



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por
Branca Liliana Reis Pinho

Porto – Janeiro de 2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PRACTICUM REPORT

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

Por

Branca Liliana Reis Pinho

Sob a orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto – Janeiro de 2021

RESUMO

Este relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa do Porto. Este curso visa especificamente a aquisição de competências científicas e técnicas para a prestação de cuidados especializados e o desempenho de atividades mais complexas com o recém-nascido, criança e adolescente e suas famílias, ultrapassando o domínio dos cuidados gerais.

O relatório foi elaborado segundo uma metodologia descritiva e crítico reflexiva sintetizando o trabalho/aprendizagem desenvolvido nos diversos contextos assistenciais onde decorreu o Estágio Final, que contemplou as áreas de cuidados de saúde primários, urgência pediátrica e neonatologia, num total de 750 horas de trabalho (360 horas em contexto de prática e 390 horas de trabalho individual). A sua finalidade é explicar o percurso realizado ao longo dos diferentes contextos assistenciais evidenciando as competências adquiridas na área de especialização. As mesmas foram agrupadas em quatro domínios de atuação: prestação de cuidados, formação, gestão de cuidados, e investigação. Os objetivos definidos tendo em conta cada um destes domínios foram atingidos através de atividades definidas para a sua consecução, pela análise crítico-reflexiva centrada no cuidado à criança e família, assente num modelo de parceria, mobilizando e integrando conhecimentos e habilidades adquiridos ao longo do meu percurso académico e profissional. Por fim, analiso os resultados e implicações das experiências vivenciadas.

É assim demonstrada a minha aprendizagem e intervenção na formação como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, culminando na aquisição das competências propostas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Palavras-chave: Criança, Competências, Enfermagem, Família, Parceria, Saúde Infantil e Pediátrica.

ABSTRACT

This report is presented in the scope of the Curricular Unit Final Internship and Report of the Master's Degree of Nursing in Child and Pediatric Health, from Universidade Católica Portuguesa do Porto. This degree specifically aims the acquisition of scientific and technical skills for the provision of specialized care and the performance of more complex activities with the newborn, child and adolescent and their families, going beyond the domain of general care.

The report was elaborated according to a descriptive and critical reflexive methodology summarizing the work / learning developed in the different care contexts where the Final Internship took place, which covered the areas of child health, pediatric emergency and neonatology services, in a total of 750 hours of work (360 hours in practice context and 390 hours of individual work). Its purpose is to demonstrate the experience along the different care contexts, highlighting the acquired skills in the area of specialization. They were organized into four domains of activity: care provider, training, care management, and research. The objectives defined taking into account each of these domains were achieved through activities defined for their achievement, through critical-reflexive analysis centered on the care of the child and family, based on a partnership in care model, mobilizing and integrating knowledge and acquired throughout my academic and professional path. Finally, I analyze the results and implications of the lived experiences.

This is how my learning and intervention in training as a Nurse Specialist in Child and Pediatric Health Nursing is demonstrated, culminating in the acquisition of the requested skills for the provision of specialized nursing care.

Key-words: Child, Skills, Nursing, Family, Partnership, Child and Pediatric Health.

“A competência profissional assume características multidimensionais e aquilo que cada um espera (e considera que os outros valorizam na sua ação) vai sendo modificado pelas experiências vividas e refletidas. E este é um processo individual pois a dimensão do ser e tornar-se, desenvolve-se de uma forma singular em cada um, ainda que reconhecendo a influência dos Outros nesse processo.”

Lucília Nunes

AGRADECIMENTOS

Ao **José**, que me salvou.

Ao **Vitor**, que me amparou.

Ao meu **Pai**, que me protegeu.

À minha **Professora Orientadora**, que me apoiou e aconselhou, e nunca
me abandonou.

ABREVIATURAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPCJ – Comissão de Proteção à Criança e Jovem

DGS – Direção Geral de Saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

ELI – Equipa Local de Intervenção

NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

NIDCAP - Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program
(Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-nascido)

NSE – Necessidades de Saúde Especiais

OBS – Sala de Observação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PASSE – Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar

PRESSE – Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar

PNPSO – Plano Nacional de Promoção de Saúde Oral

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RN – Recém-nascido

SIP – Saúde Infantil e Pediátrica

SNIP – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCP – Universidade Católica Portuguesa

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	15
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL	19
3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS, OBJECTIVOS E ACTIVIDADES	23
DESENVOLVIDAS.....	23
3.1. DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	24
3.2. DOMÍNIO DA FORMAÇÃO	59
3.3. DOMÍNIO DA GESTÃO	64
3.4. DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO	72
4. CONCLUSÃO	77
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
6. APÊNDICES	89

APÊNDICE I - AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	91
---	----

APÊNDICE II - FORMAÇÃO EM SERVIÇO.....	127
--	-----

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório é parte integrante da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa (UCP) no Porto. Foi nesta área de especialidade que encontrei o sentido e caminho profissional dentro da Enfermagem desde a minha formação inicial. Perante a exigência dos desafios diários no cuidado à criança e família senti necessidade de procurar uma formação especializada e diferenciada para integrar novos conhecimentos, reforçar os já existentes e aprofundar competências. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família, sendo o seu espaço de intervenção numa fase crucial do ciclo vital, que compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade, salvo algumas exceções como na doença crónica, na incapacidade e na deficiência, pode ir além dos 18 anos até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Segundo a UCP (2019), este Curso de Mestrado “*visa especificamente a aquisição, desenvolvimento e integração de saberes para a assistência de enfermagem avançada ao recém-nascido, criança e adolescente, especialmente dirigida para a promoção do desenvolvimento e adaptação aos processos de saúde e doença, e confere competência para a prestação de cuidados especializados*”. Esse caminho de aquisição de competências foi realizado e alcançado com as experiências e reflexões sobre o trabalho desenvolvido nos diversos contextos assistências de estágio, tendo como base a metodologia científica e a análise crítica, com vista a desenvolver saberes, capacidades e competências que habilitem para a prestação e gestão de cuidados de especializados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP).

Com o término deste período de aprendizagem e desenvolvimento profissional e académico e, com o intuito de reconhecer e evidenciar as competências conducentes à obtenção do título

de Enfermeira Especialista e do grau de mestre, desenvolvi o presente relatório assente numa descrição crítica e reflexiva do trabalho que desenvolvi.

Tal como preconiza o Guia de Estágio do curso de Mestrado em Enfermagem (UCP, 2019), com a realização do Estágio Final e Relatório pretendo atingir os seguintes objetivos major:

- ✚ Aplicar os conhecimentos e a 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 ESIP.
- ✚ 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;
- ✚ Capacidade para tomar decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;
- ✚ Comunicar as conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, produzindo um discurso fundamentado.

Como já referi, a metodologia utilizada para a elaboração deste relatório foi descritiva e reflexiva, baseada no desenvolvimento das minhas competências durante o Estágio final, com recurso à pesquisa bibliográfica na procura da evidência científica, ao registo das atividades desenvolvidas e às discussões e reflexões realizadas quer com os Enfermeiros Tutores dos diferentes contextos assistenciais, quer durante as Orientações Tutorais e Seminários na Universidade.

Quanto à estrutura deste relatório, após a presente introdução seguem-se três capítulos. No primeiro capítulo contextualizo os locais de realização do Estágio final e apresento os motivos que levaram à sua escolha. O capítulo que se segue, subdivide-se em 4 subcapítulos onde identifico as competências desenvolvidas durante o Estágio final nos diferentes domínios de intervenção: Prestação de Cuidados, Gestão de Cuidados, Formação e Investigação. Em articulação com as referidas competências elenco os objetivos específicos delineados, as atividades realizadas para a sua aquisição e a reflexão crítica sobre as mesmas. Termina com a nota final, onde concluo o trabalho refletindo acerca da concretização dos objetivos inicialmente traçados, realizando um balanço do percurso formativo, apresentando

as limitações/dificuldades sentidas e os principais desafios e conclusões. Nos apêndices são apresentados os documentos produzidos durante o percurso de Estágio I, facilitando a compreensão de algumas atividades desenvolvidas e descritas.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

O Estágio Final decorreu entre o período de 4 de Fevereiro e 25 de Maio de 2019 e foi dividido por três contextos assistenciais distintos de cuidados especializados à criança: Comunidade, Urgência/Emergência e Neonatologia. As escolhas dos contextos assistenciais do Estágio Final tiveram em conta as especificidades dos cuidados especializados na área da SIP, assim como, a minha experiência profissional.

Gostava de referir que no 2º semestre deste Curso de Mestrado, realizei o Estágio de opção (A saúde da criança e família – vigilância e decisão clínica), num serviço de internamento de Pediatria, onde desenvolvi competências no âmbito do tratamento de crianças com problemas de saúde, de natureza aguda e crónica, com doença resultante de problemas médicos e cirúrgicos. Neste contexto, tive oportunidade de prestar assistência a crianças com patologia pediátrica no âmbito da neurologia, gastroenterologia, ortopedia, oftalmologia e otorrinolaringologia, e de desenvolver competências no cuidado a crianças/família com doença crónica e em situação de especial complexidade, nomeadamente até do foro da patologia pedopsiquiatria e dos comportamentos de risco. Esta realidade permitiu-me desenvolver competências na maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, encarando a hospitalização não só como uma crise, mas também como uma oportunidade. As necessidades especiais e complexas inerentes à hospitalização da criança geram mudanças temporárias ou permanentes na parentalidade, pelo que o apoio nesta transição e a resposta às necessidades dos pais no exercício da parentalidade foram os dos meus focos de atenção e desenvolvimento como enfermeira neste contexto, contribuindo para a minha aquisição de competências acrescidas na área de especialização.

Fazendo uma pequena resenha sobre o meu percurso profissional, importante para a compreensão de algumas escolhas e especificidades deste Estágio Final, a minha atividade como enfermeira de cuidados gerais iniciou-se num serviço de Neonatologia em Novembro de 2011, em Inglaterra. Esse percurso terminou em Dezembro de 2013. Após um interregno,

onde exerci enfermagem noutra contexto, regressei à Neonatologia em Abril de 2015, num Centro Hospitalar da zona norte de Portugal onde permaneço. O serviço apresenta uma lotação de 26 recém-nascidos, distribuídos por 12 unidades de cuidados intensivos, 12 unidades de cuidados intermédios e 2 unidades de isolamento e, acolhe todos os recém-nascidos de baixo peso (<1500 gramas, ≥ 24 semanas de gestação) da Zona Norte do país, assim como, recém-nascidos até 28 dias com doença associada. A diversidade de patologias (médicas e cirúrgicas, à exceção das do foro cardíaco) a que este serviço dá resposta implica, necessariamente, cuidados diferenciados a cada recém-nascido. A prematuridade em si, é o diagnóstico médico mais frequente neste serviço, e por isso, na sua maioria os recém-nascidos prematuros de muito baixo peso e a sua família são o meu foco de atenção. Deste modo, a minha prestação de cuidados direciona-se ao recém-nascido e à sua família, consoante os diagnósticos e respetivas intervenções de enfermagem. A admissão no serviço decorre maioritariamente de transferências internas (núcleo de partos, bloco de partos, do serviço de puerpério, atendimento pediátrico referenciado) ou de outras unidades hospitalares do país através do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico do INEM.

Alguns dos focos de atenção para a prática de enfermagem com que frequentemente me deparo na neonatologia são: Vinculação, Papel parental, Amamentar, Dor, Conforto, Respiração, Limpeza das vias aéreas, Ferida, Conhecimento. Os cuidados de enfermagem que presto incorporam intervenções no âmbito da estabilidade ventilatória, térmica, hemodinâmica, metabólica e neurológica (no foro da interdependência) e, avaliação e controlo da dor, promoção e apoio/ensino e promoção das competências parentais, apoio à parentalidade (foro autónomo). Na identificação dos focos de atenção e necessidades e o planeamento e implementação das intervenções, assim como a monitorização e avaliação dos resultados utilizo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e o sistema de informação informatizado S-Clínico®. Além disto, a unidade tem em vigor a visita domiciliária para bebés prematuros ou com comorbidades diversas após a alta hospitalar. Também pelo facto de estarmos integrados numa instituição reconhecida como Hospital Amigo dos Bebés, passa por nós, Enfermeiros, a proteção, a promoção e apoio ao aleitamento materno, sendo que os bebés amamentados não recebem substitutos de leite materno a menos que seja indicado clinicamente, ou que seja a escolha previamente informada dos pais.

Foi durante estes anos de prática dedicada à Enfermagem em Neonatologia que o meu interesse pela Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica se reforçou e a necessidade de desenvolver mais e diferentes competências nesta vasta área levaram-me até este Curso de

Mestrado e Especialização e, a fazer as escolhas relativas aos contextos assistenciais do Estágio Final que passo a descrever.

O primeiro contexto assistencial experienciado foi no âmbito dos cuidados de saúde primários, contemplando uma Unidade de Saúde Familiar (USF) e uma Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC). Nesta vertente, o estágio teve uma duração de 220 horas de contacto, 154 horas na UCC e 66 horas na USF, contando com 210 horas de estudo individual.

A USF é uma unidade de prestação de cuidados de saúde que faz parte integrante de um Centro de Saúde, onde tive a oportunidade de desenvolver competências relacionadas com a prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, nomeadamente relacionados com a vigilância em saúde, promoção da saúde e prevenção da doença a crianças e família. Neste contexto os profissionais de saúde organizavam-se por equipas de saúde familiar, cada uma constituída por um Enfermeiro, um Médico e um Assistente Administrativo, responsáveis por um determinado número de famílias. O horário de trabalho varia entre as 8 horas e as 20 horas dos dias úteis, organizando-se em turnos de 8 horas. A UCC por si tem a missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde. Desta forma, tive a oportunidade de desenvolver competências na prestação de cuidados de saúde no âmbito comunitário a crianças e famílias que se encontravam em situação de maior risco ou dependência física/funcional/doença, atuando também na vasta área da educação para a saúde. De entre os vários programas implementados na UCC escolhida, os que foram alvo da minha maior atenção e desenvolvimento como EESIP foram a Saúde Escolar, a Equipa Local de Intervenção (ELI) e o Núcleo de Apoio à Criança e ao Jovem em Risco (NACJR). Neste contexto, os profissionais organizam-se por equipas de área/projeto de intervenção, sendo as mesmas constituídas na sua totalidade por Enfermeiros Especialistas das várias áreas. Colaboram com os mesmos profissionais como: médicos, higienistas orais, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, administrativos. No âmbito da SIP existem dois EESIP responsáveis pela Saúde Escolar, pela ELI e pelo NACJR.

Foi o contexto assistencial com mais horas atribuídas, pelo facto de se constituir a área mais distinta do meu trabalho e desenvolvimento profissional até então, o que exigiu um maior período de adaptação para o alcance dos objetivos.

O segundo contexto assistencial por onde passei foi um Serviço de Urgência Pediátrica, contemplando 100 horas de contacto e 100 horas de estudo individual. O Centro Hospitalar escolhido foi o mesmo onde realizei o estágio de opção do 2.º semestre deste Curso de

Mestrado suprarreferido e, acredito ter sido uma mais-valia para o meu percurso nesta especialização, podendo agora melhor compreender a dinâmica do serviço que presta cuidados médico-cirúrgicos urgentes e emergentes à criança em situação de doença aguda e, que muitas vezes é transferida para o serviço de internamento já por mim conhecido. Os enfermeiros estavam organizados em equipas de 3 elementos, sendo um deles, o EESIP, chefe de equipa e eram distribuídos pelas várias áreas (sala de triagem, sala de tratamento, sala de observação, sala de apoio aos gabinetes médicos, unidade de isolamento). A sala de observação possuía 7 unidades de internamento de curta duração (não superior a 24 horas) ou em que haja necessidade de vigilância/monitorização contínua. A jornada de trabalho organizava-se em turnos de manhãs (8h-15h) tardes (14h30m-22h30) e noites (22h-8h30m). Por último, completei 40 horas de contacto e 40 horas de estudo individual num Serviço de Neonatologia diferenciado, que incorporava cuidados intensivos e intermédios neonatais a recém-nascidos pré-termo e de termo com patologia aguda/crónica, especializados em patologia do foro cardíaco. A unidade contemplava 9 vagas de cuidados intensivos e 8 vagas de cuidados intermédios, sendo que uma das unidades tinha uma funcionalidade mista mediante as necessidades do serviço. Tinha uma sala de espera para os pais com sofá e zona de refeição para que possam descansar na medida do possível. Cada turno contempla uma equipa de 8 Enfermeiros, sendo um deles (O EESIP mais experiente) o responsável pela equipa nesse turno e foi, interessante perceber que numa equipa de 50 enfermeiros apenas 10 não são EESIP. A jornada de trabalho organizava-se em turnos de manhãs(8h-15h) tardes (14h30m-21h30) e noites (21h-8h30m). Não esquecendo que esta é a minha área profissional e, que por isso fez sentido dedicar menos horas de estágio, mas simultaneamente com objetivos mais ambiciosos. A experiência foi bastante enriquecedora permitindo conhecer e integrar uma unidade distinta da que trabalho, especialmente diferenciada em termos de cirurgia cardíaca. Para além disso o facto diferenciador de utilizarem o NIDCAP (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*) como filosofia orientadora do cuidado centrado no desenvolvimento, em que todos os profissionais envolvidos nos cuidados, especialmente os EESIP, priorizam e aplicam em toda e qualquer intervenção ao RN/família, proporcionou-me uma vivência diferente que despertou uma reflexão criticoreflexiva rica pelas diferenças encontradas.

3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS, OBJECTIVOS E ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Os saberes são construídos pela aplicação do conhecimento a situações-problema identificadas no contexto de prestação de cuidados e mediadas por uma prática reflexiva (Serrano, Costa, & Costa, 2011). Neste sentido, o trabalho realizado neste percurso formativo permitiu-me desenvolver e integrar competências específicas no âmbito da especialidade que, segundo o Artigo 4.º do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018) são:

- ✦ *Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;*
- ✦ *Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;*
- ✦ *Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”.*

Como reitera o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESIP, a missão do Enfermeiro EESIP é prestar cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporcionando educação para a saúde, assim como identificar e mobilizar recursos de suporte à família/pessoa significativa (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Refere ainda que, o seu propósito deverá ser o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível. Percebe-se assim, que a arte da enfermagem pediátrica enquadra a filosofia dos cuidados centrados na família, com a capacitação e empoderamento deste binómio como beneficiário dos cuidados (Hockenberry & Wilson, 2014).

Segundo Serrano, Costa & Costa (2011) a enfermagem relaciona competência, exercício profissional e contexto, sendo que, as particularidades e especificidades dos diferentes locais de atuação são perentórios no desenvolvimento de competências. O plano de estudos deste Curso de Mestrado definiu 29 competências a desenvolver para a obtenção do Grau de Mestre Especialista, sobre as quais me debrucei durante o Estágio Final nos diferentes contextos assistenciais. As competências descritas têm em conta quatro domínios da intervenção de Enfermagem, sendo estes: a Prestação de cuidados, a Gestão, a Formação e a Investigação. Assim, irei narrar o percurso de aprendizagem descrevendo o desenvolvimento das competências nos domínios supracitados, elencando os objetivos específicos e as atividades desenvolvidas. Paralelamente, analisarei crítica e reflexivamente todo o processo, desde a concetualização à avaliação do decurso de aquisição de competências, abordando o significado do experienciado, do processo de pensamento e trabalho desenvolvido.

3.1. DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A atuação do enfermeiro especialista no âmbito da prestação de cuidados diz respeito à operacionalização das boas práticas de enfermagem especializada em saúde infantil e pediatria. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018) o EESIP trabalha em parceria com a criança e família, promovendo a saúde, prestando cuidados, proporcionando educação para a saúde e suporte à criança em parceria com a família. De acordo com Cardoso (2010, p. 9) na *“enfermagem pediátrica cuidar da criança é também cuidar dos seus pais. Os pais são o garante da segurança e bem-estar do filho, se também eles tiverem apoio e assistência”*.

Competência adquirida

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

Objetivos específicos

- ✦ Conhecer a estrutura e dinâmica organizacional dos diferentes contextos do estágio.
- ✦ Desenvolver uma relação profissional com as diferentes equipas de trabalho nos contextos do estágio.

Atividades desenvolvidas

Conheci a estrutura física dos contextos de estágio.

Conheci os objetivos e dinâmica do serviço, assim como as funções dos seus elementos (equipa multidisciplinar).

Consultei os manuais de integração no serviço.

Consultei protocolos de atuação e normas/procedimentos de serviço.

Conheci os mecanismos de articulação dos serviços com os restantes da instituição e recursos da comunidade

Integrei-me nas diferentes equipas, trabalhando e articulando com outros profissionais.

Reflexão

O primeiro contacto com a realidade da UCC foi muito confuso e de difícil compreensão, tendo sido necessário um período de tempo para integrar as informações e metodologia de trabalho. Para alguém que construiu o seu percurso profissional no ambiente hospitalar, o ambiente/metodologia de trabalho na UCC constituem um grande desafio.

Fui recebida pela Enfermeira Chefe que me apresentou à equipa e à Enfermeira tutora, Mestre com EESIP, que por sua vez me explicou o funcionamento da unidade e a dinâmica organizacional. No mesmo edifício, encontra-se sediada a USF, unidade que também fui conhecer e onde fui apresentada às duas Enfermeiras Mestres com EESIP responsáveis pela minha tutoria. Do mesmo modo, conheci o espaço físico e as suas particularidades, local onde realizei as consultas de vigilância de saúde.

Percebi que o plano de atividades e intervenções na UCC já estava numa fase avançada, quer a nível de organização quer a nível de implementação, mas tentei, com o auxílio da Enfermeira tutora inteirar-me e perceber o processo de implementação dos projetos, discutindo e refletindo sobre os focos da prática sensíveis aos cuidados de Enfermagem prestados. Focalizando a minha atenção na carteira de serviços da UCC afeta à área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, os projetos implementados eram: O Programa Nacional de Saúde Escolar (em três agrupamentos de escolas); o programa Nacional de Promoção da Saúde das Crianças e Jovens que incluiu a Intervenção precoce, o Núcleo de Apoio a crianças e jovens em risco; a Preparação para a Parentalidade que inclui a preparação para o parto e Parentalidade, recuperação pós-parto e educação parental, a massagem infantil, o aleitamento materno e o acompanhamento de mães adolescentes com o projeto Cegonha e

Companhia. Apesar disto, e por motivos organizacionais a Equipa de EESIP não estava a desenvolver trabalho no âmbito da Parentalidade e dos projetos que lhe estão afetos, estando estes à responsabilidade da Equipa de Enfermagem Especializada em Saúde Materna e Obstetrícia.

No contexto assistencial de Urgência Pediátrica fui acompanhada pela Enfermeira Chefe e pela Enfermeira Responsável numa visita pelas instalações com a descrição das valências do serviço e articulação entre os vários profissionais. É um serviço pequeno em termos de dimensões e bem organizado, não sendo uma urgência polivalente pelo que os casos de maior complexidade são transferidos para unidades mais diferenciadas. Todos os enfermeiros do serviço rodavam pelas várias áreas do serviço desempenhando funções nas mesmas (triagem, sala de OBS, sala de tratamento), o que para mim como estudante foi uma mais-valia pois circulei em conjunto com a Enfermeira Tutora pelas diferentes áreas experienciando ativamente todas elas. Havia uma boa comunicação entre todos os elementos da equipa, o que por si só foi facilitador na minha integração.

Relativamente à minha passagem pelo serviço de Neonatologia, apesar de curta, foi uma integração na dinâmica e na equipa facilitada pelo facto de ser um serviço similar ao da minha atividade de trabalho. Fui recebida por uma das Enfermeiras Especialistas Responsável pela unidade que me acompanhou e apresentou/descreveu o espaço, a filosofia de cuidados e a organização da equipa multidisciplinar. Foi-me disponibilizada documentação do serviço orientada para facilitar o acolhimento a Estudantes de EESIP e as conversas com a Enfermeira tutora foram direcionadas para os meus objetivos específicos de estágio, que se prendiam com modelo de cuidados NIDCAP e a prestação de cuidados ao recém-nascido e família submetido a cirurgia. Apoiei-me também na leitura dos protocolos do serviço, assumindo um espírito reflexivo na e sobre a ação nas discussões com as Enfermeiras tutoras que me acompanharam.

De uma forma geral, procurei adaptar-me rapidamente às equipas e métodos de trabalho nos diferentes contextos assistenciais, potenciando ao máximo as oportunidades de desenvolvimento e aprendizagem. As Enfermeiras Tutoras que me acompanharam assim como os restantes elementos das várias equipas colaboraram de forma muito positiva por forma a consecução dos objetivos específicos traçados. A consulta dos protocolos e normas de serviço, a observação atenta das dinâmicas de cada equipa e contexto, e o questionamento dos vários profissionais foram essenciais para o desenvolvimento da competência suprarreferida.

Transversal aos três contextos assistenciais do estágio final, no que respeita à relação com a equipa multi/interdisciplinar, mantive-me sempre consciente do meu papel como Enfermeira e como estudante EESIP. Na crescente aquisição e aprofundamento de competências, percebi que há situações onde a necessidade de mobilizar outros recursos e articular com outros profissionais é imperativa para cuidados de excelência à criança e família. Numa perspetiva especializada, o saber reconhecer os âmbitos de intervenção de outros profissionais de saúde, respeitando e valorizando os seus saberes e competências potencia uma resposta mais adequada às necessidades reais identificadas.

Competências adquirida

Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada.

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

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

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

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

Objetivos específicos

- ✦ Aprofundar conhecimentos, desenvolver competências e habilidades na assistência especializada à criança e família, nos diferentes contextos assistenciais, segundo uma metodologia científica de trabalho.
- ✦ Promover a parceria de cuidados nos diferentes contextos assistenciais.

Atividades desenvolvidas

Prestei cuidados de enfermagem especializados, segundo a metodologia científica do processo de enfermagem, a RN/criança/adolescente nos diferentes contextos assistenciais.

Utilizei estratégias promotoras da parceria de cuidados, negociando o tipo e nível de envolvimento da família na prestação de cuidados a RN/criança/adolescente.

Realizei consultas de enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil, desenvolvendo competências no âmbito dos cuidados antecipatórios.

Vacinei crianças de diversas idades, seguindo o Plano Nacional de Vacinação (PNV).

Participei em atividades no âmbito da saúde escolar.

Realizei visitas a crianças seguidas pela ELI.

Participei nas reuniões da ELI e do NACJR.

Realizei triagem à criança no âmbito do serviço de urgência e emergência.

Promovi a adaptação da criança e família à doença (aguda, crónica, deficiência, incapacidade) auxiliando na transição e no desempenho da parentalidade.

Utilizei linguagem classificada (CIPE) e registei o processo de enfermagem nos diversos sistemas de informação instituídos nos contextos assistenciais (SClinico®, SINUS®, B-Simple®, Registos manuais em impresso próprio).

Reflexão

Muito embora os contextos assistenciais do Estágio Final apresentem grandes diferenças e particularidades na atuação, a assistência especializada à criança e família regeu-se por um trabalho de parceria de cuidados, sendo este alicerçador de uma prática em que se dá maior relevo a criança/família, às suas competências, necessidades e desejos. Foi Anne Casey que em 1988 defendeu o modelo de parceria de cuidados no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem em pediatria, reconhecendo os pais como verdadeiros parceiros no cuidar e advogando que a envolvimento dos mesmos minimiza efeitos adversos em situações de crise, mantendo e desenvolvendo a força do papel parental e dos laços familiares, preconizando uma relação de confiança e conhecimento mútuo entre a família e a equipa de enfermagem (Casey A., 1995). Segundo a OE (2018) a performance do EESIP traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança/família, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente. Determina ainda que *“são áreas de atuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida”* (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19192).

As inúmeras e diversas condições que levam a criança e o jovem quer aos serviços de cuidados primários, quer ao serviço de urgência ou ao serviço de neonatologia juntamente com os desafios que cada faixa etária incorpora, proporcionaram-me o contacto com realidades distintas e com diferentes focos de atenção à prática de enfermagem. Assim, na elaboração do plano de cuidados às crianças e famílias que assisti, tive sempre por base a parceria de cuidados assim como a avaliação dos resultados das intervenções efetuadas. Como base da assistência prestada, e assente nos pressupostos da parceria de cuidados em pediatria a minha ação numa perspetiva de EESIP regeu-se pela relação de proximidade, pela negociação e pela partilha dos cuidados prestados à criança, tendo em vista a resposta à necessidade dos pais/família no exercício da sua parentalidade (Sousa, 2012). Desenvolvi competências especializadas nas várias etapas do processo de enfermagem utilizando linguagem classificada. A utilização dos vários sistemas de informação para registar todos os dados referentes à prática de enfermagem, não foi uma dificuldade, tendo em conta que quer em estágios clínicos anteriores quer na minha atividade profissional já trabalho com os mesmos. À exceção do serviço de urgência que tinha implementado registos manuais em impresso próprio, o que levou à discussão da importância de adotarem um sistema informático de apoio à prática de enfermagem, usada como alicerce de suporte para a tomada de decisão com parametrização e uniformização de linguagem, para uma melhor prática de cuidados de enfermagem e para a mensuração dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Com relação às consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil realizadas na USF as mesmas decorrem sob as orientações dadas pela DGS no PNSIJ.

Em Portugal, o PNSIJ estabelece uma calendarização das consultas tendo em consideração os acontecimentos mais importantes relativos ao desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional e à socialização, alimentação e escolaridade da criança/jovem. Estas consultas visam, particularmente, a valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e prevenção da doença, capacitando os pais com conhecimentos e competências para um melhor desempenho no exercício da parentalidade. A promoção da vacinação, com a harmonização das consultas com o esquema do PNV é também um fator importantíssimo no sentido de monitorizar a sua adesão para salvaguardar um adequado estado vacinal das crianças/jovens. A deteção precoce de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança é também uma prioridade do PNSIJ, sendo recomendada a prevenção e/ou vigilância de alterações comportamentais nas crianças/jovens para atuação em conformidade (Direção Geral da Saúde, 2013).

