulguem os apoios sociais a que as crianças com DM1 podem recorrer.



#### 4. Seleção de Conteúdos

Tendo em conta os objetivos da formação, serão abordados os seguintes conteúdos:

- Orientações e normas técnicas sobre inclusão de crianças e jovem com DM1 na comunidade
- Circuito de atendimento da criança e jovem com DM1
- Plano de Saúde individual (PSI)
- Apoios da rede social para crianças com DM1



## 5. Metodologia

A operacionalização da formação será constituída por dois momentos distintos.

- Um primeiro momento com recurso ao método expositivo em que serão transmitidos os conteúdos (apêndice I).
- Um segundo momento com predomínio da metodologia ativa em que se pretende promover a partilha de ideias e refletir sobre as práticas. Nesta componente mais prática da sessão, os formandos terão oportunidade de visualizar e treinar a elaboração de um PSI.



## 6. Organização e estrutura da ação de formação

### Plano da formação

<b>Formadora</b>	Amélia Maia Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.		
<b>População alvo</b>	Enfermeiros do Contexto de Pediatria		
<b>Tema</b>	Inclusão da Criança com Diabetes Mellitus Tipo 1 na Comunidade		
<b>Local</b>	Sala de reuniões do Contexto de Pediatria		
<b>Data</b>	13 de março de 2020, 14h30m		
<b>Duração</b>	30 minutos		
<b>Objetivos</b>	Que os formandos: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conheçam as orientações da DGS relacionadas com a inclusão das crianças com DM1;</li> <li>▪ Efetuem a referenciação das crianças com DM1, seguindo as orientações da DGS;</li> <li>▪ Conheçam e colaborem na elaboração do PSI da criança;</li> <li>▪ Conheçam e divulguem os apoios sociais a que as crianças com DM1 podem recorrer.</li> </ul>		
	<b>CONTEÚDOS A ABORDAR</b>	<b>MÉTODOS</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>
<b>Introdução (5 minutos)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apresentação do formador</li> <li>▪ Apresentação do tema da ação de formação.</li> <li>▪ Referência à importância do assunto e aos tópicos a abordar.</li> </ul>	Método expositivo	
<b>Desenvolvimento (20 minutos)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orientações e normas técnicas sobre inclusão de crianças e jovem com DM1</li> <li>▪ Circuito de atendimento da criança e jovem com DM1</li> <li>▪ Plano de Saúde individual (PSI)</li> <li>▪ Apoio da rede social para crianças com DM1</li> </ul>	Método expositivo Metodologias ativas – participativas	



	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Reflexão sobre as práticas.</li></ul>		
<b>Conclusão (5 minutos)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Resumo de conteúdos apresentados.</li><li>▪ Esclarecimento de dúvidas.</li><li>▪ Avaliação da ação de formação.</li></ul>	Método expositivo	

## 7. Estratégias de Avaliação

A escolha dos conteúdos da ação de formação teve um longo percurso, durante o qual foram auscultados grande parte dos enfermeiros do contexto (internamento e consulta), no sentido de aferir os conhecimentos prévios e as necessidades de formação nesta área.

Através da auscultação direta constatou-se que a generalidade dos enfermeiros possui conhecimentos atualizados para capacitar a criança/ jovem e seus familiares cuidadores sobre a temática, mas apresentam dúvidas sobre o que acontece após a alta hospitalar, quais os recursos da comunidade, e como é que eles se articulam entre si.

Como esta é uma questão muitas vezes colocada pelos cuidadores a escolha dos conteúdos acabou por ser consensual e recaiu sobre as orientações e normas promotoras da inclusão das crianças e jovens com DM1 na comunidade, bem como a sua forma de operacionalização.

A avaliação da formação será efetuada através:

- Do interesse e participação dos formandos durante a ação
- Do documento elaborado para a avaliação da formação (apêndice II).



## **8. Conclusão**

Abordar a temática da inclusão das crianças com DM1 na comunidade é, e será sempre um desafio, pelo seu caráter dinâmico e pela necessidade de articulação entre os diferentes contextos assistenciais envolvidos.

Esta formação é uma oportunidade de adquirir, aprofundar e atualizar conhecimentos, debater ideias e trocar experiências que contribuirão, certamente, para o crescimento profissional de todos os presentes.



