



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**Cuidar da Criança e da Família em**

**Situação Crítica numa Unidade**

**de Urgência Pediátrica**

**Contributo do Enfermeiro Especialista**

**Helder António de Oliveira Prata**

**2013**







# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**Cuidar da Criança e da Família em**

**Situação Crítica numa Unidade**

**de Urgência Pediátrica**

**Contributo do Enfermeiro Especialista**

**Helder António de Oliveira Prata**

**Docente Orientadora: Prof<sup>a</sup> Doutora Maria de Lourdes Oliveira**

**2013**



## **AGRADECIMENTOS**

Quero agradecer:

À minha mulher Solange, ao meu filho Miguel e toda a minha família pela paciência e apoio em todo este percurso.

À professora Maria de Lourdes Oliveira pela disponibilidade e sabedoria demonstrada na orientação deste relatório.

Aos colegas de trabalho pela colaboração e apoio dado durante o percurso formativo, em especial à Enf<sup>a</sup> Ana Rita amiga e colega.

Aos colegas de curso pela amizade e partilha.

Às enfermeiras de referência dos locais de estágio que me guiaram e facilitaram a aprendizagem.

Às crianças e às famílias, beneficiários dos cuidados de enfermagem.

A todos o meu muito obrigado.



**“A person’s a person, no matter how small”**

Dr. Seuss, Horton Hears a Who! (1954)



## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

### **SIGLAS**

AAP	American Academy of Pediatrics
CCF	Cuidados Centrados na Família
CHS	Centro Hospitalar de Setúbal
CIPE	Classificação internacional para a Prática de Enfermagem
CMEESIP	Curso Mestrado Enfermagem Especialização Enfermagem Saúde Infantil e Pediatria
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DR	Diário da República
EESIP	Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERC	European Resuscitation Council
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
ESEP	Escola Superior de Enfermagem do Porto
HFF	Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca
HSFX	Hospital São Francisco Xavier
HSM	Hospital de Santa Maria
INE	Instituto Nacional de Estatística
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RN	Recém-Nascido
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SAVPED	Suporte Avançado de Vida Pediátrico
TIP	Transporte Inter-hospitalar Pediátrico
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UCIP	Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos
UCIPed	Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos
UICD	Unidade de Internamento de Curta Duração
USFLT	Unidade de Saúde Familiar Luísa Todi
UUP	Unidade de Urgência Pediátrica

### **ABREVIATURAS**

Artº	Artigo
Enf <sup>a</sup>	Enfermeira
Ex.	Exemplo
Fig.	Figura
nº	Número
p.	Página
pp.	Páginas
Trad.	Tradução
Vol.	Volume



## RESUMO

A Situação Crítica em pediatria reveste-se de componentes com elevado grau de complexidade, afetando a criança e a família, desequilibrando todo o sistema familiar. Também os enfermeiros, por serem cuidadores diretos, são afetados, podendo influenciar a qualidade dos cuidados.

O relatório que se apresenta é o finalizar de um percurso de aquisição e desenvolvimento de competências na área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria, e tem como objetivos documentar a aprendizagem em contexto de estágio e servir como instrumento de avaliação na fase final do curso. A metodologia utilizada foi a descritiva, analítica e reflexiva. A problemática advém de uma necessidade empírica e da análise das práticas da UUP,CHS, em que emergiram necessidades relacionadas com o cuidar da criança e da família em situação crítica, nomeadamente a inexistência de um programa de formação com recurso a práticas simuladas. Foram também identificadas necessidades relacionadas com a presença da família durante situação crítica.

O relatório apresentado sob a forma descritiva, resulta da pesquisa bibliográfica que fundamenta a prática diária em contexto de estágio, da reflexão pessoal e crítica e sobretudo da prestação direta de cuidados. O percurso foi selecionado tendo em conta os objetivos a atingir e as competências a adquirir. Foram delineadas as atividades mais relevantes para a consecução dessa meta.

O produto final deste percurso foi a criação do programa de formação para o meu local de trabalho, com uma visão de mudança na prestação direta de cuidados de enfermagem à criança e à família, para o desenvolvimento de boas práticas.

As atividades desenvolvidas proporcionaram a aquisição de conhecimento aprofundado em enfermagem de saúde infantil e pediatria e habilidades para uma “prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e das suas famílias” (Kelly et al, 2007 citado por OE, 2011, p.8653)

**Palavras-Chave:** Enfermagem pediátrica, Família, Cuidados críticos, Programa de formação.



## **ABSTRACT**

The Critical Situation in pediatric care engages components with a high degree of complexity, affecting the child and family, unbalancing the entire family system. Also the nurses, as direct caregivers are affected and may influence the quality of care.

This report is the end of a journey of acquisition and development of skills in the area of specialization in child health and pediatric nursing, and aims to document learning in the context of practical training and serve as an evaluation tool in the final phase of the course. The methodology used was descriptive, analytical and reflective. The problem stems from an empirical need and analysis of the practices of the UUP, CHS, in which emerged needs related to the care of the child and family in a critical situation, namely the lack of a training program using a simulated practice. I also identified needs related to family presence during critical situation.

The report here presented in descriptive order, is the result of a literature research that supports the daily practice in the context of practical training, a personal critical reflection, and especially the direct provision of care. The path was selected taking into account the objectives to be achieved and the skills to be acquired. I traced the most relevant activities to achieving this goal.

The final product of this journey was the conception of the training program for my workplace, with a vision for change in providing direct nursing care to the child and family, to the development of good practice.

The developed activities allowed the acquisition of in-depth knowledge in child health and pediatric nursing skills for a "care at an advanced level, with security, competence and satisfaction of children and their families" (Kelly et al, 2007 cited by OE, 2011, p.8653)

**Keywords:** Pediatric nursing, Family, Critical care, Training program



## **SUMÁRIO**

<b>NOTA INTRODUTÓRIA.....</b>	<b>169</b>
<b>1.IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA .....</b>	<b>21</b>
<b>2.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1. A criança e a família em situação crítica .....</b>	<b>25</b>
<b>2.2. Cuidados de enfermagem à criança e à família em situação crítica .....</b>	<b>26</b>
<b>2.2.1. Presença da família durante situação crítica.....</b>	<b>28</b>
<b>2.3. Modelo de sistemas de Betty Neuman.....</b>	<b>30</b>
<b>2.4. Formação com recurso a práticas simuladas .....</b>	<b>33</b>
<b>3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO DE FORMAÇÃO .....</b>	<b>36</b>
<b>3.1. Locais de Estágio .....</b>	<b>39</b>
<b>3.2. Objetivos e atividades desenvolvidas .....</b>	<b>42</b>
<b>3.3. Competências adquiridas e desenvolvidas no percurso de formação.....</b>	<b>63</b>
<b>4. PROGRAMA DE FORMAÇÃO .....</b>	<b>65</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>67</b>
<b>6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>70</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICE I - Quadros de Objetivos, Atividades e Recursos</b>	
<b>APÊNDICE II - Cronograma de Estágio</b>	
<b>APÊNDICE III - Questionário de Necessidades: 1ª Parte</b>	
<b>APÊNDICE IV - Questionário de Necessidades: 2ª Parte</b>	
<b>APÊNDICE V - Programa de formação</b>	



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução de atendimentos de crianças em situação crítica na UUP,CHS de 2000 a 2011 .....	21
Gráfico 2 - Percentagem enfermeiros cuidados gerais e especialistas .....	44
Gráfico 3 - Nº de enfermeiros distribuídos por experiência profissional e experiência em pediatria.....	44
Gráfico 4 - Percentagem de enfermeiros com formação em cuidados críticos	45
Gráfico 5 - Nº de enfermeiros distribuídos por temática de formação.....	45
Gráfico 6 - Nº enfermeiros distribuídos por necessidades de cursos de formação .....	46
Gráfico 7 - Nº enfermeiros distribuídos por necessidades de formação na área da comunicação .....	46
Gráfico 8 - Nº enfermeiros distribuídos por necessidades de formação na área de procedimentos .....	46
Gráfico 9 - Seleção dos enfermeiros em relação à metodologia de formação.	48
Gráfico 10 - Seleção dos enfermeiros sobre presença da família durante situação crítica .....	48
Gráfico 11 - Justificação dos enfermeiros para a família estar sempre presente durante situação crítica .....	49
Gráfico 12 - Justificação dos enfermeiros para a família nunca estar presente durante situação crítica .....	49
Gráfico 13 - Justificação dos enfermeiros para a família estar presente por períodos durante situação crítica .....	49
Gráfico 14 - Seleção dos enfermeiros em relação ao profissional que deve acompanhar a família da criança em situação crítica.....	50
Gráfico 15 - Seleção dos enfermeiros em relação a estratégias de acompanhamento .....	51
Gráfico 16 - Classificação dos enfermeiros em relação a dificuldades perante a família da criança em situação crítica. ....	52

**INDÍCE DE FIGURAS**

Figura 1 - Modelo de sistemas de Betty Neuman ..... 31

## NOTA INTRODUTÓRIA

O presente relatório de estágio enquadra-se no plano curricular do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (CMEEESIP) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Este trabalho tem como desígnio a obtenção de grau de mestre, de acordo com os objetivos do curso, descritos no regulamento do ciclo de estudos de mestrado da ESEL (2011), que contemplam a análise do conhecimento adquirido, capaz de sustentar a prática, com linguagem científica e clara na sua divulgação; compreensão da atualidade em saúde e políticas subjacentes à prática dos profissionais de saúde; e analisar as várias dimensões da prática de enfermagem.

Este documento reflete a pertinência do cuidar da criança e da família em situação crítica e o percurso de aprendizagem desenvolvido ao longo do estágio. Foi com a consciencialização da necessidade de aquisição de competências específicas, que permitissem prestar cuidados mais eficazes e eficientes à criança e à família, que durante o 2º semestre delineei um projeto de estágio com a finalidade de ***Desenvolver competências especializadas na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria em contexto de urgência pediátrica***. O Estágio foi uma etapa do processo formativo importante para o desenvolvimento de conhecimentos, competências e um contributo para a resolução do problema e melhoria da qualidade de cuidados à criança e à família.

De acordo com a abordagem clássica de Kolb (1984) citado por Pimentel (2007), os conhecimentos não são elementos fixos e imutáveis, mas sim, elementos formados e reformulados pela nossa experiência. O processo de aprendizagem é, de acordo com o mesmo autor, um processo contínuo que visa o desenvolvimento pessoal do aprendiz e o estímulo do seu pensamento crítico.

Após uma reflexão pessoal, com base na evidência científica e na experiência profissional, identifiquei como necessidade de trabalho, o ***“Cuidar da Criança e da Família em Situação Crítica na Unidade de Urgência Pediátrica”***.

O interesse pela temática em questão e a área dos cuidados à criança em situação crítica como uma constante no levantamento anual das necessidades de formação da Unidade de Urgência Pediátrica (UUP), foram os fatores que me impeliram a desenvolver este tema. As situações de emergência são um desafio para os profissionais de saúde, para a criança e para a própria família. Da minha experiência profissional e da discussão em equipa de saúde surgiu a necessidade de formação com recurso a práticas simuladas.

Para melhor compreensão e intervenção do enfermeiro nos cuidados à criança e à família em situação crítica, e como norteador para a criação de um programa de formação para enfermeiros, o projeto é sustentado no Modelo Sistémico de Betty Neuman. Este modelo caracteriza os agentes stressores (durante uma situação crítica) que afetam a estabilidade do sistema familiar, e permite facilitar a implementação de mecanismos de defesa (resistência) e estratégias de *coping* capazes de manter a estabilidade e o equilíbrio do sistema.

Na elaboração do relatório recorri à metodologia descritiva, analítica e reflexiva, de forma a sistematizar os conhecimentos e as experiências nos diferentes contextos e para sustentar este processo de aprendizagem, e articulando-o com a experiência vivida, recorri à evidência científica, selecionando alguns textos pertinentes sobre a temática em estudo, com recurso a bases de dados científicas, em bibliografia de cariz técnico-científico e a orientações internacionais específicas.

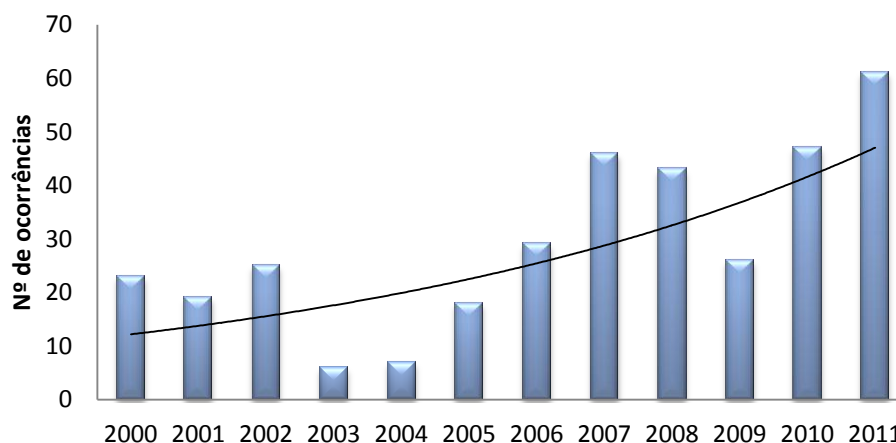
Para facilitar a leitura, o relatório foi organizado por pontos: começa com uma abordagem sobre a identificação e caracterização da problemática, incluindo o diagnóstico da situação e justificação do tema e o enquadramento conceptual que substancia o relatório na sua dimensão teórica. Posteriormente, faz-se uma análise crítica e reflexiva do percurso desenvolvido incluindo uma breve apresentação dos locais de estágio, um ponto organizado por objetivos para melhor compreender o percurso percorrido, as atividades desenvolvidas e as competências de enfermeiro especialista adquiridas. Por fim, apresenta-se o programa de formação, que compreende os objetivos, o planeamento e os instrumentos de avaliação. Os pontos anteriores permitem a materialização da última parte, que resulta de uma reflexão sobre o trabalho realizado e as implicações para a prática de enfermagem.

## 1. IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

O atendimento pediátrico em Portugal tem sofrido nas últimas décadas grandes evoluções. A nível físico verificou-se a separação dos serviços de urgência pediátrica dos serviços de urgência de adultos. A melhoria da formação dos profissionais, relacionada com o interesse pessoal de cada um, e com a necessidade de formação para a certificação de qualidade das instituições, verificou-se também a abertura de um maior número de cursos de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria, levando à reflexão sobre a prestação de cuidados de enfermagem à criança e à família, melhorando a qualidade desses mesmos cuidados.

Na Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS), tem-se verificado um aumento da afluência ao longo dos anos: em 2009 foram atendidas 34966 crianças e em 2010 observadas 36539 crianças, ou seja, um aumento de 4,5%. No ano de 2011 verificou-se um aumento de 5,1% (38522 crianças), que se pode relacionar com o alargamento de atendimento até aos 17 anos e 364 dias. A mesma evolução se verificou com a afluência de crianças em situação crítica, como se pode ver no gráfico seguinte. As crianças em situação crítica são cerca de 0,15% de todas as crianças atendidas na UUP, CHS.

Gráfico 1 - Evolução de atendimentos de crianças em situação crítica na UUP,CHS de 2000 a 2011



Fonte: Registos internos da UUP,CHS (2012)

As crianças e as famílias em situação crítica são atendidas essencialmente na Sala de Emergência, trata-se de uma sala equipada com material de suporte avançado de vida, com capacidade para receber e manter duas crianças em simultâneo. Algumas crianças são atendidas na sala de tratamentos, por ser um local de fácil acesso e que os pais mais vulgarmente conhecem e para onde se dirigem em situações de socorro.

Ao longo do meu percurso profissional na Unidade de Urgência Pediátrica, tenho apostado na área dos cuidados à criança e família em situação crítica, inicialmente no âmbito das alterações fisiológicas e baseadas em algoritmos de atuação. Mais recentemente, e após uma reflexão sobre as competências adquiridas, identifiquei diversas áreas onde poderia investir, nomeadamente, a nível do acompanhamento da família da criança em situação crítica e na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à criança e à família.

No âmbito institucional, a formação dos enfermeiros é da responsabilidade do Serviço de Formação, articulando-se com os enfermeiros responsáveis pela formação nos diversos departamentos e serviços. A enfermeira responsável pela formação da UUP elabora anualmente um questionário que faz circular pelos enfermeiros, a fim de identificar as necessidades de formação da unidade, divulgando posteriormente os resultados sobre as necessidades formativas da UUP. Fazendo uma análise desses resultados, verifiquei que nos últimos seis anos tem emergido uma necessidade comum, no âmbito dos cuidados à criança e à família em situação crítica e também de interesse pessoal, relacionada com a inexistência de um programa de formação para os enfermeiros, com recurso a práticas simuladas. Os resultados estão de acordo com a noção empírica adquirida na prática. Tendo por base estes pressupostos, surgiu também a necessidade de formação no âmbito da presença da família durante situação crítica na UUP.

Como formador institucional de Suporte Avançado de Vida Pediátrico (SAVPED)<sup>1</sup>, recorro frequentemente a práticas simuladas em salas de formação. No entanto, verifico falta de realismo das situações, o que está em conformidade com os resultados dos estudos de Broussard, Meyers e Lemoine (2009) e de Birkhoff e Donner (2010). Identifico também como lacuna na formação em SAVPED, a omissão

---

<sup>1</sup> Curso existente no CHS,EPE relativo a situação crítica em pediatria.

do sistema familiar como elemento integrante na reanimação pediátrica, sendo a família um elemento base na prestação de cuidados à criança.