Durante o estágio, para além de numa fase inicial ter observado algumas consultas realizei 16 consultas de ESIIJ sendo possível prestar cuidados de saúde primários a crianças com idades-chave assumidas no PNSIJ. As crianças/adolescentes apresentavam idades compreendidas entre 1 semana de vida e 17 anos, com a seguinte casuística: <1 mês (1); 2 meses (2); 4 meses (1); 6 meses (1); 12 meses (2); 18 meses (1); 2 anos (2); 5 anos(2); 10 anos (1); 15-17 anos (3). Durante as consultas avaliei e interpretei os dados antropométricos e utilizei a escala de Mary Sheridan modificada (Direção Geral da Saúde, 2013) para fazer a avaliação do desenvolvimento das crianças, registando os dados obtidos quer no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil quer no SClinico®. Assim, esta experiência foi particularmente importante na aquisição e desenvolvimento de competências de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, sendo que um dos aspetos fundamentais da consulta de enfermagem neste contexto é a promoção da saúde, o que pressupõe ensinar e instruir, tendo em linha de conta uma atitude preventiva e antecipatória no que respeita à promoção do desenvolvimento físico/mental/espiritual/moral/social e ao apoio ao exercício da parentalidade. Também aqui, regi a minha intervenção segundo o papel do Enfermeiro de Pediatria defendido por Casey através do seu modelo de parceria de cuidados, apoiando, ensinando e encaminhando a criança e família (Casey & Mobbs, 1988) mediante as suas necessidades específicas. Em termos de consultas, na realidade que vivenciei, a Enfermeira de EESIP dava início à consulta no gabinete de SIJ e posteriormente o médico de família juntava-se à consulta e fazia parte da consulta médica ao mesmo tempo. Pareceu-me uma boa estratégia, evitando a duplicação de perguntas/respostas e até mesmo de informação/orientação fornecida, favorecendo a gestão do tempo e a uniformização nas orientações. A questão do tempo foi sem dúvida um desafio encontrado na consulta SIJ tendo em conta que é extremamente difícil explorar todas as áreas pertinentes em consultas com duração de 15 minutos. Este facto exigiu-me o desenvolvimento de habilidades na gestão da consulta e perspicácia em perceber quer através do relato dos pais e da expressão das suas preocupações quer através da observação da própria criança e da interação entre ambos, a direccionalidade da minha intervenção técnica. Inicialmente, adotei uma postura de observação tentando perceber o funcionamento da consulta, as estratégias de comunicação e formas de abordagem utilizadas pela Enfermeira Tutora. Progressivamente com a aquisição de confiança e conhecimentos comecei a participar ativamente nas consultas e a conduzi-las. Pelo nível de relação de confiança que existia entre a Enfermeira e as crianças e família, a mesma esteve sempre presente e de alguma forma participou sempre, até como intermediária no “quebra-gelo”, o que não foi um constrangimento para alcançar os meus objetivos e, em

muito me ensinou sobre a importância que a relação de proximidade e confiança que há entre os Enfermeiros no contexto de cuidados primários e os clientes, permitindo uma visão holística das necessidades dos mesmos. A consulta de enfermagem constitui-se um momento privilegiado para oferecer suporte e reforço às competências parentais com o objetivo de aumentar a capacidade das famílias em desempenharem um papel ativo no desenvolvimento da criança. O papel do EESIP assente nos seus conhecimentos e competências específicas é detetar precocemente situações de alarme e centrar a sua assistência nos aspetos essenciais a abordar com a criança e família, mantendo um acompanhamento contínuo, estruturado e atento às alterações.

Como sabemos, uma elevada cobertura vacinal para além de imunizar quem é vacinado evita também a propagação de doenças, uma vez que a imunidade de grupo impede a circulação de agentes patogénicos, reduzindo drasticamente a mortalidade infantil e erradicando doenças (Direção Geral da Saúde, 2016). No que diz respeito a vacinação, administrei 9 vacinas contempladas no PNV e 3 vacinas extraplano, o que implicou intervenções fulcrais em termos de cuidados antecipatórios, esclarecendo dúvidas e formando os pais para a promoção do desenvolvimento saudável da criança.

De acordo com Batalha (2013, p. 20) a *“dor e um resultado inaceitável na prestação dos cuidados”*, nesse sentido compete aos EESIP a conceção e implementação de protocolos para uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, a gestão de medidas farmacológicas, e a utilização criteriosa de intervenções não-farmacológicas para alívio da dor e promoção do conforto (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Tendo em conta que a vacinação infantil é um procedimento que está muitas vezes associado a um grande nível de ansiedade por parte dos pais e das crianças a partir dos 4 anos de idade recorri ao fornecimento de informação antecipatória com instruções simples, claras e honestas adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo. A preparação, informação e instrução dos pais acerca da sua conduta durante o procedimento foi muito importante para garantir e potenciar o apoio à sua criança durante o procedimento invasivo. Exemplos de algumas intervenções para controlo da dor que utilizei durante a vacinação foram estratégias não farmacológicas como a distração através de brinquedo, músicas, vídeos (telemóvel/tablet) mediante a preferência e idade da criança, o posicionamento (colo dos pais) e nos recém-nascidos/lactentes a contenção, a sucção não nutritiva e a amamentação (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Fora do contexto das consultas de enfermagem, e de forma a incentivar o cumprimento do PNV e aumentar os números de adesão à vacinação infantil, juntamente com a Enfermeira

Tutora contactei famílias telefonicamente cujas crianças tinham vacinas em falta, tentando perceber os motivos e promovendo a resolução rápida da situação reagendando marcações tendo em conta as disponibilidades mais específicas, atuando para o superior interesse da criança, otimizando esta boa prática.

Já sobre a visita domiciliária, neste contexto afigura-se “*elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade (...)*” (Direção Geral da Saúde, 2013, p. 7), tendo tido a oportunidade de a realizar a um recém-nascido de termo e família com 5 dias de vida. Foi uma experiência desafiante e enriquecedora pelo facto de sair da minha zona de conforto em termos de atuação profissional, sendo que esta pode ser uma estratégia valiosa para uma assistência, vigilância e educação para a saúde à família no seu contexto, tendo em conta as suas características mais intrínsecas, potenciando os ganhos em saúde obtidos com a intervenção do EESIP para a criança/família. Para além de ter procurado observar as condições de habitação/higiene/segurança do domicílio, centrei a minha atenção na interação da mãe com o RN e no relato que me foi fazendo sobre como tinha sido o parto e como se estava a sentir no desempenho do papel. Desta forma, identifiquei as áreas em que necessitava de intervir (cuidados com mamas/mamilos, cuidados com armazenamento/congelamento/utilização de leite materno extraído com bomba, cuidados com o coto umbilical/vigilância de sinais de alarme) esclarecendo dúvidas e reforçando de ensinamentos. Aproveitei ainda para realizar a colheita de sangue para o teste de diagnóstico precoce, sugerindo à mãe que colocasse o bebé à mama (que estava acordado e com sinais de fome) visto que, “*o leite materno, além dos reconhecidos benefícios nutricionais e afetivos para o recém-nascido, também pode ser uma potente intervenção para alívio da dor, por aleitamento materno*”(OE, 2013, p. 38). Desta forma, observei e avaliei a mamada enquanto expliquei os propósitos do teste efetuado, bem como o procedimento para a confirmação do resultado.

Um dos trabalhos que desenvolvi no âmbito das atividades na UCC relacionou-se com a Intervenção Precoce na Infância (IPI), que contempla um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação, da saúde e da ação social. O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância é dirigido a crianças e família até aos 6 anos de idade, com alterações ou em risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do corpo, tendo em linha de conta o seu normal desenvolvimento, tendo como objetivo assegurar um sistema de interação entre as famílias e as instituições e, na primeira linha, as da saúde, para que todos os casos sejam devidamente identificados e sinalizados tão rapidamente quanto possível

(Diário da República, 2009). São as Equipas Locais de Intervenção (ELI), multidisciplinares, que representam todos os serviços que são chamados a intervir, que definem o plano individual (Plano Individual de Intervenção Precoce – PIIP) para cada criança tendo sempre em conta as prioridades da família. Neste âmbito, participei nas reuniões da equipa multidisciplinar e colaborei com a avaliação do desenvolvimento de algumas crianças sob intervenção.

Tive oportunidade de realizar uma visita domiciliária no âmbito da ELI, a uma criança com 4 anos com atraso na linguagem (diagnosticada com Síndrome de West) juntamente com a terapeuta da fala da equipa, no sentido de realizar uma avaliação e monitorização do desenvolvimento infantil seguindo PIIP que já tinha sido elaborado, para compreender se os objetivos estavam a ser alcançados e quais as estratégias a manter e/ou reformular. Foi discutida e trabalhada a possibilidade de esta criança começar a frequentar o jardim de infância, hipótese até agora revogada pela mãe, enfatizando os benefícios em termos desenvolvimentais que poderiam advir, tendo-se traçado um plano com o objetivo de iniciar este percurso da forma mais tranquila e preparada possível. Uma outra visita, realizada no contexto do jardim de infância, a criança com 6 anos que estava sob intervenção desde os 4 anos por problemas na fala (dificuldade articulatória), culminando com a decisão conjunta com a mãe de que a menina estaria em perfeitas condições de ingressar no Ensino Básico dando-se por terminada a intervenção. Ainda neste âmbito de intervenção, fiz parte de uma primeira visita no contexto da creche a uma criança com 7 meses diagnosticada com surdez profunda, em que a família nuclear à exceção da mãe sofria toda de surdez profunda também. Nesta foi particularmente interessante perceber que a grande preocupação desta mãe estava relacionada com o bem-estar dos dois outros filhos (de idades 4, 12 anos) também surdos, durante o tempo que teria de estar ausente com filho mais novo para estudo e possível colocação de implante auditivo (um processo de aproximadamente 2 meses). Em todos os casos, foram delineados planos de intervenção que maximizassem o desenvolvimento das crianças e as competências parentais para o promoverem autonomamente. Pessoalmente, foi das áreas mais desafiantes e importantes deste Estágio Final como EESIP no sentido em que é uma intervenção totalmente direcionada para a capacitação dos pais/famílias com competências que promovam o desenvolvimento e tendo sempre como guia orientador as suas necessidades específicas e o que pretendem com a nossa assistência, o que se torna estimulante e no fim gratificante.

Outra área de intervenção em que tive oportunidade de participar nas reuniões foi do NACJR (núcleo de apoio a crianças e jovens em risco), não tendo sido possível fazer o

acompanhamento das visitas por razões internas de funcionamento da UCC. Mesmo assim, foi importante perceber a dinâmica desta equipa, no caso constituída por uma EESIP, um médico, uma psicóloga e uma assistente social, que analisam/avaliam e discutem os casos de risco ou perigo de maus tratos a crianças ou jovens que chegam através de referências quer das USF/CS, quer dos estabelecimentos de ensino, entre outros, constituindo-se uma interface na articulação e cooperação entre serviços e instituições (como a CPCJ, tribunais, etc).

No contexto de urgência pediátrica em que estagiei não estava implementado um sistema de triagem estruturado propriamente dito. A triagem era realizada segundo critérios pré-definidos entre a equipa de enfermagem e a equipa médica. Os critérios da triagem instituídos definiam o encaminhamento das crianças por duas vias: gabinetes médicos urgentes (todas as crianças/jovens que não necessitem de cuidados emergentes) ou OBS de Pediatria (RN até aos 3 meses de idade, crianças/jovens com saturações periféricas de oxigénio iguais ou inferiores a 95% em ar ambiente, convulsões, intoxicações, reações alérgicas graves, cetoacidose diabética, todos os casos em que o EESIP detete necessidade de observação/assistência imediata). Estes critérios pressupõem que as crianças mais doentes sejam assistidas mais rapidamente, mas não estão isentos de limitações tendo em conta que não identificam critérios de gravidade de forma objetiva, sistemática e estruturada, podendo a prioridade clínica da criança em ser observada estar mais dependente da subjetividade da avaliação do enfermeiro que tria. Como defendem Soler, Gomez Munoz, Bragulat, & Alvarez (2010) algumas das vantagens de um sistema de triagem estruturado passam pela identificação de risco de vida, garantir a prioridade de acordo com o nível de classificação assim como a reavaliação dos doentes que devem esperar, definir a área do serviço mais adequada para observação do doente, dar informação quer sobre o processo de atendimento como aos familiares, melhorar o fluxo de doentes e descongestionamento dos serviços e fornecer informações para otimizar a gestão do serviço, priorizando somente o acesso ao atendimento e não fazer diagnósticos. É no momento da triagem que há o primeiro contacto (primeira impressão do estado da criança) entre o Enfermeiro e a criança/família, sendo escutadas e registadas as queixas e o motivo de vinda ao serviço, realizando-se a primeira avaliação física e hemodinâmica identificando as alterações fisiológicas. Foi uma área da prestação de cuidados especializada especialmente desafiante, tendo em conta a minha inexperiência neste contexto de cuidados assistenciais, e que por si só e com o auxílio da Enfermeira tutora contribuiu para o desenvolvimento da minha capacidade de comunicação, assim como na destreza de olhar e avaliar crítica e rapidamente a criança doente. É neste

primeiro momento que o EESIP pode iniciar um contato acolhedor, transmitindo confiança à criança e aos pais, fazendo-os sentir que são bem-vindos e que existe disponibilidade para responder às suas necessidades e preocupações, incutindo um sentimento de confiança e empatia com a equipa multidisciplinar, que irá influenciar positivamente toda a relação terapêutica e a prestação de cuidados (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2016). Foi minha preocupação, e tendo em conta que a triagem se inicia com a chegada da criança ao SU até à primeira observação pelo médico pediatra, reavaliar sempre que necessário as crianças em situação de doença que assim o exigiam, com maior risco de agravamento por atraso no tratamento, reestabelecendo prioridades, assumindo assim a triagem como um processo dinâmico onde as crianças podem melhorar/piorar durante o tempo de espera. Constatei que o objetivo major da triagem realizada pelo EESIP não é de todo estabelecer um diagnóstico, mas sim, mediante uma avaliação clínica preliminar classificar a criança em função da sua urgência/gravidade e ajustar o tempo, recursos e o tipo de resposta assistencial ao grau de urgência.

Constatei que neste serviço não estavam definidos Enfermeiros especificamente para a triagem, sendo uma função desempenhada por todos os elementos da equipa e rotativa, mesmo, durante um turno de trabalho. No entanto, percebi que os elementos mais jovens da equipa passam menos tempo nesta função e, nas horas de maior afluência/trabalho são apoiados por um elemento mais experiente da equipa. Comprovei através desta experiência que o Enfermeiro (idealmente um EESIP) que realiza triagem tem que ter competências acrescidas bem desenvolvidas, como a capacidade de comunicação, organizativa, de trabalhar sob pressão e, acima de tudo, de reconhecer uma criança doente.

Tive oportunidade de discutir com a Enfermeira tutora a pertinência do serviço adotar um sistema de triagem estruturado, isto é, com critérios científicos, baseado na evidência, reproduzível, auditável como é exemplo a Triagem Canadiana e a Triagem de Manchester. Ficou claro que a implementação de um sistema destes poderia aumentar os níveis de eficácia, qualidade e segurança na assistência às crianças em contexto de urgência, através do aumento do conhecimento sobre a atividade/complexidade e necessidades do serviço o que favoreceria o planeamento de recursos (humanos e materiais), permitindo uma avaliação contínua e implementação de ações de melhoria, assim como mais humanização com redução da ansiedade e aumento da satisfação das famílias.

É na área da triagem que os pais são informados sobre o processo de atendimento (prioridade do atendimento face à gravidade) e a dinâmica do serviço. Mesmo assim, existiram inúmeras situações em que os pais fizeram questões sobre a porquê dos filhos não serem prioritários e

que geraram bastante ansiedade e preocupação. Assim, torna-se fundamental adequar e adaptar as estratégias de comunicação à criança e família, favorecendo uma comunicação mais próxima com os pais no sentido de evitar situações de tensão com base no medo/ansiedade que estes possam sentir (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2016). Durante a minha passagem neste serviço tive também a oportunidade de trabalhar em OBS, o que permitiu ampliar a minha diversidade de experiências em situações menos comuns às da minha experiência profissional, realizando intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes, seguindo uma metodologia científica e utilizando a parceria de cuidados com a criança/família. Perspetivando a minha atuação como futura EESIP, foi uma prioridade centrar-me mais do que nas questões técnicas e interdependentes da prestação de cuidados, e aprofundar as minhas competências na gestão emocional da criança/família em contexto de urgência/emergência e de alguma forma trazer essa preocupação à discussão quer com a Enfermeira Tutora quer com outros elementos da equipa com quem estive em contacto. Neste âmbito, foram prioridade: a capacitação dos pais/família para participarem positivamente nos procedimentos reduzindo o medo, a ansiedade e o stress, tanto da criança como dos pais; a preparação para os procedimentos técnicos, fornecendo explicações/informações, facilitando a expressão de sentimentos e oferecendo reforço positivo; a distração, o humor e o brincar (Diogo, Vilelas, Rodrigues, & Almeida, 2016). Tanto o medo como a dor estão intimamente relacionados com a experiência vivida pelas crianças em contexto de serviço de urgência, quer pelo motivo de vinda ao serviço quer pelos procedimentos diagnósticos e terapêuticos muitas vezes necessários. Sendo a dor o 5º sinal vital, o seu controlo constitui-se um dever e indicador de boa prática para qualquer Enfermeiro, e o EESIP não deve descurar o diagnóstico da presença e intensidade da mesma, avaliando, intervindo e registando no decorrer da sua assistência à criança (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Segundo Batalha (2013, p. 20) as *“boas práticas na avaliação e no controlo da dor na criança passam pelo envolvimento ativo da criança e seus pais como verdadeiros elementos da equipa de saúde, em que os enfermeiros colham dados sobre a história de dor, acreditem na criança e lhe dêem voz, utilizem sempre um instrumento de avaliação da dor, a escolher de forma criteriosa e a utilizar com rigor metodológico”*. Deste modo, e tendo em conta a parceria de cuidados valorizei sempre as estratégias de coping da criança/família em concreto, atendendo as suas particularidades e forma única de lidar com o sofrimento no momento.

Em termos de atuação de sala de emergência, durante o meu tempo de permanência no serviço não existiu nenhuma situação complexa que me permitisse desenvolver

competências nesse sentido. Por forma a minimizar este facto tive, contudo, oportunidade de me ter sido explicado acerca da sala de Ressuscitação (que se encontra na ala da Urgência de adultos), de que forma eram transferidas as crianças/jovens e como, genericamente, se organizavam os vários profissionais de saúde e estava distribuído o material essencial à assistência naquele contexto.

A Ordem dos Enfermeiros (2013, p. 18) é perentória ao afirmar que a *“maioria dos pais prefere estar presente durante os procedimentos dolorosos e para a criança esta presença também é desejada, tornando-se menos ansiosa e insegura”*. Apesar de alguns membros da equipa defenderem que muitas vezes, os pais ficam perturbados e dificultam o controlo da criança durante o procedimento, e que por esse motivo preferem que não estejam presentes, na minha experiência, só constatei o aumento da dor e ansiedade para a criança/família quando esta forma de atuação foi imposta. Foi-me difícil entender, ainda mais quando o cuidado em enfermagem pediátrica se centra na família, o porquê de muitos enfermeiros se manterem reticentes na permissão para a presença dos pais/família em momentos de dor e ansiedade provocados pelos procedimentos invasivos, em que o suporte e apoio era mais necessário (Pruitt, Johnson, Elliott, & Polley, 2008). Por isto, defendo que se os pais/famílias demonstrarem esse interesse e que se forem bem preparados e informados sobre a necessidade/tipo de procedimento a realizar e forem sensibilizados para a importância de manterem uma postura segura e tranquila, focando-se apenas em maximizar o bem-estar da criança/jovem, a sua presença é sempre benéfica e deverá ser permitida e facilitada. Numa ótica de cuidado centrado na família, alterar estas práticas é uma oportunidade de mudança para o EESIP, sendo que após informação cuidada prestada pelo mesmo à família é esta que deve escolher e decidir se permanece junto da criança durante o procedimento (O'Malley, Brown, Krug, & Medicine, 2008).

Objetivos específicos

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

Atividades desenvolvidas

Respeitei a carta dos direitos da criança hospitalizada.

Suportei a tomada de decisão em princípios, valores e normas deontológicas.

Promovi práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Baseei a minha prática nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESIP utilizando como quadro de referência o enquadramento conceptual e enunciados descritivos da OE.

Reflexão:

Como referenciais para o processo de tomada de decisão e atuação profissional tive sempre presentes os princípios éticos universalmente reconhecidos, os valores e a deontologia profissional enaltecendo o dever de garantir a dignidade da Pessoa Humana, neste caso da criança/família. Quer o percurso académico deste curso de Mestrado quer o experienciado neste Estágio Final possibilitaram-me a aquisição e desenvolvimento de competências na pesquisa e mobilização da diversa literatura legal existente. O código deontológico, os direitos da criança hospitalizada, o enquadramento jurídico da profissão, e enunciados da Ordem dos Enfermeiros, assim como o próprio conhecimento científico, são exemplos de elementos que sustentaram a minha prática. As experiências novas e diversas enriquecidas pela discussão e reflexão, basearam-se no respeito pelos princípios éticos e de responsabilidade profissional, traduzindo-se na procura pela excelência da assistência prestada, qualidade dos cuidados de enfermagem, traduzida em ganhos em saúde para as crianças/famílias. A Deontologia Profissional do Enfermeiro prende-se com um conjunto de deveres inerentes ao exercício das suas funções, com objetivo de garantir um exercício profissional de excelência. Segundo Nunes (2011) a Deontologia e a Bioética são indissociáveis tendo em conta o mais elevado potencial profissional, e tanto o sigilo profissional como o dever de privacidade são extremamente importantes e requisitos essenciais na conduta dos Enfermeiros, e ainda mais do EESIP em contexto pediátrico. *“Os valores morais podem incluir autonomia, o direito do cliente a auto governar-se; não maleficência, a obrigação em minimizar ou prevenir o dano; beneficência, a obrigação de promover o bem-estar do cliente; e a justiça, o conceito de equidade”* (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 14). Assim, o EESIP deve atuar tendo como base a atuação mais benéfica ou menos prejudicial no âmbito dos valores morais, da deontologia profissional, da lei e das próprias regras institucionais e do conjunto de valores e crenças da criança/família.

Tentei na minha prática atuar como “provedora” da criança/família, assente na premissa de que o enfermeiro deve ter um papel de defensor ou advogado do doente, transmitindo

informação e apoiando nos processos de escolha (Ordem dos Enfermeiros, 2005). No papel de EESIP e perspetivando uma prestação de cuidados especializados foi preocupação constante durante a minha atuação o direito à privacidade e confidencialidade em todos os contextos assistenciais e, tendo em conta as particularidades de cada faixa etária e características únicas da criança/família.

Constatei, que por exemplo, num serviço como a Urgência e por tudo o que implica em termos funcionais há, indubitavelmente, um cruzamento de crianças e familiares (quer para exames complementares diagnósticos, ou intervenções ou mesmo internamento em OBS) para além de todos os profissionais de saúde implícitos nos cuidados, o que muitas vezes se constitui um desafio para preservação máxima da privacidade e confidencialidade em relação à criança/família.

O artigo 24º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia determina que *“as crianças têm direito à proteção e aos cuidados necessários ao seu bem-estar. Podem exprimir livremente a sua opinião, que será tomada em consideração nos assuntos que lhes digam respeito, em função da sua idade e maturidade”* (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 412). Assim, atuei de forma a que a informação chegasse não só aos pais, mas também às crianças, de forma adequada e adaptada à idade e compreensão, sempre com o objetivo de que fosse parte integrante nos processos de decisão sobre os cuidados ou intervenção necessários. Defendendo a criança como elemento ativo no que diz respeito à sua saúde, procurei sempre que possível e adequado ao fornecer informação relevante a obtenção do consentimento para as intervenções em decisão partilhada com os pais, escutando a vontade expressa pela criança, segundo a máxima de que *“(...)a criança tem o direito a expressar a sua opinião e as suas preferências no tratamento, e devem ser respeitadas na sua privacidade e confidencialidade”* (Nunes S. R., 2011). É crucial compreender que devido às características inerentes à criança pode ser um grande desafio que esta afirme a sua autonomia, e por isso não podemos descurar a qualidade da comunicação com esta e a sua família com o intuito de estreitar a relação e o conhecimento sobre a mesma.

Segundo Nunes *“na abordagem à criança existem dois aspetos importantes a considerar: o primeiro diz respeito ao acolhimento dos pais e criança e o segundo refere-se à participação dos pais em atos de intervenção”* (2011, p. 41) prendendo-se estes com a tão inquestionável importância da promoção da humanização nos cuidados em SIP.

No contexto da UCC e da USF, outra questão sobre a qual refleti teve que ver com a opção de os adolescentes poderem ter consultas de enfermagem sem a presença e informação da família, sendo que se posicionam entre o já não ser criança mas o ainda não ser adulto,

experienciando uma fase de mudanças a nível físico e psicológico que pode culminar com alguns conflitos interiores em diversas áreas da sua vida, nomeadamente no que diz respeito a saúde/doença. Nos vários contactos com adolescentes, e sempre que necessário foi dada a possibilidade de reservarem um momento da consulta sem a presença dos pais e com o compromisso de privacidade e confidencialidade total. Não obstante, sempre que foi notada uma situação de possível risco ou de maior complexidade sobre a qual seria desejável o conhecimento da família, foi discutido com o adolescente e aconselhado que de alguma forma partilhasse a situação para que recebesse o apoio familiar, mostrando sempre disponibilidade para auxiliar/mediar esse processo.

Citando Nunes “(...) *desafios éticos como promover os melhores interesses da criança, preservar a gestão da “aliança” terapêutica entre profissionais e pais /cuidadores, proteger a privacidade e confidencialidade da criança e da família, equilibrar o papel de prestador de cuidados de saúde e de cidadão, embora com autoridade profissional adequada, são reptos a conquistar diariamente*” (2011, p. 41), certezas que cimentei durante este percurso formativo.

Competências adquiridas

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

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

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

Objetivos específicos

- ✦ Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/família em situações de especial complexidade, nos diferentes contextos assistenciais do Estágio Final.
- ✦ Demonstrar espírito de iniciativa, rentabilizando as oportunidades de aprendizagem.

Atividades desenvolvidas

Promovi e participei em momentos de reflexão e discussão com os Enfermeiros Tutores e restante equipa de enfermagem, nos diferentes contextos assistenciais, sobre a atuação do EESIP em situações complexas.

Colaborei na assistência à criança/família com doença crónica.

Colaborei na assistência à grávida/mãe adolescente.

Reflexão:

Segundo a OE no que concerne às competências específicas do EESIP este deve “*cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade*” detendo conhecimentos e habilidades para responder a situações de particular exigência mobilizando os recursos/abordagens/terapias e, avaliando e respondendo às necessidades das famílias no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Ao longo do Estágio final deparei-me com várias situações complexas que me exigiram a adaptação dos cuidados prestados nos diferentes contextos. Durante todo o relatório vou fazendo menção a muitas dessas situações, e do quanto as mesmas carecem de uma atuação por parte de um EESIP pela sua diferenciação, pelo seu conhecimento especializado e pelas suas competências acrescidas, marcando a diferença em momentos decisivos que requerem assertividade, eficácia, segurança e qualidade.

Aponto uma experiência de aprendizagem de especial relevo, que surgiu no âmbito da minha passagem pelo serviço de urgência, no qual, a EESIP responsável (tutora) assumia funções na Consulta Externa de Pediatria – Diabetes. Com relação a crianças com doença crónica foi-me possível desenvolver competências especializadas com a minha participação nestas consultas externas. A doença crónica caracteriza-se por uma evolução prolongada que exige tratamento e vigilância específicos ao longo do tempo, tendo um impacto multidimensional na vida da criança/família. O foco destas consultas (realizadas em exclusivo por EESIP) estava na assistência especializada através da promoção da adaptação ao seu estado de saúde, incentivando desde cedo a uma responsabilização progressiva no que diz respeito ao seu estado de saúde da criança/família. Constatei nesta experiência a confiança que as crianças/famílias depositam na EESIP, estabelecendo uma relação de proximidade que mantém resultado do trabalho desenvolvido desde o diagnóstico. A dinâmica das mesmas passa pela avaliação do estado geral da criança e família, verificando se existiram alterações significativas desde a última consulta, a partilha de informação, esclarecimento de dúvidas

e reforço dos ensinamentos para maximização da sua saúde, instrução e treino dos cuidados necessários no dia-a-dia das crianças/família. Desta forma, é estimulada a autonomia das crianças (a partir essencialmente da idade escolar) e incentiva-se a autoestima e a expressão de sentimentos e emoções. Relativamente aos adolescentes, observei que os mesmos se encontravam mais vulneráveis ao desenvolvimento de problemas de saúde mental, pelo que, a nossa intervenção se direccionou também para a sua prevenção e deteção precoce. Ao cuidar de adolescentes com doença crónica tive consciência do risco e do impacto de um difícil desenvolvimento psicossocial, pelo que estar atento ao seu relacionamento com os pais/família é essencial para antecipar problemas e atuar em consonância (Christin, Akre, Berchtold, & Suris, 2015). Foi nesta faixa etária que detetei mais comportamentos de negação, tendo sido exprimidos muitos sentimentos de revolta com a condição de saúde, com as alterações da imagem corporal, querendo desistir das consultas, do tratamento manter o tratamento e de manter os comportamentos de procura de saúde e gestão terapêutica. Foi sem dúvida um grande desafio, e obrigou-me a pensar e estudar para dar resposta quer as necessidades destes adolescentes, quer da própria família que evidenciava um grande nível de stress e preocupação pela incapacidade de lidar com a situação. É importante aqui referir que a avaliação dos sistemas de suporte familiar que apoiem ou possam apoiar esta família a enfrentar a situação pode ser uma intervenção valiosa por parte do EESIP, sendo crucial propor e discutir formas de incorporar os cuidados de saúde necessários nas rotinas diárias do adolescente por forma a “descomplicar” e a diminuir o stress, atendendo à máxima normalização. Também aqui senti que a comunicação entre a família e a equipa de saúde é crucial, e o EESIP nas suas funções deve garantir a informação adequada e atempada por forma a identificar antecipadamente as necessidades da criança/família, promovendo o seu empoderamento. Constatei que a o EESIP na sua assistência a estas crianças/famílias deve avaliar (e reavaliar) sempre a situação, aceitando as reações emocionais da criança/família perante a vivência da doença, orientar e informar sobre os cuidados de saúde necessários, estabelecendo junto com as mesmas metas realistas para o futuro próximo e promovendo o desenvolvimento harmonioso e o fortalecimento do papel parental, reconhecendo e aumentando a sua competência.