## 9. Referências bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. *Circular Normativa n.º 23/DSCS/DPCD*.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Registo Nacional de Diabetes Tipo 1 e Tipo 2 Infanto-Juvenil: DOCE (Diabetes – registO das Crianças e jovEns). *Circular Normativa n.º 02/PNPCD*.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Programa Nacional para a Diabetes e Programa de Saúde Escolar. *Orientação Técnica n.º 003/2012*.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde. (2016). Despacho n.º 13277/2016 de 7 de novembro. *Diário da República n.º 213 - 2ª Série*.
- Direção-Geral da Saúde; Direção-Geral da Educação. (2016). Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 na Escola. *Orientação Técnica n.º 006/2016*.
- Direção-Geral da Saúde (2019). Programa Nacional para a Diabetes. *Crianças e Jovens com Diabetes Tipo 1: Manual de Formação para Apoio aos Profissionais de saúde e de Educação*.
- Ministério da Saúde. (21 de Abril de 1998). Decreto-Lei n.º 104/98. Diário da República n.º 93/1998, Série I-A.
- Ministério da Saúde. (2019). Despacho 8297-C/2019. *Diário da República n.º 179 - 2ª Série*.
- .





## 10. Apêndices





## **Apêndice I - Apresentação da ação de formação - Slides**



CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA-PORTO



Inclusão da criança com Diabetes Mellitus Tipo I  
na Comunidade

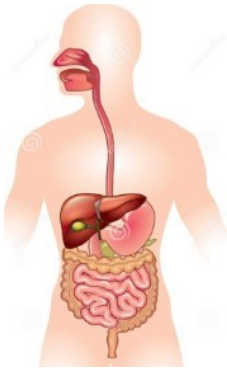
Amélia Maia

Março 2020

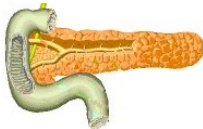
Formação em Serviço:  
Inclusão da criança com Diabetes Mellitus Tipo I  
na Comunidade

CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA-PORTO

### Diabetes



É uma doença crónica, para toda a vida, em que há um aumento da glicose no sangue, que acontece **porque o pâncreas deixa de produzir insulina ou não a produz em quantidade suficiente**



Formação em Serviço:  
Inclusão da criança com Diabetes Mellitus Tipo I  
na Comunidade

**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA-PORTO

## Tipos de Diabetes



DM Tipo I – mais frequente nas criança e jovens, aparece de maneira súbita e os sintomas são muito nítidos e não está relacionada com os hábitos de vida.

DM Tipo II – mais frequente nos adultos e idosos, instala -se lentamente e resulta dos hábitos de vida.

Formação em Serviço:  
Inclusão da criança com Diabetes Mellitus Tipo I  
na Comunidade

**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA-PORTO

## Novos hábitos e comportamentos diários



Que interferem com todas as atividades diárias a nível pessoal e familiar

Formação em Serviço:  
 Inclusão da criança com Diabetes Mellitus Tipo I  
 na Comunidade



### O diagnóstico surge em contexto hospitalar...



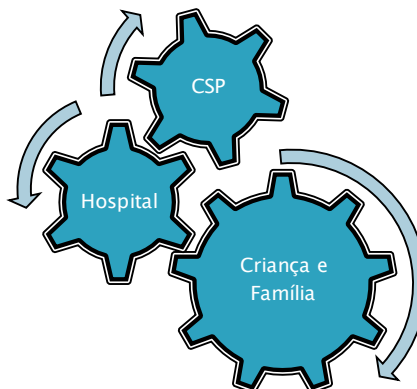
É um momento de muitas incertezas em relação ao futuro, que exige a aquisição de conhecimentos muito específicos, num curto período de tempo.

Esta capacitação da criança e seus cuidadores ocorre em contexto hospitalar.

Formação em Serviço:  
 Inclusão da criança com Diabetes Mellitus Tipo I  
 na Comunidade



### Promover a Inclusão



Existe articulação entre a equipa hospitalar e a equipa dos CSP?

Como acontece?

É eficaz?