Apesar de a UUP ser uma unidade vocacionada para o atendimento pediátrico emergente, verifica-se um baixo número de admissões de crianças em situação crítica (0,15%), o que não proporciona o desenvolvimento da experiência prática e ao conseqüente aumento do risco de erro, como também é referido por Kaddoura (2010). Foram identificadas outras necessidades na UUP, como a ausência de um conceito de situação crítica em pediatria, que seja aceite por todos os profissionais, e a variabilidade de formação nas diferentes classes de enfermagem e médica.

A minha experiência na prática do cuidado às crianças e às famílias em situação crítica marca-me profundamente, quer a nível profissional, quer a nível pessoal e fazem, por vezes, emergir sentimentos de angústia e impotência, que contribuem para aumentar o nível de ansiedade, sentimento também verbalizado pelos enfermeiros da UUP, CHS, situações que influenciam as reações emocionais dos enfermeiros, podendo influenciar a prestação de cuidados (Hockenberry, 2011). À medida que me deparo com este tipo de situações, vou adquirindo estratégias para melhorar a minha prestação, como sendo a autorreflexão e partilha de sentimentos com os pares. Estas perspetivas vêm reforçar a necessidade de investir neste tema e a importância deste trabalho.

Em síntese, a temática selecionada vai de encontro às necessidades sentidas pela equipa de enfermagem da UUP e ao meu interesse pessoal e profissional, pelo que me propus abranger os objetivos, com o intuito de contribuir para a humanização os cuidados que prestamos nesta vertente tão importante.



## 2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

### 2.1. A criança e a família em situação crítica

Sendo este trabalho direcionado para a criança e a família em situação crítica, é importante clarificar alguns conceitos. Adotou-se o conceito de **Criança**, definida na Convenção sobre os Direitos da Criança como "...todo o ser humano com menos de dezoito anos..." (UNICEF, 1989, p.6). Com base neste pressuposto e de acordo com o Despacho do Ministério da Saúde (2011) relativo ao alargamento da idade pediátrica, torna-se pertinente que os objetivos vão de encontro às necessidades dos utentes da Unidade de Urgência Pediátrica, que desde Junho de 2011 atende todas as crianças dos 0 aos 17 anos e 364 dias. A Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008, p.9) define **Situação Crítica** qualquer situação em que o doente "...que por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica", conceito que carece de uma reflexão da equipa da UUP, para uma definição mais específica e adaptada à realidade do CHS. Considera-se criança em situação crítica quando apresenta uma alteração fisiológica, que não corrigida rapidamente, pode originar morbilidade significativa ou mortalidade, envolvendo e afetando todo o sistema familiar. A **Família** segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) é definido como "o conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco de direito ou de "facto", entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento." (INE, 2003, p.21). No entanto, não podemos considerar este conceito como verdade absoluta, é sim um conceito relativo, cada pessoa tem a sua imagem de família. Poderá também ser vista como um sistema, pela teoria geral dos sistemas (Bertalanffy, 2001), todos os atos isolados e todas as agressões aos elementos individuais, afetam todo o sistema, colocando-o em desequilíbrio.

As alterações fisiológicas mais frequentes ocorrem no sistema respiratório e cardiovascular, que levam a uma deterioração progressiva do estado de saúde da criança. Entre as situações críticas mais frequentes no CHS, segundo os registos da UUP, verificam-se as alterações neurológicas (estado de mal convulsivo), seguidas de trauma (quedas e queimaduras) e insuficiência respiratória (Bronquiolite e asma grave).

## **2.2. Cuidados de enfermagem à criança e à família em situação crítica**

Neuman (1995) define Enfermagem como a uma profissão única que se interessa por todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo aos fatores de stress, considerando, ainda, que a enfermagem se deve aplicar ao indivíduo em toda a sua globalidade. A enfermagem tem como finalidade facilitar ao cliente o bem-estar ótimo e tão completo quanto possível (Neuman, 1995).

Os **Cuidados de Enfermagem** são as “intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais.” (DL 161/96, 1996, p.2960). Para Neuman (1995), as intervenções devem começar a qualquer momento, desde que se suspeite ou identifique a presença de agentes de stress, aos vários níveis de prevenção: Primária, Secundária e Terciária.

No âmbito da pediatria, os cuidados de enfermagem à criança em situação crítica, têm sido objeto de estudo, essencialmente, em crianças internadas em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), como referem os estudos de Maruiti e Galdeano (2007) onde se abordam as necessidades das famílias com doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos e o papel do enfermeiro na satisfação dessas necessidades. Por outro lado, Sorce, Simone e Madden (2010), falam-nos das necessidades dos enfermeiros das UCIP, e criam um currículo formativo e um modelo de formação indispensável para estes profissionais, abordando áreas diversas, desde a comunicação à parte técnica, incluindo a ética e a responsabilidade profissional. Redley e Beanland (2004) falam-nos do questionário “Critical Care Family Needs Inventory” que foi criado por Molter em 1979, e que identifica as necessidades das famílias nas UCI, mas que estes autores adaptaram para os serviços de urgência, tratando-se de uma abordagem dos cuidados às famílias em situação crítica admitidas em unidades de urgência de pediatria.

A abordagem à criança e à família deve-se pautar pelos Cuidados Centrados na Família. Hockenberry (2011) diz-nos que a admissão de uma criança num serviço de urgência é uma das experiências mais traumáticas, quer para a própria criança, quer para a família, e o tempo de preparação e explicação é escasso, no entanto, reforça que nestas situações algumas medidas podem ser implementadas minimizando o trauma, como permitir a participação da criança nos cuidados, tratando-a pelo próprio nome, assegurar privacidade, explicar os procedimentos antes ou depois de acontecerem, e essencialmente preservar o contacto criança-família, com especial atenção ao estágio de desenvolvimento da criança. Para a Associação Americana de Pediatria (AAP) (2006), os Cuidados Centrados na Família (CCF) abordam os cuidados de saúde, reconhecendo o papel fundamental da família e estimulando a colaboração mutuamente benéfica entre as crianças, familiares e profissionais de saúde. Reconhecem também as dificuldades de utilização dos CCF num serviço de urgência, como o elevado número de ocorrências, as situações agudas e a falta de prévio contacto com a família. Assim, recomendam, entre outras, que os profissionais de saúde encorajem as famílias a estarem presentes durante todos os cuidados prestados nas UUP, e que caso não o pretendam, tem direito a toda a informação relacionada com a criança.

Como nos refere Dias (2011, p.17) “para além da preparação técnico-científica e da habilidade em estabelecer um relacionamento efetivo, torna-se necessário algo mais”, em situações de emergência os cuidados centram-se na criança, no entanto, não se deve negligenciar a família como parte integrante do sistema, que é influenciada por fatores intra, inter e extra pessoais, sujeita nestas situações a forças de tensão relacionadas com a perda e a dor, que levam ao desequilíbrio do sistema; devem-se considerar as forças internas e externas que envolvem esse sistema, reconhecer as reações e intervir com base no grau das reações e recursos disponíveis. A criança e a família em situação crítica estão submetidos a agentes stressores e vêm o seu estado de saúde comprometido, provocando um desequilíbrio do sistema familiar, o enfermeiro tem como desafio devolver o equilíbrio e estabilizar esse sistema. Para restabelecer o equilíbrio, o enfermeiro, tem o compromisso de desenvolver intervenções junto da criança e da família, necessitando por vezes o apoio de outros profissionais.

### 2.2.1. Presença da família durante situação crítica

Historicamente, a presença da família junto da criança nos hospitais, inicia-se em 1959 com as recomendações emanadas no relatório Platt (1959), que aponta benefícios da presença dos pais durante a hospitalização, foi consagrado em Portugal, o direito de acompanhamento da criança até 14 anos de idade, por familiar durante o dia pela Lei 21/81 de 19 de Agosto (Acompanhamento familiar da criança hospitalizada) e mais recentemente alargada a idade até aos 18 anos e 24h/dia pela Lei 106/2009 de 14 de Setembro. Nas décadas de sessenta e setenta surgiram os movimentos revolucionários femininos que conseguiram, com muito esforço, assegurar a presença do pai durante o parto.

No que diz respeito a situações de reanimação, a abordagem iniciou-se na década de oitenta. Doyle (1987) documentou várias situações, em serviços de urgência, em que os pais insistiram em estar presente durante a reanimação, e puderam ficar durante um curto período de tempo e acompanhados pelo capelão do hospital. Os estudos sobre a presença de familiares durante reanimação tiveram início na década de noventa, com Hanson e Strawser (1992) estudando as necessidades emocionais familiares, tendo verificado que 76% dos membros das famílias acreditavam que o processo de luto era mais facilitado se estivessem presentes na sala de reanimação. A Emergency Nurses Association (1994) apoia e aprova como política, a presença da família durante procedimentos invasivos e reanimação. Foi a partir do ano 2000 que se verificou um aumento do número de artigos relativos à presença da família durante situações de reanimação, e começaram a surgir estudos direcionados para as necessidades dos doentes (Eichhorn, 2001) e as experiências e perspetivas dos familiares e dos profissionais de saúde (Meyers, 2000).

Uma revisão de literatura de Dill e Gance-Cleveland (2005), citando Hanson e Strawser (1992), revelou que 72% das famílias desejam estar presentes durante situações críticas, porque as ajudam a compreender a complexidade das situações (Meyers et al, 2000 citados por Dill e Gance-Cleveland, 2005), minimizando os agentes stressores, e tem como benefícios: o reconhecimento que tudo está a ser feito, a melhoria da comunicação, a diminuição da ansiedade da família e da criança e facilita o processo de perda. Este estudo revela, ainda, um défice de políticas que apoiem a presença da família em situações críticas, importantes para a consolidação

de boas práticas de cuidados. Pye, Kane e Jones (2010) estudaram a presença da família durante situações de reanimação numa unidade de cuidados intensivos de cardiologia pediátrica, criando um programa de educação para enfermeiros com dois objetivos: melhorar os métodos e as técnicas de reanimação cardiorrespiratória e preparar os enfermeiros para providenciar apoio às famílias. Para a execução deste programa, os autores, utilizaram práticas simuladas, tendo concluído que a formação com base em simulações é uma técnica eficaz para melhorar as capacidades de comunicação e de conforto para a família em situação crítica (Pye, Kane e Jones, 2010; Kaddoura, 2010). Com base nestes e noutros estudos, o European Resuscitation Council em 2010, através das suas guidelines, recomenda a presença da família durante os procedimentos de reanimação cardiorrespiratória.

Apesar de todas as recomendações e estudos realizados, continuamos a verificar lacunas nesta área. Para isso, é fundamental incutir nos profissionais, a importância da presença da família junto da criança em situação crítica, e da possibilidade da família escolher estar presente ou não. A abordagem a esta temática torna-se complicada pela sua dimensão, afetando toda a equipa multidisciplinar e não apenas uma classe profissional. O percurso de mudança tende a ser moroso e difícil. Neste contexto, torna-se urgente dar início a um programa de formação e consciencializar os profissionais para as vantagens da presença da família e a mudança de atitude neste âmbito.

### 2.3. Modelo de sistemas de Betty Neuman

Para satisfazer as necessidades da família durante uma situação crítica, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria deve planejar intervenções de elevado grau de complexidade, prestando cuidados de qualidade e em parceria com as famílias. O Modelo de Sistemas de Betty Neuman, pareceu-me adequado a esta temática tendo em consideração que o sistema família/criança durante uma situação crítica está, nitidamente submetido a agentes stressores, podendo também considerar como temática a trabalhar num momento posterior, a intervenção junto dos enfermeiros, igualmente submetidos a agentes stressores, decorrentes do número reduzido de situações críticas em pediatria.

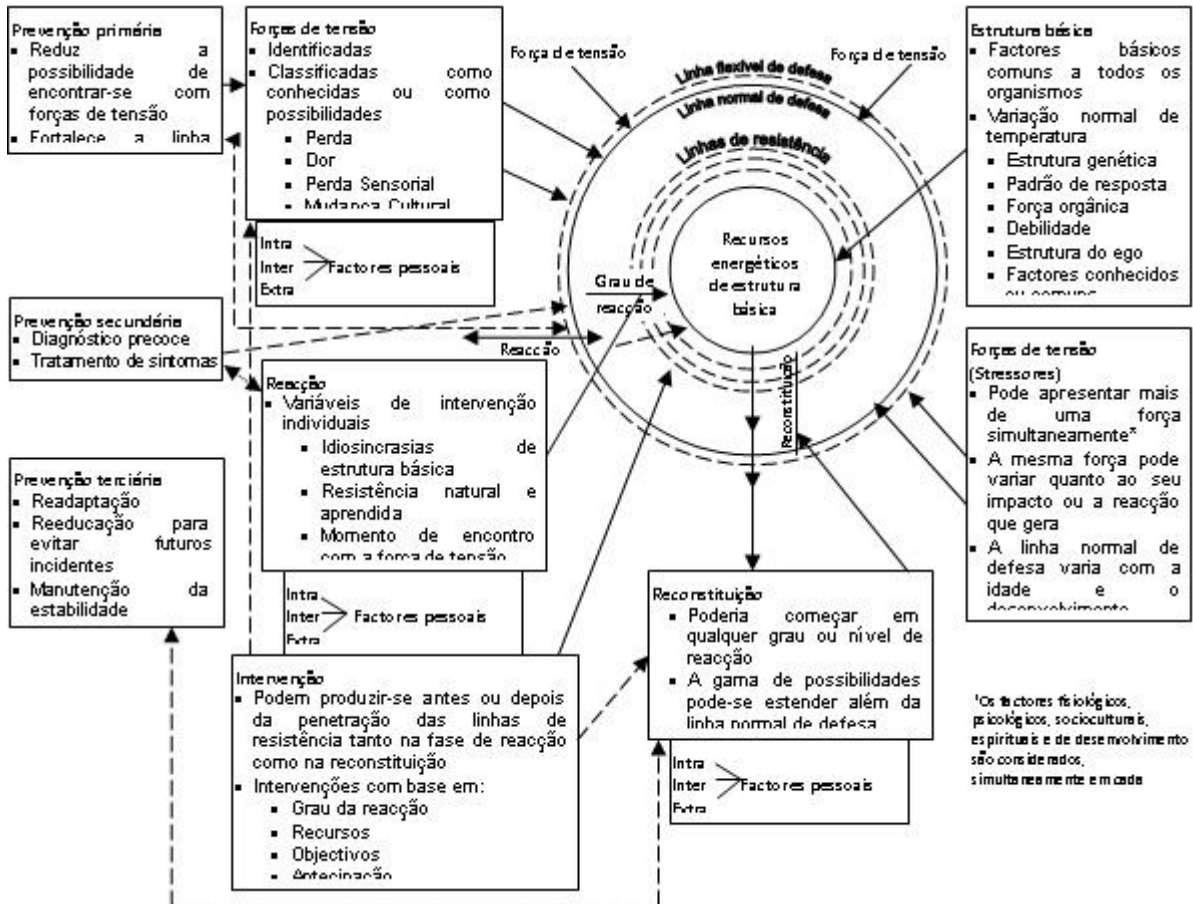
A escolha deste modelo está relacionado com a sua abrangência e capacidade de se introduzir num plano de formação, a possibilidade de se adaptar tanto às famílias como aos profissionais e a sua aplicação permite melhorar a qualidade dos cuidados à criança e à família e cuidar também da equipa. Outros modelos foram considerados importantes, como a teoria de transições de Meleis, definindo transição como o início de um processo de mudança Permitindo passar de um momento de estabilidade a outro momento de estabilidade (Meleis, 2010), no entanto, é um processo que decorre ao longo do tempo, sendo fundamental uma preparação precoce e um intervenção alargada, pouco adaptada a um serviço de urgência devido ao curto tempo de contacto com a criança e a família, daí a minha opção pelo Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

Este modelo teórico tem a sua estrutura conceptual fundamentada em sólidas teorias científicas, tais como, a *Teoria Geral dos Sistemas* de Von Bertalanffy, a *Teoria da Crise* de Gerald Caplan e a *Teoria do Stress* de Hans Selye, e também nos elementos da *Teoria da Gestalt*, pelo que se tornou relevante proceder a uma breve revisão dos seus principais postulados, de forma a facilitar a compreensão da filosofia subjacente à criação do Modelo de Sistemas de Cuidados de Saúde de Betty Neuman.

O modelo de sistemas de Betty Neuman (Fig. 1) utiliza um sistema aberto e caracteriza os modos de interação constante entre o ambiente em que o indivíduo vive e as forças internas e externas que dela são provenientes, as quais podem

alterar o equilíbrio existente. Tem como foco de atenção o indivíduo, podendo, no entanto ser aplicado a um grupo ou comunidade.

Figura 1 – Modelo de Sistemas de Betty Neuman



Fonte: Leopardi (1999)

O esquema representa o indivíduo (Ex. Criança e família) como um sistema que interage com o ambiente e sofre influências do mesmo, adaptando-se em função dos stressores internos e externos presentes na situação de doença.

Na zona central apresenta-se a *estrutura básica*, que representa os recursos básicos energéticos de sobrevivência do indivíduo. Depois, surgem as *linhas de resistência* que representam os recurso de defesa contra os stressores, a linha contínua mais externa (*linha normal de defesa*) caracteriza o indivíduo no seu estado normal de bem-estar (aquilo que ele é), incluindo os fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais.