No contexto da UCC, tive oportunidade de participar nas consultas de acompanhamento a grávidas/mães adolescentes, integradas no projeto desenvolvido a nível local “Cegonha&Companhia” da responsabilidade das EESMO. A EESIP tutora disponibilizou-se a acompanhar-me nestas consultas em concordância com a EESMO e com as grávidas/mães adolescentes. Este projeto surgiu para dar uma resposta mais adequada e direcionada a estas

grávidas/mães tendo em conta que a “ *a maternidade na adolescência ainda é considerada como social, educacional, psicológica e economicamente desvantajosa para a mãe e para a criança*” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 836). A disponibilização deste apoio profissional e imparcial por parte do Enfermeiro Especialista é crucial nesta fase para a segurança e saúde da adolescente grávida/mãe e seu filho, sendo esta assistência fundamental para a vivência das duas transições em simultâneo (adolescência e parentalidade) e para a promoção do seu desenvolvimento pessoal e desempenho do papel parental. Observei a importante intervenção que é feita com estas mães desde o início da sua gravidez e tive oportunidade de colaborar com uma assistência especializada no âmbito da saúde infantil, dos cuidados antecipatórios e no âmbito da saúde e bem-estar da própria mãe (adolescente à data). A adolescência é um período transitório entre a infância e a idade adulta, que encerra profundas mudanças biológicas, intelectuais e psicossociais. Nestas consultas é prestado apoio ao nível da gravidez/maternidade numa fase precoce, a adolescência, pelo que é fundamental não só manter a promoção da saúde, mas também a aquisição de competências pessoais, sociais indispensáveis à promoção de autonomia e construção do seu novo projeto de vida e/ou organização do mesmo para que sejam capazes de cuidar não só de si, mas também dos seus filhos.

Segundo Hockenberry & Wilson (2014) o papel do EESIP é fundamental para aumentar a sensação de competência da mãe adolescente, através do feedback positivo acerca das competências parentais e encaminhando a adolescente para recursos na comunidade, como são exemplo na UCC em causa os cursos de preparação para a parentalidade, recuperação pós-parto, massagem infantil, amamentação. Constatei que promover o envolvimento e apoio da restante família é também muito importante, no sentido de permitir a estas jovens grávidas/mães que mantenham e completem a sua educação/aquisição de competências profissionais em simultâneo com a resposta às necessidades do filho e consecução do seu novo papel (papel parental). De notar que “*existe uma correlação positiva entre a quantidade de suporte social e a frequência de comportamentos maternos apropriados*” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 838) “*colmatando, em muito casos, o impacto negativo da eventual escassez de recursos psicossociais*” (Mendes, Soares, Jongenelen, & Martins, 2011, p. 311) por parte da adolescente. Neste sentido, no decorrer destas consultas e da relação estabelecida procurei juntamente com a adolescente identificar a pessoa significativa (por vezes a família, noutros casos o companheiro/pai da criança e a família dele, ainda noutras situações amiga/o da família) e de quem esta considerava receber mais apoio com o objetivo de potenciar e facilitar esta relação para o maior benefício através deste apoio efetivo. Na

minha experiência como enfermeira em Neonatologia, já muitas vezes contatei com mães adolescentes, mas pela dinâmica do serviço e pela condição de prematuridade ou doença do RN a minha intervenção andava muito em torno dos cuidados ao bebê, não abrangendo nem olhando para a mãe especificamente como alvo dos meus cuidados, havendo um pobre investimento na resposta às suas necessidades particulares como mãe, mas acima de tudo como adolescente.

Competência adquirida

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

Objetivos específicos

- ✦ Refletir criticamente sobre os focos da prática sensíveis aos cuidados de Enfermagem prestados e respectivos diagnósticos e intervenções.

Atividades desenvolvidas

Identifiquei focos de enfermagem, formulando diagnósticos, tendo como base a linguagem CIPE.

Reflexão:

Relativamente ao contexto de estágio de cuidados de saúde primários, posso nomear como mais frequentes focos como: Desenvolvimento da criança/adolescente, Adesão ao regime de imunização (vacinação), Prevenção de segurança, Parentalidade, Papel parental, Vinculação, Amamentar, Comportamento de procura de saúde. Por definição na CIPE®, o Desenvolvimento da criança é o “crescimento e desenvolvimento físico; mental e social progressivos desde o nascimento e durante toda a infância” (International Council Of Nurses, 2019), tendo sido em torno deste foco principal que surgiu a atenção sobre os restantes focos de atenção para a prática do EESIP. Percebe-se assim que para prestar uma assistência especializada que promova e garanta o desenvolvimento saudável da criança/adolescente seja necessária uma parentalidade positiva e o desenvolver/manter do papel parental adequado, com a promoção da vinculação. A educação para a saúde traz lucros no que diz respeito aos comportamentos de procura de saúde, como a vacinação, a amamentação, a alimentação, o sono, a prevenção de acidentes e situações de risco, entre outros. A assistência que prestei primou sempre pela parceria de

cuidados, com o principal objetivo de alcançar o bem-estar da criança/adolescente e família, assim como da sua capacitação.

Segundo Lopes (2010), o Enfermeiro de entre os vários profissionais de saúde, possui um papel de destaque pelas competências científicas e pela proximidade com a criança/família para trabalhar sobre o foco parentalidade, apoiando estas a empreenderem o seu papel e as suas responsabilidades em áreas como a compreensão e o potencial de desenvolvimento da criança e a promoção da aprendizagem parental. Perspetivando uma assistência especializada, no papel de EESIP primei pela promoção da Parentalidade Positiva, sendo esta “ *o conjunto de funções atribuídas aos pais para cuidarem e educarem os seus filhos e é definida por comportamentos e valores parentais, baseados no melhor interesse das crianças(...) descrita como promoção do desenvolvimento de relacionamento positivo e otimização do potencial do desenvolvimento das crianças ou também como parentalidade no melhor interesse da criança*” (Lopes, Catarino, & Dixe, 2010, p. 110) . Deste modo, o planeamento das intervenções (com foco no comportamento parental positivo, conhecimentos dos pais para a promoção da saúde e desenvolvimento da criança) esteve sempre centrado nas necessidades da criança e no interesse dos pais sobre aquilo que demonstravam querer aprender e discutir, sobre as suas preocupações, utilizando sempre o reforço positivo e a compreensão das diferenças na implementação das mesmas.

No serviço de urgência dois focos muito presentes foram a Diarreia e os Vómitos, tendo sido das principais causas de hospitalização em OBS, mas foi o foco Febre que mais crianças trouxe ao SU. A febre é dos sintomas que mais preocupação causa nos pais e que se transforma num motivo para recorrerem ao serviço de urgência, demonstrando muitas vezes défice de conhecimentos e habilidades para gerir o mesmo em casa. Durante o estágio e com o apoio da EESIP tutora investi nos ensinamentos sobre este tema com os pais, fornecendo indicação simples e claras sobre: a fisiopatologia da febre, as medidas de monitorização e vigilância, as medidas não farmacológicas/farmacológicas a utilizar, a importância da hidratação, os sinais de alarme e atitudes a tomar perante os mesmos (Direção Geral da Saúde, 2018). Sempre que me pareceu importante forneci o folheto informativo para pais e cuidadores “Febre na criança/adolescente” disponibilizado pela DGS (Direção Geral da Saúde, 2018). O EESIP tem um papel fulcral no combate ao medo da febre. Deve tentar, através da informação e formação dos pais, reduzir as preocupações acerca da febre e seus efeitos nocivos, contribuindo para a diminuição/erradicação das atitudes desajustadas e excessivas (vindas ao SU desnecessárias, verificação continua da temperatura, automatismo e abuso no uso de antipiréticos, sobreaquecimento ou arrefecimento físico, automedicação

com antibióticos, etc). Neste sentido, procurei sempre sensibilizar os pais para em casos em que a febre era um sintoma isolado e a criança não se encontrava em risco iminente de vida privilegiarem o acesso aos cuidados de saúde primários numa primeira instância, onde receberiam todo o apoio técnico necessário e adequado, contribuindo para que o SU esteja livre para o atendimento a reais situações de urgência/emergência. Neste sentido, percebi que outros motivos menos “graves” faziam os pais recorrer ao SU como a cólica e a obstipação no recém-nascido e o aconselhamento prestado foi o mesmo suprarreferido. Foi possível observar de forma transversal focos como a Ansiedade, a Angústia da Separação e o Medo, inerentes a presença da criança no serviço de SU e aos cuidados de saúde que necessários. No sentido de minimizar estas emoções empenhei-me em estabelecer relações empáticas com as mesmas e família, envolvendo os pais nos cuidados (respeitando o seu ritmo e vontades) e apoiando o desempenho do papel parental, incentivei a presença de objetos/brinquedos significativos, utilizei estratégias não farmacológicas de controlo da dor e adequiei as estratégias de luta contra as emoções referidas mediante a idade e compreensão da criança.

Constatei que no serviço de urgência, nomeadamente durante o processo de triagem o EESIP tem a oportunidade de investir na promoção da parentalidade contribuindo com a sua assistência para a aquisição de competências parentais, promovendo os ganhos em saúde. Outro dos focos da minha atenção, foi o cuidado centrado na família e não só na criança, intervindo no sentido de capacitar a família, gerindo as suas aptidões juntamente com a oportunidade de adquirir novas competências. Todos os ensinamentos realizados tiveram em conta a oportunidade e necessidades detetadas na criança/família, recorrendo ao elogio acerca da relação pais/filho e das suas capacidades no desempenho do papel para favorecer positivamente a relação terapêutica e os índices de confiança.

Relativamente à minha experiência na Neonatologia, e tendo em conta a sua duração e motivos já amplamente explicados, constatei que os focos de atenção são bastante similares aos do serviço em que trabalho, sendo estes a vinculação, a ligação mãe/pai-filho, o papel parental, o desenvolvimento infantil, a amamentação, o conforto, a dor, a respiração, limpeza das vias aéreas e o conhecimento.

Assim sendo, a minha atenção neste contexto assistencial centrou-se no modelo de cuidados NIDCAP e de como as premissas deste programa levam a que o foco central sejam os cuidados centrados no desenvolvimento do bebé e na família. Sabemos que apesar de todos os avanços tecnológicos que permitem salvar e manter vivos bebés cada vez mais prematuros e doentes, uma UCIN por todas as características que lhe estão inerentes (exposição à luz,

ruído, intervenções dolorosas) é um meio hostil e que pode alterar o desenvolvimento neurológico do RN, ainda mais quando se trata de um bebé prematuro. Por isso, há uma grande preocupação com o bem-estar e o conforto do RN, com o controlo da dor e com o respeito pelas necessidades únicas de cada RN e família. Assim, percebe-se que *“o papel do NIDCAP é minimizar o impacto no cérebro imaturo de todas estas influências negativas, e, ao mesmo tempo, promovendo ou facilitando os aspetos que o influenciam favoravelmente, poder melhorar o desenvolvimento do cérebro e consequentemente os resultados a médio e longo prazo”* (Guimarães, 2015, p. 100). Ainda segundo este autor o NIDCAP é uma forma integrada e holística dos cuidados de desenvolvimento, chamados também de cuidados individualizados para o desenvolvimento, visto que não obedecem a um protocolo e sim a linhas orientadoras para cada RN, tendo em conta que o que funciona para um bebé pode não funcionar para outro e que cada dia é um novo dia e com mudanças associadas que exigem adequações (Guimarães, 2015).

Durante a minha experiência na neste serviço pude observar e acompanhar algumas das EESIP com formação certificada em NIDCAP durante o processo de observação cuidada do comportamento do bebé e da transcrição para o papel de toda a informação obtida durante esses momentos, que posteriormente possibilitava a correta adequação dos cuidados aos sinais apresentados pelo RN. Os próprios pais ao lerem estes textos escritos demonstravam uma grande admiração e perplexidade perante todos os sinais e particularidades sobre o seu bebé e tudo o que o envolvia em conjunto com os mesmos (a família) e ficavam positivamente afetados com este cuidado e atenção. Pude constatar que esta filosofia de cuidados se baseia numa relação muito honesta e real, valorizando e tendo sempre em conta aspetos como o respeito máximo pelo RN/família destacando os seus pontos fortes, a colaboração com a família e a parceria de cuidados, a participação dos pais nos cuidados e na tomada de decisão, a promoção do aleitamento materno, o contacto pele com pele (método canguru) , os cuidados paliativos e o acompanhamento no luto, o apoio aos pais/famílias que necessitem mediante as suas necessidades e fragilidades.

Foi extremamente enriquecedor vivenciar esta experiência tendo em conta o meu percurso numa unidade de cuidados idêntica e perceber e discutir as diferenças e vantagens da implementação de uma filosofia tão centrada e direcionada para o bem-estar do RN e família, enaltecendo a parceria de cuidados no seu expoente máximo. De realçar ainda que este é um trabalho desenvolvido por todos os profissionais da equipa multidisciplinar, tendo cada um o seu papel e os seus contributos, e onde as EESIP são sem dúvida alguma o elo de ligação

entre todos e as responsáveis pela implementação e formação de todos os profissionais na área.

Competência adquirida

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

Objetivos específicos

- ✦ Refletir criticamente sobre o papel do EESIP na assistência à criança/família nos diferentes contextos assistenciais do Estágio Final.

Atividades desenvolvidas

Analisei de forma crítica o papel do EESIP, refletindo com as EESIP tutoras sobre as competências acrescidas do Enfermeiro Especialista.

Reflexão

Segundo Jarvis (1999), citado por Peixoto & Peixoto (2016, p. 122) a “*prática reflexiva inicia-se quando os praticantes problematizam a sua prática e aprendem novos conhecimentos, habilidades e atitudes que a própria prática obriga*”. O pensamento reflexivo tem origem na dúvida, no questionamento, na dificuldade, advindo daí um processo mental, ao qual se segue a pesquisa e investigação, para encontrar matéria que resolva a dúvida e esclareça a perplexidade (Peixoto & Peixoto, 2016). A reflexão por si só é um grande alicerce para a aprendizagem em Enfermagem, sendo esta segundo Boud et al. (1985) “*uma resposta humana da pessoa à experiência, onde o aprendente recaptura a sua experiência, pensa sobre ela, medita e a avalia*” (Peixoto & Peixoto, 2016, p. 122). Entende-se assim que a reflexão na e sobre a prática tenha sido uma constante neste percurso no Estágio Final, acompanhando toda a minha aprendizagem e intervenção. Os diversos contextos assistenciais do Estágio final, com todas as suas características e particularidades permitiram-me perspetivar e experienciar o vasto campo de atuação e intervenção do EESIP. A diversidade de questões complexas que testemunhei, como são exemplos a deteção precoce de situações de alarme e risco potencial, o controlo da dor em pediatria, o desempenho do papel parental, a parceria de cuidados (entre outras problemáticas) evidenciaram a importância dos cuidados especializados às crianças/jovens e famílias. O conhecimento, experiência e competência especializados são absolutamente necessários e

cruciais nestes âmbitos de atuação, potenciando resolução de situações de crise, facilitando transições e originando ganhos em saúde. O EESIP tem ainda a responsabilidade acrescida de se pautar por uma intervenção assente numa relação terapêutica empática e de confiança total para a criança e família, sendo reconhecido como um profissional de saúde único no seu campo de ação e competência e a quem estes recorram ao longo do tempo e das diferentes transições que forem vivenciando para uma assistência especializada.

A UCC foi por excelência o contexto assistencial onde percebi que todos os cuidados prestados são especializados. A saúde da criança e família e tudo o que está intimamente relacionado (como a parentalidade) são o foco do trabalho do EESIP, sendo os cuidados ao nível do antecipatório, da promoção da saúde e prevenção da doença, do papel parental, com grande ênfase na educação para a saúde quer das crianças e famílias, quer dos cuidadores, quer da comunidade. A EESIP é parte integrante de projetos no âmbito da Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (Intervenção precoce, Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, Comissão de Proteção de Crianças e Jovens) desenvolvendo um trabalho diferenciado no acompanhamento e resolução de casos em que o comprometimento da saúde/segurança/bem-estar das crianças é constatado, advogando a seu favor precocemente. Também no campo de ação da Saúde Escolar, o EESIP atua de forma diferenciada com o objetivo de capacitar crianças e jovens para decisões informadas e conscientes em termos de saúde, sendo responsável por vários projetos como PNSO, PRESSE, PASSE, Toque Nutritivo, Suporte básico de vida, Projeto Sono, Violência no namoro, NSE, entre outros. É de salientar que neste contexto assistencial a EESIP é responsável pela ponte e mediação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, mobilizando e dirigindo a equipa no sentido de responder às necessidades das crianças/jovens, famílias, cuidadores e comunidade.

No contexto de urgência, foi importante perceber a diferenciação do EESIP para o Enfermeiro de cuidados gerais que se denota especificamente nas funções de coordenação e gestão quer da equipa quer dos recursos, assim como, na gestão de questões mais complexas e na interligação com os restantes profissionais da equipa multidisciplinar. Constatei que os EESIP (para além da Enfermeira Tutora) eram os elementos da equipa mais interessados em debater/discutir temas que levantei, como sendo a avaliação e controlo da dor e a presença dos pais durante os procedimentos dolorosos (nomeadamente na punção lombar). “*O controlo da dor é um direito que assiste a todos os indivíduos e atinge o seu máximo reduto nas crianças*” (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p. 5). Em defesa dos direitos da criança e atuando segundo os pressupostos de boas práticas procurei sensibilizar a equipa para a

utilização sistemática das escalas de avaliação da dor tendo-as disponibilizado e utilizado na assistência que prestei. Adotei medidas/estratégias de controlo da dor estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2013) discutindo a implementação das mesmas com a equipa.

Já no serviço de neonatologia, o papel do EESIP é preponderante em termos de organização e gestão das funções dos vários enfermeiros e de comunicação com a equipa multidisciplinar e com os pais. Ou seja, assume um papel de referência na unidade, estando presente nos momentos fulcrais do internamento (admissão do RN e família, preparação da alta/transferência, acompanhamento pós-alta sempre que se justifique através da visita domiciliária) e na tomada de decisão durante a prestação de cuidados, tendo sempre em conta os cuidados centrados nas necessidades do RN e da sua família. Neste contexto assistencial e tendo em conta a fragilidade emocional dos pais (nomeadamente da mãe) o EESIP preocupa-se sempre em perceber e averiguar de que forma está a ser vivenciado este momento de crise e da possível necessidade de se acionar um pedido de colaboração por parte da psicologia/psiquiatria por forma a providenciar suporte/apoio/ferramentas que auxiliem a família neste momento. Muitas vezes, este apoio passa também pelo apoio espiritual, tendo em conta as crenças e espiritualidade de cada família, e houve sempre um esforço por facilitar o rápido acesso a todo esse tipo de suporte. O EESIP descentraliza o seu foco do RN e olha para o mesmo como parte integrante de uma família cuidando para que esta possa receber o melhor apoio possível, assumindo assim um papel fulcral nos cuidados a esta tendo a “função privilegiada de promover o desafio da compreensão e magia num lugar de cuidados técnicos tão precisos onde adaptam a necessidade de pais e familiares, partindo dos cuidados e sobrevivência” (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016) como é a UCIN.

Tendo em conta a minha experiência como Enfermeira de cuidados gerais numa unidade similar, trouxe à discussão com a EESIP tutora a questão da facilitação (ou não) à permissão para um dos pais poder estar presente durante a noite. Apesar de estar prevista na lei esta possibilidade, raríssimas vezes assisti ao exercício deste direito na unidade em que trabalho e, no contexto de estágio não foi diferente. O principal argumento por parte de quem coordena a equipa prende-se com a importância de estes pais descansarem durante a noite para que durante o dia possam exercer um papel mais ativo e capaz. Não querendo descredibilizar esta posição, ao privilegiar o modelo de parceria de cuidados em pediatria os cuidados prestados pelo EESIP devem enaltecer a parceria negociada com a família do RN, tendo por base o respeito pelas suas necessidades e desejos. Assim deve ser respeitada a

vontade de querer (ou não) estar presente durante o período noturno junto do RN e de facilitar ambas as opções, sendo o exercício da parentalidade foco da nossa atenção. Citando o direito número 2 da Carta da Criança Hospitalizada “*a criança hospitalizada tem direito a ter os pais, ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou estado*” (IAC, 1988). Não obstante, o terceiro direito contemplado vai mais longe quando estabelece que “os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho (...)” (IAC, 1988) assumindo um extremo valor num serviço como a UCIN/UCEN onde as vivências relacionadas com o processo de vinculação e o desenvolvimento psico-afetivo do RN e família são constantes, para além de outros cenários complexos como a morte.

O desenvolvimento de análise e reflexão crítica durante o Estágio final ancorou-se na pesquisa e leitura de vários artigos de conhecimento científico sobre as diferentes temáticas que foram surgindo nos contextos, na análise de documentos e protocolos das próprias instituições e na discussão de conteúdos de divergência/não conformidades com as Enfermeiras tutoras e restantes membros da equipa, como vou apontando ao longo deste documento.

Também a elaboração do presente relatório, por si só, é uma materialização da reflexão que realizei durante o Estágio final e que sustentou a minha prática, pelo que foi uma etapa fundamental no meu percurso de desenvolvimento pessoal e profissional neste Curso de Mestrado, permitindo-me assente numa atitude reflexiva (pré, na e pós ação) tornar autoconsciente e prestar cuidados de Enfermagem especializados de qualidade.

Competência adquirida

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

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

Objetivos específicos

- ✦ Desenvolver competências no âmbito da educação para a saúde à criança/família/cuidadores.

Atividades desenvolvidas

Identifiquei necessidades individuais de educação para a saúde.

Planeei e realizei uma Ação de Educação para a Saúde subordinada ao tema “Alergia alimentar – Plano de atuação em situação de reação alérgica/anafilaxia”, no contexto da saúde escolar.

Colaborei ativamente nas sessões de educação para a saúde em duas escolas ensino básico 3º ciclo subordinadas aos temas “primeiros socorros” e “suporte básico de vida”.

Reflexão

Sem particularizar, nos vários contextos assistenciais, o processo de cuidar da criança e família permitiu-me identificar e diagnosticar a necessidade de ensinamentos variados, que permitiram colmatar as suas carências de informação e aquisição de competências. Foi no contexto assistencial dos cuidados de saúde primários que tive oportunidade de desenvolver competências neste âmbito, nomeadamente, na minha passagem pela UCC.

Sabe-se que ao longo do ciclo de vida escolar existem condições de saúde que podem comprometer a aprendizagem da criança, competindo à equipa de Saúde Escolar contribuir para a melhoria da saúde individual, gerindo o processo de adaptação da criança à escola e promover a sua autonomia. Segundo o Programa Nacional Saúde Escolar (PNSE, 2015, p.43) as necessidades de saúde especiais (NSE) *“resultam de problemas de saúde com impacto na funcionalidade e necessidade de intervenção em meio escolar, como sejam irregularidade ou necessidade de condições especiais na frequência escolar e impacto negativo no processo de aprendizagem ou no desenvolvimento individual”*. Durante uma reunião no âmbito da Saúde Escolar (intervenientes: Educadora de Infância, Encarregado de Educação, Enfermeira de Saúde Escolar (Enfermeira Tutora) e eu própria) para a realização do Plano de Saúde Individual (PSI) de uma criança previamente identificada surgiu a necessidade de realizar uma sessão de educação para a saúde. Em causa estava uma criança com 5 anos com diagnóstico de alergia alimentar grave a frutos secos e amendoim. Esta criança era portadora de um kit de emergência (contendo: Cetiriza®, Rosilan®, Epipen®) e foi referido um desconhecimento da utilização do mesmo em caso de necessidade, o que estava a preocupar bastante estes pais. Assim, surgiu a necessidade/oportunidade de capacitar os profissionais do contexto educativo para uma resposta segura às necessidades específicas da criança com alergia alimentar, minimizando/erradicando os riscos de uma

reação alérgica e gerindo adequadamente e diminuindo as consequências no caso de se despoletar. Elaborei um planeamento da ação de educação para a saúde (Apêndice I), delineando a realização de uma sessão destinada aos funcionários docentes e não docentes do jardim de infância frequentado pela criança. Programei a sessão por forma a ter uma fase teórica e uma prática (era importante treinar o manuseamento de uma caneta de autoinjecção de adrenalina) baseando todos os conteúdos em material bibliográfico da Direção Geral da Saúde (DGS) e da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC) (Apêndice I), tendo em atenção a adequação da linguagem, nomeadamente dos termos mais técnicos, ao publico alvo. A sessão foi realizada no dia 20 de Março de 2019, com a duração de 1H30 minutos para um grupo de 5 formandas, recorrendo ao método expositivo e descritivo, fazendo demonstração da utilização da EpiPen® e permitindo o manuseamento da mesma por parte das formandas. Como avaliação diagnóstica e sumativa foi utilizado o mesmo teste escrito que elaborei, e os resultados descritos no Apêndice I dão conta de uma melhoria substancial de conhecimentos pós sessão de educação para a saúde. Para além do material utilizado na apresentação ter sido facultado às formandas, foi disponibilizado o Plano de Emergência a ser devidamente preenchido com os dados da criança em causa para afixação nos locais mais adequados e de fácil acesso e consulta. O feedback das Educadoras e Auxiliares educativas foi muito positivo relativamente à pertinência do tema, tendo sido esclarecidas muitas dúvidas e diminuído o receio/desconhecimento e aumentado a confiança para a utilização do Kit de Anafilaxia em reação alérgica.

Também no contexto de atuação da Saúde Escolar tive a oportunidade de colaborar na concretização de sessões de educação para a saúde a alunos do 7º ano de escolaridade sobre Suporte Básico de Vida e Primeiros Socorros. As mesmas decorreram nos dias 4 e 5 de Abril de 2019 (em duas instituições de ensino). Os alunos em causa já tinham assistido a sessões de conteúdo teórico sobre as temáticas citadas e nestas foi realizada a demonstração do algoritmo em modelos de reanimação, seguindo-se o treino por parte dos alunos em bancas práticas. Cada Enfermeiro ficou responsável por um grupo de 8-9 alunos e consigo estavam dois alunos do 9º ano de escolaridade que já tinham realizado estas formações e que auxiliaram na dinâmica e no processo de “quebra-gelo” com os colegas mais novos. Não posso negar que foi uma experiência muito desafiante, porque os grupos entre si tinham muitos elementos e era difícil manter a atenção e o foco na sessão. Mas tendo em conta que o tempo disponibilizado pela escola era escasso e que a Equipa de Saúde Escolar já teria decidido as dinâmicas desta forma, tentei fazer o melhor com a realidade encontrada. Depois de identificar os membros do grupo mais desestabilizadores procurei que esses fossem os

primeiros a fazer o treino prático e, posteriormente orientei-os de forma a auxiliarem os seus colegas nos treinos, o que se revelou integrador e positivo para a dinâmica do grupo. A colaboração nesta atividade foi enriquecedora, fundamentalmente, pelas características da faixa etária da população alvo (adolescentes) e pela adequação/gestão das estratégias de comunicação e motivação de grupo que foi necessária para que os conhecimentos fossem transmitidos de forma eficaz e potenciada a aquisição dos mesmos pelos alunos.

Com a experiência na UCC penso que, idealmente, as Escolas deveriam ter pelo menos um Enfermeiro em permanência para um maior alcance das suas intervenções e para serem efetivamente uma referência/recurso diário e disponível. Destaco assim o papel fundamental do Enfermeiro de Saúde Escolar da UCC na comunidade educativa para a construção de uma escola promotora de saúde, que mesmo com o contato e permanência pontual nos contextos, vislumbra o paradigma de intervenção da Saúde Escolar: *contribuir para a obtenção de ganhos em saúde através da promoção de contextos escolares favoráveis à saúde* (PNSE, 2015, p.18).

Competência adquirida

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.

Objetivos específicos

- ✦ Desenvolver competências comunicacionais/relacionais com a criança/família nos diferentes contextos assistenciais do Estágio Final.

Atividades desenvolvidas

Utilizei estratégias comunicacionais adequadas ao estadio de desenvolvimento da criança e sua família, de forma adequada à sua cultura e ao contexto assistencial.

Promovi um ambiente propício ao estabelecimento de uma relação empática, terapêutica e de confiança.

Reflexão

Tendo em consideração as características da comunicação com a criança no estadio perlocucionário com que lido na Neonatologia, este foi um dos objetivos mais desafiantes numa perspetiva de desenvolvimento e crescimento profissional, exigindo-me mais estudo e investimento para a aquisição desta competência. A diversidade dos contextos assistenciais

impôs uma intervenção adequada às necessidades e particularidades/características encontradas, tendo em conta que a relação terapêutica exige competências de comunicação efetivas com a criança e a família.

Segundo Vilelas *et al* (2014, p.54) a comunicação é uma atividade que medeia as relações e, sendo assim é essencial no dia-a-dia em contexto hospitalar, assim como, nos cuidados na comunidade. É incontornável que o EESIP seja dotado de competências em comunicação aprofundadas com a criança e família, adequando sempre ao seu estadio de desenvolvimento e às suas individualidades e contextos. Compreender as características e competências da criança quando comunicamos com ela permite-nos adequar as estratégias evitando bloqueios e más interpretações que não favorecem o estabelecimento da relação terapêutica.

Na prática, nos vários contextos assistenciais optei sempre por apresentar-me adequadamente e garantir a privacidade e confidencialidade criando alicerces para o estabelecimento de uma comunicação efetiva (Hockenberry & Wilson, 2014). Outra atenção que tive foi em não subvalorizar a criança enquanto fonte de informação, dando oportunidade de estas participarem nas conversas (não apenas os pais/família), ouvindo atentamente e respeitando os seus pontos de vista/decisões. Em regra, usei um discurso tranquilizador, mas que não fosse demasiado otimista ou irrealista, comunicando sempre a verdade (sem retirar a esperança) e oferecendo ajuda e propondo estratégias para minimizar o sofrimento.