Formação em Serviço:  
Inclusão da criança com Diabetes Mellitus Tipo I  
na Comunidade



## Chegou o momento da alta... e agora?



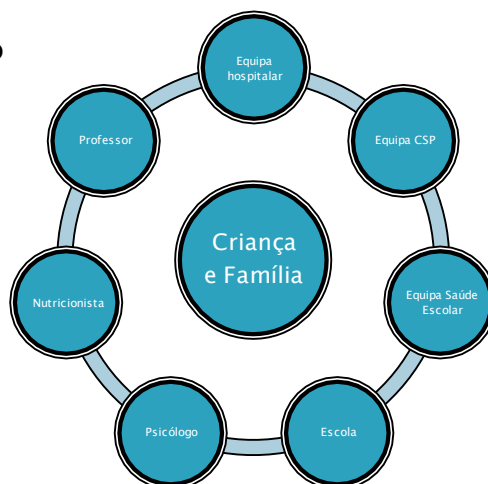
A criança precisa de ser integrada na comunidade educativa...  
A família precisa de regressar ao trabalho...

O que fazer?      Como fazer?

Formação em Serviço:  
Inclusão da criança com Diabetes Mellitus Tipo I  
na Comunidade



## Promover a Inclusão



Como é que a informação chega à comunidade onde a criança está inserida?



Formação em Serviço:  
Inclusão da criança com Diabetes Mellitus Tipo I  
na Comunidade



## O que diz a legislação – Papel da equipa hospitalar

*O médico assistente da criança ou jovem com DMI, especialista da área da diabetes, deve:*

- a) Elaborar o plano terapêutico;
- b) Sensibilizar os pais ou encarregados de educação para que estes informem a escola e a equipa prestadora dos cuidados de saúde dos cuidados de saúde primários, do diagnóstico de DMI do seu filho ou educando;
- c) Sinalizar a criança ou jovem, com o consentimento dos pais ou encarregados de educação, para o ACES ou ULS.

Portugal (2019)

Formação em Serviço:  
Inclusão da criança com Diabetes Mellitus Tipo I  
na Comunidade



## O que diz a legislação – Papel dos pais

*Os pais ou encarregados de educação, enquanto cuidadores principais, constituem o elo essencial na comunicação e atualização de informação entre educação e saúde, e têm o direito e o dever de:*

- a) Informar a escola do diagnóstico de DMI do seu filho ou educando, transmitindo o plano terapêutico elaborado pelo hospital da consulta da especialidade da área da Diabetes;
- b) Facultar à escola informação que permita o acompanhamento da criança ou jovem;
- c) Participar na elaboração e atualização do PSI;
- d) Disponibilizar-se para acompanhar na escola, sempre que necessário, os profissionais que forem formados/treinados para seguir o seu filho ou educando;
- e) Garantir, diariamente, o transporte, manutenção e renovação de todos os materiais e equipamentos necessários à gestão da diabetes;
- f) Fornecer a listagem de contactos para situação de dúvida ou urgência;
- g) Informar sobre a capacidade e autonomia da criança ou jovem face às tarefas associadas à gestão da diabetes.

Portugal (2019)

Formação em Serviço:  
 Inclusão da criança com Diabetes Mellitus Tipo I  
 na Comunidade



## O que diz a legislação – Papel da equipa CSP

*O agrupamento de centros de saúde (ACES)/unidade local de saúde (ULS) deve:*

- a) *Através do diretor executivo do ACES ou presidente do conselho de administração da ULS assegurar os recursos necessários à ESE;*
- b) *Através do gestor do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) da unidade de saúde pública e da respetiva equipa local de saúde escolar deve:*
  - i) *Mobilizar os recursos de saúde disponíveis para apoiar a inclusão escolar de crianças e jovens com DM1;*
  - ii) *Trabalhar, junto do conselho clínico, no sentido de mobilizar profissionais de saúde das diversas unidades funcionais, em torno de uma resposta célere às necessidades das crianças e jovens com DM1;*
  - iii) *Monitorizar e avaliar a resposta dada;*
  - iv) *Promover a formação da ESE sobre DM1;*
  - v) *Apoiar a elaboração e acompanhar a implementação do PSI, conjuntamente com os pais ou encarregados de educação e um elemento da escola e, sempre que possível, envolvendo a criança ou jovem com DM1, em articulação com os recursos dos serviços de saúde;*
  - vi) *Capacitar os profissionais da escola e a comunidade educativa.*

Portugal (2019)

Formação em Serviço:  
 Inclusão da criança com Diabetes Mellitus Tipo I  
 na Comunidade