A linha pontilhada mais externa é a *linha flexível de defesa*, que funciona como amortecedor para a zona central quando o ambiente externo é extremamente

stressante, e segundo George (2000, p.229) “protege a linha normal de defesa e age como um escudo para o estado habitualmente estável do sistema do cliente.” As situações que atinjam a estrutura básica de recursos de energia, ativando a linha normal de defesa, são consideradas *stressoras*, que podem ser de natureza intra, inter e extra-pessoais. Para o indivíduo se adaptar aos elementos stressantes, tem que empregar energia, é a *reação*. Para ajudar a manter a estabilidade do sistema. Neuman considera três tipos de *intervenção*: Prevenção primária (evita que o stressor atinja a linha normal de defesa), secundária (depois do stressor atingir o sistema, fortalece as linhas internas de resistência) e terciária (reforça a resistência, evitando recorrência e ajuda a recuperar a estabilidade).

Relativamente aos conceitos do modelo, temos o *Indivíduo, o Ambiente, a Saúde e Enfermagem*, optei por adaptá-los à temática do projeto, em que a **Criança e a Família** (indivíduo) submetidos a stressores decorrentes de situação crítica, podem ver a seu estado de saúde comprometido e necessitar de intervenções de enfermagem para a recuperação do estado anterior e fortalecimento da manutenção do equilíbrio. O **Ambiente** é o conjunto de forças internas e externas que envolvem a criança e a família durante a situação crítica. O **Estado de saúde** é dinâmico, sujeito a mudança constante, é considerado ótimo e total quando as necessidades (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais) estiverem satisfeitas e se atinge a estabilidade. A **Enfermagem** como disciplina que desenvolve intervenções, junto da criança e da família em situação crítica, que promovam a estabilidade e equilíbrio do sistema.

Considero pertinente, com base nos pressupostos do modelo de Neuman, criar um programa de formação para enfermeiros da UUP, norteado pelo referencial teórico do modelo, que forneça as ferramentas necessárias para a prestação de cuidados de qualidade à criança e à família em situação crítica, encarando o sistema familiar numa perspetiva holística e multidimensional, atendendo às cinco variáveis identificadas: fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais.

## 2.4. Formação com recurso a práticas simuladas

De acordo com Ling (2008), preparar um estudante para ser enfermeiro apenas com teoria não é possível, a prática é essencial, e a evolução da formação em enfermagem em Portugal deve-se em muito às escolas, que unem esforços no sentido de atualizar os seus currículos e permitem que o estudante<sup>2</sup> tenha o maior número de experiências práticas possíveis através da realização de estágios. A qualidade dos cuidados de enfermagem implica uma validação contínua das competências, não podendo ser apenas teórica, a prática aliada ao pensamento crítico é o ideal para um bom desempenho.

Uma das inovações introduzidas na carreira de enfermagem pelo Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, foi a valorização e apoio da formação realizada no local de trabalho. O Art.º. 64º do referido Decreto-Lei reforça que a formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerado como um grupo profissional com um objetivo comum.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001, p.11) refere que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”, tendo como indicador de qualidade, a existência de uma política de formação contínua, para promover o desenvolvimento pessoal e profissional. A formação dos enfermeiros é determinante no atendimento da criança em situação crítica, pois melhora o planeamento dos cuidados e diminui o risco de erro (Amaral, 2010).

Para colmatar a falta de formação especializada, deve-se apostar na formação em contexto de trabalho. A formação em contexto de trabalho abrange toda a formação adquirida, através da experiência, no exercício de uma profissão (Menoita, 2011). Segundo Menoita (2011), sendo a enfermagem uma profissão essencialmente prática, o desenvolvimento de competências enquadrado numa prática profissional será uma estratégia central para o desenvolvimento da profissão, caso exista fundamentação e intencionalidade no seu desenvolvimento.

Tem-se verificado nos últimos anos, um aumento da tecnologia associada aos cuidados de saúde, que veio melhorar a qualidade dos cuidados e o aumento da

---

<sup>2</sup> Estudante de todos os ciclos de estudos

esperança média de vida, inclusive na pediatria, permitindo uma maior sobrevivência de crianças com doenças graves, aumentando a sua morbidade e consequente aumento do risco de situações críticas (Broussard, 2009; Sorce, 2010; Birkhoff, 2010). Assim, verificou-se uma aposta na melhoria da generalidade dos cuidados à criança em situação crítica, com o aumento da formação em suporte básico e avançado de vida pediátrico, que advém da necessidade de certificação de qualidade das instituições. Verifica-se, no entanto, que nem todos os profissionais de saúde, especificamente os enfermeiros que trabalham em unidades de urgência pediátrica, possuem cursos de formação na área dos cuidados à criança em situação crítica, e os que detêm essa formação adquiriram-na através de investimento pessoal. Estudos recentes referem que “prestadores de cuidados agudos pediátricos têm exposição limitada a situações críticas, e não têm as capacidades para as gerir.” (Weinberg e Shah, 2009, p.1). Num artigo/editorial da revista “ED Nursing” (2008), recomenda-se que os enfermeiros das UUP tenham formação com metodologia de simulação obrigatória para a prestação de cuidados à criança e à família em situação crítica.

Como nos diz Amaral (2010, p.46), “simular é, como se sabe, imitar ou fingir (...). Tal conceito tem sido aplicado com objetivos educativos em áreas profissionais muito diversas; (...) como (...) o treino dos pilotos (...) utilizando simuladores de voo.” Nas ciências da saúde a utilização destas práticas tem crescido mais lentamente, nas escolas de enfermagem é prática comum a utilização de simulações para procedimentos técnicos, que em muito favorecem a aprendizagem, no entanto, ao longo do percurso profissional, apenas se verifica esta técnica nas formações de suporte de vida (básico e avançado).

Através da metodologia da simulação, um ambiente fictício é criado e permite que os enfermeiros pratiquem em condições realistas, sendo também uma atividade apelativa (Broussard, Meyers e Lemoine, 2009). Uma vantagem adicional, é a possibilidade de se cometerem erros e que se transformarão em oportunidades de aprendizagem, garantindo a segurança do doente em situações futuras (Broussard, Meyers e Lemoine, 2009; Amaral, 2010; Birkhoff e Donner, 2010). A simulação permite a aquisição de capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas (Birkhoff e Donner, 2010). Aumenta também o grau de conforto perante as inovações tecnológicas, permitindo em situações reais, focar a atenção no doente e não na

tecnologia (Broussard, Meyers e Lemoine, 2009). A formação em pediatria tem vindo a aumentar de qualidade, devido ao grau de complexidade dos cuidados “exige uma coordenação e colaboração perfeitas entre os membros da equipa multidisciplinar” (Birkhoff e Donner, 2010, p.418) e para melhorar a segurança das crianças e das famílias, a competência dos profissionais e o trabalho em equipa, tem-se constatado que “a aprendizagem baseada em simulações está integrada na prática clínica pediátrica, como uma inovadora estratégia de ensino” (Birkhoff e Donner, 2010, p.418), bem como na educação em enfermagem pediátrica para estudantes e profissionais (Broussard, Myers e Lemoine, 2009). Num estudo de Ling et al (2008) concluiu-se que a formação em enfermagem pediátrica com recurso a simulações, obtém melhores resultados que a educação tradicional teórica, sendo também benéfica para os formadores. Apesar de não substituir a educação tradicional, as práticas simuladas serão, a longo prazo, importantes para uma reforma na educação em enfermagem (Li, 2004 citado por Ling, 2008). Verifica-se que a adoção da simulação como estratégia de aprendizagem, tem sido eficaz para o desenvolvimento do pensamento crítico em enfermagem (Kaddoura, 2010). Também Broussard, Myers e Lemoine (2009) e Lindamood e Weinstock (2011) revelam que a simulação desenvolve o pensamento crítico em enfermagem e aquisição de conhecimentos e capacidades técnicas e comportamentais.



### **3. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO DE FORMAÇÃO**

O desenvolvimento deste relatório vem na consequência do projeto elaborado anteriormente e tem como fio condutor a formação de pares, com recurso a práticas simuladas, para melhor cuidar da criança e da família em situação crítica, como sistema sujeito a agentes stressores, abordando também a presença da família em situações críticas e o papel do enfermeiro junto da família para a manutenção do equilíbrio.

No projeto inicial foram definidas atividades para os diversos locais de estágio, que me possibilitassem atingir os objetivos propostos, foram delineadas atividades comuns a todos os campos de estágio, tendo em conta o fio condutor do projeto, e atividades específicas para cada local de estágio (Apêndice I) para aquisição de competências. Com o decorrer do estágio senti a necessidade de modificar o inicialmente proposto, facilitando a aquisição de competências e responder aos objetivos definidos. Como referido anteriormente, o projeto centra-se na formação de enfermeiros no cuidar da criança e da família em situação crítica, no decorrer do estágio foi identificada uma necessidade adicional, relacionada com a presença da família durante uma situação crítica e o papel dos enfermeiros junto da família.

Para dar resposta às minhas necessidades e para aquisição de competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, delineei objetivos a atingir durante o percurso formativo escolhido.

Neste contexto definiram-se os seguintes objetivos:

- 1 - Identificar as necessidades de formação da equipa de enfermagem da UUP, relacionadas com a prestação de cuidados à criança e à família em situação crítica.

- 2 - Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, para uma prestação de cuidados globais e especializados no âmbito do cuidar da criança e da família em situação crítica.
- 3 - Iniciar um programa de formação no âmbito do cuidar da criança e da família em situação crítica na UUP do CHS.

Considerando os objetivos do CMEEESIP e articulados com os critérios definidos pela OE, para a aquisição de competências comuns e específicas para especialidade de enfermagem da saúde da criança e do jovem, foi delineado um percurso formativo em unidades de cuidados a crianças em situação crítica. Os locais selecionados para desenvolver competências foram: a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital São Francisco Xavier, por ser uma unidade de vanguarda no que respeita aos cuidados de enfermagem junto do RN e família, com um excelente plano de formação interna; a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital de Santa Maria, unidade de excelência na prestação de cuidados a crianças em situação crítica, e como unidade de referenciação do serviço onde presto cuidados, apresentando também uma componente formativa de elevada qualidade na área dos cuidados pediátricos, com recurso a práticas simuladas; a Unidade de Urgência Pediátrica do Hospital Fernando Fonseca, unidade com elevada afluência de crianças em situação crítica; a Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal, onde exerço funções e me permitiu realizar diagnóstico de necessidades de formação; e a Unidade de Saúde Familiar Luísa Todi (Setúbal), não sendo um serviço com crianças em situação crítica, mas é a unidade da área de influência do Centro Hospitalar de Setúbal, com maior número de famílias inscritas, que recorrem à UUP. A seleção destes locais de estágio foi, como dito anteriormente, criteriosa de modo a facilitar a aquisição de competências e atingir os objetivos a que me propus. Seguidamente apresento uma breve descrição dos locais de estágio e as datas relativas a cada contexto. Depois desenvolvo a análise do percurso organizada por objetivos, esta opção prende-se com o facto de que grande parte das atividades desenvolvidas são comuns à maioria dos contextos, tendo em conta que o percurso é um todo de um processo de aquisição de competências de enfermeiro especialista.

### 3.1. Locais de Estágio

Após a seleção dos locais de estágio, elaborei um cronograma que apresenta o percurso temporal para cada campo de estágio (Apêndice II). Para melhor compreender o meu percurso formativo, apresento seguidamente e por ordem cronológica, uma breve apresentação de cada local de estágio.

#### **- Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Setúbal, EPE (UUP,CHS)**

Neste estágio a enfermeira de referência foi a Enf<sup>a</sup> Rute Trigo, especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, responsável pela formação e colaboradora com a gestão do serviço.

A UUP situa-se no Hospital de S. Bernardo, piso 0, contígua ao Serviço de Urgência Geral. É uma unidade autónoma desde Dezembro de 1997, com equipa fixa de enfermeiros e assistentes operacionais, e equipa rotativa de pediatras e médicos tarefeiros (diversas áreas). Atende crianças dos 0 aos 17 anos<sup>3</sup> e tem apoio de diversas especialidades, tais como, cirurgia geral, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia, neurologia e psiquiatria, outras situações são referenciadas para outras unidades hospitalares. O atendimento à criança em situação crítica é realizado em sala de emergência, com capacidade para prestação de cuidados críticos e estabilização hemodinâmica. Na grande maioria das situações a família está presente por períodos. Como o CHS não tem Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, todas as crianças estabilizadas pós situação crítica são posteriormente transferidas para UCIP disponível.

A prestação de cuidados de enfermagem à criança e à família na UUP tem como pilar a melhoria da qualidade, quer com a criação e aplicação, nos últimos anos, de normas e protocolos de enfermagem, quer com a implementação de projetos de melhoria, na área da dor por exemplo. Está também em início um programa de atendimento de enfermagem à criança vítima de trauma.

É a unidade onde exerço funções e estive neste campo de estágio (em contexto de trabalho) em dois períodos. O primeiro decorreu entre 3 e 7 de Outubro de 2011 e tinha como objetivo aplicar os questionários de diagnóstico de necessidades de

---

<sup>3</sup> Até Junho 2011 atendia até aos 14 anos

formação aos enfermeiros da equipa. O segundo período decorreu entre 30 de Janeiro e 17 de Fevereiro de 2012, com o intuito de apresentar o programa de formação à equipa e dar início à formação.

### **- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital S. Francisco Xavier (UCIN,HSFX)**

Neste estágio a enfermeira de referência foi a Enf<sup>a</sup> Cláudia Pinheiro, especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, chefe de equipa.

A Unidade de Neonatologia é uma unidade de apoio perinatal diferenciado com uma capacidade de 14 camas (5 de cuidados intensivos, 9 de intermédios), que dispõe de uma equipa experiente que presta cuidados especializados 24 horas por dia. Admite recém-nascidos do Hospital de São Francisco Xavier que necessitem de vigilância ou cuidados especiais e os recém-nascidos (RN) gravemente doentes enviados de hospitais da zona sul do país.

Tem o apoio permanente de especialistas consultores de cardiologia, cirurgia, genética, neurologia, oftalmologia, ortopedia e otorrinolaringologia, entre outras especialidades.

Na área da enfermagem criaram diversos grupos de trabalho, dos quais destaco a avaliação da dor no RN, a implementação do método canguru e promoção do aleitamento materno. Todos os enfermeiros estão integrados num grupo de trabalho.

O meu estágio decorreu durante 4 semanas entre 10 de Outubro e 4 de Novembro de 2011. Após apresentar o meu projeto à enfermeira de referência e enfermeira chefe da unidade, foi-me sugerido ficar durante todo o estágio na área dos cuidados intensivos por se adequar melhor aos meus objetivos. Durante o período de estágio passei uma manhã na Urgência de Pediatria para conhecer a realidade desse serviço. Tive também a oportunidade de participar num curso de formação sobre o “modelo colaborativo de cuidados” com a Enf<sup>a</sup> Mary Coughlin (EUA).

**- Unidade de Saúde Familiar Luísa Todi, Setúbal (USFLT)**

Neste estágio a enfermeira de referência foi a Enf<sup>a</sup> Sílvia Contreiras, especialista em Saúde Infantil e Pediatria, coopera na área de gestão da USFLT.

A USFLT foi inaugurada em Outubro de 2011 e atende cerca de 12 mil utentes da freguesia de Sta. Maria da Graça em Setúbal. Equipa composta por 7 enfermeiros e 7 médicos, a trabalhar em equipa com as famílias atribuídas. No entanto a equipa de enfermagem faz atendimento geral por valências, que por ser uma unidade recente ainda se encontra numa fase experimental de funcionamento.

O meu estágio decorreu durante 4 semanas entre 7 de Novembro e 2 de Dezembro de 2011, fiquei integrado na equipa com a médica Cristina Mourato, passando no entanto pelas diversas valências da unidade, e atendendo as crianças de outras equipas.

**- Unidade de Urgência Pediátrica do Hospital Fernando de Fonseca, Amadora (UUP,HFF)**

Neste estágio a enfermeira de referência foi a Enf<sup>a</sup> Vera Ramos, especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

A UUP,HFF é uma unidade autónoma, funciona no piso 2 do hospital e tem como missão "prestar cuidados de saúde hospitalares de pediatria, no respeito pela dignidade do utente pediátrico (criança/pais) e utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis, formar profissionais de elevada qualidade e desenvolver investigação em saúde" (HFF 2012,p.1). Tem uma afluência anual de cerca de 80000 crianças, com idades compreendidas entre os 0 e 17 anos e 364 dias. A escolha deste local prende-se com a necessidade de conhecer outra realidade, numa unidade de urgência de pediatria diferente do meu local de trabalho, com o intuito de observar as boas práticas no cuidar da criança e da família em situação crítica.

O meu estágio decorreu durante 2 semanas entre 5 e 16 de Dezembro de 2011, durante o qual tive diversas oportunidades de observar e participar nos cuidados à criança e à família em situação crítica.

## **- Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, Hospital Santa Maria, Lisboa (UCIPed,HSM)**

Neste estágio a enfermeira de referência foi a Enf<sup>a</sup> Filomena Silva, enfermeira de cuidados gerais, com larga experiência em cuidados intensivos pediátricos, formadora na área da urgência/emergência e tripulante da ambulância de transporte inter-hospitalar pediátrico.

É uma unidade de referência no cuidar da criança com necessidades de cuidados críticos. Constituída por seis camas de cuidados intensivos e duas camas de cuidados intermédios. Com uma equipa de enfermagem dedicada e com grande experiência em cuidados intensivos.