Na experiência no serviço de urgência e emergência, muitas das crianças admitidas são sujeitas a vários procedimentos de diagnóstico e terapêuticos que provocam dor e ansiedade. Muito embora o EESIP possa intervir de forma a reduzir a dor física através da anestesia tópica, analgesia e sedação, segundo Stock, Hill, & Babl (2012) muitos problemas procedimentais podem ser resolvidos com a melhor preparação das crianças e famílias para os mesmos, sendo a linguagem apropriada uma das chaves para orientar e auxiliar, minimizando a sensação de ameaça. Neste sentido este foi o contexto de estágio que me permitiu um maior aprofundamento das competências comunicacionais, tendo em conta que, tanto a criança como a família usualmente estão numa situação de maior fragilidade e vulnerabilidade, e pelo desconhecimento e incerteza a criança está particularmente assustada, refugiando-se no pai/mãe à procura de proteção. Assim a nossa intervenção junto dela é dificultada e o desafio é conquistar uma relação de confiança num curto espaço de tempo.

Tive oportunidade de experienciar que muitas vezes a simples colocação do oxímetro ou a avaliação da temperatura corporal eram suficientes para gerar um momento de grande tensão e ansiedade em algumas crianças, principalmente na idade pré-escolar. Não nos podemos

esquecer do facto de num serviço de urgência o tempo disponível quer na triagem, quer na sala de tratamentos ser muito reduzido, daí a necessidade do EESIP ter estratégias bem desenvolvidas de comunicação para que a consiga estabelecer com efetividade por vezes em 5 -10 minutos. Na prática utilizei estratégias como, falar ao nível dos olhos da criança, utilização de linguagem simples, tom de voz tranquilo e confiante, fornecimento de explicações de fácil compreensão (Stock, Hill, & Babl, 2012) procurando transmitir sempre segurança. Segundo Hockenberry & Wilson (2014, p.127) *“na comunicação com crianças de todas as idades, a componente não verbal encerra as mensagens mais significativas. É difícil disfarçar os sentimentos, atitudes e a ansiedade relativamente às crianças”*. Tentei por isso proporcionar sempre a criança tempo para que se sentisse à vontade, falando inicialmente com os pais e obtendo o máximo de informação possível. Constatei também que muitas vezes as crianças lidam melhor com as situações quando a explicação sobre o procedimento a que serão sujeitas incluiu os aspetos sensoriais, isto é, aquilo que é expectável que elas sintam, vejam, diminuindo o medo do desconhecido. Como defendem Stock, Hill, & Babl (2012) a utilização de exemplos de experiências de outras crianças que se submeteram ao mesmo procedimento também pode ser muito positivo. Por exemplo, em crianças em idade escolar onde é muito importante prepará-las para o que vai acontecer, muitas vezes utilizei esta técnica na aplicação do Emla® para posterior punção venosa.

O recurso à brincadeira foi fundamental na comunicação e relação com as crianças, sendo esta uma técnica efetiva na relação com estas e que exige muito pouco, pois a forma de escrever, desenhar, pintar, colar, cantarolar é um tipo de comunicação não verbal bastante efetivo. A utilização do brincar terapêutico ajuda a reduzir os impactos negativos da doença/condição e hospitalização e auxilia no processo de preparação da criança para os procedimentos terapêuticos (Hockenberry & Wilson, 2014). Por exemplo, na sala de triagem recorri muitas vezes a um pequeno boneco fantoche com sinos que estava suspenso para captar a atenção das crianças e distraí-las e, durante os procedimentos de avaliação de sinais vitais e sintomas recorri também ao cantar de canções adequadas à sua faixa etária, mantendo-as sempre no colo dos pais, estratégias simples que facilitaram bastante os procedimentos. Por vezes também recorri a um tipo de brincadeira mais direcionada, especialmente na idade pré-escolar, onde oferecia à criança algum do material (seringa, penso, gaze, copo de colheita, ligadura, entre outros) que iríamos utilizar durante o procedimento para que o manipulasse e pudesse “brincar ao faz-de-conta” com o boneco ou peluche que trouxesse, com o objetivo de trabalhar e diminuir o medo dos procedimentos dolorosos e terapêuticos. Também o comunicar através do objeto de transição (boneco,

peluche) antes de me dirigir diretamente à criança (Hockenberry & Wilson, 2014) foi uma estratégia facilitadora do estabelecimento da comunicação.

Neste contexto, também a *“comunicação com as famílias é absolutamente fundamental: têm que ser informadas e ensinadas sobre os cuidados à criança doente para que possam decidir, elas próprias, sobre a extensão do seu envolvimento e participação nos cuidados”* (Cardoso, 2010, p.46). A escuta ativa, o recurso ao silêncio e a empatia foram estratégias utilizadas e desenvolvidas com as famílias das crianças que cuidei durante o estágio. Na comunicação com os pais/família procurei sempre incentivar ao máximo o seu envolvimento, escutando cuidadosamente recorrendo a estratégias como os momentos de silêncio e a empatia (Hockenberry & Wilson, 2014), tendo sempre como premissa que o EESIP deve gerir a informação de forma adequada às vivências dos pais e às dificuldades sentidas na atual situação, comunicando transmitindo a informação por forma a auxiliar a vivência da situação de crise (Vilelas et al, 2014).

Na comunicação com os adolescentes, tive em especial atenção, dar atenção de forma exclusiva respeitando as suas opiniões e perspetivas, evitando juízos de valor, assegurando a privacidade e confidencialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2010), tentando sempre criar um momento para que se pudessem exprimir sem a presença dos pais (Hockenberry & Wilson, 2014). Foi no contexto assistencial da UCC e da USF que tive maior contacto com esta faixa etária. Se com as famílias a comunicação nestes serviços pareceu-me mais fluida e muito mais adequada as particularidades, resultado da ligação profissional próxima que o EESIP já possui com estas, os momentos de contacto com os adolescentes foram desafiantes, para mim e mesmo para a Enfermeira Tutora e refletimos sobre isso em conjunto. Muitos deles chegavam reticentes a consulta, fechados em si e com dificuldade em se expressarem para além do “sim ou não”. Recorri às estratégias e diretrizes de comunicação específicas que o Guia Orientador de Boa Prática: entrevista ao adolescente (Ordem dos Enfermeiros, 2010) descreve, o que me ajudou a desenvolver competências neste âmbito. Constatei uma grande diferença, no momento em que solicitava que os pais, saíssem um pouco, visto que, o adolescente nesse momento parecia sentir-se mais confortável, quer para fazer perguntas quer para responder a algumas delas. Um dos casos que me marcou, foi de uma menina de 15 anos que veio à consulta acompanhada da mãe, que pouco ou nada verbalizava e que a mãe demonstrava estar muito preocupada porque o aproveitamento escolar tinha diminuído drasticamente, e na sua ótica esta questão estava diretamente relacionada com o facto da menina namorar e andar distraída com isso. Após alguns minutos a Enfermeira Tutora pediu a mãe que a acompanhasse, ficando eu a sós com a adolescente. O EESIP ao contatar com

adolescentes deve considerar a sua crescente independência e responsabilidade e assegurar-lhe confidencialidade (Hockenberry & Wilson, 2014). Demonstrei-lhe disponibilidade para a ouvir, expliquei que não estava ali para fazer juízos de valor, que só queria tentar ajudá-la de alguma forma e, garanti-lhe confidencialidade o que a levou a partilhar que o facto de ter baixado as notas se devia a um grande dilema que estava a vivenciar (tinha descoberto a sua orientação sexual – homossexual). Afirmou que não conseguia partilhar esta descoberta com os pais, nem mesmo com os pares (amigas), e sentia-se muito mal por isso (tinha dificuldades em dormir, sentia uma grande ansiedade e não se conseguia concentrar em mais nada). Segundo Hockenberry & Wilson “*os jovens homossexuais e bissexuais têm desafios específicos na adaptação à formação da identidade*” (2014, p. 821). Ora, esta partilha permitiu-me perceber a verdadeira causa da falta de rendimento escolar da menina e delicadamente discutir com esta algumas das opções possíveis para a ajudar a resolver a sua inquietude, conhecendo as suas expectativas e maiores receios. Receber um abraço desta adolescente foi gratificante e perceber o alívio que sentiu em partilhar o seu problema num ambiente seguro fez-me sentir (mais do que perceber) que o papel do EESIP pode ser verdadeiramente impactante na vida de quem cuidamos.

A minha passagem pela Neonatologia, apesar de ser o meu contexto profissional também me possibilitou fazer algumas constatações e refletir um pouco mais sobre a importância da comunicação, até porque estava num papel diferente e consegui perspetivar outras coisas.

Constatei, por exemplo, a dificuldade que alguns pais tinham em compreender as informações transmitidas pelos médicos e enfermeiros, e o facto de terem vergonha de perguntarem novamente ou assumirem que não tinham entendido o que foi dito. Ora, este facto pode desenvolver barreiras de comunicação e consequentemente momentos de tensão desnecessários (Vilelas, Fernandes, Toledo, & Campos, 2014). Neste caso, e como técnica e profissionalmente me sentia completamente segura para auxiliar e explicar de forma adequada as mensagens não compreendidas pelos pais/família, aproveitei algum do meu tempo para serenamente explicar as informações dadas aos pais que eu ia notando com mais dúvidas e até um fôlego de pânico, favorecendo com a escuta ativa a expressão de sentimentos e emoções e esclarecendo dúvidas e medos dentro do conhecimento que tinha das várias situações. Claro que, o facto de os pais saberem que eu trabalhava numa unidade similar fez com que depositassem bastante confiança em mim rapidamente e ao mesmo tempo, como era um elemento externo à equipa e como não tinha a pressão do tempo e da gestão de tarefas

sobre mim pude dedicar-me com grande disponibilidade a essa causa. A comunicação entre o EESIP e a família é fundamental, principalmente em realidades que envolvem tanto as emoções, não se restringindo apenas ao que é dito mas também à maneira como é transmitida a informação, para que sentimentos como a culpa, o medo e o sofrimento vivenciados pelos pais sejam minimizados (Vilelas, Fernandes, Toledo, & Campos, 2014) Aprendi que o facto de muitas vezes não existirem perguntas e questões do outro lado, significa tudo menos que a mensagem foi entendida e compreendida, e levo esta reflexão para o meu futuro como profissional.

A comunicação em Pediatria assume um papel determinante na vivência das transições e dos momentos de crise, podendo ser ou não facilitadora das mesmas. O EESIP precisa de estar atento e atuar com perspicácia neste âmbito, desde o primeiro contato para não comprometer a relação terapêutica e a parceria de cuidados com a criança/família. Corroborando os autores Stock, Hill, & Babl (2012) todas as crianças e família são seres únicos e diferentes, com contextos distintos, pelo que a comunicação e explicações relativas ao seu estado de saúde/doença e tratamento/vigilância têm forçosamente que ser adaptadas e direcionadas.

3.2. DOMÍNIO DA FORMAÇÃO

A Ordem dos Enfermeiros (2011) reitera a imprescindibilidade da formação contínua dos Enfermeiros Especialistas para o seu desenvolvimento profissional. *“É assumido entre os enfermeiros, que o desenvolvimento pessoal e profissional é a chave das organizações de sucesso, ajudando-as a adaptarem-se às mudanças e evoluções que surgem permanentemente, tendo em vista a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados”* (Ferreira, 2015, p. 38). Assim, a formação contínua deve ser um foco para qualquer enfermeiro, independentemente do seu estadio de desenvolvimento profissional, garantindo a qualidade dos cuidados prestados sustentados em conhecimento científico atualizado e validado. Segundo Rodrigues (2011), a formação contínua do enfermeiro constitui não só uma forma de desenvolvimento pessoal e profissional, e atualização de conhecimentos com vista à excelência dos cuidados, mas também um dever para com a profissão, apesar de não existir um carácter de obrigatoriedade. Nunes (2013, p. 2) afirma que é *“através da experiência e da formação, desenvolvemos conhecimentos, capacidades e habilidades, que se integram em padrões morais e legais, e caracterizam uma prática competente”*.

Competência adquirida

Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

Objetivos específicos

- ✦ Desenvolver capacidade crítica e reflexiva no âmbito da assistência de Enfermagem especializada.

Atividades desenvolvidas

Consultei os protocolos e normas de trabalho existentes nos serviços do Estágio.

Realizei revisão bibliográfica sustentada perante os desafios na prática.

Assisti ao III Fórum das Especialidades em Enfermagem, promovido e organizado pela Escola de Enfermagem – Porto da Universidade Católica Portuguesa, que decorreu no dia 7 de Março de 2019.

Assisti ao 13.º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem, promovido e organizado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que decorreu nos dias 9 e 10 de Maio de 2019.

Mantive uma atitude critico-reflexiva permanente.

Reflexão

No percorrer de um caminho rumo à especialização e ao grau de mestre, foi uma preocupação constante investir no aperfeiçoamento profissional e desenvolvimento de competências nas variadíssimas áreas de atuação. O Estágio Final, na sua riqueza de contextos e variedade significativa de novas experiências/realidades/conhecimentos enriqueceram o até hoje alcançado no meu percurso profissional. O estudo das normas e protocolos de atuação nestes diferentes serviços, foram importantes não só por possibilitar e facilitar a integração no contexto, mas também por fornecerem ferramentas para um alargar de conhecimentos nas diferentes áreas, potenciando o meu crescimento/ desenvolvimento como enfermeira especialista. A partilha de experiências e conhecimentos deram-me uma perspetiva, hoje, dos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediatria mais abrangente e diferenciada. Isto porque, os desafios que me foram sendo colocados nos diferentes contextos do Estágio Final proporcionaram-me a confrontação com realidades e problemáticas diferentes do meu dia-a-dia como profissional, “obrigando-me” a pensar fora da minha zona de conforto e

exigindo uma atualização permanente dos conhecimentos colocando sempre a criança/família no centro de todo o processo de prestação de cuidados. Neste âmbito, acredito que o enriquecimento tenha sido bilateral, no sentido em que tanto eu como as equipas onde estagiei desenvolvemos e enriquecemos a nossa prática enquanto enfermeiros, percebendo que por vezes “*(...) o nosso papel parece estar (in) definido e hesitamos quanto ao que fazer- é nessas alturas que nos socorremos de alguns pontos de apoio como a experiência, a formação, a criatividade e a sabedoria pessoais (...) elementos que constituem um verdadeiro património individual, que podemos capitalizar quando partilhamos com os outros*” (Nunes L. , 2013, p. 2). Assim, foi a conjugação da mobilização do conhecimento científico para a prática, a partilha da experiência/perícia e a discussão de casos com os Enfermeiros Especialistas/Mestres que acompanharam o estágio que me fizeram evoluir num caminho para a excelência.

As atividades anteriormente descritas foram um grande contributo para o desenvolvimento desta competência, gerindo-as de acordo com as minhas necessidades de formação e potenciando a minha aprendizagem com pensamento critico-reflexivo. Vários foram os temas/áreas de investimento, mas posso destacar, entre outros a pesquisa dos programas relacionados com saúde infantil e juvenil, métodos de triagem e comunicação em situações de urgência/emergência, modelo de cuidados NIDCAP e cuidados ao recém-nascido e família submetido a cirurgia. Foram temas/áreas de investimento em termos de estudo pessoal por incorporarem uma grande especificidade dos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria específicos dos contextos, cruciais para o meu crescimento nesta especialização.

A minha participação como assistência quer no III Fórum das Especialidades, quer no 13.º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem foram dois momentos importantes neste percurso, pela riqueza de comunicações de caráter científico sobre a investigação que está a ser desenvolvida, não só na minha área de especialização como nas restantes valências da enfermagem. O debate sobre o valor acrescentado dos cuidados especializados em enfermagem foi um momento de reflexão e desenvolvimento pessoal, e a presença de Enfermeiros oradores membros da Ordem dos Enfermeiros trouxe partilhas e pensamentos importantes na discussão sobre os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados. Na minha perspetiva, e tendo em conta o percurso em que me encontro, o que distingue realmente o Enfermeiro de Cuidados Gerais do Enfermeiro Especialista centra-se no conhecimento e competência para a resolução de situações complexas. Isto é, o

Enfermeiro Especialista destaca-se não pelo que “faz”, mas sim pela forma como pensa, e o Estágio Final foi de extrema importância para esta reflexão/constatação. Muitas vezes como Enfermeira de Cuidados Gerais me questionei sobre esta mesma questão, perguntando-me, “mas afinal os cuidados que eu presto são diferentes do meu colega Especialista, em que é que somos diferentes e marcamos no cliente a diferença?”. E agora, percebo nesta minha evolução que essa diferença reside essencialmente no questionamento, na reflexão, na transferência do conhecimento para a prática especializada e por conseguinte no posicionamento e intervenção perante situações complexas.

Competências adquiridas

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

Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

Identificar as necessidades formativas na área da EESIP.

Promover a formação em serviço na área de EESIP.

Objetivos específicos

- ✦ Desenvolver competências no âmbito da formação a pares.

Atividades desenvolvidas

Identifiquei necessidades formativas nos vários contextos do Estágio Final.

Participei ativamente em momentos de partilha favorecedores de aprendizagem, desenvolvimento e aquisição de competências.

Realizei uma formação em serviço no contexto do estágio UCC.

Realizei pesquisa bibliográfica no âmbito das necessidades formativas identificadas nos vários contextos do Estágio Final.

Forneci às equipas material resultante da pesquisa bibliográfica efetuada.

Reflexão

O desenvolvimento de competências e a evolução profissional faz-se quando assumimos e percebemos as problemáticas inerentes aos cuidados de enfermagem prestados, com os desafios e as situações complexas com que nos vamos deparando. Assim, preocupei-me em perceber durante o Estágio Final quais as necessidades formativas das equipas de

enfermagem, algumas já identificadas, outras que pude trazer à discussão quer pelo meu percurso acadêmico, quer pela minha aprendizagem pessoal resultante da minha experiência profissional.

A título de exemplo, no contexto de neonatologia, pude contribuir trazendo à discussão a pertinência da utilização de uma Escala de avaliação de dor, agitação e sedação, nomeadamente em recém-nascidos submetidos a cirurgia cardíaca que por inerência necessitam de ventilação mecânica assistida e sedação: N-PASS (*Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale*) (Hummel, Lawlor-Klean, Weiss, 2010; Hillman et al, 2015). Em reflexão conjunta, percebeu-se que poderá ser uma mais-valia em comparação com a Escala de EDIN já instituída, pelas particularidades destes bebés, obtendo-se uma avaliação mais eficiente e ajustada à situação clínica dos mesmos e por conseguinte uma atuação diferenciada e eficaz. Neste sentido, forneci algum material bibliográfico atual sobre esta escala para facilitar a incorporação da mesma no protocolo da Dor do serviço.

Ainda neste âmbito, no tempo de estágio no contexto UCC, surgiu a oportunidade/necessidade de realizar uma formação em serviço, subordinada ao tema “*Procedimento: Referenciação interna para as Necessidades de Saúde Especiais – Saúde Escolar, via S-Clinico®*” ao grupo de pares e a outros profissionais parte da equipa do ACES (1 psicóloga clínica, 1 nutricionista) (Apêndice II). Esta necessidade foi identificada juntamente com a Enfermeira tutora, e acredito que pela especificidade da temática deu resposta a um objetivo muito específico da Equipa da UCC, nomeadamente dos Enfermeiros responsáveis pela saúde escolar: sinalizar e intervir junto de todas as crianças/jovens com necessidades de saúde especiais Esta identificação surgiu de algumas discussões quer na Equipa da UCC quer na da USF, uma mais-valia que surgiu da minha permanência em ambos os contextos e que possibilitou esta análise. Percebi que muitas das crianças/jovens que vinham à consulta de saúde infantil apresentavam necessidades de saúde específicas que interferiam com o seu percurso escolar, mas que não estavam devidamente sinalizadas e, muitos dos profissionais desconheciam como fazê-lo e a importância desta sinalização, acabando por contribuir para uma atenção deficiente e não intervenção junto das mesmas Assim, a sensibilização e capacitação nesta matéria, quer dos pares quer dos restantes profissionais das equipas do ACES, pareceu-me premente e culminou num momento formativo. Os profissionais presentes para além de terem apresentado uma postura de total interesse, fizeram bastantes perguntas tendo-se constituído um momento de discussão e crescimento profissional. Como se apresenta descrito no Apêndice II, foi criado um procedimento que pela sua utilidade para os pares e demais profissionais da equipa ficou

decidido que após aprovação do Conselho Clínico da UCC seria divulgado e publicado no *site* interno do ACES. Os resultados da avaliação da ação de formação foram positivos nas várias vertentes questionadas, como o conteúdo e clareza, organização e materiais fornecidos, pertinência da temática (Apêndice II), e o feedback verbal dos formandos e da Enfermeira Tutora foram de igual modo muito satisfatórios. Desta forma, considero que a transmissão do conhecimento foi realizada de uma forma adequada à situação, cabendo agora aos profissionais utilizar e aplicar estas diretrizes na sua prática, tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados e até mesmo a colaboração interdisciplinar e entre equipas visando o cuidado de excelência a estas crianças/jovens na comunidade.

3.3. DOMÍNIO DA GESTÃO

O desenvolvimento de competências no domínio da gestão é essencial no exercício profissional da Enfermagem, remetendo-nos para diferentes áreas de atenção relevantes como: os recursos materiais, os recursos humanos, a liderança, a gestão de conflitos, os padrões de qualidade.

O enfermeiro gestor, segundo Ferreira (2015, p. 27) é um “(...) *vetor fulcral na mudança dos conhecimentos profissionais dos enfermeiros, assegurando assim, permanente qualidade dos cuidados prestados (...) e constante preocupação dos profissionais em procurar o aperfeiçoamento, o conhecimento disponibilizado pelas novas tecnologias e orientar a atuação profissional maximizando todos os recursos disponíveis*”.

O EESIP no seu papel de gestor deve atuar pela melhoria contínua dos cuidados de enfermagem no seu serviço, baseando-se nos padrões de qualidade preconizados pela OE (2011)(satisfação da criança/jovem, promoção da saúde e prevenção de complicações, bemestar e autocuidado, adaptação às condições de saúde, organização dos cuidados de enfermagem) mas tendo em conta os objetivos institucionais, atendendo a elevados níveis de eficácia e eficiência.

Competências adquiridas

Realizar a gestão dos cuidados na área da EESIP.

Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.

Zelar pelos cuidados prestados na área de EESIP.

Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de EESIP.

Colaborar na integração de novos profissionais.

Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP.

Objetivos específicos

- ✦ Conhecer a equipa multidisciplinar, a dinâmica organizacional dos contextos e a metodologia de trabalho.
- ✦ Conhecer e refletir sobre as estratégias no âmbito da gestão de cuidados e recursos do serviço nos vários contextos assistenciais.
- ✦ Compreender o papel do EESIP na gestão de cuidados em cada contexto.
- ✦ Incorporar aspetos da liderança e supervisão de cuidados como EESIP nos vários contextos assistenciais.

Atividades desenvolvidas

Refleti sobre o papel do EESIP como gestor na dinâmica organizacional do serviço, como líder e gestor de conflitos.

Conheci as estratégias de gestão de cuidados, recursos humanos, recursos materiais. Integrei-me nas diferentes equipas dos contextos assistenciais e respetivos métodos de trabalho.

Conheci e colaborei no processo de integração e supervisão de novos profissionais e de estudantes de enfermagem.

Reflexão

Desde sempre, o Enfermeiro assumiu-se como um dos profissionais da equipa de saúde com mais capacidade e responsabilidade na gestão dos recursos disponíveis nas instituições, por via do seu conhecimento técnico-científico privilegiado, assim como da sua relação de proximidade com os clientes.

Na nossa prática como enfermeiros, e segundo Mororó *et al* (2017) a gestão envolve ações relacionadas com a organização do trabalho e de recursos humanos (promovendo as condições adequadas aos cuidados a prestar ao cliente e a atuação da equipa de enfermagem) assim como, ações relacionadas com a dimensão assistencial (a definição do foco de intervenção do enfermeiro com vista ao atendimento integral das necessidades do cliente).

Ainda o mesmo autor afirma que a gestão dos cuidados em enfermagem emerge da prática profissional do enfermeiro, sustentada na ciência do cuidar, que integra o planeamento, organização e prestação de cuidados de forma segura e com garantias da sua continuidade, tendo por base a sustentabilidade e orientações estratégicas da instituição em que se encontra (Mororó, et al., 2017).

O Artigo 7.º do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019, p. 4745) descreve que no domínio da gestão dos cuidados este “(...) *gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional; adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados*”.

Neste âmbito, procurei durante o Estágio final desenvolver estas competências através da observação e reflexão do papel dos Enfermeiros Tutores como EESIP, conhecendo e compreendendo as suas estratégias no âmbito da gestão dos cuidados e recursos (físicos e humanos) numa perspetiva especializada. Na medida do que me foi possível, colaborei na tomada de decisão e participei nas reuniões e discussões da equipa multidisciplinar. O facto de me ter integrado em diferentes contextos e com métodos de trabalho distintos possibilitou-me uma aprendizagem diferenciada, tendo em conta que a organização das equipas de enfermagem e a forma como desempenham as suas funções se relaciona com as especificidades dos serviços e os recursos disponíveis diferem nos contextos.

Em todos os contextos assistenciais do Estágio final constatei que o EESIP é responsável pela gestão dos recursos materiais, identificando as necessidades, avaliando e mantendo os stocks de acordo com as necessidades e disponibilidades. Não obstante de que esta responsabilidade possa ser assumida por um Enfermeiro generalista, constatei nos contextos de que a preferência pelo EESIP se justifica por serem elementos experientes e reconhecidos na equipa, e com um relacionamento com todos os profissionais de saúde que integram o serviço de proximidade e confiança. Este trabalho exige uma relação e comunicação com serviços externos como a farmácia, a esterilização e a própria administração das instituições. A organização/disposição/identificação de todo o material, quer nas salas de trabalho, quer nas unidades das crianças mereceram a minha atenção, pelo que, podem ser facilitadores e favorecedores de cuidados mais eficientes e eficazes, evitando erros e desgaste aos profissionais. À primeira vista, podemos equivocadamente pensar que esta responsabilidade não tem uma relevância fulcral, visto que nós Enfermeiros, normalmente, e de forma criativa, colmatamos as necessidades de material/equipamentos. Pelo contrário, percebi a insegurança que pode ser faltar uma ampola de medicação no carro de emergência, faltarem sondas de

aspiração para os recém-nascidos, faltarem equipamentos de monitorização contínua de sinais vitais, entre outros. Compreende-se assim que a eficiente gestão dos recursos materiais e a antevisão de situações emergentes onde sejam necessários determinados dispositivos/medicação para a uma prestação de cuidados de enfermagem seguros e de excelência é uma competência da máxima importância do EESIP.

Tive também a oportunidade de nos serviços de urgência/emergência e neonatologia contactar com alunos da licenciatura de Enfermagem e também com Enfermeiros em fase de integração com pouca experiência profissional, sendo-me possível colaborar nesse desafiante processo, apoiando-os e partilhando conhecimento/experiência. O papel do EESIP nesta área é fulcral, visto que, por via do seu desenvolvimento e diferenciação profissional pode orientar os novos profissionais de forma a percorrem um caminho de crescimento e excelência, despertados ao questionamento perante os desafios da prática e dessa forma ao seu enriquecimento pessoal/profissional, que resultará numa prática de enfermagem sustentada e válida em prol dos melhores resultados para as crianças e famílias. Acredito que esta seja uma das funções mais importantes do EESIP como gestor, pois uma postura adequada e estratégias favorecedoras do crescimento e desenvolvimento dos pares refletem-se diariamente quer no ambiente de trabalho como equipa, quer na nossa valorização/crescimento como profissionais de saúde, quer ainda no processo de cuidados e nos ganhos em saúde das crianças e famílias. Assim, percebe-se que *“a importância da qualidade nos cuidados de saúde e o reconhecimento que os profissionais de saúde necessitam de apoio contínuo para manterem e melhorarem a sua prática, fez com que a Supervisão Clínica ganhasse cada vez mais, um espaço privilegiado na disciplina de Enfermagem, enquanto estratégia promotora do desenvolvimento pessoal e da aprendizagem experiencial, e potenciadora da excelência do exercício profissional e da segurança dos cuidados”* (Rocha, 2014, p. 1). O EESIP como supervisor deve colaborar para a formação em contexto prático e real do estudante/enfermeiro, propiciando o desenvolvimento de conhecimento e competências nas diversas dimensões, cognitivas, técnicas, comunicacionais, entre outras (Simões & Garrido, 2007). A reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional qualificado. Na minha prática profissional já tinha experienciado a orientação de estudantes da licenciatura em enfermagem, e hoje, após este percurso e pelo facto de ter estado novamente no papel de estudante em contexto de estágio refleti criticamente sobre o que será o meu papel no futuro como EESIP orientadora/tutora de futuros profissionais. E como defende Garrido (2004) é crucial conhecer e perceber o estudante/enfermeiro, estimulando-o e motivando-o a

superarse, formando e orientando segundo as suas necessidades específicas e dirigindo para a utilização plenas das suas capacidades, tendo como objetivo o desenvolvimento de novas e adequadas capacidades. Ainda neste âmbito, mas numa outra faceta da problemática foi possível discutir e refletir com as Enfermeiras Tutoras sobre a carga de trabalho dos EESIP a exercer supervisão e integração de Enfermeiros. Defendo nesta perspetiva, que deveriam ser instituídas normas nos serviços sobre o número de crianças/famílias atribuídas ao Enfermeiro que está a acompanhar um estudante/enfermeiro por via de possibilitar uma melhor gestão do tempo não só em torno dos cuidados a prestar, mas no processo de aprendizagem e desenvolvimento daquele novo profissional, que necessita de tempo e oportunidade para pensar e refletir, para treinar, para praticar.