## O que diz a legislação – Papel da escola

*A escola deve:*

- a) *Garantir a saúde e bem-estar da criança ou jovem com DM1;*
- b) *Solicitar a intervenção do interlocutor da saúde escolar da sua área, sempre que tenha conhecimento de uma criança ou jovem com DM1;*
- c) *Apoiar a criança ou jovem com DM1, durante todo o período de permanência na escola e nas respetivas atividades extracurriculares;*
- d) *Indicar os profissionais a capacitar, conforme plano de formação disponibilizado pela DGS, para o acompanhamento da criança ou jovem com DM1;*
- e) *Promover ações de sensibilização na área da DM1 para toda a comunidade educativa, a realizar pela ESE;*
- f) *Indicar os profissionais da escola que participam na elaboração do PSI, nomeadamente os que vão acompanhar a criança ou jovem com DM1;*
- g) *Informar os pais ou encarregados de educação sempre que haja intercorrências;*
- h) *Garantir um horário de refeições compatível com a necessidade da criança ou jovem com DM1;*
- i) *Em caso de manifesta necessidade, e de acordo com o PSI, facultar condições adequadas para a realização dos exames nacionais e/ou provas de aferição.*

Portugal (2019)

Formação em Serviço:  
Inclusão da criança com Diabetes Mellitus Tipo 1  
na Comunidade



## Referencias bibliográficas

DGS (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Circular Normativa n.º 23/DGCS/DPCD.

DGS (2010). *Registo Nacional de Diabetes Tipo 1 e Tipo 2 Infanto- Juvenil: DOCE (Diabetes: Registo de Crianças e Jovens)*. Circular Norativa n.º 02/PNPCD.

DGS (2012). *Programa Nacional para a Diabetes e Programa de Saúde Escolar*. Orientação Técnica n.º 003.

DGS (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. DGS. Lisboa.

DGS (2016). *Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1 na Escola*. Orientação Técnica n.º 006.

DGS (2019). Programa Nacional para a Diabetes. *Crianças e Jovens com Diabetes Tipo 1: Manual de Formação para Apoio aos Profissionais de saúde e de Educação*.

Portugal (2016). Diário da República n.º 213– 2ª Série. Despacho n.º 13277/2016 de 7 de novembro. Ministério da Saúde.

Portugal (2019). Despacho n.º 8297C/2019 de 18 de setembro. Diário da República n.º 179– 2ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Formação em Serviço:  
Inclusão da criança com Diabetes Mellitus Tipo 1  
na Comunidade



## Questões/ Dúvidas



Para que a inclusão seja uma realidade...

Formação em Serviço:  
Inclusão da criança com Diabetes Mellitus Tipo 1  
na Comunidade

 **CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA-PORTO



Obrigada





## **Apêndice II - Avaliação da ação de formação**



### Ação de Formação em Contexto de Trabalho

**Tema:** Inclusão da criança com Diabetes Mellitus Tipo I na Comunidade

**Data:** 13 de março de 2020, 14h30m

**Local:** Serviço de Pediatria

**Formadora:** Amélia Maia

#### Questionário de avaliação da formação

A sua opinião sobre a ação de formação que acabou de frequentar é muito importante. Por favor, preencha o questionário que se segue, assinalando com X na célula que corresponde à resposta que pretende dar.

##### 1. Competência técnica e pedagógica da formadora

Formador:	Pouco Satisfatório	Satisfatório	Bom	Muito Bom
Meios técnico-pedagógicos				
Capacidade de comunicação e clareza				
Nível geral de conhecimentos transmitidos				

##### 2. Conteúdo programático

Conteúdo programático	Pouco Satisfatório	Satisfatório	Bom	Muito Bom
Tratado com a profundidade adequada				
Com interesse para o seu desempenho				
Interesse pessoal				

##### 3. Motivação / participação dos(as) formandos(as)

Motivação / participação dos(as) formandos(as)	Pouco Satisfatório	Satisfatório	Bom	Muito Bom
Nível de envolvimento dos participantes				
A qualidade das trocas de informação e de experiências profissionais				

##### 4. Apreciação global

Apreciação global	Pouco Satisfatório	Satisfatório	Bom	Muito Bom
As suas expectativas foram satisfeitas?				
Em termos globais, como classificaria esta ação de formação?				

##### 5. Que sugestões daria para melhorar a ação de formação?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Obrigada pela sua colaboração.