O meu estágio decorreu durante 4 semanas entre 2 e 27 de Janeiro de 2012. Verifiquei que se trata de uma unidade com vertente formativa de elevada qualidade, com oportunidade em participar em sessões de formação internas de grande valor.

### **3.2. Objetivos e atividades desenvolvidas**

A realização dos diversos estágios teve como finalidade a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, para os quais foram definidos objetivos gerais. Alicerçado nesses objetivos foram definidos objetivos específicos e planeadas atividades para os atingir. A observação participada foi a metodologia por mim implementada durante o percurso formativo, que Vilelas (2009) descreve como uma técnica de investigação que utiliza os sentidos como sistema, na procura de informação fundamental para dar resposta um problema. Recorri também à reflexão e evidência para fortalecer a prática de cuidados.

Os objetivos específicos são apresentados a seguir, sendo que, alguns são comuns aos diversos campos de estágio, apresento também as atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo.

- **Conhecer a dinâmica dos contextos clínicos na sua vertente estrutural, funcional e organizacional.**

A integração e adaptação ao local de estágio foram facilitadas pelo conhecimento da dinâmica, estrutura e organização do mesmo. Realizei entrevistas não estruturadas às enfermeiras de referência, enfermeiras chefes e restante equipa para conhecer o quadro de referência orientador dos cuidados de enfermagem, em todas as unidades hospitalares foi-me informado que já tinham sido utilizados modelos teóricos como orientação dos cuidados, que na atualidade não se verifica, em todos os locais de estágio utilizam o quadro de referência da OE, com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), exceto na UCIPed e UUP,HFF, no entanto a prestação de cuidados em todos os locais é baseado nos princípios da OE como o REPE<sup>4</sup>, os padrões de qualidade dos cuidados e as competências. Percebi que na prestação de cuidados nos diversos locais, a equipa de enfermagem valoriza a parceria de cuidados, que apesar de não estar integrado formalmente, encontra-se intrínseco na maioria dos profissionais. Durante a prestação de cuidados foi fácil perceber a dinâmica e metodologias utilizadas pelas equipas no cuidar, e a articulação entre os diversos elementos da equipa multidisciplinar. Os métodos de trabalho utilizados nos diversos campos são baseados no método individual, em que o enfermeiro coordena e assume a responsabilidade global dos cuidados (Pinheiro citado por Costa, 2004). Sendo que na USFLT utilizam o método de “Enfermeiro de Família”, que como expresso pela Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP),

o enfermeiro de família, fundamentado no conceito da OMS<sup>5</sup>, no nosso país, surge como um profissional que integrado na equipa multidisciplinar de saúde assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias, em todo os processos de vida, nos vários contextos da comunidade. (ESEP, 2009, p.16)

Nos diversos locais de estágio foi-me também possibilitada a consulta de documentação existente, nomeadamente normas e protocolos dos serviços, e assim compreender melhor a organização dos diversos serviços.

---

<sup>4</sup> Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

<sup>5</sup> Organização Mundial de Saúde

**- Identificar na equipa de enfermagem da UUP,CHS possíveis carências formativas no cuidar da criança e da família em situação crítica**

Com o intuito de diagnosticar necessidades de formação na equipa de enfermagem da UUP,CHS elaborei dois questionários, o primeiro (Apêndice III) com 10 perguntas que fornecem dados de caracterização, formação específica na área em questão, áreas específicas de atuação de enfermagem e metodologias de formação. O segundo questionário (Apêndice IV) com 4 perguntas surgiu após a identificação de uma área temática no primeiro questionário, e aborda a presença da família da criança durante situação crítica, o seu acompanhamento e estratégias, e dificuldades sentidas perante a família. Após explicação dos objetivos da aplicação dos questionários à Enf<sup>a</sup> chefe da UUP, foi autorizada a sua distribuição aos enfermeiros da UUP, o primeiro questionário foi entregue no dia 12 de Setembro de 2011 com o intuito de ser preenchido até dia 23 de Setembro de 2011. Foram distribuídos à equipa de enfermagem da UUP num total 21 questionários, foram devolvidos 19 questionários preenchidos. Foi depois entregue o segundo questionário no dia 3 de Outubro de 2011, para devolver até dia 9 de Outubro de 2011. Foram disponibilizados 19 questionários apenas para quem tinha respondido à 1<sup>a</sup> parte, foram devolvidos todos os questionários preenchidos. Os questionários foram analisados com recurso a análise quantitativa e de conteúdo, para diagnóstico das necessidades de formação.

Variáveis de caracterização

Os questionários analisados correspondem, em termos de género, a uma percentagem de 95% feminino e 5% masculino, com uma média de idades de 31,7 anos.

Gráfico 2 - Percentagem enfermeiros cuidados gerais e especialistas.

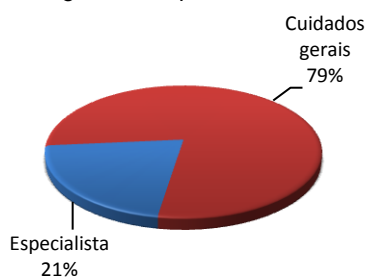
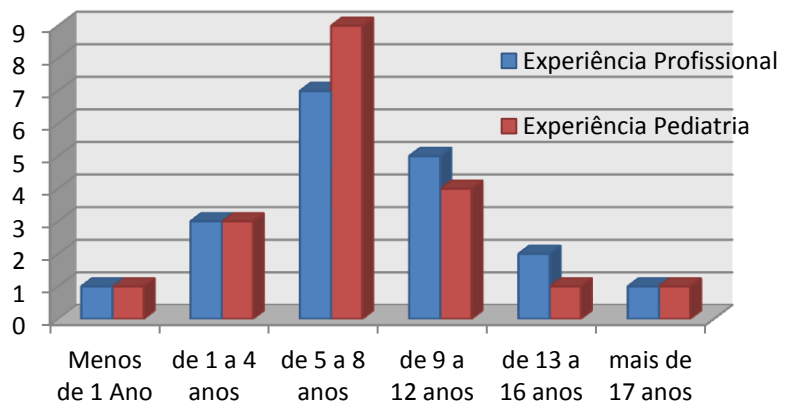


Gráfico 3 - Nº de enfermeiros distribuídos por experiência profissional e experiência em pediatria.



Verifica-se claramente um elevado número de enfermeiros com menos de 10 anos de serviço, nomeadamente em cuidados pediátricos. No entanto, verifico que 1/5 dos enfermeiros tem grau de especialista, e um outro 1/5 encontra-se a frequentar curso de pós-licenciatura de especialização em saúde infantil e pediatria, demonstrando uma necessidade de conhecimento específico na área, para a melhoria do nível de eficácia.

Foi também verificado que um enfermeiro tem formação académica ao nível do 2º ciclo de estudos.

### Formação específica na área do cuidar da criança e da família em situação crítica.

Gráfico 4 - Percentagem de enfermeiros com formação em cuidados críticos.

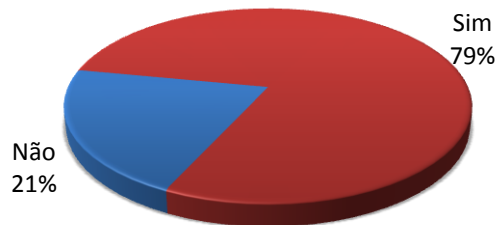
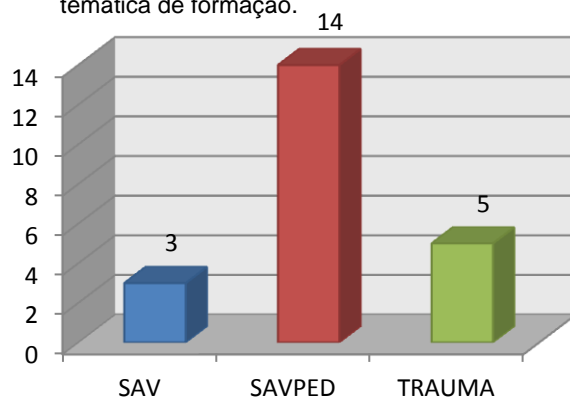


Gráfico 5 - Nº de enfermeiros distribuídos por temática de formação.



De acordo com os resultados encontrados, verifico que apenas 4 enfermeiros não têm formação específica na área em questão, dos que fizeram formação, 2/3 tem formação em SAVPED e 1/4 dos enfermeiros tem formação em trauma. Apesar do elevado número de enfermeiros com formação atualizada, empiricamente sei que os mesmos apresentam um elevado grau de ansiedade, que vai de encontro aos estudos de Kaddoura (2010) e às linhas orientadoras do European Resuscitation Council (ERC) (2010) que referem que o reduzido número de situações críticas em pediatria e a falta de simulações periódicas contribuem para a diminuição não só das competências na atuação mas também para o aumento do risco de erro. A totalidade dos enfermeiros referiu a necessidade de frequentar novas ações de formação na área do cuidar da criança e da família em situação crítica.

Áreas específicas do cuidar

Gráfico 6 - Nº enfermeiros distribuídos por necessidades de cursos de formação

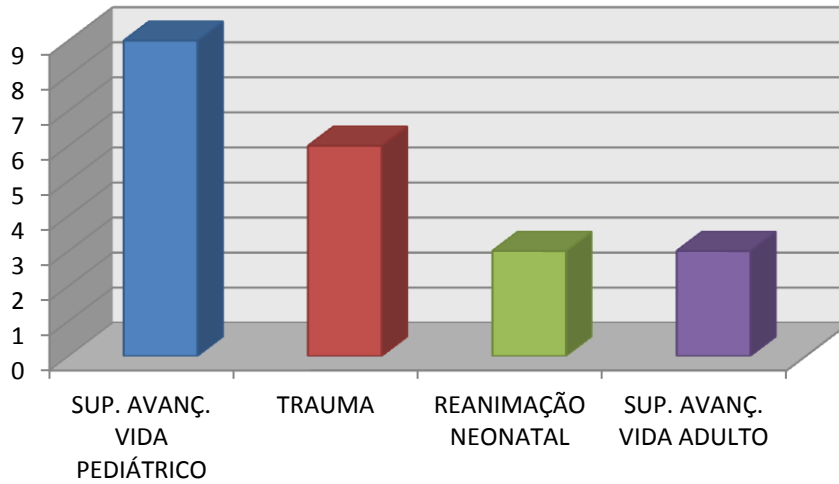


Gráfico 7 - Nº enfermeiros distribuídos por necessidades de formação na área da comunicação

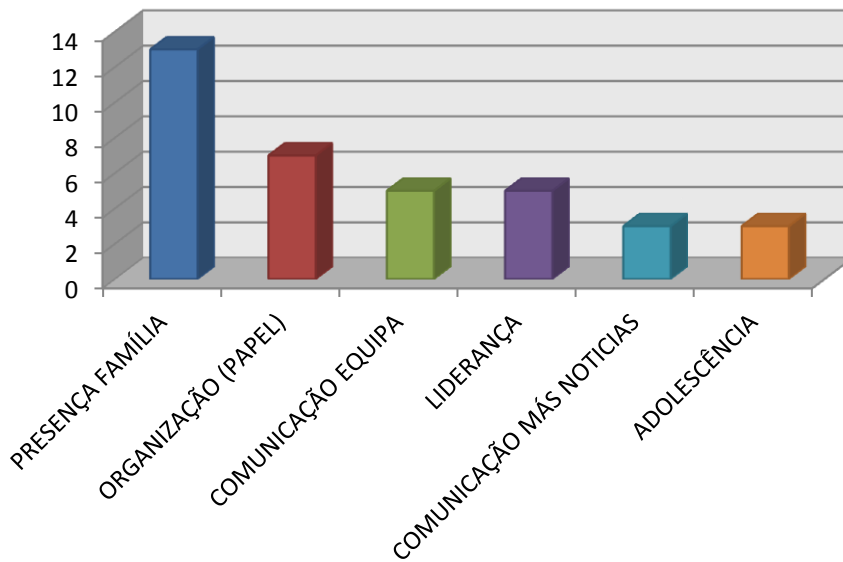
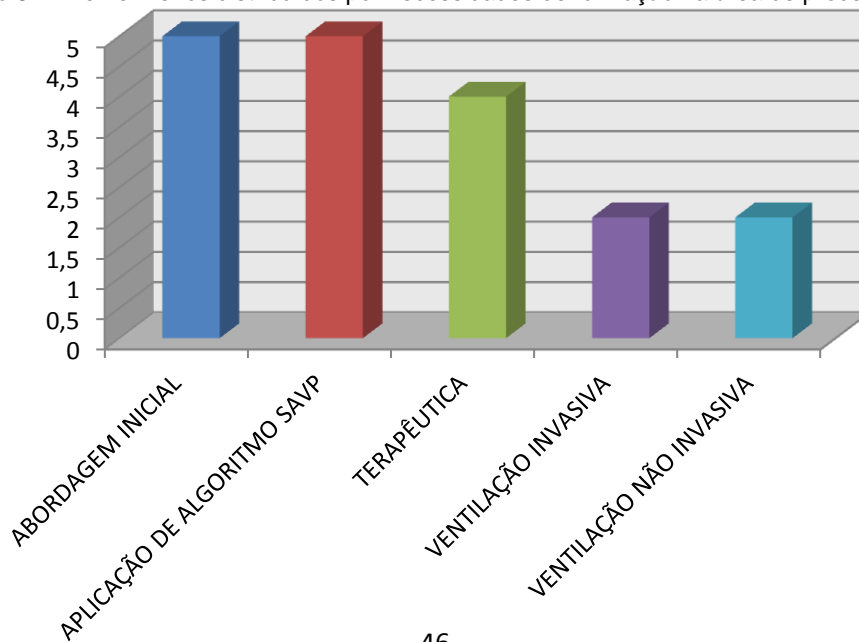


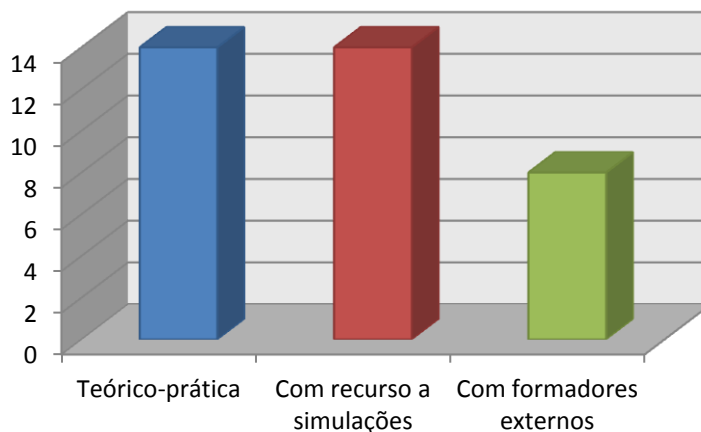
Gráfico 8 - Nº enfermeiros distribuídos por necessidades de formação na área de procedimentos



Relativamente às necessidades de formação por áreas específicas, foi realizada análise de conteúdo, segundo as técnicas de análise de Bardin (2009), do tipo classificatório, foram então inferidas categorias e agrupadas em 3 grupos: Formação, Comunicação e Procedimentos técnicos. As categorias do primeiro grupo incluem o Trauma pediátrico, a Reanimação neonatal, o Suporte Avançado de Vida adulto e o Suporte Avançado de Vida Pediátrico, verificando-se neste último uma maior frequência de respostas, estando o trauma em segundo lugar e com um projeto já iniciado na UUP para dar resposta a essa necessidade. A necessidade de atualização em SAVPED será tida em conta na organização institucional de formação interna, a ser instituída pelo grupo de reanimação do CHS. No grupo relativo a procedimentos técnicos foram inferidas as categorias de ventilação invasiva e não invasiva, procedimentos terapêuticos, aplicação de algoritmo de SAVPED e abordagem inicial. Verifiquei uma maior necessidade na abordagem inicial e aplicação de algoritmo, que se pode relacionar com atualização constante de recomendações emanadas pelo ERC e mais uma vez com as raras situações de emergência em pediatria. Pretendo assim colmatar esta necessidade com formação periódica com as mais recentes recomendações da literatura. Num último grupo relativo à comunicação, foram categorizadas a presença da família, a organização em sala de reanimação (papel dos diversos elementos), a comunicação com a equipa multidisciplinar, a liderança, a comunicação de más notícias e a comunicação com o adolescente. Verifiquei uma maior frequência de respostas na categoria de presença da família, que está de acordo com a mais recente literatura como uma necessidade emergente de criação de protocolos, que apoiem a presença da família em situações de reanimação. Nas últimas recomendações do ERC (2010) preconiza-se a validação junto da família, a vontade de permanecer na sala de emergência. Pretendo dar resposta a esta necessidade com formação apoiada em evidência científica e recurso a profissionais de outras disciplinas, e proceder também a formação sobre comunicação de más notícias. A organização em sala de emergência e a liderança está bem documentada na literatura internacional, e pretendo colocar em prática de acordo com os recursos humanos disponíveis na UUP. A comunicação com a equipa multidisciplinar será posteriormente trabalhada em colaboração com a equipa médica da UUP.

## Metodologias de formação

Gráfico 9 – Seleção dos enfermeiros em relação à metodologia de formação



Quando questionados sobre quais as metodologias de formação que gostariam de fazer, 74% dos enfermeiros optaram pela metodologia teórico-prática e com recurso a simulações periódicas, o que vem reforçar a necessidade de criação do programa de formação com recurso práticas simuladas. Nenhum enfermeiro optou por formação essencialmente teórica. 42% dos enfermeiros responderam que gostariam de ter formadores externos para complementar a formação.