No contexto assistencial da comunidade, encontrei um método de trabalho com o qual não estava familiarizada. Na USF trabalhei com o método de Enfermeiro de Família, que como afirma a Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 1) “*é gestor e organizador de recursos com vista ao máximo de autonomia daqueles a quem dirige a sua intervenção, sendo para cada família a referência e o suporte qualificado para a resposta às suas necessidades e para o exercício das funções familiares*”. Este modelo assenta nos princípios básicos do método de trabalho por cuidados de enfermagem por enfermeiro responsável/de referência (Costa, 2004; Nelas, 2013). Na prática percebi as vantagens deste método de trabalho, que potencia um conhecimento alargado sobre as circunstâncias de cada membro da família e sobre a dinâmica familiar em si, possibilitando um acompanhamento contínuo no tempo e nas diferentes fases do ciclo vital. Na perspetiva dos clientes, na minha perspetiva como EESIP e no meu contacto específico com as crianças/famílias constatei a satisfação e relação terapêutica de confiança que tinham com o Enfermeiro de Família. O conhecimento das circunstâncias individuais de cada família permitia à Enfermeira perceber e identificar as áreas de intervenção. Assim compreende-se que este método de trabalho vai de encontro aos desafios e especificidades da EESIP “*ao assentar na negociação, na parceria de cuidados e ao permitir um envolvimento da família e comunidade nos processos de transição saúde/doença (...)*” (Nelas, 2013, p. 30) das crianças/famílias, promovendo a segurança dos cuidados. Não obstante levanta-se a questão do EESIP na função de Enfermeiro de Família prestar cuidados não só a crianças e jovens, mas também a adultos e idosos muitas vezes com necessidades de cuidados muito específicos afetos a outras áreas de especialidade da Enfermagem. Percebendo esta realidade como uma desvantagem do modelo em si, e em reflexão com a Enfermeira tutora constatei que há um estudo e desenvolvimento profissional contínuo destes Enfermeiros no âmbito das outras áreas de atenção com objetivo de prestar

os melhores cuidados de enfermagem. Este facto é operacionalizado através do investimento individual que cada Enfermeiro faz na procura de conhecimento científico, com a discussão de casos regular em equipa para que os vários Enfermeiros Especialistas possam auxiliar-se na tomada de decisão com os contributos das áreas de especialidade partilhados, com a formação em serviço em torno de temáticas identificadas pela equipa e com a presença regular dos elementos da equipa em congressos, conferências e formações nas áreas de interesse, muitas destas promovidas pela própria ARS.

No contexto assistencial UCC, na área da SIP o método de trabalho instituído é também o do enfermeiro de referência. As Enfermeiras ESIP envolvidas na Saúde Escolar, na ELI e no NACJR têm definida uma divisão por área, isto é, cada uma é responsável por determinado número de crianças/casos/agrupamentos escolares e desenvolvem por inteiro as atividades e intervenções com relação às mesmas. Exemplificando, cada escola sabe exatamente qual é a EESIP responsável pelos seus estudantes e todos os contatos são feitos com a mesma, que faz o diagnóstico das necessidades, implementa as intervenções e analisa/avalia os resultados. No caso da ELI e do NACJR, tendo em conta que o volume de casos não era muito elevado e por decisão superior, apenas uma das EESIP estava responsável por todos os processos. Constatei que a EESIP neste contexto assistencial tem uma enorme autonomia na gestão dos cuidados e na articulação dos mesmos com os restantes recursos/serviços da comunidade, e em discussão e reflexão esta característica foi referida como de grande importância e satisfação no papel profissional. Esta autonomia permite e dá lugar a que o EESIP dirija e implemente todo um processo de cuidados diferenciados e direcionados, que muitas vezes e noutros contextos assistenciais onde a primazia das intervenções não está centralizada no foco da nossa ciência, acaba por não ser possível. E é muito recompensador ter “espaço” para cuidar de forma excelente, isto é, ter autonomia para decidir em pleno através do processo de enfermagem, qual o plano de cuidados mais adequado e vantajoso, os timings de atuação, e que recursos multidisciplinares utilizar.

No serviço de urgência/emergência pediátrica, encontrei um método de trabalho assente no Modelo de Equipa (Nelas, 2013). Havia sempre um EESIP responsável por turno, que determinava a distribuição dos membros da equipa de enfermagem por áreas (Sala de Triage, Sala de tratamentos, Unidade de OBS, Quartos de Isolamento), mas todos os Enfermeiros colaboravam entre si e entre áreas de intervenção. De notar, que nos turnos e momentos com grande afluência de crianças a equipa mantinha mais a sua área e os cuidados eram tendencialmente realizados à tarefa, o que neste contexto fazia sentido, quer por uma

questão de organização quer por uma questão de gestão de tempo de espera para as crianças e famílias doentes. A Enfermeira Responsável pela equipa no seu turno tinha a responsabilidade de tomar decisões sempre que surgiam dúvidas e divergências, coordenando o trabalho em situações de maior complexidade, como por exemplo, na gestão de conflitos com famílias agressivas, na gestão de situações de cuidados emergentes, na gestão de casos com contornos de risco social e abusos.

No contexto assistencial da Neonatologia o método de prestação de cuidados de enfermagem que encontrei foi o individual (Costa, 2004; Nelas, 2013). Os RN eram alocados no início de cada turno a um enfermeiro, ficando este responsável pela totalidade da prestação de cuidados, tomando todas as decisões inerentes aos seus cuidados, assumindo a responsabilidade integral e sendo o elo de ligação e comunicação com os restantes membros da equipa de profissionais de saúde. Desta forma, há uma individualização dos cuidados prestados favorecendo a relação terapêutica entre o Enfermeiro e o RN/família, não existindo um fracionamento dos cuidados, havendo um conhecimento mais profundo e próximo das necessidades e particularidades de cada criança/família, que facilita o envolvimento da família no planeamento dos cuidados no decorrer do turno (Nelas, 2013), por sua vez promovendo a parceria de cuidados. Este é o método de trabalho no meu dia-a-dia profissional, e acredito que quer para o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança, quer para a organização do trabalho, para a tomada de decisão e prestação de cuidados atendendo à individualidade é o mais adequado. Claro que exige da parte do Enfermeiro Responsável pela equipa no seu turno, que é também EESIP, expertise e assertividade na atribuição dos RN e família ao Enfermeiro cuidador, evitando a sobrecarga do profissional, promovendo a qualidade e segurança nos cuidados prestados, e por isso atendendo às particularidades desta díade (Enfermeiro: experiência, formação, tutoria, entre outros; RN e família: tipologia de cuidados, condição de doença, complexidade dos cuidados, controlo de infeção, distribuição física no serviço, entre outros). Neste sentido, importa refletir que segundo Benner (2001) os enfermeiros têm cinco níveis de competências na prática clínica (iniciado, avançado, competente, proficiente e perito) e, assim se compreende que é essencial adequar da melhor forma a divisão, para o desenvolvimento profissional e segurança de todos. É necessária uma análise crítica e rápida de avaliação do cenário geral, para que a decisão tomada seja vantajosa e segura quer para o RN/criança/família, quer para o próprio Enfermeiro. Apesar de a Enfermeira Responsável ter a última palavra a dizer nesta distribuição, havia sempre espaço para discussão de outras possibilidades com a equipa de Enfermagem. Gradualmente, fui ganhando confiança e à

vontade para participar dessas partilhas de opinião o que me permitiu desenvolver capacidades nesta função, que parecendo por vezes uma simples operação aritmética, em bom rigor exige pensamento crítico e mobilização de vários saberes para um desempenho competente e favorecedor de cuidados de excelência. Esses momentos foram de aprendizagem e desenvolvimento profissional como EESIP, visto que, até então meu papel foi sempre de recetora do plano de trabalho definido. Percebi o quão exigente é este processo de pensamento e o quão importante pode ser para o melhor decorrer dos cuidados prestados. No seu papel de gestor, compreendi também que o EESIP tinha responsabilidade na gestão de vagas de cuidados neonatais intensivos/intermédios, e tendo em conta a imprevisibilidade de novas e urgentes entradas no serviço era necessária a antecipação/programação de transferências quer para o serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos, quer para o serviço de Pediatria ou até mesmo a transferência e transporte para outra Unidade de Neonatologia. Esta realidade para além de exigir coordenação e comunicação dentro da equipa e com a equipa multidisciplinar também exige alguma sensibilidade e poder de argumentação aquando da informação à família do RN, que nem sempre aceitavam a transferência de forma positiva. Muitas famílias ou pela longa estadia ou por sentirem maior segurança nos cuidados e ambiente da unidade referiam sentir que a decisão de transferência era precoce e prejudicial para o seu bebé. Aqui o papel do EESIP como líder e gestor de conflitos, como elemento chave e experiente era preponderante para esta discussão e posterior aceitação. Toda esta gestão cuidadosa e multifatorial, a meu ver, é promotora de uma experiência de hospitalização mais positiva favorecendo relações de suporte, empatia e adaptação à situação de doença vivenciada no momento. Desta forma, percebo quando Mororó *et al* (2017, p. 331) afirma que é a “ (...) *articulação e integração entre gerir e o cuidar, bem como, a interação, articulação, comunicação, tomada de decisão e cooperação que devem pautar as relações interpessoais estabelecidas pelo enfermeiro(...)*” gestor com restantes membros da equipa de enfermagem , outros profissionais de saúde e a criança/família.

Em relação às competências em gestão, afirmo que o trabalho desenvolvido no Estágio Final contribuiu para o seu desenvolvimento, compreendendo agora e segundo Garrido (2004) que nos contextos assistenciais, o Enfermeiro enquanto gestor deverá fazer uso de toda a sua experiência e competência e apoiar-se nos seus pares, superiores e outros profissionais da instituição identificando os problemas/necessidades, e desenvolver estratégias de resolução avaliando continuamente todo o processo.

3.4. DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO

O artigo 9.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 1998, p. 5) é perentório nesta matéria afirmando que “*os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral.*” O Enfermeiro Especialista tem a oportunidade de protagonizar um papel dinamizador e impulsionador do desenvolvimento e aplicação de investigação nas equipas onde se encontra, sendo um fio condutor às práticas de excelência, entendendo a Ordem dos Enfermeiros que este tem “*(...) a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem*” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4744). Assim percebemos que a investigação em enfermagem permite o desenvolvimento da disciplina, a obtenção de novo conhecimento e a alteração de práticas e metodologias na conceção e prestação dos cuidados. O objetivo major dos EESIP é melhorar a qualidade dos cuidados de saúde às crianças e respetivas famílias, sendo necessário, utilizando uma metodologia científica, identificar e aplicar os recursos e evidência mais recentes na sua prática clínica, para o maior benefício do cliente, qualidade dos cuidados prestados e, por conseguinte, ganhos em saúde.

Competência adquirida

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

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.

Objetivos específicos

- ✦ Aprofundar competências na área da investigação, procurando e utilizando conhecimento científico, na área da EESIP.
- ✦ Demonstrar conhecimentos científicos na área de especialização ESIP.
- ✦ Incorporar o conhecimento científico na assistência prestada.

- ✦ Promover a prática baseada na evidência científica nos contextos assistenciais do Estágio Final.

Atividades desenvolvidas

Realizei, de forma sistemática, pesquisa bibliográfica sobre temas relevantes para a prática na área da EESIP.

Baseei a prática clínica no conhecimento científico.

Utilizei e partilhei/divulguei resultados provenientes da investigação/evidência científica, relevantes para a prática nos contextos assistenciais.

Refleti sobre os resultados da investigação e a sua aplicabilidade.

Identifiquei áreas de interesse, passíveis de serem estudadas.

Reflexão

A adoção de uma prática e metodologia de trabalho em Enfermagem que potencie ganhos em saúde alicerçam-se no conhecimento científico e nos resultados da investigação. Para o alcançar dos objetivos gerais deste Estágio Final foi indispensável a realização de uma busca sistemática de conhecimento que permitisse e facilitasse a aprendizagem nos contextos assistenciais e a capacidade crítica perante os novos desafios e áreas de maior desconhecimento. Os próprios Enfermeiros nos contextos e após discussões reflexivas de equipa, solicitaram várias vezes o meu contributo na pesquisa e seleção de material científico importante para a prática, com relação a temas que geravam dúvidas e preocupação.

A título de exemplo posso referir que no serviço de urgência/emergência pediátrica uma das temáticas sobre a qual contribui com alguns materiais para estudo relacionou-se com o uso/benefícios/cuidados da oxigenoterapia por cânulas nasais de alto fluxo em casos de insuficiência respiratória, estando esta terapêutica a ser introduzida no serviço, e para a qual a equipa que não tinha experiência, e se tinha de preparar e formar para a melhor, rápida e segura implementação. Não obstante do facto de utilizar esta terapêutica nos bebés internados nos cuidados intensivos neonatais no meu local de trabalho, fiz uma pesquisa direcionada à utilização da mesma em contexto de serviço de urgência pediátrico, o que também a mim me trouxe novo conhecimento. Outro tema que levei a discussão neste contexto assistencial foi sobre os benefícios da presença dos pais na sala de emergência e na sala de tratamento aquando de procedimentos dolorosos (por exemplo, punção lombar)

selecionando e providenciando artigos sobre a temática que discutimos em equipa no sentido de basear a prática na evidência, para obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de SIP. A evidência demonstra que é benéfico para os pais estarem presentes nas situações de emergência, e que estes acreditam ser também importante para os seus filhos, não havendo evidência de que isso contribua para uma experiência mais traumática, sendo que, é necessário sensibilizar e formar as equipas de saúde neste sentido (Mangurten, 2006; Mekitarian & Angelo, 2015).

Assente no meu papel de estudante neste contexto, tentei sempre trazer o máximo conhecimento científico adquirido quer no meu percurso profissional, quer no meu percurso académico de EESIP às discussões de caso em equipa (nomeadamente nas passagens de turno) e às discussões individuais com as Enfermeiras Tutoras sobre a tomada de decisão. O facto de ter saído da minha “zona de conforto” (o meu dia-a-dia) fez-me deparar com cenários e práticas que me suscitaram interrogação, dúvida, incerteza e que levaram a ter de procurar conhecimento científico para perceber e descodificar essas situações. Segundo esta premissa e refletindo apercebi-me durante este percurso académico que nem sempre na minha atividade profissional me questioneei, interroguei, inquietei com questões da prática que mereciam essa atitude. O ritmo laboral e as pressões dos próprios contextos fizeram-me muitas vezes atuar segundo uma lógica “automática” e, com um papel diferente constatei que a necessidade de perceber e procurar assiduamente o estado da arte sobre as nossas práticas diárias é indispensável para a prestação de cuidados de enfermagem especializados e de excelência. Ainda neste sentido, e após terminar o Estágio Final constatei um facto, a meu ver, interessante e inesperado. Apesar do meu tempo de estágio no contexto da Neonatologia ter sido mais reduzido do que o normal, dado o meu percurso profissional nesta área, como já expliquei no capítulo 1, foi neste que dediquei mais tempo na procura de conhecimento científico. Considero que por não ter necessitado de tempo para me integrar na dinâmica do serviço e por já possuir um conhecimento sólido relativamente às particularidades dos cuidados de enfermagem em neonatologia, isso concedeu-me espaço e tempo para procurar refletir sobre questões mais avançadas e diferenciadas, situações para as quais direcionei a formulação dos objetivos de estágio no contexto. Não me tendo centrado na dinâmica geral do serviço e nas características específicas dos cuidados aos RN/Família tive a oportunidade privilegiada de focalizar-me em aspetos de diferenciada especificidade, tais como o programa NIDCAP e a transição da alimentação por sonda para a alimentação oral do RN prematuro, que fui discutindo com as Enfermeiras tutoras ao longo dos turnos de trabalho. Das várias discussões e reflexões com os EESIP deste contexto, e entre os vários

assuntos de maior complexidade houve algumas questões que no meu entender, teriam muito interesse e seriam passíveis de ser investigadas nesta área da especialidade: quais as alterações na vivência da parentalidade do pai do RN prematuro/doente? De que forma a ausência/doença da mãe nos primeiros dias de vida interfere no estabelecimento da vinculação do pai com o RN prematuro/doente? Existem vários estudos científicos sobre a vivência dos pais (progenitor e progenitora) dos bebês prematuros durante a hospitalização, mas penso que seria interessante realizar um estudo em Portugal direccionado em exclusivo ao pai e às suas individualidades e vivências neste período e contexto de transição. Os resultados do mesmo poderiam trazer contributos para a otimização da intervenção do enfermeiro junto destes pais. No que resulta da minha pesquisa existem apenas 3 estudos sobre a experiência de ser pai de um RN prematuro internado, realizados no Brasil, Suécia e Espanha. Corroborando a afirmação de Hockenberry & Wilson (2014, p. 15) de que “ *a prática baseada na evidência também começa com a identificação do problema*”, considero que esta é uma problemática deste contexto assistencial e por vezes descurada por nós profissionais, porque a maioria dos pais (referindo-me ao progenitor) imaginaram e projetaram ter os seus primeiros contactos com o filho/filha ao lado da mãe e num ambiente tranquilo e controlado e, posteriormente vivenciam uma situação de grande stress e angustia porque para além de irem conhecer o filho/filha a uma unidade de neonatologia com tudo o que isso implica, fazem-no sozinhos e sabendo que a mãe muitas vezes está ainda numa situação de muita fragilidade, imbuídos numa experiência de muita incerteza, medo, e desconhecimento. Investigar esta problemática no nosso contexto assistencial e com a população portuguesa poderia trazer contributos importantes para um melhor acompanhamento destes pais (referindo-me ao progenitor) e para uma intervenção de enfermagem diferenciada que favorecesse a vivência desta fase por parte dos mesmos. O alcance das competências neste domínio foi transversal a todos os contextos assistenciais do Estágio final, tendo orientado a minha prática nos documentos referência da OE, nas orientações e circulares da DGS, nas *guidelines* emitidas pela OMS, e na revisão de literatura atualizada em bases de dados científicas indexadas como a EBSCO, B-On, Medline e Scielo. Termino com a certeza de que é perentório o EESIP basear a sua prática clínica na ciência e na investigação, documentar os resultados clínicos, validando as contribuições para a saúde, bem-estar e recuperação das crianças/famílias alvo dos seus cuidados, para as instituições que integra, para a profissão de Enfermagem (Hockenberry & Wilson, 2014).

4. CONCLUSÃO

Como nota final deste relatório, importa refletir sobre a concretização dos objetivos delineados inicialmente, assim como, sobre as aprendizagens e evolução, quer a nível académico e profissional como a nível pessoal, após esta experiência.

O intuito deste relatório foi possibilitar uma visualização geral da experiência formativa que vivenciei ao longo do período do Estágio Final, descrevendo a propósito das atividades desenvolvidas e comunicando várias reflexões acerca das diferentes realidades encontradas nos contextos da prática, dando ênfase às que mais me inquietaram e que propiciaram a aquisição de competências, potenciando a aprendizagem e formação como EESIP. Foi crucial a mobilização de todo o enquadramento teórico da especialidade que, na sua conjugação com o desenvolvimento da prática nos contextos assistenciais foram os pilares da minha formação como EESIP. No que concerne à metodologia utilizada neste relatório devo ressaltar que recorrer à descrição do processo de aprendizagem facilitou a consolidação dos conhecimentos adquiridos e favoreceu a aquisição de competências na área de especialização pela incorporação das experiências vivenciadas. Por outro lado, o processo crítico-reflexivo possibilitou uma análise introspetiva acerca do trabalho desenvolvido o que cimentou os conhecimentos e capacidades desenvolvidos na prática, constituindo-se uma motivação para a procura da melhoria e evolução contínua na prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Apesar das inegáveis diferenças e particularidades dos contextos assistenciais em que decorreu o Estágio Final percebi através da reflexão escrita que em certos aspetos os mesmos se cruzam o que transparece os pilares que devem sustentar o cuidado de enfermagem especializado na área Pediátrica, cuidados centrados na díade criança/família. Sem dúvida que dos grandes ensinamentos que levo para o meu futuro profissional é que a Enfermagem de Saúde e Infantil e Pediátrica se faz com a família e que como defendem Young *et al*

(2011) é essencial a comunicação aberta e eficaz com total valorização de todo o conhecimento que os pais têm dos filhos. O contexto de cuidados de saúde primários, quer na sua valência de UCC quer de USF deram-me a conhecer e experienciar uma panóplia de oportunidade de intervenção do EESIP muito particular e sobre a qual o meu conhecimento era apenas muito teórico, tendo em conta a minha atividade profissional. Tem cenários de intervenção múltiplos (família, escola, comunidade) que permitem a avaliação e intervenção diretas da criança no seu contexto (onde nasce, onde cresce, onde se desenvolve, onde aprende), atuando muito ao nível dos cuidados antecipatórios, na promoção da parentalidade, nas competências parentais, com grande enfoque na maximização do potencial de desenvolvimento e crescimento da criança/jovem. No âmbito da educação para a saúde saliento a experiência através da saúde escolar e do que este programa integra como uma experiência muito enriquecedora e onde descobri uma amplitude completamente autónoma da intervenção do EESIP. Relativamente ao serviço de urgência também devo destacar a sua importância pelas particularidades únicas que apresentou, sendo um contexto que exige do EESIP uma atuação baseada no conhecimento e muito na experiência, pela sua imprevisibilidade e instabilidade. Foi dos contextos assistenciais onde percebi que a comunicação assertiva e o estabelecimento de prioridades são fundamentais para uma intervenção eficaz por parte do EESIP para a melhor vivência da criança/família possível num contexto de doença aguda/trauma. Aponto a experiência do processo de Triagem como marcante nesta aprendizagem, tendo experienciado o grande desafio que é esta atividade e de todos os componentes que envolvem esta avaliação criteriosa, rápida e determinante para o estado de saúde/doença da criança/jovem. Quanto ao serviço de neonatologia, e tendo em conta a minha experiência prévia na área, a aprendizagem e consolidação de competências veio através das diferenças encontradas e do tempo como estudante permitir a reflexão sobre, e enfatizando, a utilização das premissas do NIDCAP nos cuidados ao recém-nascido, o que despertou em mim uma necessidade de me debruçar mais sobre a temática no meu local de trabalho e me possibilitou integrar novas estratégias e iniciar um caminho de implementação de novas práticas na minha atuação como enfermeira de neonatologia. Este relatório é o culminar de um processo de aprendizagem, reflexão e análise crítica de um percurso formativo e ao mesmo tempo marca o início de outro, que é o da integração das experiências vividas e das competências adquiridas na minha prática profissional com o objetivo de as expandir a novos cenários e realidades e manter a busca pelo conhecimento científico e pela melhoria continua dos cuidados de enfermagem especializados. Considero que os objetivos a que me propus foram globalmente atingidos tendo desenvolvido as

competências esperadas no âmbito dos quatro domínios citados (Prestação de Cuidados, Formação, Gestão e Investigação) aplicando os conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares nos diferentes contextos assistenciais, integrando conhecimentos e lidando com questões complexas, apresentando soluções tendo como base na minha atuação implicações e responsabilidades éticas e sociais para com a criança/família.

No entanto, cabe-me reconhecer as dificuldades sentidas no processo de escrita deste Relatório, que não foi tranquilo e não cumpriu o seu objetivo temporal. Devo isto, à complexidade sentida no processo em si e, a algumas vicissitudes da vida que, em conjunto levaram-me a interromper alargadamente este trabalho o que se percebe pelas datas do Estágio Final e pela data do presente relatório. Este facto repercute-se, inevitavelmente, na descrição de algumas atividades e, em parte também na própria reflexão realizada pelo distanciamento dos acontecimentos e pela dificuldade acrescida que esse facto trouxe, para além de a nível pessoal o sentir como um fracasso, um objetivo não cumprido. Apesar disso, este acontecimento, irrevogavelmente negativo, trouxe-me alguma aprendizagem e crescimento pessoal no sentido em que percebi a entrega e esforço/disponibilidade/trabalho que exige esta fase de um processo formativo e percebo hoje que precisava de desenvolver esta competência em específico, e ainda terei um caminho a percorrer no que a isso respeita. Terminando, acredito e defendo que as crianças/famílias necessitam de uma intervenção consistente por parte do EESIP e o desenvolvimento de uma relação terapêutica com a mesmas é o pilar fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, seja em que contexto for. Esta formação cimentou em mim a certeza de que a minha prioridade como EESIP deverá ser o bem-estar físico, psicossocial, mental e espiritual da criança/família, tendo sempre presente as competências acrescidas na prestação de cuidados especializados com sensibilidade ao desenvolvimento das crianças, às dinâmicas familiares e à comunicação a nunca descurar.

Em epílogo, subscrevo Apolinário (2012), a assistência profissional competente do EESIP pauta-se pelo cuidar da **Criança e Família** através do **envolvimento, participação e parceria** alicerçados pela **negociação e capacitação** das mesmas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apolinário, M. I. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência, III*(7), pp. 83-92. doi: <https://dx.doi.org/10.12707/RIII11145>
- Batalha, L. M. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde & Tecnologia*, pp. 16-21. Obtido de <https://core.ac.uk/download/pdf/47132011.pdf>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Lisboa: Quarteto editora.
- Cardoso, A. C. (2010). *Experiência dos pais na hospitalização da criança com doença aguda*. Dissertação de mestrado em ciências da enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Obtido de <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26863/2/Dissertao%20Ana%20Cristina%20A.pdf>
- Casey, A. (Dezembro de 1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal. *Journal of Advanced Nursing*, 22, pp. 1058–1062. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>
- Casey, A., & Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times*(84(44)), pp. 67-68.
- Christin, A., Akre, C., Berchtold, A., & Suris, J. C. (2015). Parent–adolescent relationship in youths with a chronic condition. *Child: care, health and development*(42), pp. 36-41. doi:<https://doi.org/10.1111/cch.12266>
- Costa, J. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu - 30 anos*, pp. 234-251. Obtido de <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>

- Diário da República. (6 de Outubro de 2009). Decreto-Lei n.º 281/2009. *1.ª série(193)*, 72987301. Obtido de <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-nainfancia/legislacao/decreto-lei-n-2812009-pdf.aspx>
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2º semestre de 2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), pp. 26-47. Obtido de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc2_26_47.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil . Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-emsaude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (Dezembro de 2016). Programa Nacional de Vacinação 2017. Obtido de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-devacinacao-2017-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (Julho de 2018). PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DA FEBRE DE CURTA DURAÇÃO EM IDADE PEDIÁTRICA - Norma nº 014/2018. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-ecirculares-normativas/norma-n-0142018-de-03082018-pdf.aspx>
- Ferreira, C. (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade*. Dissertação de Mestrado em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9756/1/tese_finalCarla%20Rego_fev2015.pdf
- Garrido, A. (2004). *A supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Supervisão, Universidade de Aveiro, Aveiro. Obtido de <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1464/1/2008000333.pdf>
- Guimarães, H. (2015). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *NASCER E CRESCER*, XXIV(3), pp. 99-102. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v24n3/v24n3a01.pdf>

- Hillman, B. A., Tabrizi, M. N., Gauda, E. B., Carson, K. A., & Aucott, S. W. (2015). The Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale and the bedside nurse's assessment of neonates. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 35(2), pp. 128-131. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5526063/>
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Hummel, P., Lawlor-Klean, P., & Weiss, M. (2010). Validity and reliability of the N-PASS assessment tool with acute pain. *Journal of Perinatology*, pp. 474 – 478. Obtido de <https://www.nature.com/articles/jp2009185>
- IAC. (1988). Carta da Criança Hospitalizada. Obtido de http://criancaefamilia.spp.pt/media/101142/carta_crianca_hospitalizada_spp.pdf
- International Council Of Nurses. (2019). *ICNP*. Obtido de <https://www.icn.ch/what-wedo/projects/ehealth/icnp-browser>
- Lopes, M. S., Catarino, H., & Dixe, M. A. (Julho de 2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, serIII(1), pp. 109-118. Obtido de <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=787ee38a-1490-4937-bc30d103a04c7640%40sdc-v-sessmgr02&bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHVpZCZzaXRIPWVkey1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=edsdoj.68e7be5eef3489e82e1e252b8cd648d&db=edsdoj>
- Mangurten, J., Scott, S., Guzzetta, C., Clark, A., Vinson, L., Sperry, J., . . . Voelmeck, W. (2006). Effects of family presence during resuscitation and invasive procedures in a pediatric emergency department. *Journal of emergency nursing*, 32(3), pp. 225-233. Obtido de <https://apps.webofknowledge.com/InboundService.do?customersID=EBSCO&mode=FullRecord&IsProductCode=Yes&product=WOS&Init=Yes&Func=Frame&DestFail=http%3A%2F%2Fwww.webofknowledge.com&action=retrieve&SrcApp=EDS&SrcAuth=EBSCO&SID=F2mPYNloduAG4lbTkD6&UT=WOS%3A00>
- Mekitarian, F. F., & Angelo, M. (2015). Family's presence in the pediatric emergency room:

- opinion of health's professionals. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(4), pp. 460-466.
Obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0103058215000908>
- Mendes, T., Soares, I., Jongenelen, I., & Martins, C. (2011). Mães adolescentes: adaptação aos múltiplos papéis e a importância da vinculação. *Psicologia: Reflexão Crítica*, 2(24), pp. 309-317.
doi:<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/15678/1/Mendes%20et%20al.%20%282011%29.pdf>
- Mororó, S., Enders, B. C., Lira, A., Silva, C., Menezes, R., & Menezes, R. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), pp. 323-332. Obtido de <https://dx.doi.org/10.1590/19820194201700043>
- Nelas, J. (2013). *Gestão de Recursos Humanos na Saúde - Contributos para o dimensionamento de equipas em Pediatria*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, Faculdade de Economia, Coimbra.
- Nunes, L. (2013). Competências Morais dos Profissionais de Enfermagem – “Cinco estrelas” revisitadas. *VIII Encontro de Enfermagem do Centro Hospitalar de Leiria-Pombal*, (pp. 1-14). Leiria. Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4804/1/Competencias%20morais%20dos%20profissionais%20de%20enfermagem_LN%20Out%202013.pdf
- Nunes, S. R. (2011). Privacidade e sigilo em deontologia profissional: uma perspectiva no cuidar pediátrico- perspectivas actuais em bioética. *NASCER E CRESCER - revista do hospital de crianças maria pia*, XX(1), pp. 40-44. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a10.pdf>
- O'Malley, P. J., Brown, K., Krug, S. E., & Medicine, C. o. (Agosto de 2008). Patient- and family-centered care of children in the emergency department. *Pediatrics*(122(2)), pp. 511-521. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1569>
- Ordem dos Enfermeiros. (1998). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). *Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril)*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico dos Enfermeiros : dos comentários à análise de casos*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias Orientadores da Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume I. *Cadernos da OE, 1(3)*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatrica_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar. Lisboa. Obtido de https://www.aesop-enfermeiros.org/up/ficheirosbin2_ficheiro_pt_0897756001435324648-179.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem. . Lisboa. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQCEE%20_SaudeCriancaJovem.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (Setembro de 2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *1(6)*. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicasccontroloadorcrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Leiria. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República, 2.ª série. N.º 133. Regulamento n.º 422/2018, 19192-19194*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialistas. *Diário da República, 2.ª série. N.º 26. Regulamento n.º 140/2019,*

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Peixoto, N. M., & Peixoto, T. A. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*(11), pp. 121-132. Obtido de <https://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>

Pruitt, L., Johnson, A., Elliott, J., & Polley, K. (Março de 2008). Parental presence during pediatric invasive procedures. *Journal of Pediatric Health Care*(22(2)), 120-127. Obtido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18294581/>

Rocha, A. (2014). *Supervisão clínica em Enfermagem para a segurança e qualidade dos cuidados*. . Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Obtido de https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9729/1/Ana%20Rocha_SCE%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20e%20Qualidade%20dos%20Cuidados%20Perspetiva%20dos%20Supervisionados.pdf

Rodrigues, S. V. (2011). *Aprendizagem dos Enfermeiros o longo da vida - adaptação e validação da escala de Jefferson*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15840/1/Relat%C3%B3rio...pdf>

Serrano, M. T., Costa, A. S., & Costa, N. M. (Março de 2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s)? *Revista de Enfermagem Referência, III*(3), pp. 15-23. Obtido de <http://www.index-f.com/referencia/2011pdf/33-015.pdf>

Simões, J. F., & Garrido, A. F. (2007). Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem, 16*(4), 599-608. Obtido de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000400003>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). A RELAÇÃO PAIS-FILHOS NOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS. Obtido de <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Os-pais-e-os-bebesprematuros1.pdf>

Soler, W., Gomez Munoz, M., Bragulat, E., & Alvarez, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales Sis San Navarra, 33*, pp. 55-68.

Obtido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-662720100002000008&lng=es&tlng=es

- Sousa, P. C. (2012). *O exercicio parental durante a hospitalização do filho: intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados*. Tese de Doutoramento em Enfermagem , Universidade Católica Portuguesa- Instituto de ciências de saúde do Porto , Porto. Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13972>
- Stock, A., Hill, A., & Babl, F. E. (Dezembro de 2012). Practical Communication Guide for Paediatric Procedures. *Emergency Medicine Australasia*, 24, pp. 641-646. doi:10.1111/j.1742-6723.2012.01611.x
- Vilelas, J. M., Fernandes, A., Toledo, D., & Campos, L. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros. *Pensar Enfermagem*, 18(2), pp. 45-60. Obtido de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3_45_60.pdf
- Young, J., McCann, D., Watson, K., Pitcher, A., Bundy, R., & Greathead, D. (2011). Negotiation of Care for a Hospitalised Child: Nursing Perspectives. *Neonatal, Paediatric, and Child Health Nursing*(9(3)), 7-14. Obtido de <https://www.researchgate.net/journal/Neonatal-Paediatric-and-Child-HealthNursing-1441-6638>

6. APÊNDICES

APÊNDICE I

Ação de Educação para a Saúde – Alergia alimentar: Plano de atuação em
situação de reação alérgica/anafilaxia



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Planeamento de uma Acção de Educação para a Saúde:

*Alergia alimentar – Plano de atuação em situação de
reação alérgica/anafilaxia*

Elaborado Por:

Branca Liliana Reis Pinho

Março 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO
EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Planeamento de uma Acção de Educação para a Saúde:

*Alergia alimentar – Plano de atuação em situação de
reação alérgica/anafilaxia*

Docente orientadora:

Prof.^a Doutora Isabel Quelhas

Março 2019

INTRODUÇÃO

A Acção de Educação para a Saúde “*Alergia alimentar – Plano de atuação em situação de reação alérgica/anafilaxia*” surgiu no âmbito do Estágio final e Relatório, realizado na UCC x.

Este estágio decorre no período de 4 de Fevereiro a 5 de Março do presente ano, enquadrando-se no 2º semestre do 12º curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

Esta Sessão de Educação para a Saúde foi desenvolvida sob a orientação da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria x, que me acompanhou neste contexto de estágio e da Docente Professora Doutora Isabel Quelhas.

Neste sentido, a elaboração deste planeamento tem como principais objectivos:

- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio Final e Relatório;
- Desenvolver competências relativas à planificação e execução de uma Acção de Educação para a Saúde.

Este documento encontra-se organizado, após este momento introdutório, da seguinte forma: análise da situação e fundamentação teórica, apresentação dos objectivos e da selecção de conteúdos; seguidamente, é apresentada a metodologia, a organização e recursos utilizados na actividade e, por último, a selecção e organização de estratégias de avaliação, terminando na conclusão. Posteriormente, são expostas a planificação da sessão, a apresentação da mesma utilizada, os questionários de avaliação e a comparação dos resultados obtidos na fase diagnóstica e na fase final e, por último o formulário de avaliação da sessão e os resultados obtidos.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Ao longo do ciclo de vida escolar existem condições de saúde que podem comprometer as aprendizagens das crianças. Cada vez mais, compete à equipa de Saúde Escolar contribuir para a melhoria da saúde individual, gerindo o processo de adaptação da criança à escola e promover a sua autonomia. Neste domínio, deparamo-nos com as necessidades de saúde especiais (NSE) que *“resultam de problemas de saúde com impacto na funcionalidade e necessidade de intervenção em meio escolar, como sejam irregularidade ou necessidade de condições especiais na frequência escolar e impacto negativo no processo de aprendizagem ou no desenvolvimento individual”* (PNSE, 2015, p.43).

Foi durante uma reunião no âmbito da Saúde Escolar entre a Educadora de Infância, o Encarregado de Educação e a Enfermeira de Saúde Escolar, para a realização do Plano de Saúde Individual (PSI) de uma criança previamente identificada que, tem como pressupostos a avaliação do impacto das condições de saúde na funcionalidade e identificar as medidas de saúde a implementar para melhorar o seu desempenho escolar, que surgiu a necessidade de realizar esta sessão de educação para a saúde. Este é o caso de uma criança com 5 anos com diagnóstico de alergia alimentar grave a frutos secos e amendoim. Tem indicação médica para não ingerir ou tocar nos alimentos referidos sendo o suficiente para despoletar uma reação alérgica grave. Esta criança é portadora de um kit de emergência com Cetiriza® 2,5 ml (anti-histamínico), Rosilan® 1 gota/kg (corticoide), Epipen® (adrenalina em caneta autoinjutora). As suas refeições devem ser preparadas com o máximo cuidado, para que não haja contaminação com frutos secos. Se forem utilizados os alimentos proibidos na preparação das refeições das restantes crianças, o material de cozinha (panelas, colheres, facas) deve ser cuidadosamente lavado antes da preparação das suas refeições. Em termos das refeições, são os pais que enviam para o jardim de infância os ingredientes para a confeção das refeições da criança.

Assim, surgiu a necessidade/oportunidade de capacitar os profissionais do contexto educativo para uma resposta segura às necessidades específicas da criança com alergia alimentar, minimizando os riscos e consequências de uma reação alérgica.

Na alergia alimentar, uma falha na dieta pode condicionar um risco de saúde imediato e potencialmente fatal. A evicção alergénica alimentar torna-se particularmente complexa devido à grande diversidade de formas sob as quais cada alimento se pode apresentar, muitas

vezes oculto entre outros ingredientes ou presente acidentalmente, por contaminação cruzada (Nunes et al, 2012; SPAIC, 2017). O quadro 1, exemplifica alimentos a serem excluídos da alimentação em casos de alergia ao amendoim e a frutos secos.

Alimentos a excluir	Amendoim Amêndoa Avelã Coco Caju Noz Pinhão Pistacho Sementes de sésamo	
Alimentos processados que podem conter o alergénio	Amendoim	Manteiga de amendoim, rebuçados, pastéis e óleo de amendoim, gelados, bolachas, cereais (muesli)
	Amêndoa	Pastéis, pastas, cremes, gelados, torrões, produtos de pastelaria, sobremesas e bolos caseiros
	Avelã	Doces, chocolates, bombons, licores e pratos de culinária, pão
	Coco	Óleo de coco, leite de coco, muesli, alguns produtos de pastelaria, chocolates, gelados
	Caju	Alguns pratos de culinária, doces
	Noz	Algumas confeções culinárias, doces, gelados, bolos, pão
	Pinhão	Doces, enchidos (morcela), arroz com pinhões
	Pistacho	Gelados, doces, biscoitos
	Sementes de sésamo	Cereais, hambúrgueres, molhos, saladas, massas orientais, bolachas, aperitivos, cones de gelado, pão

Quadro 1- Alimentos a serem excluídos da alimentação em casos de alergia ao amendoim e a frutos secos (Nunes et al, 2012, p.14).

A alergia é a resposta excessiva do sistema imunológico aos alergénios, partículas estranhas ao organismo mas habitualmente inócuas. Os indivíduos atópicos (aqueles que herdaram a capacidade de desenvolver alergia) quando expostos aos alergénios, sensibilizam-se e, conseqüentemente, passam a manifestar sintomas sempre que contactam com os mesmos (SPAIC, 2017).

Na infância, a sensibilização desenvolve-se progressivamente de acordo com a exposição, sendo os alimentos as primeiras substâncias estranhas às quais a criança pode desenvolver alergia (SPAIC, 2017). Na sua maioria, as reacções alérgicas a alimentos desencadeiam-se poucos minutos após a ingestão. Estas reacções imediatas podem atingir a pele e/ou mucosas, as vias respiratórias e os sistemas gastrintestinal e cardiovascular, de uma forma isolada ou combinada (SPAIC, 2017). As manifestações clínicas de tipo imediato mais frequentes são a urticária, angioedema e síndrome de alergia oral. A urticária caracteriza-se pelo aparecimento de lesões maculo-papulares eritematosas e pruriginosas. O angioedema associa-se com frequência à urticária manifestando-se como edema das camadas mais profundas da pele podendo ser doloroso e causar prurido, pode envolver as pálpebras, os

lábios e mucosas (SPAIC, 2017). A síndrome de alergia oral (SAO) caracteriza-se pelo aparecimento de edema, prurido e/ou formiguelo dos lábios, língua, orofaringe ou toda a cavidade oral quando o alergénio contacta com a mucosa oral (SPAIC, 2017). Em relação às manifestações gastrintestinais mais frequentes na alergia alimentar estas são as náuseas, os vômitos, as cólicas e a diarreia.

A reacção anafilática envolve a ocorrência de sintomas de dois ou mais órgão/sistemas. Para além dos sintomas nas mucosas e pele surgem associadas manifestações respiratórias e/ou gastrintestinais e/ou cardiovasculares. Estas reacções de tipo imediato ou de hipersensibilidade mediada por IgE resultam da produção excessiva de imunoglobulina E específica para determinado alimento (SPAIC, 2017). Quando em contacto com o alergénio alimentar, a IgE específica fixada na superfície das células vai promover a desgranulação de mastócitos e basófilos desencadeando toda a resposta inflamatória alérgica (SPAIC, 2017). Já as reacções de intolerância alimentar por serem desencadeadas por outros mecanismos, não implicam directamente o sistema imunológico (podem estar envolvidos mecanismos enzimáticos, farmacológicos ou mesmo ainda desconhecidos) e por isso, não comportam risco de vida (SPAIC, 2017).

O tratamento das alergias e intolerâncias alimentares baseia-se no tratamento dos episódios agudos provocados pela ingestão e na identificação e evicção dos alimentos, ingredientes ou aditivos alimentares responsáveis pela ocorrência dos sintomas de forma a evitar uma reacção (Nunes et al, 2012; SPAIC, 2017).

“A anafilaxia é uma emergência médica por excelência, tratando-se de uma reacção de hipersensibilidade sistémica grave e potencialmente fatal. A morte pode ocorrer em minutos, não sendo possível, no início do episódio, prever a velocidade da sua progressão ou a sua gravidade final. Por outro lado, a administração célere de adrenalina melhora o prognóstico e a sua não administração está associada a fatalidades. Assim, reconhecer e tratar adequadamente a anafilaxia é fundamental” (Leão, Santos, Gaspar, 2018, p. 121).

O plano de emergência (Imagem 1) escrito e com um algoritmo de atuação organizado é fundamental para a proteção da criança com risco de anafilaxia.



SPAIC
SOCIEDADE PORTUGUESA DE
ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA

ANAFILAXIA

PLANO DE EMERGÊNCIA

FOTO

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Alergias diagnosticadas: _____

Contacto pessoal: _____ Contacto de emergência: _____ Parentesco: _____

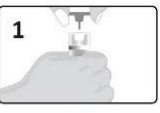
Médico assistente: _____ Contacto: _____ Data: ____/____/____

MEDICAMENTOS e DOSES

Adrenalina: _____ Corticoide: _____ Antihistamínico: _____

Outros: _____

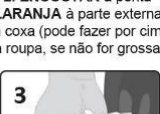
Como usar a EPIPEN®



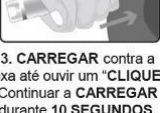
1. RETIRAR a tampa AZUL.



2. ENCOSTAR a ponta LARANJA à parte externa da coxa (pode fazer por cima da roupa, se não for grossa).



3. CARREGAR contra a coxa até ouvir um "CLIQUE". Continuar a CARREGAR durante 10 SEGUNDOS.



4. RETIRAR e MASSAJAR.



LIGAR 112.

SE SUSPEITAR QUE PODERÁ TER CONTACTADO COM O ALERGÉNIO e/ou SE OCORRER INÍCIO SÚBITO DOS SEGUINTE SINTOMAS:

SINTOMAS LIGEIOS

 NARIZ Comichão no nariz, pingos, espirros	 BOCA Comichão na boca	 BARRIGA Náuseas/enjooos ligeiros ou desconforto	 PELE Algumas borbulhas ou comichão
1. Tomar antihistamínico/corticoide se estiverem prescritos 2. Vigiar de perto e avisar o contacto de emergência 3. Se agravar, INJECTAR ADRENALINA e LIGAR 112			

SINTOMAS GRAVES

 RESPIRAÇÃO Falta de ar, chiadeira, tosse persistente	 CIRCULAÇÃO Palidez ou pele azulada, tonturas/desmaio	 GARGANTA Aperto, rouquidão, dificuldade em engolir	 BOCA Inchaço significativo dos lábios ou língua
 PELE Comichão no corpo todo, vermelhidão, muitas borbulhas	 BARRIGA Vômitos ou diarreia intensos	 OUTROS Ansiedade, confusão	OU UMA COMBINAÇÃO de sintomas de vários órgãos
1. INJECTAR ADRENALINA IMEDIATAMENTE 2. LIGAR 112: avisar que está a ocorrer uma ANAFILAXIA 3. DEITAR no chão com as pernas elevadas <u>OU</u> SENTAR se tiver falta de ar ou estiver a vomitar 4. Tomar as OUTRAS MEDICAÇÕES receitadas (antihistamínico/corticoide e inalador da asma se tiver falta de ar/tosse) 5. ALERTAR contactos de emergência			

Imagem 1 - Plano de emergência para anafilaxia com explicação de utilização do dispositivo autoinjeter de adrenalina EpiPen® do Grupo de Interesse de “Anafilaxia e Doenças Imunoalérgicas Fatais” (GANDALF) da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC) (Leão, Santos, Gaspar, 2018, p. 125).

A sugestão de adoção deste documento tem como objectivo melhorar o conhecimento da anafilaxia, melhorar o uso dos autoinjectores de adrenalina e reduzir a ansiedade dos profissionais no contexto educativo. É um documento claro, de fácil compreensão e consulta, escrito em linguagem não médica que incluiu informações como a identificação e fotografia do doente, contacto dos pais / cuidadores (educadores, auxiliares,...) / pessoa de referência e do médico responsável, alergénios relevantes e o nome dos medicamentos que compõem o kit de emergência (Leão, Santos, Gaspar, 2018). Apresenta instruções sobre como proceder em função da gravidade dos sintomas, e os órgãos potencialmente afetados estão ilustrados com o intuito de facilitar a interpretação dos sinais e sintomas. Inclui também instruções para a utilização dos dispositivos autoinjectores de adrenalina disponíveis em

Portugal(Epipen® e Anapen®). A adrenalina deve ser administrada por via intramuscular na face anterolateral da coxa, podendo ser prescrita em crianças a partir de 7,5kg (Leão, Santos, Gaspar, 2018).

Dever-se-á entregar exemplares do plano aos pais/encarregado de educação, aos docentes e não docentes em contacto com a criança do jardim de infância e ao médico de família. Assim, faz sentido, a criação de uma “equipa tutoria” que será composta pelos docentes e não docentes que estão em contato direto e diário com a criança e, que se disponibilizem/responsabilizem por administrarem a medicação de emergência.

É de máxima importância que o Enfermeiro Especialista, no seu papel de educador para a saúde, capacite os profissionais do contexto educativo para lidarem com situações de emergência que envolvem as crianças de quem cuidam diariamente, promovendo um ambiente seguro em contexto escolar, sendo este caso específico, das alergias alimentares, uma realidade identificada.

OBJETIVOS DA SESSÃO

Defini como objetivos gerais para a sessão de educação para a saúde “Alergia alimentar – Plano de atuação em situação de reação alérgica/anafilaxia”:

- Capacitar os docentes e não docentes para o reconhecimento precoce dos sintomas de uma reação alérgica;
- Capacitar os docentes e não docentes para uma atuação rápida em caso de reação alérgica/anafilaxia.
- Capacitar os docentes e não docentes para a correta implementação do plano de emergência em situação de reação alérgica.
- Capacitar os docentes e não docentes a administrar a medicação de emergência.

Como objetivos educacionais delineei, que os profissionais do contexto educativo no final desta sessão sejam capazes de:

- Reconhecer a gravidade de uma reação alérgica.
- Reconhecer a evicção alimentar do alérgeno como única prevenção de uma reação alérgica.
- Identificar os sintomas ligeiros/moderados/ Graves de uma reação alérgica.
- Perceber o algoritmo de atuação perante uma situação de reação alérgica presente no plano de emergência.
- Descrever, em concreto, o modo de utilização da caneta autoinjutora de adrenalina.
- Utilizar, no imediato (em caso de emergência), o número de emergência médica 112.

De forma a atingir os objetivos delineados, foram selecionados para a sessão de educação para a saúde, os seguintes conteúdos:

- Alergia alimentar.
- Intolerância alimentar.
- Tratamento da alergia alimentar.
- Prevenção de ingestão de alérgenos.
- Contaminação cruzada.
- Manifestações clínicas de uma alergia alimentar.
- Reação anafilática.
- Atuação em caso de reação alérgica.
- Utilização da EpiPen®.

- Apresentação do layout do plano de emergência.

METODOLOGIA

Irei realizar 1 sessão de educação para a saúde, dirigida a docentes e não docentes dos jardins de infância de um agrupamento de escolas.

Para esta sessão de educação para a saúde optei, maioritariamente, pelo método descritivo e expositivo. Será realizada uma apresentação em *power point*, com recurso a um vídeo sobre a técnica de administração da adrenalina por Epipen®. Será também disponibilizado o plano de emergência a preencher com os dados da criança com alergia alimentar a frutos secos e amendoim, para que todos possam analisar e familiarizarem-se com o documento e, por conseguinte, esclarecerem dúvidas.

A sessão de educação para a saúde tem uma duração prevista de 1h30minutos: 15 minutos para apresentação da sessão e aplicação do teste de avaliação diagnóstica; 50 minutos para a apresentação teórica e análise do plano de emergência; 25 minutos para esclarecimento de dúvidas e discussão, aplicação do teste de avaliação final e avaliação da sessão em si.

RECURSOS

Os recursos a utilizar para a realização da sessão de educação para a saúde são:

- Recursos Humanos: Estudante do 12º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto sob a supervisão da Enfermeira x, Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da UCC x e sob orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas.
- Recursos Físicos: Sala de formação da Escola x do Agrupamento de Escolas x.
- Recursos materiais: Computador, Projetor, Questionários de avaliação.
- Recursos Financeiros: Suportados pela UCC x.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A avaliação assume-se como um momento fulcral do processo formativo, de forma a compreender o sucesso da sessão de educação para a saúde.

Por um lado, será aplicado um teste de avaliação escrita no início (avaliação diagnóstica) e no fim da sessão de forma a avaliar os conhecimentos que o público alvo já possuía e os que adquiriram com a sessão, de forma anónima e voluntária. Por outro, será solicitada a avaliação da sessão de educação para a saúde (forma e conteúdo) com um questionário de resposta direta e qualitativa.

CONCLUSÃO

A Educação para a saúde promove uma experiência de aprendizagem que fomenta a adoção de estratégias conducentes à saúde.

Em contexto de saúde escolar, a capacitação de docentes e não docentes para a atuação mediante uma situação de emergência com as crianças é da máxima importância, porque lhes permite uma confiança e conhecimento de como identificar corretamente a condição e agir em conformidade.

Com a implementação desta sessão proponho-me a atingir esse objetivo, promovendo uma atuação proactiva e segura destes profissionais perante situações de menor ou maior gravidade com relação a reacções alérgicas alimentares.

BIBLIOGRAFIA

Carneiro-Leão, L., Santos, N., Gaspar, Â., Grupo de interesse de “Anafilaxia e Doenças Imunoalérgicas Fatais” da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC). (2018). Anafilaxia na comunidade – Materiais educacionais. Revista Portuguesa de Imunoalergologia; 26(2):121-126. Consultado em <https://www.spaic.pt/publicacoesfolhetos?id=58>

Direção Geral de Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa. Consultado em <https://www.dgs.pt>

Grupo de interesse de alergia a alimentos da SPAIC. (2017). Alergia Alimentar: Conceitos, Conselhos e Precauções -1.^a edição. Consultado em <https://www.spaic.pt/grupostrabalho/alergia-alimentar>

Infarmed. (2005) – Projeto de folheto informativo. Consultado em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=30191&tipo_doc=fi

Nunes, M., Barros, R., Moreira, P., Moreira, A., Almeida, M.M.. (2012). Alergia Alimentar. Direção geral da Educação, Direção Geral da Saúde. ISBN 978-972-742-356-9. Consultado em https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wpcontent/files_mf/1444902010AlergiaAlimentar.pdf

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Formadora: Enfermeira Branca Liliana Reis Pinho Estudante do 12.º MESIP UCP em estágio na UCC x Tema: “Alergia alimentar – Plano de atuação em situação de reação alérgica/anafilaxia” Duração: 1H 30 min		Grupo Destinatário: Docentes e não docentes dos Jardins de infância do Agrupamento de Escolas x Local: Sala de formação da Escola x do Agrupamento de Escolas x Data: 20 Março 2019 Horário: 17H00		
Fase	Conteúdo	Método	Recursos didáticos	Avaliação
Introdução 15 minutos	• Apresentação da sessão de educação para a saúde; • Referência aos conteúdos programáticos da sessão.	Expositivo Descritivo	Projetor Computador	Diagnóstica Avaliação escrita de conhecimentos
Desenvolvimento 50 minutos	• Alergia alimentar. • Prevenção de ingestão de alérgenos. • Contaminação cruzada. • Manifestações clínicas de uma alergia alimentar. • Reação anafilática. • Atuação em caso de reação alérgica. • Utilização da EpiPen®. • Apresentação do plano de emergência.	Expositivo Descritivo	Projetor Computador	
Conclusão 25 minutos	• Síntese das ideias-chave da sessão. • Esclarecimento de dúvidas. • Agradecimentos e disponibilização de contactos.	Expositivo Interativo	Projetor Computador	Sumativa Avaliação escrita dos conhecimentos. Avaliação da forma e conteúdo da sessão.

APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

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





Alergia alimentar – Plano de atuação em situação de reação alérgica/anafilaxia

População alvo: Docentes e não docentes dos Jardins de Infância do Agrupamento [redacted] oa

Mestranda:
Enfermeira Branca Pinho

Sessão de Educação para a Saúde 20 de Março 2019

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





CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

- † Alergia alimentar
- † Prevenção de ingestão de alérgenos
- † Contaminação cruzada
- † Manifestações clínicas de uma alergia alimentar
- † Reação anafilática
- † Atuação em caso de reação alérgica
- † Utilização da Epipen® ou Anapen®
- † Discussão e esclarecimentos finais

Duração: 1H30 min

Mestranda:
Enfermeira Branca Pinho

Sessão de Educação para a Saúde 20 de Março 2019



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO



NOTA INTRODUTÓRIA

O número crescente de crianças e jovens com alergias e intolerâncias alimentares criou a necessidade/oportunidade de realizar esta formação, com o objetivo de:

- ✓ Formar os profissionais do contexto educativo para uma resposta segura às necessidades específicas da criança com alergia alimentar, minimizando os riscos e consequências de uma reação alérgica.



Mestranda:
Enfermeira Branca Pinho

Sessão de Educação para a Saúde

20 de Março 2019



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO



O QUE É A ALERGIA ALIMENTAR

- ✓ Reação de saúde adversa que ocorre quando o sistema imunológico reconhece erradamente um alimento como uma entidade agressora ao organismo.
- ❖ ALERGÉNIO é a fração do alimento que é responsável pela reação alérgica.

PREVALÊNCIA

- ✓ Pelo menos 5 em cada 100 crianças sofrem de alergia alimentar



Mestranda:
Enfermeira Branca Pinho

Sessão de Educação para a Saúde

20 de Março 2019



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS

SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ARS

NACIONAL

DE SAÚDE

PORTUGAL

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

ALERGIA Versus INTOLERÂNCIA ALIMENTAR

- ✓ Uma intolerância alimentar caracteriza-se por uma reação adversa, reprodutível, que ocorre após a exposição a um determinado alimento, mas que ao contrário da alergia alimentar não envolve o sistema imunológico.
- ✓ A intolerância surge gradualmente (Alergia surge rapidamente).
- ✓ O aparecimento de sintomas depende da dose de alimento ingerida (numa alergia a exposição a uma pequena dose de alérgeno é suficiente para desencadear sintomas).
- ✓ Não implica risco de vida.



Mestranda:
Enfermeira Branca Pinho

Sessão de Educação para a Saúde

20 de Março 2019



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO



REPÚBLICA
PORTUGUESA

SAÚDE



SNS

SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



ARS

NACIONAL

DE SAÚDE

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

A ALERGIA ALIMENTAR TEM TRATAMENTO?

- ✓ O tratamento possível é a EVICÇÃO ALIMENTAR – eliminação do alérgeno da alimentação da criança.
- ✓ A eliminação do alérgeno implica a não ingestão de todos os alimentos que o contêm.
- ✓ É essencial conhecer quais são os ingredientes que compõem uma receita ou preparação culinária, mesmo quando a presença do alimento alérgico em questão não é aparente.



Mestranda:
Enfermeira Branca Pinho

Sessão de Educação para a Saúde

20 de Março 2019



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO



PREVENÇÃO DA INGESTÃO ACIDENTAL

- ✓ É fundamental a educação para a leitura e interpretação de rótulos alimentares, no sentido de identificar alergénios potencialmente escondidos.
- ✓ Os alimentos processados incluem muitas vezes alergénios escondidos, que podem não ser evidentes pela sua designação.
- ❖ Exemplo: presença de frutos secos num chocolate de leite.



Mestranda:
Enfermeira Branca Pinho

Sessão de Educação para a Saúde

20 de Março 2019



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO



CONTAMINAÇÃO CRUZADA

- ✓ Pode ocorrer nas linhas de produção dos alimentos processados, por exemplo, quando se utiliza a mesma linha de produção para chocolate de leite e para chocolates com frutos de casca rija (frutos secos).
- ✓ Em algumas crianças, quantidades muito reduzidas de alergénico são suficientes para provocar uma reação grave. Um alimento que parece ser seguro pode desencadear uma reação alérgica, apenas por ter entrado em contato com outros alimentos que contêm o alergénio.