O segundo questionário é composto por quatro questões relativas à presença da família durante situação crítica, foram respondidos e entregues 19 questionários. Duas questões são de resposta aberta, uma semiaberta e outra fechada. As questões abertas e semiaberta foram analisadas de acordo com as técnicas de Bardin (2009) e distribuídas por categorias.

## Presença da família durante situação crítica

Gráfico 10 – Seleção dos enfermeiros sobre presença da família durante situação crítica

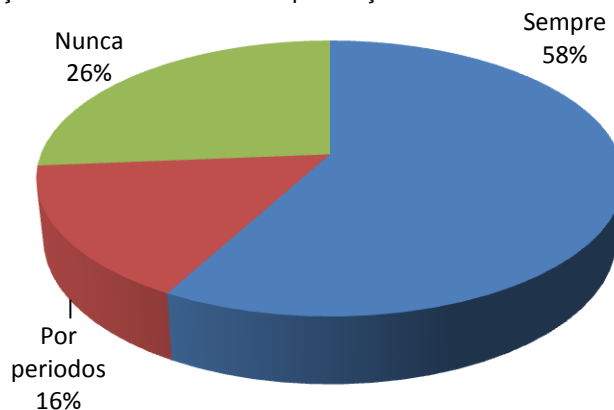


Gráfico 11 – Justificação dos enfermeiros para a família estar sempre presente durante situação crítica

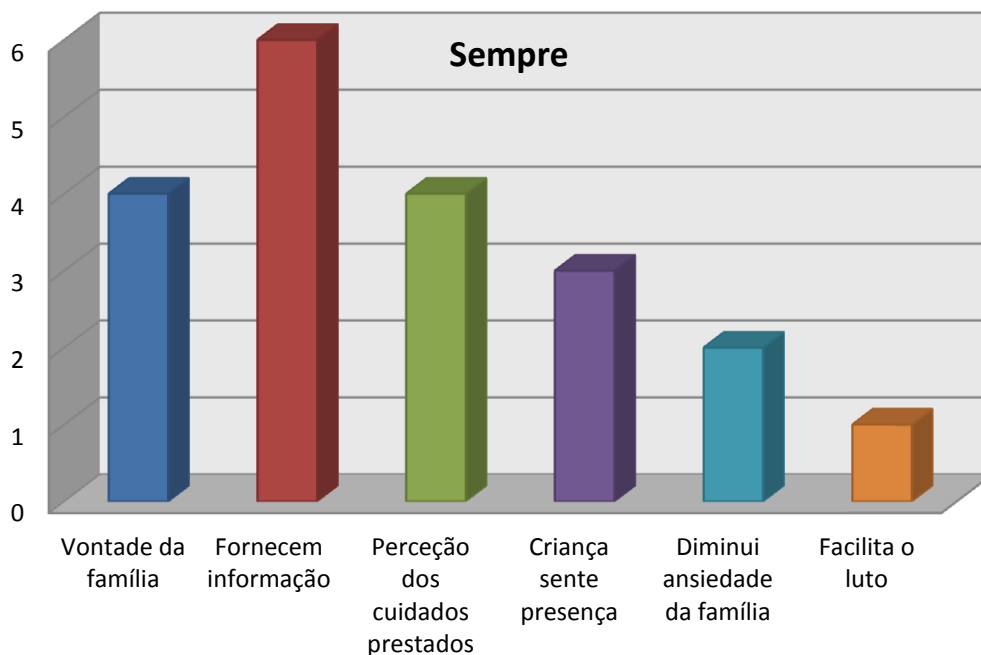


Gráfico 12 – Justificação dos enfermeiros para a família nunca estar presente durante situação crítica

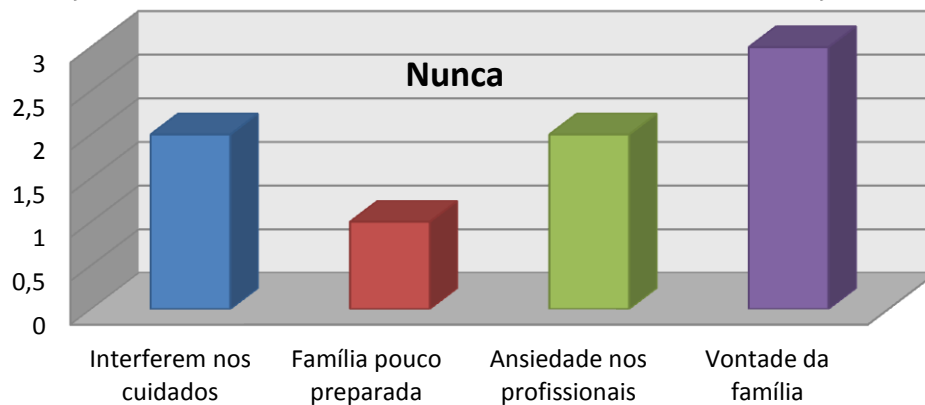
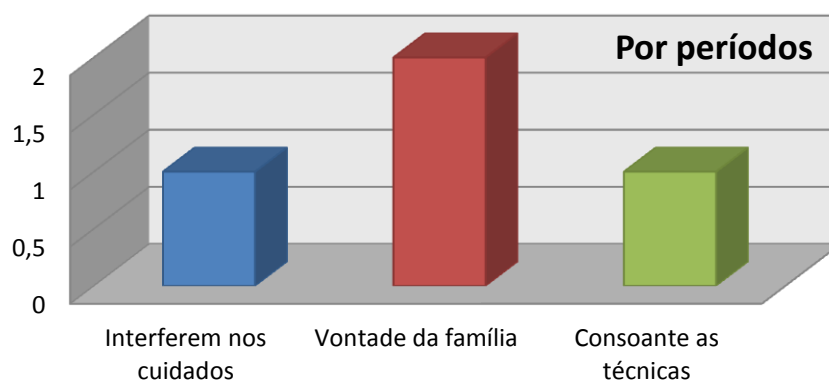


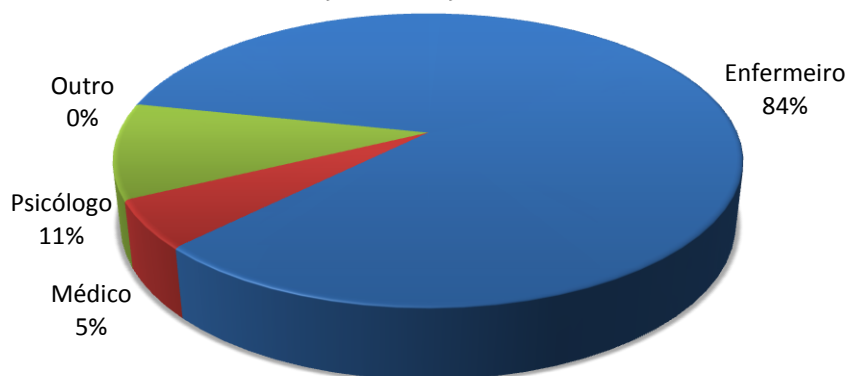
Gráfico 13 – Justificação dos enfermeiros para a família estar presente por períodos durante situação crítica



Quanto à presença da família durante situação crítica, verifico que apenas 58% dos enfermeiros defendem a presença em todas as situações, e que 1/4 dos enfermeiros não está de acordo com a presença da família durante situação crítica. No entanto, após a análise das justificações percebi que os enfermeiros que defendem a ausência da família ou presença por períodos, justificam-no de forma pouco consistente, em que a maioria dos enfermeiros refere que respeitariam a vontade da família. Os resultados encontrados estão de acordo com as vantagens e desvantagens referidas por vários autores (Beckman, et al, 2002; O'Brian, Creamer, Hill e Whelham, 2002; Fein, et al, 2004; Fullbrook et al, 2007; Mian et al, 2007; McClement e Fallis, 2008; Twibell et al, 2008). Encontrei também referido na generalidade das respostas o direito da família à informação, e o receio que a família interfira na prestação de cuidados. Os mesmos estudos referem que os enfermeiros têm receios relativos a implicações legais e interferência negativa que as famílias podem ter no processo de decisão de interrupção de manobras de reanimação, estes resultados não foram encontrados neste trabalho, penso que está relacionado com questões culturais, visto que a maioria dos estudos foram realizados nos EUA e Canadá, países com elevado número de processos criminais contra profissionais de saúde.

### Acompanhamento

Gráfico 14 – Seleção dos enfermeiros em relação ao profissional que deve acompanhar a família da criança em situação crítica.

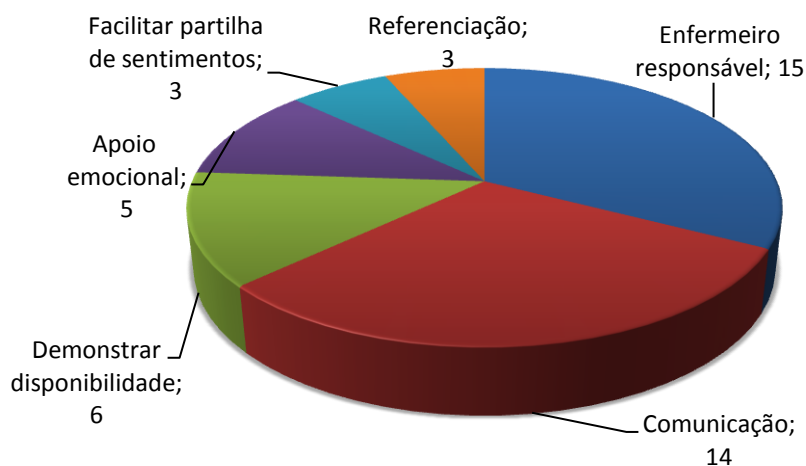


Nesta questão os 84% dos enfermeiros responderam que o acompanhamento da família deveria ser efetuado por enfermeiros, apenas uma pequena percentagem referiu o médico. Existem na literatura referências a auxiliares, assistentes sociais e líderes espirituais para efetuarem o acompanhamento das famílias, no entanto, uma

recente revisão de literatura de Litak (2012) chegou à conclusão que o acompanhamento deverá ser efetuado por um elemento da equipa de emergência (enfermeiro ou médico), que está de acordo com as mais recentes guidelines do ERC (2010). Mian (2007) e Maxton (2008) concluíram que os enfermeiros são os elementos melhor preparados para comunicar com a família, responder a questões, descrever e clarificar procedimentos efetuados e essencialmente confortar. O EESIP fundado nos pilares dos cuidados atraumáticos e cuidados centrados na família é o enfermeiro melhor capacitado para realizar o acompanhamento à família da criança em situação crítica.

### Estratégias de acompanhamento

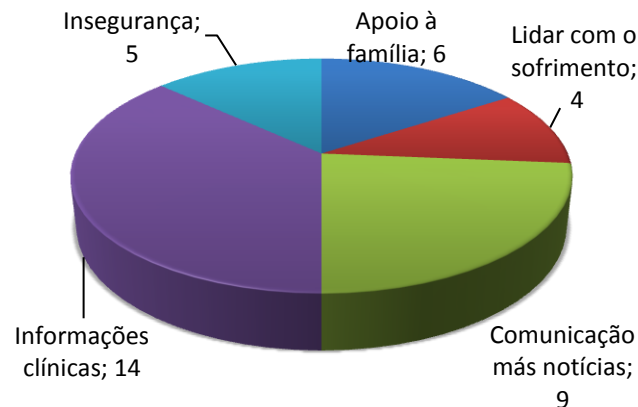
Gráfico 15 – Seleção dos enfermeiros em relação a estratégias de acompanhamento



Ainda relativo ao acompanhamento, os enfermeiros defendem a existência de um enfermeiro responsável para esse papel e de acordo com os recursos humanos, poderá estar ou não na prestação de cuidados. A comunicação também se revelou como uma estratégia importante para o acompanhamento, tendo encontrado referências a comunicação assertiva, clara e concisa e frequente e atualizada. A demonstração de disponibilidade como terceiro grupo de estratégias referido por seis enfermeiros, o apoio emocional e a partilha de sentimentos referidos por uma pequena percentagem de enfermeiros. Verifiquei também a referência à referenciação para outros profissionais, como psicólogos, psiquiatras, líderes espirituais e pediatras, bem como uma referência à equipa de enfermagem comunitária da área de referência da família.

Dificuldades sentidas

Gráfico 16 – Classificação dos enfermeiros em relação a dificuldades perante a família da criança em situação crítica.



Relativamente às dificuldades sentidas pelos enfermeiros perante a família em situação crítica, verifico que a transmissão de informações clínicas (diagnósticos, prognósticos) é referida como dificuldade por 74% dos profissionais, mais especificamente sobre que informações podem ou não transmitir às famílias. Dentro da mesma temática surge a transmissão de más notícias (quem e como fazer?). Foi também abordado o apoio à família, e aqui está incluído o apoio emocional e psicológico, bem como o apoio no luto. Lidar com o sofrimento da família foi referido por quatro enfermeiros. Por último a insegurança, mais especificamente na prestação de cuidados à criança com a família presente. Estas dificuldades sentidas pelos enfermeiros da UUP estão de acordo com as encontradas nos estudos de Mian et al (2007), Meeks (2009) e Twibell et al (2012).

- **Refletir sobre o aspeto do domínio da responsabilidade ética e legal no cuidar de enfermagem à criança em situação crítica**

Para conseguir dar resposta a este objetivo foi necessário realizar uma pesquisa bibliográfica sobre dilemas éticos e legais relacionados com os cuidados de enfermagem à criança e à família em situação crítica. Esta pesquisa permitiu-me identificar os pontos fulcrais a trabalhar para adquirir competências nesta área, como o caso da transmissão de más notícias. Buckman (1992, p.15) define a má notícia como “qualquer noticia que altere drástica e negativamente a vida de uma pessoa ou o seu futuro.” (trad. do autor). Nos cuidados à criança e à família em situação crítica não podemos descurar os quatro princípios éticos. No que respeita ao princípio da

**Autonomia**, em pediatria é importante assegurar que a família seja informada e que compreenda completamente a situação clínica da criança, para ser possível uma tomada de decisão livre e consciente. O princípio da **Beneficência** que implica a oferta de todos os meios disponíveis para diagnóstico e tratamento. O princípio da **Justiça** que além de envolver a manutenção da qualidade de cuidados em conformidade com as leis civis e criminais, deve basear-se no acesso aos cuidados iguais para todos. A **Não-Maleficência** que em cuidados críticos, nomeadamente na paragem cardiorrespiratória, deve ser considerada a continuação de cuidados desde que não prejudique a criança. Ao longo do estágio deparei-me com diversas situações, como uma situação na UCIN,HSFX em que um lactente internado nos cuidados intermédios com patologia cardíaca grave, estava ventilado e extubou-se acidentalmente, entrou numa hipóxia grave e consequente paragem cardiorrespiratória, o pai encontrava-se ausente por momentos, a equipa médica ponderou suspender as manobras de reanimação, mas com sugestão da enfermeira responsável foi decidido manter as manobras até à chegada do pai para uma decisão em parceria, permitindo ao pai estar informado e decidir. O pai foi informado sobre situação clínica e possível prognóstico, em conjunto decidiram manter cuidados, o lactente sobreviveu. Em reflexão com a equipa chegámos à conclusão que foi a melhor opção, pois a criança sobreviveu, não apresentando deterioração do estado neurológico que tinha anteriormente, foram respeitados os princípios éticos na tomada de decisão (A1).

Outros aspetos éticos do suporte de vida pediátrico que são uma preocupação na minha prática, por ainda não ter tido contato com os mesmos, são a dação de órgãos em pediatria e pesquisa e treino durante a reanimação pediátrica. Ao longo dos estágios não tive a oportunidade de presenciar estes aspetos, fiz então pesquisa bibliográfica sobre os assuntos e questioneei os enfermeiros, nomeadamente a equipa da UCIPed por terem uma maior experiência na situação de dação de órgãos, foi-me informado que a família tem que ser abordada com sensibilidade e respeito pela equipa médica, e que o pedido é frequentemente aceite pela justificação de ajudar outra criança, estas informações estão de acordo com os autores Rady, Werheije e McGregor (2010) que reforçam estas práticas e são incluídas nas recomendações do ERC (2010). Relativamente ao treino e pesquisa durante reanimação em pediatria, a literatura reforça o dilema ético e implicações

legais que esta prática tem perante a família (Morag, DeSouza e Steen, 2005). Os mesmos autores referem que os cuidados para conseguir os melhores resultados, devem ser prestados por profissionais experientes, mas colocam em questão a falta de oportunidades para os mais novos, reforçam assim a necessidade de treino com recurso a práticas simuladas.

Outra questão ética que tem sido mais debatida recentemente está relacionada com a presença da família durante a reanimação, que os mais recentes estudos consideram positiva e é recomendação nas orientações do ERC (2010). Mais à frente neste trabalho irei abordar este tema com mais pormenor.

Através da partilha de experiências e vivências da minha prática com os enfermeiros nos diversos locais de estágio, e com os contributos das equipas, foi possível melhorar o processo de tomada de decisão, prestando cuidados personalizados, únicos e individualizados, fundamentado no código deontológico do enfermeiro, respeitado os direitos humanos, com domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A1; A2).