Mestranda:
Enfermeira Branca Pinho

Sessão de Educação para a Saúde

20 de Março 2019

ALIMENTOS A SEREM EXCLUÍDOS DA ALIMENTAÇÃO EM CASOS DE ALERGIA AO AMENDOIM E A FRUTOS DE CASCA RIJA (FRUTOS SECOS)

Alimentos a excluir	Amendoim Amêndoa Avelã Coco Caju Noz Pinhão Pistacho Sementes de sésamo																		
Alimentos processados que podem conter o alergénio	<table> <tr> <td>Amendoim</td><td>Manteiga de amendoim, rebuçados, pastéis e óleo de amendoim, gelados, bolachas, cereais (muesli)</td></tr> <tr> <td>Amêndoa</td><td>Pastéis, pastas, cremes, gelados, torrões, produtos de pastelaria, sobremesas e bolos caseiros</td></tr> <tr> <td>Avelã</td><td>Doces, chocolates, bombons, licores e pratos de culinária, pão</td></tr> <tr> <td>Coco</td><td>Óleo de coco, leite de coco, muesli, alguns produtos de pastelaria, chocolates, gelados</td></tr> <tr> <td>Caju</td><td>Alguns pratos de culinária, doces</td></tr> <tr> <td>Noz</td><td>Algumas confeções culinárias, doces, gelados, bolos, pão</td></tr> <tr> <td>Pinhão</td><td>Doces, enchidos (morcela), arroz com pinhões</td></tr> <tr> <td>Pistacho</td><td>Gelados, doces, biscoitos</td></tr> <tr> <td>Sementes de sésamo</td><td>Cereais, hambúrgueres, molhos, saladas, massas orientais, bolachas, aperitivos, cones de gelado, pão</td></tr> </table>	Amendoim	Manteiga de amendoim, rebuçados, pastéis e óleo de amendoim, gelados, bolachas, cereais (muesli)	Amêndoa	Pastéis, pastas, cremes, gelados, torrões, produtos de pastelaria, sobremesas e bolos caseiros	Avelã	Doces, chocolates, bombons, licores e pratos de culinária, pão	Coco	Óleo de coco, leite de coco, muesli, alguns produtos de pastelaria, chocolates, gelados	Caju	Alguns pratos de culinária, doces	Noz	Algumas confeções culinárias, doces, gelados, bolos, pão	Pinhão	Doces, enchidos (morcela), arroz com pinhões	Pistacho	Gelados, doces, biscoitos	Sementes de sésamo	Cereais, hambúrgueres, molhos, saladas, massas orientais, bolachas, aperitivos, cones de gelado, pão
Amendoim	Manteiga de amendoim, rebuçados, pastéis e óleo de amendoim, gelados, bolachas, cereais (muesli)																		
Amêndoa	Pastéis, pastas, cremes, gelados, torrões, produtos de pastelaria, sobremesas e bolos caseiros																		
Avelã	Doces, chocolates, bombons, licores e pratos de culinária, pão																		
Coco	Óleo de coco, leite de coco, muesli, alguns produtos de pastelaria, chocolates, gelados																		
Caju	Alguns pratos de culinária, doces																		
Noz	Algumas confeções culinárias, doces, gelados, bolos, pão																		
Pinhão	Doces, enchidos (morcela), arroz com pinhões																		
Pistacho	Gelados, doces, biscoitos																		
Sementes de sésamo	Cereais, hambúrgueres, molhos, saladas, massas orientais, bolachas, aperitivos, cones de gelado, pão																		

Fonte: DGE e DGS, 2012



Mestranda:
Enfermeira Branca Pinho

Sessão de Educação para a Saúde

20 de Março 2019

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA ALERGIA ALIMENTAR

- ✓ As manifestações clínicas da reação alérgica podem variar de moderadas a graves, podendo mesmo, em alguns dos casos, ser fatais.
- ✓ Os sintomas surgem rapidamente, entre alguns minutos até duas horas após a ingestão do alergénio.
- ✓ Incluem : manifestações cutâneas (pele e mucosas), respiratórias, gastrointestinais e cardiovasculares, de forma isolada ou combinada.



Mestranda:
Enfermeira Branca Pinho

Sessão de Educação para a Saúde

20 de Março 2019

MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS

- ✓ Erupções cutâneas
- ✓ Eczema
- ✓ Urticária

MANIFESTAÇÕES GASTROINTESTINAIS

- ✓ Vômito
- ✓ Dores abdominais
- ✓ Diarreia



Mestranda:
Enfermeira Branca Pinho

Sessão de Educação para a Saúde

20 de Março 2019

MANIFESTAÇÕES RESPIRATÓRIAS

- ✓ Pieira
- ✓ Dificuldades respiratórias

MANIFESTAÇÕES CARDIOVASCULARES

- ✓ Edema da glote e da língua
- ✓ Sensação de formigueiro na boca
- ✓ Diminuição da pressão arterial
- ✓ Perda de consciência



Mestranda:
Enfermeira Branca Pinho

Sessão de Educação para a Saúde

20 de Março 2019

REAÇÃO ANAFILÁTICA: O QUE É?

- ✓ A anafilaxia é uma reação que pode ocorrer em muitos dos indivíduos com alergia alimentar, podendo ser fatal se não for tratada convenientemente.
- ✓ Manifestação MUITO GRAVE, com múltiplos sinais e sintomas, onde se incluem os cardiovasculares.
- ❖ As alergias que mais comumente se associam à anafilaxia são ao leite de vaca, ovo, peixe, marisco, AMENDOIM E FRUTOS DE CASCA RIJA (FRUTOS SECOS).



Mestranda:
Enfermeira Branca Pinho

Sessão de Educação para a Saúde

20 de Março 2019

O QUE FAZER EM CASO DE INGESTÃO ACIDENTAL OU APARECIMENTO DE SINTOMAS ?

1. É importantíssimo o reconhecimento dos sinais e sintomas associados à anafilaxia, bem como, a familiarização com o procedimento necessário em caso de ingestão accidental.
2. As crianças com alergia alimentar devem estar devidamente identificadas.
3. Localizar o “Kit” com a seguinte medicação: Adrenalina , Corticoide e Anti-histamínico, com que a criança com alergia se faz acompanhar.



Mestranda:
Enfermeira Branca Pinho

Sessão de Educação para a Saúde

20 de Março 2019

SE SUSPEITAR QUE A CRIANÇA PODERÁ TER CONTACTADO COM O ALERGÉNIO E/OU SE OCORRER INÍCIO SÚBITO DOS SEGUINTE SINTOMAS:



Fonte : SPAIC, 2018

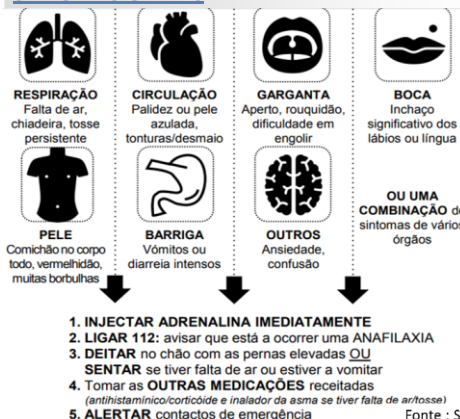


Mestranda:
Enfermeira Branca Pinho

Sessão de Educação para a Saúde

20 de Março 2019

SE A CRIANÇA APRESENTAR IMEDIATAMENTE SINTOMAS GRAVES:



Fonte : SPAIC, 2018



Mestranda:
Enfermeira Branca Pinho

Sessão de Educação para a Saúde

20 de Março 2019

COMO USAR A EPIPEN® (ou Anapen®)

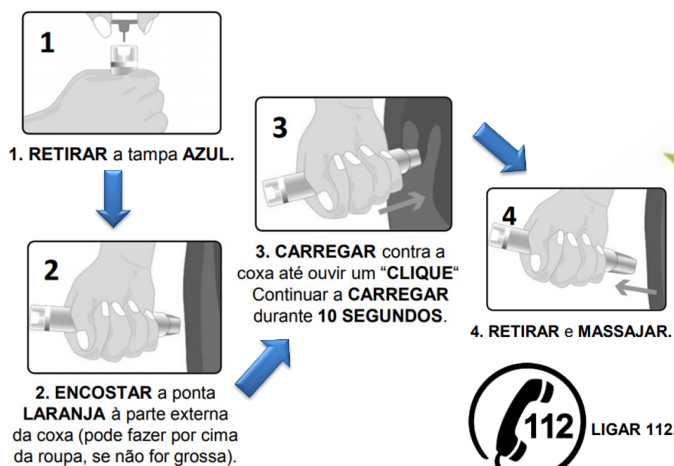
<https://www.youtube.com/watch?v=TNvbhNw6TmE>



Mestranda:
Enfermeira Branca Pinho

Sessão de Educação para a Saúde

20 de Março 2019



Fonte : SPAIC, 2018

Mestranda:
Enfermeira Branca Pinho

Sessão de Educação para a Saúde

20 de Março 2019

CONSERVAÇÃO E CUIDADOS COM A EPIPEN®

- ✓ Não conservar acima de 25°C.
- ✓ Verificar a data de validade com regularidade.
- ✓ Deve verificar-se periodicamente a coloração da solução (deve ser substituída se estiver turva, corada ou contém partículas).
- ✓ Conservar na embalagem de origem para proteger da luz.
- ✓ Manter num local seguro e fora do alcance de outras crianças.



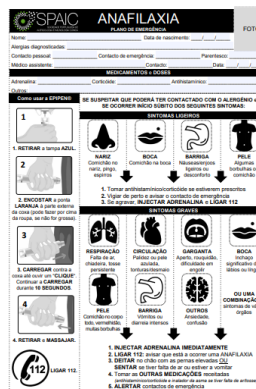
Mestranda:
Enfermeira Branca Pinho

Sessão de Educação para a Saúde

20 de Março 2019

NOTAS FINAIS

- ✓ Ter um plano de emergência escrito e de fácil acesso é uma arma fundamental para a proteção da criança com risco de reação alérgica.
- ✓ O (re)conhecimento de uma reação alérgica/anafilaxia é fulcral.
- ✓ A capacidade de usar a EpiPen® é essencial no tratamento de 1.ª linha de uma reação alérgica e diminui a ansiedade em situações de emergência dos educadores.



Mestranda:
Enfermeira Branca Pinho

Sessão de Educação para a Saúde

20 de Março 2019

BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA

- ✓ Carneiro-Leão, L., Santos, N., Gaspar, Â., Grupo de interesse de "Anafilaxia e Doenças Imunoalérgicas Fatais" da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC). (2018). Anafilaxia na comunidade – Materiais educacionais. Revista Portuguesa de Imunoalergologia; 26(2):121-126. Consultado em <https://www.spaic.pt/publicacoes-folhetos?id=58>
- ✓ Nunes, M., Barros, R., Moreira, P., Moreira, A., Almeida, M.M.. (2012). Alergia Alimentar. Direção geral da Educação, Direção Geral da Saúde. ISBN 978-972-742-356-9. Consultado em https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444902010AlergiaAlimentar.pdf
- ✓ INFARMED. (2005) – Projeto de folheto informativo. Consultado em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=30191&tipo_doc=fi



Mestranda:
Enfermeira Branca Pinho

Sessão de Educação para a Saúde

20 de Março 2019

DÚVIDAS...

QUESTÕES...

PARTILHAS...



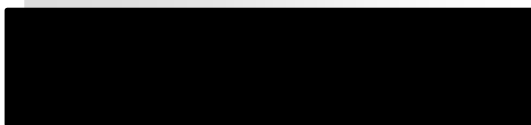
Mestranda:
Enfermeira Branca Pinho

Sessão de Educação para a Saúde

20 de Março 2019

AGRADEÇO A VOSSA
ATENÇÃO E DISPONIBILIDADE!

[Contactos](#)



Mestranda:
Enfermeira Branca Pinho

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E FINAL



SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO ÂMBITO DA SAÚDE ESCOLAR

“Alergia alimentar – Plano de atuação em situação de reação alérgica/anafilaxia”

20 de Março 2019

Assinale a resposta correta (apenas uma alínea está correta).

Questão 1.

Uma alergia alimentar é:

- a. O consumo de um determinado alimento em excesso.
- b. Uma reação do sistema imunológico que reconhece erradamente um alimento como uma entidade agressora ao organismo.
- c. Uma intolerância alimentar.

Questão 2.

A alergia alimentar pode:

- a. Causar a morte.
- b. Surgir gradualmente.
- c. Depender da dose de alimento ingerida.

Questão 3.

O tratamento da alergia alimentar passa por:

- a. Não ingerir os alimentos que contêm a maior quantidade de alérgeno.
- b. Tomar medicação profilática diariamente.
- c. Evicção (eliminação) alimentar do alérgeno.

Questão 4.

Uma criança com alergia a frutos secos e amendoim pode, seguramente:

- a. Comer hambúrgueres.
- b. Comer chocolate de leite.
- c. Nenhuma das anteriores.

Questão 5.

Os sintomas de uma alergia alimentar:

- a. Podem ser ligeiros e demorar dias a aparecer.
- b. Surgem rapidamente, entre minutos até duas horas após a ingestão do alergénio.
- c. Nunca colocam a vida da criança em risco.

Questão 6.

Podem ser sintomas de uma reação alérgica:

- a. Vômitos, diarreia e dores abdominais.
- b. Pieira, dificuldades respiratórias e perda de consciência(desmaio).
- c. Todas as anteriores.

Questão 7.

A reação anafilática é:

- a. Manifestação muito grave da reação alérgica.
- b. Uma reação alérgica a um medicamento.
- c. Manifestação ligeira da reação alérgica.

Questão 8.

O Kit de emergência de uma criança com alergia alimentar contém:

- a. Adrenalina em caneta autoinjutora (Epipen®).
- b. Medicação anti-histamínica e corticoide.
- c. Todas as anteriores.

Questão 9.

Se suspeitar que uma criança está a ter uma reação alérgica e apresenta sintomas ligeiros como comichão no nariz, boca e pele do corpo, náuseas e borbulhas, deve primeiramente:

- a. Em primeiro contactar o contacto de emergência (encarregado de educação, pais).
- b. Sentar a criança e esperar durante 10 minutos e reavaliar o seu estado.
- c. Dar o anti-histamínico e corticoide prescrito no plano de emergência, vigiar a criança, contactar o contato de emergência e ligar o 112.

Questão 10.

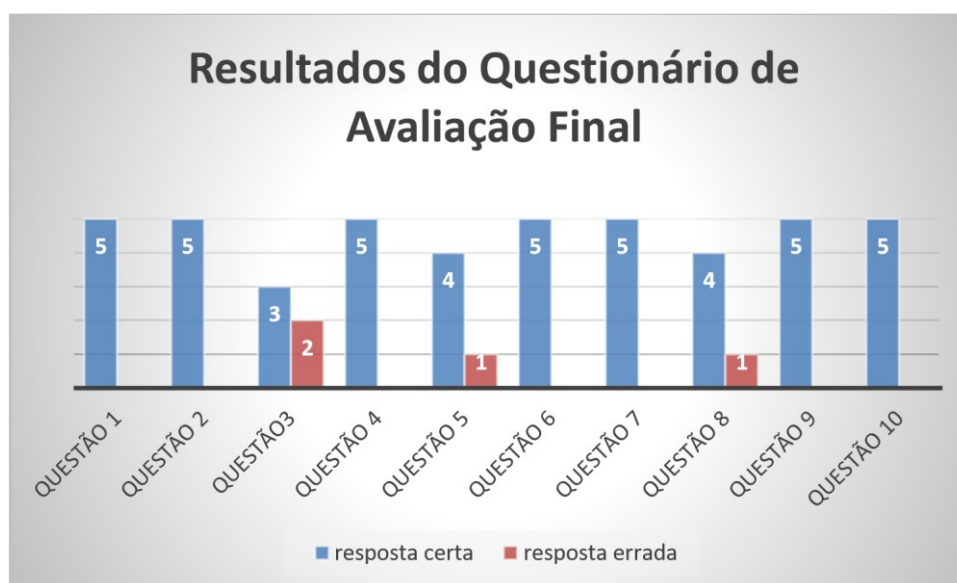
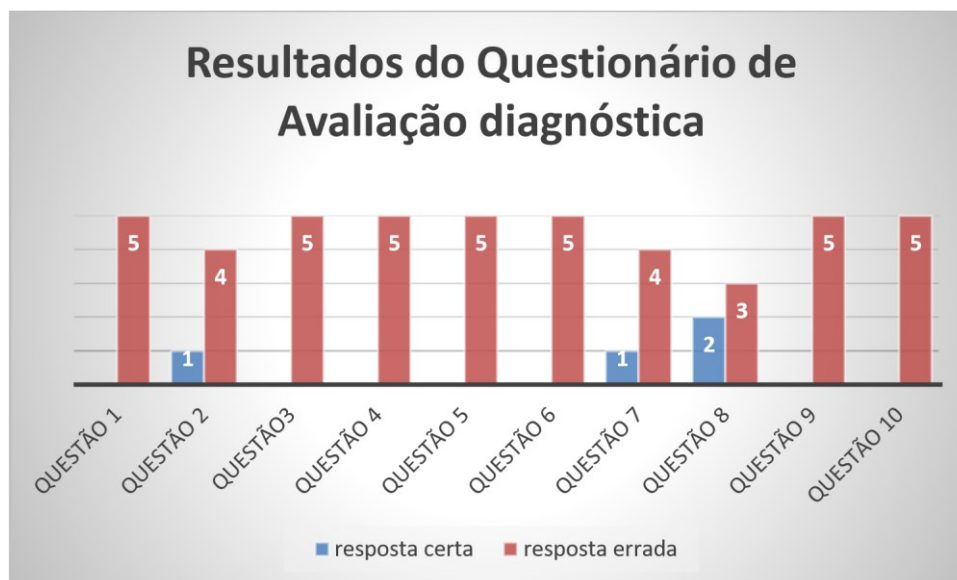
Se uma criança apresentar sintomas graves de alergia alimentar como falta de ar, tosse, palidez, tonturas, inchaço dos lábios e língua, vermelhidão, vômitos, deve primeiramente:

- a. Injetar a adrenalina (caneta autoinjutora Epipen®) de imediato e ligar o 112.
- b. Ligar ao contato de emergência (encarregado de educação, pais).
- c. Ligar o 112 e esperar até a chegada da equipa de emergência.

Chave de correção:

1. b; 2. a; 3. c; 4. c; 5. b; 6. c; 7. a; 8. c; 9. c; 10. a

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E FINAL – COMPARAÇÃO



Análise:

Ao observar os resultados expostos pode concluir-se que após a sessão de educação para a saúde ocorreu um aumento franco do número de respostas corretas, o que se reflete como um resultado positivo.

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NO ÂMBITO DA SAÚDE ESCOLAR

“Alergia alimentar – Plano de atuação em situação de reação alérgica/anafilaxia”

20 de Março 2019

Mestranda: Branca Liliana Reis Pinho

1. CONTÉUDO PROGRAMÁTICO	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Interesse dos conteúdos apresentados	☐	☐	☐	☐
Ajuste dos temas aos objetivos definidos	☐	☐	☐	☐
Duração da ação de formação	☐	☐	☐	☐

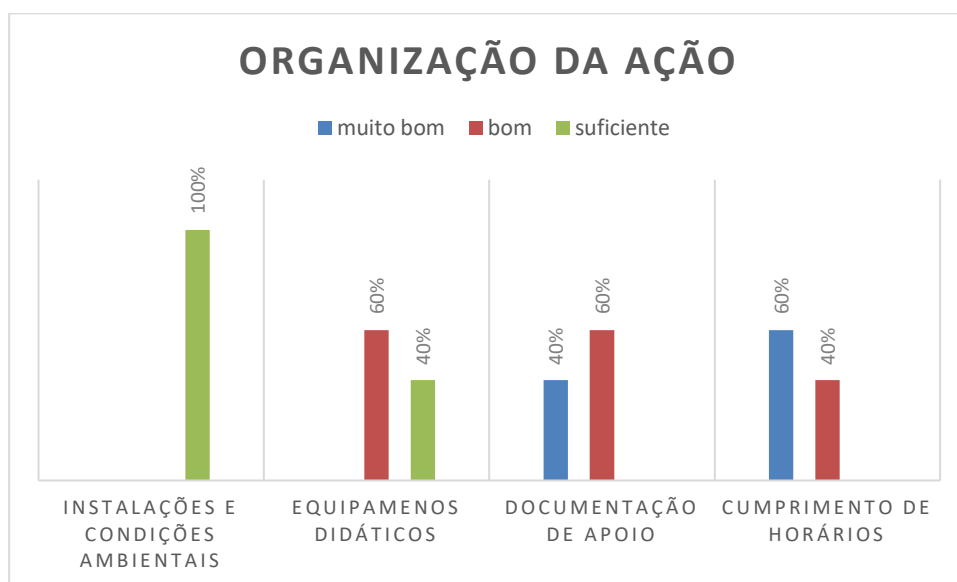
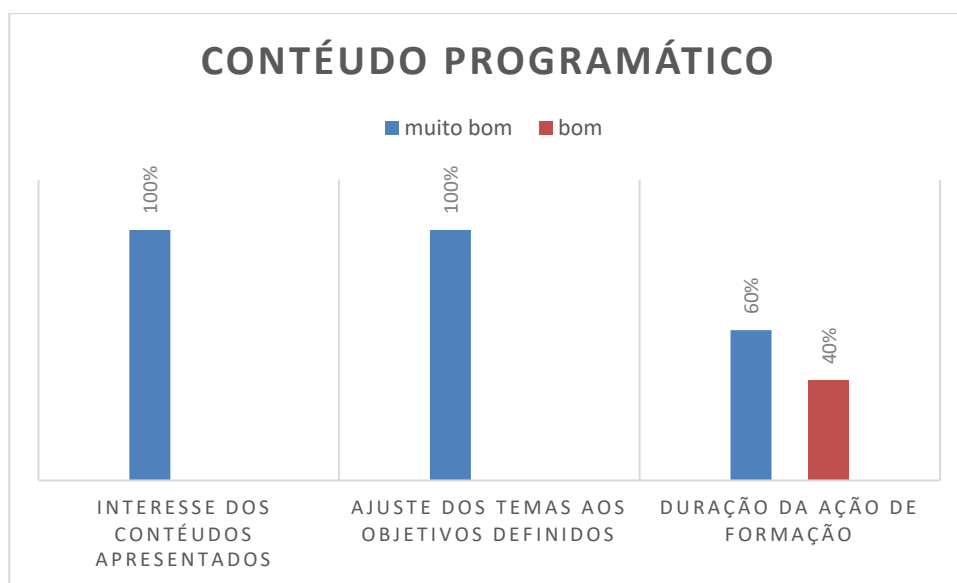
2. ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Instalações e condições ambientais	☐	☐	☐	☐
Equipamentos didáticos	☐	☐	☐	☐
Documentação de apoio	☐	☐	☐	☐
Cumprimento de horários	☐	☐	☐	☐

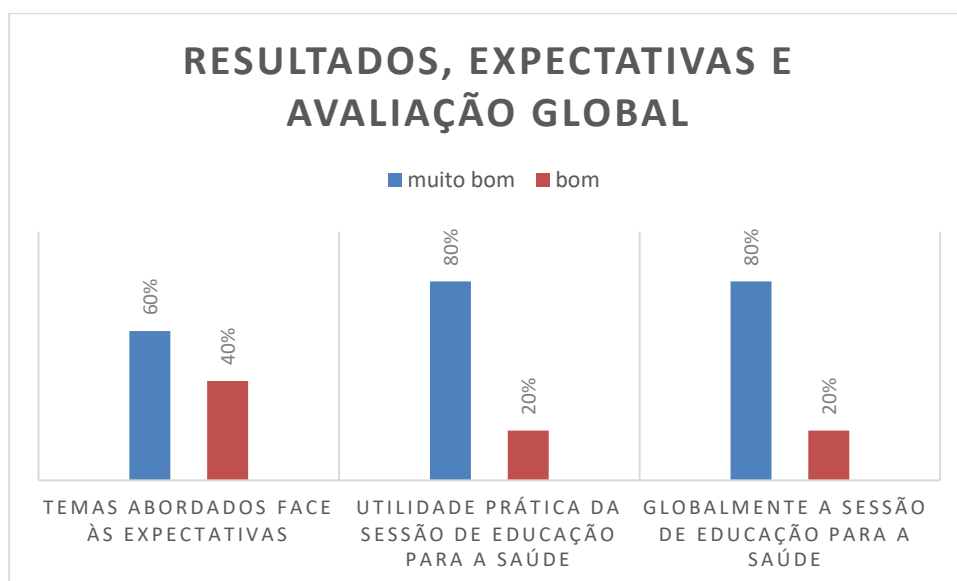
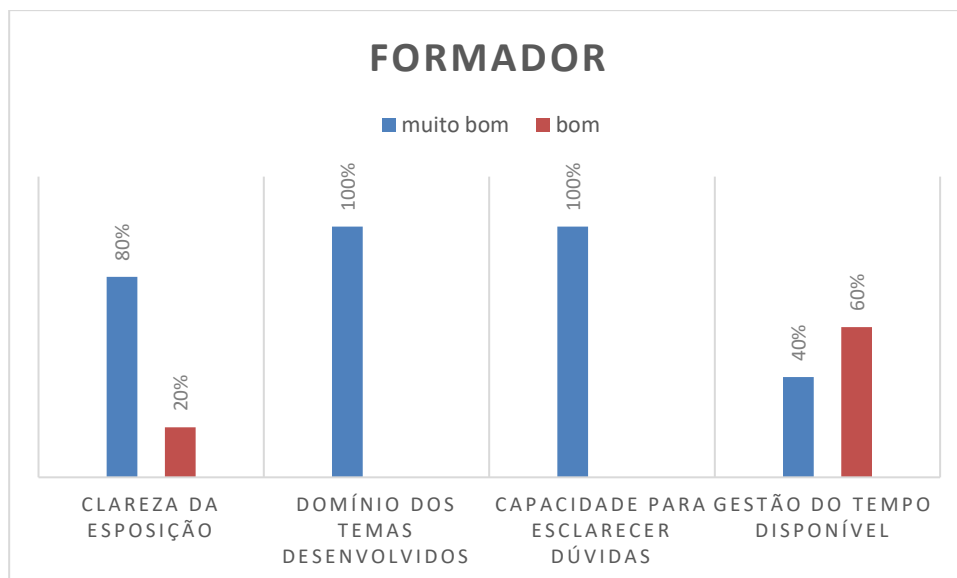
3. FORMADOR	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Clareza da exposição	☐	☐	☐	☐
Domínio dos temas desenvolvidos	☐	☐	☐	☐
Capacidade para esclarecer dúvidas	☐	☐	☐	☐
Gestão do tempo disponível	☐	☐	☐	☐

4. RESULTADOS E EXPETATIVAS	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Temas abordados face às expetativas	☐	☐	☐	☐
Utilidade prática da sessão de educação para a saúde	☐	☐	☐	☐

5. AVALIAÇÃO GLOBAL	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Globalmente a sessão de educação para a saúde	☐	☐	☐	☐

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE





Análise:

Ao observar os resultados expostos pode concluir-se que, globalmente, os formandos classificaram com “Muito Bom” a sessão de educação para a saúde e a formadora.

APÊNDICE II

Formação em Serviço - Procedimento: Referenciação interna para as
Necessidades de Saúde Especiais, Saúde Escolar



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Planeamento de uma Formação em Serviço

*Procedimento: Referenciação interna para as Necessidades
de Saúde Especiais – Saúde Escolar*

Elaborado Por:

Branca Liliana Reis Pinho

Março 2019



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Planeamento de uma Formação em Serviço

*Procedimento: Referenciação interna para as Necessidades
de Saúde Especiais – Saúde Escolar*

Docente orientadora:

Prof.^a Doutora Isabel Quelhas

Março 2019

INTRODUÇÃO

A Formação em Serviço “Procedimento: Referenciação interna para as Necessidades de Saúde Especiais – Saúde Escolar” surgiu no contexto da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório, realizado na UCC x.

Este estágio decorre no período de 4 de Fevereiro a 5 de Março do presente ano, enquadrando-se no 2º semestre do 12º curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto (ICS) da Universidade Católica Portuguesa (UCP).

Esta Formação em Serviço foi desenvolvida sob a orientação da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria x, que me acompanhou neste contexto de estágio e da Docente Professora Doutora Isabel Quelhas.

Assim, a elaboração deste planeamento tem como principais objetivos:

- Servir de instrumento de avaliação para o Estágio Final e Relatório;
- Desenvolver competências no âmbito da planificação e realização de uma Formação em Serviço.

Este documento encontra-se organizado, após este momento introdutório, da seguinte forma: análise da situação e fundamentação teórica, apresentação dos objetivos e da seleção de conteúdos; seguidamente, é apresentada a metodologia, a organização e recursos utilizados na formação em serviço e, por último, a seleção das estratégias de avaliação, terminando na conclusão. Posteriormente, são descritas: a planificação da formação, a apresentação aos pares, o formulário de avaliação da formação e apresentação dos resultados obtidos.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nos primeiros dias de estágio na UCC, a Enfermeira Tutora que me acompanhou referiu a sua preocupação com o facto de muitos dos profissionais de saúde do ACES, nomeadamente, outros enfermeiros desconhecerem a modo de referenciação de crianças/jovens para as Necessidades de Saúde Especiais (NSE) , no âmbito da Saúde Escolar.

Assim, elaborei um documento, tendo por base as orientações do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE, 2015), com o objetivo de constituir uma ferramenta de trabalho útil para todos os profissionais de saúde do Aces X, nos diferentes níveis da prestação de cuidados, que trabalham na promoção da saúde das crianças e dos jovens que frequentam estabelecimentos de ensino, sejam estes enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, entre outros.

Segundo as diretrizes do PNSE (2015), a Educação e a Saúde, em articulação com a família, devem identificar as necessidades especiais de cada criança, sinalizá-la, proporcionar-lhe apoio continuado e promover a articulação entre todos os intervenientes no processo de aprendizagem, prevenindo precocemente os fenómenos de estigmatização ou mesmo de exclusão. Há hoje uma aposta na Escola Inclusiva, pretendendo-se dar resposta, em condições de equidade, às potencialidades e necessidades de qualquer criança/jovem. A Equipa de Saúde Escolar deve constituir a interface entre a Escola/Pais e os Serviços de Saúde promovendo um espaço adequado às diferenças e necessidades individuais de cada criança.

Entendem-se como necessidades de saúde especiais (NSE) as que resultam de problemas de saúde, como alterações das funções ou estruturas do corpo (exemplo: doença crónica, deficiência, perturbações do desenvolvimento, perturbações emocionais e do comportamento, entre outras) com impacto na funcionalidade e rendimento e necessidade de intervenção em meio escolar (PNSE, 2015).

Segundo o PNSE (2015) a referenciação, à Equipa de Saúde Escolar, de crianças e jovens que necessitem de qualquer tipo de intervenção no contexto escolar envolve a articulação com Equipa de Saúde Familiar e pode ser iniciada:

- ✚ Pelos Serviços de Saúde (qualquer unidade funcional do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), Unidade Local de Saúde (ULS), Hospital), através do médico de família/assistente, do enfermeiro de saúde infantil e juvenil/de família, de outro profissional de saúde (psicólogo, nutricionista, assistente social ...).
- ✚ Pela Escola, pelo/a pai/mãe ou encarregado/a de educação ou por IPSS com intervenção na área da criança ou jovem com deficiência.

O documento criado explica como podem os profissionais dos vários serviços de saúde, nomeadamente, os Enfermeiros de Família e os Enfermeiros Especialistas em outras áreas que não a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, que estão em contacto com crianças e jovens a fazer a referenciação interna através do S-Clínico[®].

OBJETIVOS DA SESSÃO

Defini como objetivos gerais para a formação em serviço “Procedimento: Referenciação interna para as Necessidades de Saúde Especiais – Saúde Escolar”:

- Sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância de fazerem a referenciação interna de crianças/jovens que identifiquem com NSE à Equipa de Saúde Escolar.
- Capacitar os profissionais de saúde sobre a referenciação interna de crianças/jovens, via S-Clínico®, para as NSE à Equipa de Saúde Escolar.

Como objetivos educacionais delineeí, que os profissionais de saúde no final desta formação sejam capazes de:

- Reconhecer a importância da referenciação de crianças/jovens com NSE, à Equipa de Saúde Escolar.
- Operacionalizar os passos da referenciação interna de crianças/jovens, via SClínico®, para as NSE.

De forma a atingir os objetivos delineados, foram selecionados para a formação em serviço, os seguintes conteúdos:

- O que são as NSE.
- Quem pode referenciar para a Equipa de Saúde Escolar.
- Passos da Referenciação NSE, via S-Clínico®.

METODOLOGIA

Irei realizar uma sessão de formação em serviço, dirigida aos profissionais de saúde da UCC X.

Para esta formação optei, maioritariamente, pelo método descritivo e expositivo. Será realizada uma apresentação em *power point*, com recurso a imagens do sistema S- Clínico®. Será disponibilizado o procedimento apresentado em papel, para que todos possam analisar e acompanhar a apresentação e, por conseguinte, esclarecerem dúvidas.

A formação terá uma duração prevista de 30 minutos: 5 minutos para apresentação da formação e enquadramento do tema; 20 minutos para o desenvolvimento da temática; 5 minutos para esclarecimento de dúvidas e discussão e avaliação da formação.

RECURSOS

Os recursos a utilizar para a realização da formação são:

- Recursos Humanos: Estudante do 12º Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto sob a supervisão da Enfermeira x, Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da UCC x e sob orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas.
- Recursos Físicos: Sala de formação da UCC x.
- Recursos materiais: Computador, Projetor, Procedimentos impressos, Questionários de avaliação.
- Recursos Financeiros: Suportados pela UCC x.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A avaliação assume-se como um momento fulcral do processo formativo, de forma a compreender o sucesso da formação.

Neste contexto, optei por, no seguimento de um momento de discussão e esclarecimentos de dúvidas, solicitar aos formandos a avaliação da formação em serviço (forma e conteúdo) com um questionário de resposta direta e qualitativa.

CONCLUSÃO

É competência do Enfermeiro Especialista promover e envolver-se no processo de formação e atualização científica dos seus pares e variadíssimos profissionais das equipas de saúde que integre.

Em particular, na UCC o Enfermeiro Especialista coordena, lidera e gere os cuidados prestados e consegue identificar as necessidades prementes nas suas equipas e colegas. Isto possibilita uma comunicação sobre o estado da arte de forma rigorosa, permanente e adaptada às necessidades específicas, fomentando a conceção e prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Em contexto de saúde escolar, e na valência das NSE só é possível atuar e alcançar ganhos em saúde se as crianças/jovens estiverem identificados e referenciados. Acredito que se os vários profissionais de saúde em contacto com estas crianças/jovens souberem e tiverem confiança para proceder a uma referenciação efetiva a equipa de saúde escolar poderá iniciar uma intervenção a nível mais precoce e, evitar que situações de risco dentro do binómio saúde/educação não estejam visíveis e por isso, negligenciadas. Com esta formação proponho-me a atingir esse objetivo.

BIBLIOGRAFIA

Direção Geral de Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa.

Consultado em <https://www.dgs.pt>

PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO AOS PARES

PLANIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO				
Formadora: Enfermeira Branca Liliana Reis Pinho Estudante do 12.º MESIP UCP em estágio na UCC x Tema: “Referenciação interna de crianças/jovens para a Saúde Escolar – Necessidade de Saúde Especiais (NSE) ”		Grupo Destinatário: Equipa da UCC x Local: Sala Polivalente da UCC x Data: 26 de Março de 2019 Duração: 30 min Horário: 13H30		
Objetivos	Que os formandos reconheçam a importância da referenciação de crianças/jovens com necessidades de saúde especiais, à Equipa de Saúde Escolar. Que os formandos saibam como proceder à referenciação interna, via S-Clínico®, de crianças/jovens com necessidades de saúde especiais, à Equipa de Saúde Escolar.			
Fase	Conteúdo	Método	Recursos didáticos	Avaliação
Introdução 5 Minutos	- Apresentação da formação - Enquadramento do tema.	Expositivo Descritivo Interrogativo	Projetor Computador	
Desenvolvimento 20 Minutos	- O que são as NSE. - Quem pode referenciar para a Equipa de Saúde Escolar. - Passos da Referenciação NSE, via S-Clínico®.	Expositivo Descritivo	Projetor Computador Procedimento escrito	
Conclusão 5 Minutos	- Esclarecimento de dúvidas. - Agradecimentos.	Expositivo Interativo	Projetor Computador	Avaliação da forma e conteúdo da sessão.

APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO AOS PARES



Referenciação interna de crianças/jovens para a Saúde Escolar – Necessidade de Saúde Especiais (NSE)

Pelo S-Clínico®



Formandos: Equipa da UCC

Mestranda:
Enfermeira Branca Pinho

Formação em Serviço

26 de Março 2019

•



Entendem-se como **Necessidades de Saúde Especiais (NSE)** as que resultam de problemas de saúde, como alterações das funções ou estruturas do corpo (exemplo: doença crónica, deficiência, perturbações do desenvolvimento, perturbações emocionais e do comportamento, entre outras) com impacto na funcionalidade e rendimento e necessidade de intervenção em meio escolar (PNSE, 2015).



Formação em Serviço

26 de Março 2019



A **referenciação, à Equipa de Saúde Escolar**, de crianças e jovens que necessitem de qualquer tipo de intervenção no contexto escolar envolve a articulação com Equipa de Saúde Familiar e pode ser iniciada:

- ❖ Pelos Serviços de Saúde (qualquer unidade funcional do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), Unidade Local de Saúde (ULS), Hospital), através do médico de família/assistente, do enfermeiro de saúde infantil e juvenil/de família, de outro profissional de saúde.
- ❖ Pela Escola, pelo/a pai/mãe ou encarregado/a de educação ou por IPSS com intervenção na área da criança ou jovem com deficiência.



Novo Pedido de referenciação interna

Nome: TOMAS OLIVEIRA COUTO Idade: 5 anos Nº utente: 265297626 Nº processo: 4352905

Nº contacto: 4222135 Local contacto: Estabelecimento De Ensino Enfermeira: Luisa Lima

Proveniência:

Enfermeiro de Família: Anabela Santos Médico de Família: Carlos Oliveira Tipo: U Agendado: ☒

Antecedentes Pessoais

Gravidez

31-07-2016 Síntoma / Queixa De Boca / Língua / Labio

20-03-2017 Erro De Retenção

09-05-2014 Manutenção De Saúde / Medicina Preventiva

Vacinas

YO 09-11-2015

DTaP1b 29-09-2015

Pr13 20-05-2015

MenC 04-03-2015

VASPR 04-03-2015

Pr13 27-09-2014

DTaP1b/VP 13-09-2014

Vigilância Médica

Atividade 2

Nº fact. monitorizados 2

Nº fact. de risco 0

Vigilância Cardiovascular

Nº fact. associados

Programas de saúde associados

PN S.I.J. Saúde Infantil

Projetos associados

Diagnósticos de Enfermagem por Fenómeno

Comportamento de Procura de Saúde

Hiperensão

Excesso de Peso

Papel Parental

Alimentar-se

Acesso à Vacinação

Desenvolvimento Infantil

Intervenções a Realizar no Contexto

Monitorizar peso corporal

Avaliar dentição

Avaliar conhecimento da mãe e/ou do pai para tomar conta (necessidades de desenvolvimento)

Ensinar a mãe e/ou o pai sobre alimentação

Ensinar a mãe e/ou o pai sobre comportamento de procura de saúde

Ensinar a mãe e/ou o pai sobre medidas de segurança

Ensinar a mãe e/ou o pai sobre papel parental

Ensinar a mãe e/ou o pai sobre prevenção de acidentes

Ensinar a mãe e/ou o pai sobre vacinas



Referenciação Interna

Novo Pedido Histórico de pedidos

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR

Nome: TOMAS OLIVEIRA COITO Idade: 5 Anos e 1 Mês Nº Utilizador: 268297628 Nº Processo: 4352905

REFERENCIAÇÃO

☒ Especialidade ☐ Equipe

Especialidade

Carácter da referenciação: ☒ Normal ☐ Urgente

Motivo da Referenciação

Observações



Referenciação Interna

Novo Pedido Histórico de pedidos

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR

Nome: TOMAS OLIVEIRA COITO Idade: 5 Anos e 1 Mês Nº Utilizador: 268297628 Nº Processo: 4352905

REFERENCIAÇÃO

☒ Especialidade ☐ Equipe

Especialidade

Selecionar uma especialidade

Carácter da referenciação: ☒ Normal ☐ Urgente

Motivo da Referenciação

Observações





Referênciação Interna

Novo Pedido | Histórico de pedidos

IDENTIFICAÇÃO DO UTILITE

Nome: TOMAS OLIVEIRA COITO | Idade: 5 Anos e 1 Mês | Nº Utilite: 269297620 | Nº Processo: 4352905

REFERENCIAÇÃO | Especialidade | Equipe

Especialidade: ENFERMAGEM

Profissional:

Carácter da referênciação: ☐ Normal ☐ Urgente

Motivo da Referênciação:

Observações:

Projetos de Saúde

Unidade de Saúde: UCC Sta Maria Fera

Pesquisar:

Designação	Unidade de saúde	Data início
Projeto de Preparação para a Parentalidade	2011055 - UCC STA MARIA DA FERRA	08-06-2017
Projeto de Recuperação no Pós Parto	2011055 - UCC STA MARIA DA FERRA	08-06-2017
Projeto de Massagem Infantil	2011055 - UCC STA MARIA DA FERRA	08-06-2017
Projeto de Apoio à Alimentação	2011055 - UCC STA MARIA DA FERRA	08-06-2017
Projeto de Apoio da Rede Social	2011055 - UCC STA MARIA DA FERRA	08-06-2017
Projeto de Ação de Saúde para Crianças e Jovens	2011055 - UCC STA MARIA DA FERRA	08-06-2017
Projeto de Necessidades de Saúde Especiais	2011055 - UCC STA MARIA DA FERRA	08-06-2017
Projeto de Capacitação/Apoio ao Cuidador	2011055 - UCC STA MARIA DA FERRA	08-06-2017
Projeto de Capacitação/Apoio ao Utilite Otorrinolaringológico	2011055 - UCC STA MARIA DA FERRA	08-06-2017
Projeto de prevenção de violência em adultos	2011055 - UCC STA MARIA DA FERRA	26-11-2018

Escolher a equipa que se encontra seleccionada



Referênciação Interna

Novo Pedido | Histórico de pedidos

IDENTIFICAÇÃO DO UTILITE

Nome: TOMAS OLIVEIRA COITO | Idade: 5 Anos e 1 Mês | Nº Utilite: 269297620 | Nº Processo: 4352905

REFERENCIAÇÃO | Especialidade | Equipe

Especialidade: ENFERMAGEM

Profissional:

Carácter da referênciação: ☐ Normal ☐ Urgente ☒ Projetos de Saúde

Motivo da Referênciação:

Observações:

Selecionar um projeto saúde



Referenciação Interna

Novo Pedido Histórico de pedidos

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR

Nome: TOMAS OLIVEIRA COUTO Idade: 5 Anos e 1 Mês Nº Utilizador: 204207020 Nº Processo: 4352905

REFERENCIAÇÃO

☒ Especialidade ☐ Equipa

Especialidade: ENFERMAGEM

Profissional:

Carácter da referenciação: ☐ Normal ☐ Urgente ☒ Projeto de Saúde Projeto de Necessidades de Saúde Especial

Motivo da Referenciação

Escrever "Envio de informação por e-mail, para xxxxxxxxxxxxxxxx@arsnorte.min-saude.pt", do qual deverá constar motivo da referenciação à equipa de Saúde Escolar.

Observações



Referenciação Interna

Novo Pedido Histórico de pedidos

Gravar alterações

IDENTIFICAÇÃO DO UTILIZADOR

Nome: TOMAS OLIVEIRA COUTO Idade: 5 Anos e 1 Mês Nº Utilizador: 204207020 Nº Processo: 4352905

REFERENCIAÇÃO

☒ Especialidade ☐ Equipa

Especialidade: ENFERMAGEM

Profissional:

Carácter da referenciação: ☐ Normal ☐ Urgente ☒ Projeto de Saúde Projeto de Necessidades de Saúde Especial

Motivo da Referenciação

Observações



Dúvidas...Questões...Sugestões

Agradeço a vossa disponibilidade!



Bibliografia:

Direção Geral de Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa.

Consultado em <https://www.dgs.pt>

PROCEDIMENTO ESCRITO

PROCEDIMENTO

Referenciação interna para as Necessidades de Saúde Especiais - Saúde Escolar

O presente documento foi elaborado tendo por base as orientações do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE, 2015) e, tem como objetivo constituir uma ferramenta de trabalho útil para todos os profissionais de saúde do Aces Feira/Arouca, nos diferentes níveis da prestação de cuidados, que trabalham na promoção da saúde das crianças e dos jovens que frequentam estabelecimentos de ensino.

Segundo as diretrizes do PNSE (2015), a Educação e a Saúde, em articulação com a família, devem identificar as necessidades especiais de cada criança, sinalizá-la, proporcionar-lhe apoio continuado e promover a articulação entre todos os intervenientes no processo de aprendizagem, prevenindo precocemente os fenómenos de estigmatização ou mesmo de exclusão. A Equipa de Saúde Escolar deve constituir a interface entre a Escola/Pais e os Serviços de Saúde promovendo um espaço adequado às diferenças e necessidades individuais de cada criança.

Entendem-se como necessidades de saúde especiais (NSE) as que resultam de problemas de saúde, como alterações das funções ou estruturas do corpo (exemplo: doença crónica, deficiência, perturbações do desenvolvimento, perturbações emocionais e do comportamento, entre outras) com impacto na funcionalidade e rendimento e necessidade de intervenção em meio escolar (PNSE, 2015).

A referenciação, à Equipa de Saúde Escolar, de crianças e jovens que necessitem de qualquer tipo de intervenção no contexto escolar envolve a articulação com Equipa de Saúde Familiar e pode ser iniciada:

- ✚ Pelos Serviços de Saúde (qualquer unidade funcional do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), Unidade Local de Saúde (ULS), Hospital), através do médico de família/assistente, do enfermeiro de saúde infantil e juvenil/de família, de outro profissional de saúde.

- ✚ Pela Escola, pelo/a pai/mãe ou encarregado/a de educação ou por IPSS com intervenção na área da criança ou jovem com deficiência.

Este documento, explica como podem os profissionais dos vários serviços de saúde, nomeadamente, os Enfermeiros de Família e os Enfermeiros Especialistas em outras áreas que não a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, que estão em contacto com crianças e jovens a fazer a referenciação interna através do S-Clínico[®].

Referenciação NSE, via S-Clínico[®]

1. Pedido de Referenciação Interna
2. Especialidade: Enfermagem
3. Profissional: Não Colocar (para que qualquer membro da equipa de Saúde Escolar possa dar seguimento ao processo)
4. Caráter da Referenciação: Projeto Necessidades de Saúde Especiais
5. Motivo da referenciação: Escrever “Envio de informação via e-mail para sescolar.uccfeira@arsnorte.min-saude.pt” (por motivos de sigilo).
6. No e-mail, deverá descrever o que preocupa o profissional sobre a criança em causa.

1º Passo:

Selecionar Pedido : Novo pedido de referenciação interna.

The screenshot shows the S-Clínico software interface. At the top, there is a toolbar with various icons. A yellow arrow points to the 'Novo Pedido de referenciação interna' button. Below the toolbar, the form is divided into several sections:

- Paciente:** Nome: [Redacted], Idade: 5 anos, N° contacto: 4222135, Local contacto: Estabelecimento De [Redacted], Enfermeiro: Luisa Lima.
- Proveniência:** Enfermeiro de Família: Andreia Santos, Médico de Família: Carlos Oliveira, Tipo: U, Agendado: ☒.
- Antecedentes Pessoais:**
 - 31-07-2018 Sintoma / Queixa Da Boca / Língua / Lábio
 - 28-03-2017 Erro De Refracção
 - 09-05-2014 Manutenção De Saúde / Medicina Preventiva
- Vacinas:**

Vacinas	Dt. Inoculação
VG	03-12-2015
VG	05-11-2015
DTPaHib	29-09-2015
Pn13	20-05-2015
MenC	04-03-2015
VASPR	04-03-2015
Pn13	27-09-2014
DTPaHibVIP	13-08-2014
- Vigilância Médica:**

SIJ	PF	SM	DM	HTA	RO
Verde					

N° fact. monitorizados: 2, N° fact. de risco: 0

Vigilância Cardiovascular

Notas associadas
- Programas de saúde associados:** P.N.S.I.J. Saúde Infantil
- Projectos associados:** [Empty list]
- Diagnósticos de Enfermagem por Fenomeno:**
 - Comportamento de Procura de Saúde
 - Hipertensão
 - Excesso de Peso
 - Papel Parental
 - Alimentar-se
 - Adesão à Vacinação
 - Desenvolvimento Infantil
- Intervenções a Realizar no Contacto:**

Intervenções a Realizar no Contacto	Act. D
Monitorizar peso corporal	
Avaliar dentição	
Avaliar conhecimento da mãe e(ou) do pai para tomar conta (necessidades desenvolvimentais)	
Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre alimentação	
Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre comportamento de procura de saúde	
Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre medidas de segurança	
Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre papel parental	
Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre prevenção de acidentes	
Ensinar a mãe e(ou) o pai sobre vacinas	

2.º Passo:

Novo Pedido: Selecionar uma especialidade.

Referenciação Interna

Novo Pedido Histórico de pedidos

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: [Redacted] Idade: 5 Anos e 1 Mês Nº Utente: [Redacted] Nº Processo: [Redacted]

REFERENCIAÇÃO

☒ Especialidade ☐ Equipa

Especialidade [Redacted] Selecionar uma especialidade

Carácter da referenciação: ☒ Normal ☐ Urgente

Motivo da Referenciação

Observações

3.º Passo:

Especialidade: Selecionar Enfermagem .

Referenciação Interna

Novo Pedido Histórico de pedidos

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: [Redacted] Idade: 5 Anos e 1 Mês Nº Utente: [Redacted] Nº Processo: [Redacted]

REFERENCIAÇÃO

☒ Especialidade ☐ Equipa

Especialidade [Redacted]

Carácter da referenciação: ☒ Normal ☐ Urgente

Motivo da Referenciação

Observações

Especialidades

Enc. %

Especialidade

- CARDIOPNEUMOLOGIA
- DERMATOLOGIA
- DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
- ENFERMAGEM**
- ESTOMATOLOGIA
- FISIOTERAPIA
- HIGIENE ORAL
- MEDICINA GERAL E FAMILIAR
- NUTRIÇÃO
- ODONTOLOGIA
- ORTOPTICA
- PNEUMOLOGIA
- PODOLOGIA
- PSICOLOGIA
- RADIOLOGIA
- Saúde Pública

Enc. OK Cancelar

4.º Passo:

Profissional: Não seleccionar um profissional.

Referenciação Interna

Novo Pedido Histórico de pedidos

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: [redacted] Idade: 5 Anos e 1 Mês N° Utente: [redacted] N° Processo: [redacted]

REFERENCIAÇÃO

☒ Especialidade ☐ Equipa

Especialidade

ENFERMAGEM

Profissional

Carácter da referenciação: ☐ Normal ☐ Urgente ☒ Projetos de Saúde

Motivo da Referenciação

Observações

Seleccionar um profissional

5.º Passo:

Carácter da Referenciação: Seleccionar Projetos de Saúde.

Referenciação Interna

Novo Pedido Histórico de pedidos

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Nome: [redacted] Idade: 5 Anos e 1 Mês N° Utente: [redacted] N° Processo: [redacted]

REFERENCIAÇÃO

☒ Especialidade ☐ Equipa

Especialidade

ENFERMAGEM

Profissional

Carácter da referenciação: ☐ Normal ☐ Urgente ☒ Projetos de Saúde

Motivo da Referenciação

Observações

Seleccionar um projeto saúde

6.º Passo:

Projetos de Saúde: Selecionar Projeto de Necessidades de Saúde Especiais.

The screenshot shows the 'Referenciação Interna' application. The 'IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE' section contains fields for Name, Age (5 Anos e 1 Mês), User Number, and Process Number. The 'REFERENCIAÇÃO' section has tabs for 'Especialidade' and 'Equipa'. A modal window titled 'Projetos de Saúde' is open, showing a list of projects. A yellow arrow points to the 'Projeto de Necessidades de Saúde Especiais' entry in the list. Another yellow arrow points to the 'OK' button at the bottom of the modal. A text box at the bottom right says 'Escolher a equipa que se encontra seleccionada'.

Designação	Unidade de saúde	Data início
Projeto de Preparação para a Parentalidade	2011055 - UCC STA MARIA DA FEIRA	08-06-2017
Projeto de Recuperação no Pós Parto	2011055 - UCC STA MARIA DA FEIRA	08-06-2017
Projeto de Massagem Infantil	2011055 - UCC STA MARIA DA FEIRA	08-06-2017
Projeto de Apoio à Amamentação	2011055 - UCC STA MARIA DA FEIRA	08-06-2017
Projeto do Âmbito da Rede Social	2011055 - UCC STA MARIA DA FEIRA	08-06-2017
Projeto de Ação de Saúde para Crianças e Jovens	2011055 - UCC STA MARIA DA FEIRA	08-06-2017
Projeto de Necessidades de Saúde Especiais	2011055 - UCC STA MARIA DA FEIRA	08-06-2017
Projeto de Capacitação/Apoio ao Cuidador	2011055 - UCC STA MARIA DA FEIRA	08-06-2017
Projeto de Capacitação/Apoio ao Utente Ostonizado	2011055 - UCC STA MARIA DA FEIRA	08-06-2017
Projeto de prevenção de violência em adultos	2011055 - UCC STA MARIA DA FEIRA	26-11-2018

7.º Passo:

Motivo da Referenciação: Escrever “Envio de informação por e-mail, para sescolar.uccfeira@arsnorte.min-saude.pt”, do qual deverá constar motivo da referenciação à equipa de Saúde Escolar.

The screenshot shows the 'Referenciação Interna' application with the 'REFERENCIAÇÃO' section. The 'Carácter da referenciação' section has three radio buttons: 'Normal', 'Urgente', and 'Projetos de Saúde'. The 'Projetos de Saúde' option is selected, and the 'Projeto de Necessidades de Saúde Especiais' is chosen from the dropdown. A yellow arrow points to the 'Motivo da Referenciação' text area, which is currently empty. Another yellow arrow points to the 'Carácter da referenciação' section. The 'Observações' section is also empty.

Após a receção da referenciação interna, o Enfermeiro da Equipa de Saúde Escolar deverá, primeiramente, contactar os pais/encarregado de educação da criança e, posteriormente, a escola que frequenta.

Confirmado o consentimento dos pais para a intervenção da Equipa de Saúde Escolar, deverá ser agendada uma reunião conjunta entre: pais/encarregado de educação, professor diretor de turma, para elaboração de um plano de saúde individual (PSI).

Bibliografia:

Direção Geral de Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa. Consultado em <https://www.dgs.pt>

Elaborado por:

Enfermeira Branca Pinho, estudante do 12.º curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica do Porto, sob tutoria da Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria x.

Nota:

O presente documento aguarda análise e aprovação por parte do Conselho Clínico do ACES x, para posterior divulgação e publicação interna.

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO AOS PARES

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Procedimento: Referenciação interna para as Necessidades de Saúde Especiais - Saúde Escolar

26 de Março 2019

Mestranda: Branca Liliana Reis Pinho

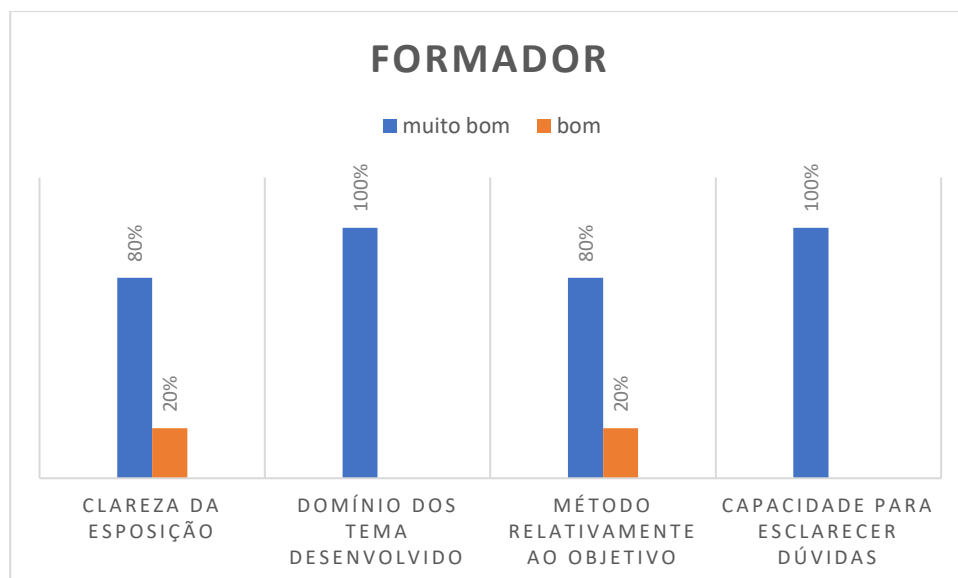
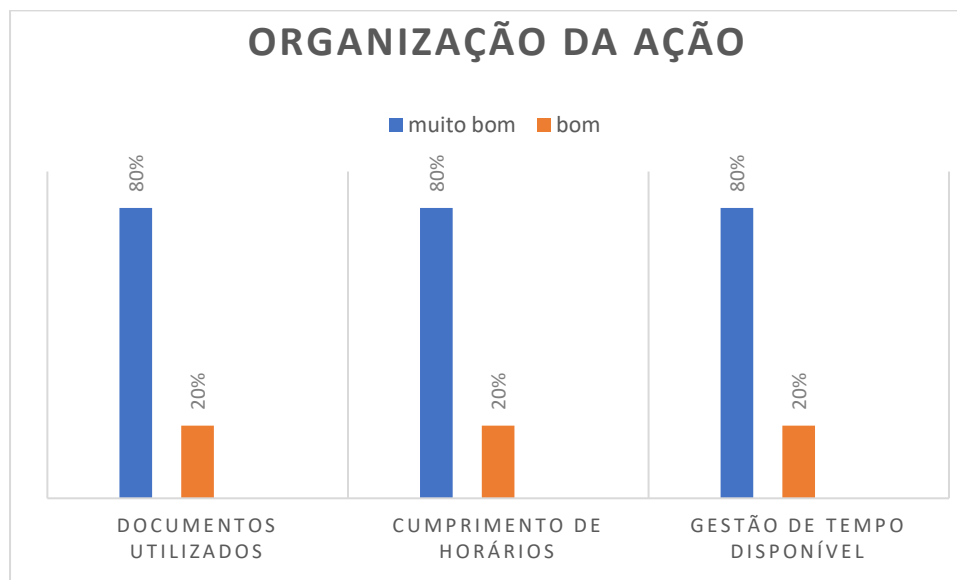
1.CONTÉUDO PROGRAMÁTICO	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Objetivo da formação	☐	☐	☐	☐
Utilidade do conteúdo	☐	☐	☐	☐

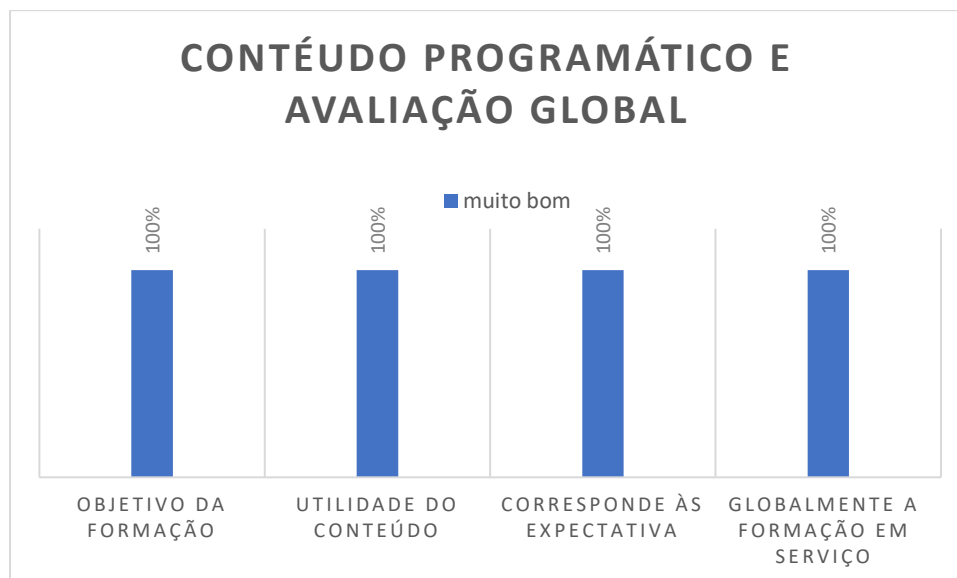
2.ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Documentos utilizados	☐	☐	☐	☐
Cumprimento de horários	☐	☐	☐	☐
Gestão do tempo disponível	☐	☐	☐	☐

3.FORMADOR	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Método relativamente ao objetivo	☐	☐	☐	☐
Domínio do tema desenvolvido	☐	☐	☐	☐
Clareza da exposição	☐	☐	☐	☐
Capacidade para esclarecer dúvidas	☐	☐	☐	☐

5.AVALIAÇÃO GLOBAL	Muito Bom	Bom	Suficiente	Insuficiente
Globalmente a formação em serviço	☐	☐	☐	☐

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO AOS PARES





Análise:

Ao observar os resultados expostos pode concluir que, globalmente, os formandos classificaram com “Muito Bom” e, uma baixa percentagem como “Bom”, a sessão de formação em serviço, em termos de organização, formadora e conteúdos.