**- Desenvolver competências em liderança e gestão de cuidados de enfermagem**

Na minha prática profissional com chefe de equipa de enfermagem adquiri e desenvolvi competências na área da liderança e gestão de cuidados. A realização dos estágios em diversos contextos permitiu-me partilhar experiências e refletir na minha prática, desenvolvendo competências nesta área. Gestão e liderança são conceitos diferentes, como nos diz Sherring (2012, p.491) citando Bennis e Nannus (1997) “gestores são pessoas que fazem as coisas bem, os líderes fazem o que está certo.” (trad. do autor) Ser líder implica um grande nível de organização, saberes específicos, respeito mútuo e omnipresença, e com estes valores mantemos uma qualidade de cuidados elevada. Apesar de existirem diferentes definições de liderança, ainda não há consenso, Northouse (2007) citado por Sherring (2012) define liderança como um processo, com uma finalidade comum, em que uma pessoa influencia um grupo, com base na utilização de competências e conhecimentos.

O estágio na UCIN,HSFX foi benéfico no sentido em que a minha enfermeira de referência era chefe de equipa, com muitos anos de experiência. Observando a prática de cuidados numa unidade com uma dinâmica diferente da minha realidade, levou-me a uma reflexão sobre as diversas metodologias de liderança e métodos de trabalho. Pude participar ativamente na gestão de cuidados, mais individualizados, pois durante os turnos fiquei responsável por prestar cuidados a RN's, foi possível assim, em ambiente controlado<sup>6</sup>, desenvolver competências em tomada de decisão, otimizando os cuidados (C1.1;C2.2), delegar tarefas e supervisionando, articulando com a equipa multidisciplinar e (C1.2; C2.1).

Foi no estágio da UCIPed que pude desenvolver competências na área da gestão, tive a oportunidade de acompanhar e observar a enfermeira coordenadora da unidade na gestão dos recursos materiais de forma eficiente, promovendo a qualidade dos cuidados (C2.1.6). Foi-me também solicitada participação na distribuição dos enfermeiros pelas crianças internadas, o que facilitou a compreensão do estado de doença das crianças em estado crítico e o desenvolvimento de competências na área da gestão de cuidados (C1.1.2; C1.1.3).

Em termos de organização da gestão e liderança, foi relevante o meu estágio na USFLT, por ser uma unidade criada recentemente, integrei-me na equipa sentindo-me como um elemento da própria unidade, tive a iniciativa de propor ideias de melhoria da qualidade de cuidados, nomeadamente na área da vacinação infantil (C2.2.4), ideias estas que foram aceites. Colaborei também na gestão de recursos materiais, relacionado com o controlo da temperatura dos frigoríficos de medicação, contactei com a empresa fornecedora dos equipamentos de controlo de temperatura (termómetros específicos digitais) e forneceram-me um programa informático, que posteriormente instalei nos computadores da unidade, e que permite realizar uma avaliação constante, incluindo as horas em que a unidade está encerrada, da temperatura dos frigoríficos, identificando alterações rapidamente, minimizando o risco na administração de terapêutica (C2.1.5). Sendo uma unidade de componente comunitária permitiu-me observar e desenvolver habilidades, conhecimentos e estratégias de gestão, na vertente dos cuidados de saúde primários, diferente das metodologias de gestão hospitalar.

---

<sup>6</sup> Diferente da minha realidade em Serviço de Urgência

- **Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e à família nos diversos contextos, com especial enfoque na criança em situação crítica**

Norteados pelos objetivos do 2º ciclo de estudos, aplicando os conhecimentos adquiridos nos 1º e 2º semestre do curso, permiti-me prestar cuidados “centrados na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos cuidados” possibilitando “trabalhar em parceria com a criança e família/pessoa significativa” e como especialista prestar “cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias” (OE 2011, p.8653).

Para a concretização do objetivo supracitado optei por uma observação dirigida e participada dos cuidados, apresento seguidamente as atividades desenvolvidas por campo de estágio, articulando com as competências adquiridas nos diversos contextos.

No contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP) a realização do estágio na **USFLT** superou as minhas expectativas. Apesar de na USF não prestar cuidados a crianças em situação crítica, este estágio permitiu entrar em contato com a população pediátrica que mais frequentemente recorre à UUP, CHS e compreender e conhecer essas crianças em contexto de saúde. Foi possível desenvolver competências na área dos registos de enfermagem em Cuidados de Saúde Primários (CSP), com recurso às novas tecnologias de informação (SAPE<sup>7</sup>) e linguagem CIPE.

Fiquei integrado numa equipa composta por médica e enfermeira de família, pude assim participar nas diversas atividades desenvolvidas. A consulta de saúde infantil é realizada em conjunto pela equipa, prática que considerei positiva, porque implica a utilização da mesma linguagem, impedindo a dualidade de informação. Nessas consultas pude aplicar os conhecimentos sobre crescimento e desenvolvimento infantil, avaliando os diversos estádios, adequando assim a comunicação com a criança, e orientando a família para potenciar o desenvolvimento da criança de acordo com a faixa etária. Avaliei conhecimentos e comportamentos das crianças e família relativos a saúde, facilitando a aquisição de conhecimentos em défice. (E1.1.2; E1.1.5; E1.2.7; E1.2.8; E3.1; E3.3).

---

<sup>7</sup> Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

A 'sala de vacinação' é um gabinete de atendimento de saúde infanto-juvenil, aí pude desenvolver competências na área da vacinação, incluindo situações de crianças vindas de países diversos, com o plano de vacinação incompreensível ou incompleto, e em conjunto com as enfermeiras responsáveis, criar um plano alternativo de vacinação para uma correta proteção e imunidade. Realizei também teste de Guthrie, avaliação do peso em RN, promovi a amamentação explicando aos pais os benefícios do aleitamento materno. Respondi a dúvidas colocadas pelos pais relacionadas com desenvolvimento do RN e processos de doença, explicando aos pais sinais de alarme nos diversos estádios de desenvolvimento que podem implicar a procura de cuidados de saúde, incluindo as situações em que devem ou não recorrer ao serviço de urgência, desmistificando algumas crenças. No decurso destas consultas foi-me solicitada uma apresentação informal para a equipa de enfermagem sobre situações a referenciar à UUP,CHS e cuidados em situações urgentes mais frequentes, foi bem aceite pela equipa, tendo ficado o contato para posteriormente criar um possível protocolo de comunicação entre a USFLT e a UUP;CHS (C1.2; E1.1.10). A enfermeira de referência está responsável pela consulta de adolescentes, verifiquei que mantém uma relação de cumplicidade com as adolescentes de género feminino, combina com elas a ida à USFLT para consulta sobre medidas contraceptivas e doenças sexualmente transmissíveis, mas simula o atendimento como se fossem realizar vacinação, mantendo assim a confidencialidade e permite a manutenção do interesse das adolescentes em manter o contato com a USFLT, tratando-se de uma boa estratégia de negociação com o adolescente. Estas consultas permitiram-me fazer reforço de adoção de comportamentos saudáveis, nomeadamente em questões relacionadas com o consumo de substâncias aditivas e a prática de exercício físico, melhorei a comunicação com o adolescente na expressão de emoções e promoção da autoestima (E1.1.1; E1.1.3; E3.4). São momentos únicos de promoção de estilos de vida saudável.

O estágio na **UCIN,HSFX** foi vivido por mim de forma muito particular, cerca de três meses antes estive como pai numa unidade neonatal, o que me facilitou a compreensão e favoreceu a empatia com as famílias presentes. Este percurso foi realizado apenas na sala de cuidados intensivos, que apesar de serem RN com necessidades de cuidados críticos, são na sua maioria RN saudáveis, que se

encontram nesta unidade por situações decorrentes da prematuridade. Desde cedo fiquei responsável por todos os cuidados ao RN que me era atribuído, foi assim possível estabelecer uma relação com as famílias. De acordo com as normas e protocolos da unidade, foi-me possível avaliar o desenvolvimento da parentalidade de forma consistente e identificar potenciais alterações. Estive responsável durante grande parte do estágio por uma RN com 28s de vida, permitindo adquirir competências nas diversas vertentes, com os conhecimentos sobre competências do RN adquiridos durante o percurso teórico, revisão de literatura e observação das práticas, foi possível implementar estratégias para um desenvolvimento eficaz do RN, concentrar os cuidados para minimizar o stress (E3.2.2). Nesta RN específica as formas habituais de contenção utilizadas não eram suficientes para ficar calma, verifiquei que quando libertava totalmente os membros superiores, a RN ficava mais calma, procedi ao registo e transmissão deste dado e foi mantido pelos colegas com bons resultados na recuperação. Durante maior parte dos turnos a família não estava presente, compreendi depois que se tratava de uma família com carências económicas e não se podiam deslocar frequentemente à unidade, quer por receio de perder o emprego, quer por dificuldades monetárias na aquisição de transporte. No entanto quando os pais estiveram presentes (apenas um turno comigo) percebi que eram pais interessados e pude negociar o envolvimento na prestação cuidados e aceitaram dar banho e mudar a fralda, promovendo o contato físico (E3.2.1; E3.2.4; E3.2.6). Foi possível também esclarecer dúvidas dos pais sobre a amamentação, que foi um momento oportuno para iniciar a adaptação à mama, em conjunto com a enfermeira de referência e de acordo com o protocolo existente na unidade sobre amamentação, encetámos estratégias para uma amamentação eficaz (E3.2.5). Foi possível também aplicar os conhecimentos sobre método canguru, que é promovido por toda a equipa de enfermagem. Durante este estágio tive a oportunidade de melhorar conhecimentos para a prática na área do desenvolvimento do RN, através de um workshop ministrado por Mary Coughlin<sup>8</sup> sobre ‘Cuidados Colaborativos Desenvolvimentistas’, abordando conteúdos como Ambiente Saudável para o RN; Proteção do Sono; Avaliação da Dor e do Stress; Atividades de Vida Diária e Cuidados Centrados na Família, para prestar cuidados apropriados à idade de

---

<sup>8</sup> Enfermeira Norte-americana, responsável pela criação de uma empresa que aposta na melhoria da qualidade, através de cuidados apropriados à idade de desenvolvimento.

Mais informações em <http://www.caringessentials.org/About-Us.html>

desenvolvimento, como medidas de padrão de qualidade. (E1.1.2; E2.2; E2.4; E3.1) Tive também a oportunidade de fazer formação na área da ventilação do RN e Reanimação Neonatal, para melhorar os meus cuidados técnicos ao RN.

Como medidas de controlo de dor verifiquei que são utilizadas por toda a equipa, sempre que vão ser prestados cuidados dolorosos. Inclusivamente são utilizadas medidas de controlo não farmacológicas muito mais frequentemente, como a contenção e contato físico, a administração de sacarose e sucção não nutritiva (E2.2).

Relativamente à formação na UCIN,HSFX, há um excelente programa devido à existência de vários grupos temáticos<sup>9</sup>, no entanto verifiquei que não existe formação na área do cuidar da criança e da família em situação crítica e não existe uma prática de simulações de situações clínicas. Apresentei o meu projeto à Enf<sup>a</sup> chefe que ficou interessada informou que iria tentar criar um grupo para trabalhar essa área, mostrei toda a disponibilidade para auxiliar caso fosse necessário e disponibilizei bibliografia relevante para dar início ao processo.

O estágio na **UUP,HFF** decorreu num curto período de tempo, mas tive a oportunidade de presenciar diversas situações de emergência e prestar cuidados à criança em situação crítica. A unidade está muito bem estruturada em termos de organização em sala de reanimação e trabalho em equipa, especialmente com a equipa médica fixa da unidade<sup>10</sup>, com a equipa rotativa a articulação não é tão eficaz, o que reforça a ideia de manter equipas fixas para melhor coordenação e qualidade. Tive uma situação com uma criança de 11 anos de idade com diagnóstico de epilepsia que deu entrada na sala de reanimação por quadro de mal convulsivo, a coordenação entre a equipa multidisciplinar foi muito positiva, eu integrei a equipa como se fosse profissional da unidade, acompanhei a criança a exames complementares de diagnóstico e executei procedimentos diversos em sintonia com toda a equipa, permitiu-me assim desenvolver competências já adquiridas anteriormente (E2). Verifiquei que existem algumas diferenças de organização entre esta unidade e a unidade onde exerço funções, nomeadamente na triagem de Manchester, utilizada nesta unidade, adquiri competências de utilização desta

---

<sup>9</sup> Grupos na área da dor, amamentação, parentalidade, CIPE/SAPE entre outros.

<sup>10</sup> Funciona de 2<sup>af</sup> a 6<sup>af</sup> das 9h às 14h

metodologia de triagem e do sistema informático em uso. Verifiquei também que existem diferenças nas situações clínicas das crianças internadas em UICD<sup>11</sup>, por exemplo no caso de uma criança diabética em cetoacidose que recorreu à unidade, na UUP,CHS ficaria internada no serviço de urgência até estabilização e posteriormente transferida para internamento de pediatria médica, nesta unidade esta criança foi transferida para a unidade de cuidados intermédios, situação habitual segundo a equipa de enfermagem. Penso que esta diferença está relacionada com os recursos físicos existentes nos diferentes hospitais<sup>12</sup>.

Quando questionei a Enf<sup>a</sup> chefe da UUP,HFF sobre formação na área do cuidar da criança e da família em situação crítica, foi-me informado que existe um programa anual de formação nesta área para o departamento de pediatria, mas é essencialmente teórica, não havendo formação com recurso a práticas simuladas atualmente, existe por vezes equipas de enfermagem que simulam uma situação e discutem sobre os cuidados a prestar para melhorar a eficácia. Não existe no hospital formação transversal em SAVPED. Foi-me também informado que alguns elementos têm realizado formação externa, comportada pelos próprios. No entanto existe uma grande vontade em avançar com formação interna, disponibilizei os meus conhecimentos e bibliografia para iniciarem um programa nesta área.

Escolhi a **UCIPED,HSM** por ser a unidade de referência de cuidados intensivos do CHS, unidade sede do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP) da zona sul, que realizam transporte de crianças com necessidade de cuidados intensivos de hospitais distritais para UCIP's em parceria com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM). Por conhecer os elementos do TIP a integração foi mais fácil.

Nesta unidade deparei-me com situações clínicas mais graves e pude prestar todos os cuidados inerentes, desenvolvendo assim competências na área do cuidar da criança em situação crítica (E2). Por ser uma unidade de receção de crianças vítimas de trauma, foi possível nesta unidade adquirir competências na área dos cuidados à criança vítima de trauma, não de cuidados imediatos (efetuados na Urgência Geral), mas cuidados de continuidade. Prestei cuidados a um adolescente vítima de acidente de mota, com diversas lesões mas estável o que permitiu

---

<sup>11</sup> Unidade de Internamento de Curta Duração

<sup>12</sup> A UCIntermédios encontra-se ao lado da UUP,HFF

organizar o trabalho de forma mais calma que numa situação de emergência. Quando recebemos o adolescente estavam muitos profissionais junto do mesmo a prestar cuidados, aproveitei a oportunidade para tentar perceber o seu estado clínico e fui falar com a família (pais) que se encontravam no exterior da unidade, estabeleci uma relação importante com os pais do adolescente, pude verificar que ficaram mais calmos após explicar todos os procedimentos e estado geral do filho, posteriormente mantive uma excelente relação de confiança com os pais, facilitando o processo de cuidar.

Relativamente a relação com família, foi curiosa uma situação, o lactente anteriormente referido com patologia cardíaca que esteve na UCIN,HSFX, foi internado naquela unidade após ter sido submetido a cirurgia cardíaca, foi o pai que me reconheceu e demonstrou calma por ter encontrado um profissional conhecido, eu fiquei satisfeito pelo reconhecimento e por aquele lactente estar a recuperar bem da sua patologia.

Nesta unidade pude prestar cuidados a crianças em situação crítica, ventiladas e com diversas perfusões endovenosas como apoio terapêutico. Adquirindo novas capacidades de componente técnica. Também a observação do trabalho da equipa de enfermagem para um fim comum foi de grande valor. Foi por mim solicitada a participação em transferências inter-hospitalares de crianças em situação crítica pelo TIP, foi aceite e realizei a transferência de uma criança do serviço de urgência de um hospital privado para a UCIPed do HFF, podendo prestar cuidados em conjunto com a enfermeira e médico da equipa.

Relativamente a formação, a UCIPed, HSM, tem através do departamento de formação, diversas ações para profissionais do serviço e externos, como o Curso de Estabilização Pré-Transporte da Criança Gravemente Doente, formação esta que eu já tinha realizado antes de iniciar os estágios, o que foi bastante produtivo para perceber a dinâmica dos cuidados à criança em situação crítica. Quando questioneei a Enf<sup>a</sup> coordenadora da unidade sobre práticas simuladas, foi-me informado que está previsto em plano de formação o início dessa prática para o mês seguinte (Fevereiro 2012), coordenado por elementos da equipa de enfermagem e médica. Pude então entrar em contato com essa equipa e adquirir contributos válidos para a criação do meu programa de formação.

Em termos gerais foi possível prestar cuidados individualizados em todos os contextos, uns mais relacionados com cuidados em situação crítica outros na área da prevenção da doença e promoção da saúde. Em termos de formação verifiquei que a UUP,HFF e a UCIPed,HSM têm programas de formação na área do cuidar da criança em situação crítica, mas só a UCIPed,HSM refere ter programadas sessões de práticas simuladas.

**- Identificar nos diversos contextos as normas e políticas de apoio à presença da família durante situação crítica.**

Para atingir este objetivo foi realizada análise de normas e protocolos nos diferentes contextos em que passei, as únicas normas que existem são as que dão resposta ao quadro legal do direito que as crianças têm de ter um acompanhante durante o internamento. Não existe em nenhum serviço normas ou orientações que possibilitem ou impossibilitem a presença da família durante situação crítica. De todos os enfermeiros com que contatei nenhum referiu conhecer algum hospital a nível nacional que tenha normas ou políticas referentes à presença da família durante situação crítica. Verifiquei que e a presença da família durante situação crítica nos diversos contextos, depende dos ideais pessoais dos diferentes elementos que compõem a equipa multidisciplinar, tornando assim relevante a criação de normas que apoiem esta prática. Só na UUP,HFF em nenhuma situação a família está presente, questionei porquê, foi-me informado que nunca foi prática desta unidade. Todos os enfermeiros responsáveis pelos locais de estágio demonstraram interesse em iniciar um processo de criação de norma e políticas para a área em questão.

**- Elaborar proposta de formação para o cuidar da criança e da família em situação crítica na UUP,CHS**

Este objetivo foi definido para implementação na Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal. Após pesquisa bibliográfica sobre o tema em questão, metodologias de formação, contributos adquiridos nos diversos campos de estágio e competências profissionais de formação adquiridas em curso de formação de formadores do IEF<sup>13</sup>, foi possível elaborar um programa de formação para o cuidar da criança e família em situação crítica.

---

<sup>13</sup> Instituto do Emprego e Formação Profissional

### **3.3. Competências adquiridas e desenvolvidas no percurso de formação**

O meu percurso enquanto profissional foi desenvolvido na área da enfermagem pediátrica, e especialmente em contexto de urgência/emergência. O desenvolvimento de competências neste contexto é facilitado pela diversidade de situações existentes, combinado com investimento pessoal na procura ativa de conhecimentos e atualização frequente das evidências que permitam a implementação de boas práticas no cuidar da criança e da família enquanto sistema.

Ao longo da minha experiência profissional foi possível desenvolver competências, enquanto enfermeiro de cuidados gerais, aprofundando os diversos domínios, permitindo o crescimento e a procura de melhoria no cuidar. Enquanto chefe de equipa de enfermagem pude adquirir e desenvolver competências no domínio da liderança e gestão dos cuidados. Relativamente à melhoria da qualidade e da responsabilidade profissional, ética e legal, a participação em projetos no âmbito da certificação da qualidade da instituição onde exerço funções e como gestor de risco local na minha unidade, permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências nestes domínios. A experiência como formador institucional e coordenador de formação na área da urgência/emergência contribuiu para a aquisição e desenvolvimento de competências, nomeadamente no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. O percurso de formação, descrito neste relatório, propiciou experiências exclusivas e fundamentais, permitindo adquirir competências e aprofundar outras adquiridas anteriormente, comuns e específicas, com a finalidade de prestar cuidados especializados à criança e à família, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Foi alicerçado nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem publicadas pela Ordem dos Enfermeiros (2001) e nos documentos que regem a profissão (Código Deontológico, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem), que construí o meu percurso formativo e norteie as minhas práticas.

Na fase preparatória do meu percurso foi essencial a revisão de literatura no âmbito do cuidar da criança e da família em situação crítica, que veio reforçar as a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, do “Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal” (A); do “Domínio da melhoria contínua da qualidade” (B); do “Domínio da gestão dos cuidados” (C) e do “Domínio das aprendizagens profissionais” (D). A área temática que me propus trabalhar assenta na competência “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (E2), assim, os estágios realizados nas unidades de cuidados intensivos<sup>14</sup> foram preponderantes para o desenvolvimento das diversas unidades de competência, foi possível identificar as situações de instabilidade hemodinâmica e prestar os cuidados inerentes à manutenção do equilíbrio (E2.1; E2.1.1). As unidades de urgência são muitas vezes o local onde se diagnosticam situações de doença crónica ou incapacitante, os estágios nesses locais permitiram o desenvolvimento de competências nessa área (E2.3; E2.5). A gestão diferenciada da dor (E2.2) foi uma constante e comum a todos os campos de estágio, influenciando positivamente a minha prática de cuidados. A realização do estágio na comunidade permitiu prestar cuidados específicos, respondendo às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.1; E3.2; E3.3), em parceria com a família, na maximização da saúde (E1.1; E1.2).

A conceção do programa de formação foi relevante para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, pela procura da mais recente investigação e evidência de boas práticas, a transmissão de saberes e partilha de conhecimentos com peritos. A continuação deste programa visa a procura da excelência do cuidar da criança e da família em situação crítica, desenvolvendo competências acrescidas ao longo do percurso profissional especializado.

---

<sup>14</sup> UCIN,HSFX e UCIPed,HSM

#### 4. PROGRAMA DE FORMAÇÃO

A formação contínua para enfermeiros é fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados, pois, implica uma validação contínua das competências, não podendo ser apenas teórica, o ensino prático aliado ao pensamento crítico é o ideal para um bom desempenho. O ensino pode ser definido como “uma experiência planeada que provoca mudança de comportamento” (Bullock et al, 2008, p.10). Todos aprendemos com a experiência, mas a formação envolve uma intenção planeada de fornecer estratégias de aplicação dessas experiências para um determinado objetivo.

A Ordem dos Enfermeiros (2002, p.15) refere que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”, tendo como indicador de qualidade, a existência de uma política de formação contínua, para promover o desenvolvimento pessoal e profissional. A formação dos enfermeiros é determinante no atendimento da criança em situação crítica, tal como refere Amaral (2010), pois melhora o planeamento dos cuidados e diminui o risco de erro.

Menoita (2011) refere que a enfermagem é uma profissão essencialmente prática, o desenvolvimento de competências enquadrado numa prática profissional será uma estratégia central para o desenvolvimento da profissão, caso exista fundamentação e intencionalidade no seu desenvolvimento. A OE (2011), no regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista reforça a responsabilidade que o enfermeiro tem como facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.

Um dos objetivos definidos para este percurso formativo era iniciar um programa de formação no âmbito do cuidar da criança e da família em situação crítica na UUP,CHS. O programa de formação “**Cuidar da Criança e da Família em Situação Crítica: Unidade de Urgência Pediátrica**” (Apêndice V) foi apresentado ao Enfº chefe e à Enfª responsável pela formação da UUP,CHS e, que devido a

contingências de recursos estruturais e materiais, ficou decidido que a execução do programa terá início no ano de 2013.

Os objetivos definidos para o programa são:

1. Desenvolver competências no cuidar da criança e da família em situação crítica na sala de emergência da UUP do CHS,EPE, através de práticas simuladas em cenários virtuais.
2. Preparar os enfermeiros da UUP do CHS,EPE para acompanhar a família da criança em situação crítica na sala de emergência.

Pretende-se que os dois objetivos propostos permitam aumentar a autoconfiança dos enfermeiros na prestação de cuidados à criança em situação crítica, bem como, ampliar o nível de conforto dos enfermeiros no apoio à família durante a presença em sala de emergência.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação especializada em enfermagem revela-se como uma ferramenta essencial ao desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, permitindo-lhes ampliar os conhecimentos, desenvolver competências e conduzir a um melhor desempenho das suas atividades, o que se reflete na melhoria da qualidade dos cuidados e satisfação pessoal e profissional.

Enfermeiro Especialista é “o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde” (Regulamento 122/2011, p.8648).

O percurso formativo agora terminado revelou-se de extrema importância para a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, especificamente na área do cuidar da criança e da família em situação crítica. Foram descritas e fundamentadas as atividades desenvolvidas para a aquisição de conhecimentos, desde a pesquisa bibliográfica, à observação e prestação direta de cuidados, refletindo e partilhando experiências.

A identificação de necessidades formativas no local onde desempenho funções foi facilitada pela colaboração dos enfermeiros da UUP,CHS. A elaboração e análise de questionários permitiram o desenvolvimento de competências em metodologias de investigação. Emergiram então necessidades técnicas e de organização, em conjunto com necessidade no âmbito da comunicação com a família da criança em situação crítica, levando à discussão da presença da família durante situação crítica.

A família como sistema sujeita a pressões tanto internas como externas, requer que o enfermeiro esteja capacitado para lidar com essas pressões e dar a melhor resposta no sentido de estabelecer o equilíbrio, sendo a comunicação o fator principal para manter a estabilidade do sistema familiar, habilidades e capacidades que são da competência do enfermeiro especialista.

A partilha de saberes com peritos na área de cuidados críticos durante o curso de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, e o recurso à mais recente evidência científica, foram os fatores determinantes para a aquisição de competências nesta área de cuidados, saberes que pretendo aplicar na prática e partilha-los com recurso a sessões de formação para os enfermeiros da UUP. A criação do programa de formação para a minha unidade foi um desafio, com elevado grau de exigência e algumas limitações, que o interesse e perseverança pessoal aliado a um sentido de missão ajudou a ultrapassar, tornando-o muito gratificante. A formação de enfermeiros em contexto de trabalho é determinante para a melhoria da prestação de cuidados à criança e à família em situação crítica, sendo as práticas simuladas um recurso fundamental para a qualidade dessa formação.

A curto prazo pretende-se alargar o programa de formação a toda a equipa multidisciplinar, facilitando assim a comunicação e a organização de toda a equipa durante uma situação crítica, com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados às crianças e às famílias. A pesquisa efetuada sobre a presença da família durante situação crítica, permite agora partilhar o que foi apreendido, com a visão de poder mudar mentalidades e possibilidade de criar políticas que apoiem esta prática.

Com um sentido de responsabilidade acrescida, pretendo prestar cuidados especializados à criança sã ou doente, trabalhando em parceria com a criança e a família para promover um elevado estado de saúde, marcando a diferença. Com o intuito de ser uma referência na prestação de cuidados de enfermagem à criança e à família.

Como enfermeiro especialista pretendo dar continuidade a um projeto pessoal de desenvolvimento de competências na área da criança e da família em situação crítica, aquisição de novos saberes, e dinamização de atividades de partilha de saberes com os pares.

Como limitações encontradas para a realização deste trabalho, quero realçar o curto espaço temporal disponibilizado para a aquisição e desenvolvimento de competências, e a restrição do número de páginas para a elaboração deste relatório, não permitindo uma demonstração fiel do percurso efetuado.

Este percurso agora finalizado foi marcado também por mudanças relevantes na minha vida pessoal, ter sido pai revelou em mim sentimentos e emoções que melhoraram a minha compreensão e empatia com as famílias das crianças a quem presto cuidados, também as prioridades de vida sofreram mudanças significativas, implicando a duração de realização deste relatório.

Refletindo sobre todo o percurso efetuado, posso concluir que atingi os objetivos inicialmente propostos. Sendo este relatório um documento orientador, dum percurso que agora tem início, considero relevante e sugiro o investimento na realização de estudos mais aprofundados na área dos aspetos éticos relativos à presença da família durante situação crítica e na identificação das necessidades das famílias das crianças em situação crítica.

Pretendo continuar a exercer funções na área pediátrica, agora com outro sentido de responsabilidade profissional, dinamizar momentos formativos de pares para uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.



## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral, J. M. V. (2010). Simulação e ensino-aprendizagem em Pediatria. 1ª Parte: Tópicos essenciais. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Lisboa. Vol.41, nº1 (Janeiro 2010) p.44-50

American Academy of Pediatrics (2006). Policy Statement: Patient and Family-Centered Care and the Role of the Emergency Physician Providing Care to a Child in the Emergency Department. *Pediatrics*. EUA. Vol.118, nº5 (Novembro 2006) p.2242-2244

American Academy of Pediatrics (2007). Policy Statement: Access to Optimal Emergency Care for Children. *Pediatrics*. EUA. Vol.119, nº1 (Janeiro 2007) p.161-164

American Academy of Pediatrics (2007). Policy Statement: Patient Safety in the Pediatric Emergency Care Setting. *Pediatrics*. EUA. Vol.120, nº6 (Dezembro 2007) p.1367-1375

American Academy of Pediatrics (2009). Joint Policy Statement: Guidelines for Care of Children in the Emergency Department. *Pediatrics*. EUA. Vol.124, nº4 (Outubro 2009) p.1233-1243

Assembleia Geral das Nações Unidas. (1989). *A Convenção sobre os Direitos das Crianças*. UNICEF.

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA.

Beckman A, Sloan B, Moore G et al (2002). Should parents be present during emergency procedures on children and who should make that decision? A survey of emergency physicians' and nurses' attitudes *Academy of Emergency Medicine* Vol.9, nº2 (Junho 2008), pp.154-158

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Bertalanffy, L. (2001). *General Systems Theory: Foundations, Development, Applications (Revised edition)*. New York, USA. Braziller. ISBN 0-8076-0453-4

Birkhoff, S. D.; Donner, C. (2010). Enhancing Pediatric Clinical Competency With High-Fidelity Simulation. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. Massachusetts. EUA. Vol.41, nº9 (Maio 2010) p.418-423

Broussard, L.; Myers, R.; Lemoine, J. (2009). Preparing pediatric nurses: The role of simulation-based learning. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. EUA. Vol.32 (Junho 2009) p.4-15

Buckman, R. (1992). How to break bad - news guide for health-care professionals. Gestão de caso - Análise do Conceito. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. (Março de 2003). p.1-9.

Bullock, I.; Davis, M.; Lockey, A.; Mackway-Jones, K. (2008). *Pocket guide to teaching for medical instructors*. Oxford. 2ª Ed. Blackwell publishing. ISBN: 978-1-4051-7569-2

Casey, A. (1995). Partnership nursing: Influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 22, Nº 6 (Dezembro 1995). pp.1058-1062.

Centro Hospitalar de Setúbal (2012). Registo interno sala emergência.

CHKS (2010). *Programa de acreditação internacional para organizações de saúde – Manual de Normas para a Acreditação*. Londres. 3ª Ed. Versão 1 (Abril)

Costa, J. S. (2004). Métodos de prestação de Cuidados. *Revista da Escola Superior de Enfermagem de Viseu*. Viseu. p. 234-251

George, J. B. (2000). Betty Neuman. In J. B. George (coord.). *Teorias de Enfermagem*. 4ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 225 – 240.

Decreto-Lei n.º437/91 de 08 de Novembro (1991). Regime legal da carreira de enfermagem. *Diário da República I Série-A*, nº257 (08/11/1991) 5723-5741.

Decreto-Lei n.º161/96 de 04 de Setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Diário da República I Série*, nº205 (04/09/1996) 2959-2962.

Despacho nº 9871/2010 de 11 de Junho (2010). Alargamento da idade de atendimento pelos serviços de pediatria. *Diário da República II Série*, nº112 (11/06/2010) 32123.

Dias, C. (2011). *Programa de Formação de Enfermeiros na Actuação de Enfermagem à Criança e Sua Família em Situação de Emergência*. Dissertação de mestrado não publicada. Lisboa. Apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Dill, K.; Gance-Cleveland, B. (2005). Family-Centered Care: With You Until the End: Family Presence During Failed Resuscitation. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. Malden. EUA. Vol.10, nº4 (Outubro 2005) p.204-207

Doyle, C.J.; Post, H.; Burney, R. E.; Maino, J.; Keefe, M.; Rhee, K. J. (1987). Family participation during resuscitation: An option. *Annals of Emergency Medicine*. EUA. Vol.16, nº6, pp. 673-675.

Editorial (2008). Most ED nurses lack lifesaving pediatric equipment and training. *ED Nursing*. EUA. Vol.11, nº4 (Fevereiro 2008) p.37-40

Eichhorn D.J, Meyers T.A, Guzzetta C.E, Clarke A.P, Klein J.D, Calvin A.O. (2001) Family Presences during invasive procedures and resuscitation: hearing the voice of the patient. *American Journal of Nursing*, Vol.101, nº5, pp.48-55.

Emergency Nurses Association (1994). Family presence during invasive procedures and Resuscitation in the emergency department. *Position Statement*. ENA.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2013). *Regulamento de Mestrado*. Lisboa: ESEL.

Escola Superior de Enfermagem do Porto (2009). *Da investigação à prática de enfermagem de família*. Porto: Linha de Investigação de Enfermagem de Família da ESEP. ISBN 978-989-96103-2-3

European Resuscitation Council (2010). Guidelines for resuscitation 2010. Acedido em 12-02-2011. Disponível em <https://www.erc.edu/index.php/doclibrary/en/231/1/>

Fein, J. A.; Ganesh, J.; Alpern, E. R. (2004). Medical staff attitudes toward family presence during pediatric procedures. *Pediatric Emergency Care*. Vol.20, nº4. (Abril 2004) pp.224-227.

Forgeron, P. & Martin-Misener, R. (2005). Parent`s intention to use paediatric nurse practitioner services in an emergency department. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.52, nº3 (Julho 2005) p.231-238.

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação – Da concepção à realização*. Lusociência. Loures.

Fulbrook, P.; Latour, J. M.; Albarran, J. W. (2007). Paediatric critical care nurses` attitudes and experiences of parental presence during cardiopulmonary resuscitation: A European survey. *International Journal of Nursing Studies*. Vol.44, nº7 (Setembro 2007) pp.1238-1249.

Hanson C., Strawser D. (1992). Family Presence during Cardiopulmonary resuscitation. Foote Hospital emergency department`s nine-year perspective. *Journal of Emergency Nursing*, Vol.18, pp.104-106.

Hockenberry, Marilyn J. (2011). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª.Ed. Rio de Janeiro: Elsevier. ISBN 85-352-1918-8

Hospital Fernando da Fonseca (2012). *Serviços clínicos do HFF*. Pediatria. Acedido em 28 de Junho de 2012. Disponível em [http://www.hff.min-saude.pt/index.php/conteudo/urgencias\\_39#110](http://www.hff.min-saude.pt/index.php/conteudo/urgencias_39#110)

Instituto Nacional de Estatística (2003). População e condições sociais. *Revista de Estudos Demográficos*. Nº33. Lisboa INE. ISSN 1645-5657

Instituto Nacional de Estatística (2010). *Dados populacionais distrito Setúbal*. Acedido a 2 de Maio de 2011.

Disponível em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_princindic](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_princindic)

Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-79-7

Kaddoura, M. A. (2010). New Graduate Nurses's Perceptions of the Effects of Clinical Simulation on Their Critical Thinking, Learning, and Confidence. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. Massachusetts. EUA. Vol.41, nº11 (Julho 2010) p.506-516

Lei 21/81 de 19 de Agosto (1981). Acompanhamento familiar de criança hospitalizada. *Diário da República I Série*, nº189 (19-08-1981), 2129

Lei 106/2009 de 14 de Setembro (2009). Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. *Diário da República I Série*, nº178 (14-09-2009), 6254-6255

Leopardi, M. T. (1999). Betty Neuman. In *Teoria de Enfermagem: instrumento para a prática*. Florianópolis. Papa-livros. pp.114 – 121.

Lindamood, K. E.; Weinstock, P. (2011). Application of High-fidelity Simulation Training to the Neonatal Resuscitation and Pediatric Advanced Life Support Programs. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. Boston. EUA. Vol.2, nº1 (Março 2011) pp.23-26

Ling, W. L.; Chen, Q.; Yang, Y. N.; Tsui, C. M. (2008). Application of simulation technology in pediatrics nursing teaching. *Macau Journal of Nursing*. Macau. Vol.7, nº2 (Dezembro 2008) pp.38-40

Litak, D. (2012). Parental presence during child resuscitation: a critical review of a research article. *Journal of Perioperative Practice*. North Yorkshire, RU. Vol.22, nº2 (Fevereiro de 2012). pp. 63-66.

Maruiti, M. R.; Galdeano, L. E. (2007). Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paulista Enfermagem*. São Paulo. Brasil. Vol.30, nº1 (Janeiro de 2007) pp.37-43

Maxton, F. J. C. (2008). Parental presence during resuscitation in the PICU: the parents' experience. *Journal of Clinical Nursing*. Maiden, EUA. Vol.17, nº23. (Maio 2008). pp. 3168-3176.

McClement, S.; Fallis, W. (2008). Being Present During the Resuscitation of a Loved One: Family Members' Perspectives. In *Dynamics 2008*. Montreal, Canada. 28-30 Setembro 2008. Acedido em 25 Julho de 2012. Disponível em <http://www.cacn.ca/en/pdfs/7C%20McClement,%20Fallis%20-%20FPDR%20-%20perspectives.pdf>

Meeks, R. (2009). Parental presence in pediatric trauma resuscitation: One hospital's experience. *Pediatric Nursing*. Vol.35, nº6 (Nov./Dez. 2009) pp.376-380.

Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development & progress*. 5ª ed. Philadelphia : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Menoita, E. (2011). *Formação em Serviço: um contributo para o desenvolvimento de competências*. Coimbra: Formasau.

Meyers, T. A.; Eichhorn, D. J.; Guzzetta, C. E.; Clark, A. P.; Klein, J. D.; Taliaferro, E.; Calvin, A. (2000). Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation: The Experience of Family Members, Nurses, and Physicians. *American Journal of Nursing*. Vol.100, nº2. (Fevereiro 2000). pp.32-43,

Mian, P.; Warchal, S.; Whitney, S.; Fitzmaurice, J.; Tancredi, D. (2007). Impact of a multifaceted intervention on nurses' and physicians' attitudes and behaviors toward family presence during resuscitation. *Critical care nurse*. Vol. 27, nº1 (Fevereiro 2007), pp.52-61.

Ministry of Health (1959). *The Welfare of Children in Hospital, Platt Report*. London: Her Majesty's Stationery Office.

Morag, R. M.; DeSouza, S.; Steen, P. A.; et al. (2005). Performing procedures on the newly deceased for teaching purposes: What if we were to ask? *Archives of Internal Medicine*. Vol.165, nº1 (Janeiro 2005) pp.92-96.

Neuman, Betty (1995). *The Neuman Systems Model*. 3rd Edition. Norwalk: Appleton e Lange. 732 p. ISBN 0-8385-6701-0.

O'Brien, M. M.; Creamer, K. M.; Hill, E. E.; Welham, J. (2002). Tolerance of family presence during pediatric cardiopulmonary resuscitation: a snapshot of military and civilian pediatricians, nurses, and residents. *Pediatric Emergency Care*. Vol.18, nº6, (Dezembro 2002) pp. 409-413.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Divulgar, Conselho de Enfermagem OE.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Divulgar, Conselho de enfermagem OE.

Pimentel, A. (2007). A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*. Vol.12, nº2 (Agosto 2007) pp.159-168.

Polit, D. F.; Hungler, B. P. (2001). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Artes Médicas. 3ª Edição. Porto Alegre, Brasil.

Portugal. Alto Comissariado da Saúde. (2009). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*. 2ª ed. Lisboa: ACS, ISBN 978-989-96263-0-0.

Pye, S.; Kane, J.; Jones, A. (2010). Family-Centered Care: Parental Presence During Pediatric Resuscitation: The Use of Simulation Training for Cardiac Intensive Care Nurses. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. Malden. EUA. Vol.15, nº2 (Abril 2010) p.172-175

Redley, B.; Beanland, C. (2004). Revising the Critical Care Family Needs Inventory for the Emergency Department. *Journal of Advanced Nursing*. Clayton, Australia. Vol.45, nº1 (Janeiro 2004) p.95-104

Regulamento Nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República II Série* nº35 (2011-02-18) 8648-8653

Regulamento Nº 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. *Diário da República II Série* nº35 (2011-02-18) 8653-8655

Sherring, S. (2012). Nursing leadership within the NHS: an evolutionary perspective. *British Journal of Nursing*. Londres. Vol. 21, nº8 (Janeiro 2012). pp. 491-494.

Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de doentes críticos, Recomendações*. Lisboa. SPCI.

Sorce, L.; Simone, S.; Madden, M. (2010). Educational preparation and postgraduate training curriculum for pediatric critical care nurse practitioners. *Pediatric Critical Care Medicine*. EUA. Vol.11, nº2 (Março 2010) pp.205-212

Twibell R., Siela D., Riwitis C., Wheatley J., Riegle T., Bousman D., Cable S., Caudil P., Harrigan S., Hollars R., Johnson D. & Neal A (2008) Nurses' Perceptions on Their Self-confidence and the Benefits and Risks of Family Presences During Resuscitation. *American Journal of Critical Care* 17, 101-111.

Vilelas J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Sílabo.

Weinberg, E., & Shah, M. A. (2009). The use of simulation for pediatric training and assessment. *Emergency and Critical Care Medicine*, pp. 1-6.

# **APÊNDICES**



# **APÊNDICE I**

**Quadros de objetivos, atividades e recursos**

## 1º Objetivo Geral

- Identificar as necessidades de formação da equipa de enfermagem da UUP, relacionadas com a prestação de cuidados à criança e à família em situação crítica.

1. Identificar na equipa de enfermagem da UUP, CHS possíveis carências formativas no cuidar da criança e da família em situação crítica		
Atividades	Data e Local	Recursos
<ul style="list-style-type: none"><li>- Aplicação de questionários aos enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal.</li><li>- Análise das respostas aos questionários</li></ul>	<p>3 a 7 Outubro 2011</p> <p>UUP, CHS</p>	<p>Computador e impressora</p> <p>Papel e caneta</p> <p>Enfermeiro Chefe</p> <p>Enfermeiro Especialista</p> <p>Equipa de Enfermagem</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Divulgação dos resultados dos questionários à equipa de enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal</li><li>- Conversas informais com a equipa de enfermagem da Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal, para esclarecimento dos resultados encontrados.</li></ul>	<p>30 de Janeiro a 17 de Fevereiro</p> <p>UUP, CHS</p>	<p>Computador e impressora</p> <p>Projetor multimédia</p> <p>Papel e caneta</p> <p>Enfermeiro Chefe</p> <p>Enfermeiro Especialista</p> <p>Equipa de Enfermagem</p>

## 2º Objetivo Geral

- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, para uma prestação de cuidados globais e especializados no âmbito do cuidar da criança e da família em situação crítica.

1. Conhecer a dinâmica dos contextos clínicos na sua vertente estrutural funcional e organizacional		
Atividades	Data e Local	Recursos
<ul style="list-style-type: none"><li>- Entrevistas não estruturadas aos enfermeiros de referência, Enfermeiros Chefes e aos Enfermeiros Especialistas em SIP.</li><li>- Visita guiada para conhecer estrutura física.</li><li>- Apresentação à equipa multidisciplinar.</li><li>- Consulta de documentos para conhecer os projetos atuais na área do cuidar da criança e da família em situação crítica, nos diversos contextos</li></ul>	<p>UCIN,HSFX 10 a 14 de Out. 2011</p> <p>USFLT 07 a 11 de Nov. 2011</p> <p>UUP,HFF 05 a 09 de Dez. 2011</p> <p>UCIPed,HSM 02 a 06 de Jan. 2012</p>	<p>Papel e caneta</p> <p>Enfermeiro Chefe</p> <p>Enfermeiro Especialista</p> <p>Equipa de Enfermagem</p> <p>Normas e protocolos dos serviços</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Registo das atividades e observações realizadas em diário pessoal de estágio</li></ul>		<p>Computador</p> <p>Papel e caneta</p>

## 2º Objetivo Geral

- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, para uma prestação de cuidados globais e especializados no âmbito do cuidar da criança e da família em situação crítica.

2. Refletir sobre os aspetos do domínio da responsabilidade ética e legal no cuidar de enfermagem à criança e à família em situação crítica.		
Atividades	Data e Local	Recursos
<ul style="list-style-type: none"><li>- Entrevistas não estruturadas aos enfermeiros de referência, Enfermeiros Chefes e aos Enfermeiros Especialistas em SIP.</li><li>- Pesquisa bibliográfica sobre aspetos éticos relacionados com o cuidar da criança e da família em situação crítica.</li><li>- Consulta de normas e documentos relativo a temas relacionados com responsabilidade ética e legal no cuidar nos diversos contextos. (Ex. Dação de órgãos, Ordem de não reanimar)</li><li>- Observação dos enfermeiros na prestação de cuidados</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>UUP,CHS</li><li>UCIN,HSFX 10 a 14 de Out. 2011</li><li>USFLT 07 a 11 de Nov. 2011</li><li>UUP,HFF 05 a 09 de Dez. 2011</li><li>UCIPed,HSM 02 a 06 de Jan. 2012</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Papel e caneta</li><li>Enfermeiro Chefe</li><li>Enfermeiro Especialista</li><li>Equipa de Enfermagem</li><li>Normas e protocolos dos serviços</li><li>Bases de dados científicos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Registo das atividades e observações realizadas em diário pessoal de estágio</li></ul>		<ul style="list-style-type: none"><li>Computador</li><li>Papel e caneta</li></ul>

## 2º Objetivo Geral

- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, para uma prestação de cuidados globais e especializados no âmbito do cuidar da criança e da família em situação crítica.

3.Desenvolver competências em liderança e gestão de cuidados de enfermagem.		
Atividades	Data e Local	Recursos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevistas não estruturadas aos enfermeiros de referência, Enfermeiros Chefes sobre políticas de gestão de cuidados dos serviços</li> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre gestão de cuidados e liderança em enfermagem.</li> <li>- Consulta de documentos relacionados com políticas de gestão de cuidados de enfermagem nos diversos contextos. (Ex. Organização da equipa durante situação crítica)</li> <li>- Observação participada na gestão de cuidados individualizados, e gestão de recursos nos diversos contextos.</li> </ul>	<p>UUP,CHS</p> <p>UCIN,HSFX 10 de Out. a 04 de Nov. 2011</p> <p>USFLT 07 de Nov. a 02 de Dez. 2011</p> <p>UUP,HFF 05 a 16 de Dez. 2011</p> <p>UCIPed,HSM 02 a 27 de Jan. 2012</p>	<p>Papel e caneta</p> <p>Enfermeiro Chefe</p> <p>Enfermeiro Especialista</p> <p>Equipa de Enfermagem</p> <p>Normas e protocolos dos serviços</p> <p>Bases de dados científicos</p> <p>Crianças e famílias</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registo das atividades e observações realizadas em diário pessoal de estágio</li> </ul>		<p>Computador</p> <p>Papel e caneta</p>

## 2º Objetivo Geral

- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, para uma prestação de cuidados globais e especializados no âmbito do cuidar da criança e da família em situação crítica.

4. Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e à família nos diversos contextos, com especial enfoque na criança em situação crítica.		
Atividades	Data e Local	Recursos
- Revisão bibliográfica de referência		Bases de dados científicos Documentos bibliográficos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista com o enfermeiro especialista sobre o papel do EESIP na prestação de cuidados.</li> <li>- Consulta de documentos relacionados com protocolos em vigor nos diversos contextos, para uma boa prática de cuidados.</li> <li>- Observação participada na prestação de cuidados individualizados à criança e à família.</li> <li>- Prestação de cuidados à criança em situação crítica.</li> <li>- Acompanhamento das famílias das crianças em situação crítica.</li> <li>- Realização de registos de enfermagem em suporte próprio (Papel/informático)</li> </ul>	<p>UUP,CHS</p> <p>UCIN,HSFX 10 de Out. a 04 de Nov. 2011</p> <p>USFLT 07 de Nov. a 02 de Dez. 2011</p> <p>UUP,HFF 05 a 16 de Dez. 2011</p> <p>UCIPed,HSM 02 a 27 de Jan. 2012</p>	<p>Enfermeiro Chefe</p> <p>Enfermeiro Especialista</p> <p>Equipa de Enfermagem</p> <p>Normas e protocolos dos serviços</p> <p>Crianças e famílias</p> <p>Processos clínicos</p>
- Registo das atividades e observações realizadas em diário pessoal de estágio		Computador Papel e caneta

### 3º Objetivo Geral

- Iniciar um programa de formação no âmbito do cuidar da criança e da família em situação crítica na UUP do CHS.

1. Identificar nos diversos contextos as normas e políticas de apoio à presença da família durante situação crítica.		
Atividades	Data e Local	Recursos
- Revisão bibliográfica de referência		Bases de dados científicos Documentos bibliográficos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista com o enfermeiro especialista, enfermeiro chefe e equipa multidisciplinar.</li> <li>- Consulta de documentos relacionados com normas e políticas sobre presença da família durante situação crítica.</li> <li>- Observação do papel dos enfermeiros perante a família da criança durante situação crítica.</li> <li>- Observação da dinâmica da equipa multidisciplinar perante criança em situação crítica (Contributos para a criação de práticas simuladas)</li> </ul>	<p>UUP,CHS</p> <p>UCIN,HSFX 10 de Out. a 04 de Nov. 2011</p> <p>UUP,HFF 05 a 16 de Dez. 2011</p> <p>UCIPed,HSM 02 a 27 de Jan. 2012</p>	<p>Enfermeiro Chefe</p> <p>Enfermeiro Especialista</p> <p>Equipa de Enfermagem</p> <p>Equipa Multidisciplinar</p> <p>Normas e protocolos dos serviços</p> <p>Crianças e famílias</p>
- Registo das atividades e observações realizadas em diário pessoal de estágio		<p>Computador</p> <p>Papel e caneta</p>

### 3º Objetivo Geral

- Iniciar um programa de formação no âmbito do cuidar da criança e da família em situação crítica na UUP do CHS.

2. Elaborar proposta de formação para o cuidar da criança e da família em situação crítica na UUP,CHS		
Atividades	Data e Local	Recursos
<p>- Revisão bibliográfica sobre programas de formação no âmbito dos cuidados de enfermagem à criança e à família em situação crítica, com linhas orientadoras de boas práticas baseadas na evidência.</p>		<p>Bases de dados científicos Documentos bibliográficos</p>
<p>- Determinação dos objetivos do programa de formação, das atividades a desenvolver e dos recursos a utilizar;</p> <p>- Elaboração do esquema de implementação, monitorização e avaliação do programa;</p> <p>- Discussão com a equipa de enfermagem sobre os pontos anteriores e esclarecimento da mesma</p>	<p>UUP,CHS 30 de Janeiro a 17 de Fevereiro de 2012</p>	<p>Enfermeiro Chefe Enfermeiro Especialista Equipa de Enfermagem Equipa Multidisciplinar Computador Projetor multimédia Papel e caneta</p>

# **APÊNDICE II**

## **Cronograma de estágio**

II Curso de Mestrado em Enfermagem  
 Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria  
 Helder António de Oliveira Prata - 3626

Anos	2011													2012												
	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro					Fevereiro				Mar			
Meses	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	5			
Dias	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	2	9			
UUP HSB												F é r i a s  N a t a l												Elaboração e Apresentação do Relatório		
UCIN HSB																										
USFLT, Setúbal																										
UUP HFF																										
UCIP HSM																										
UUP HSB																										

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais  
Hospital S. Francisco Xavier

Unidade de Cuidados de Saúde  
Personalizados do Pinhal Novo

Unidade de Urgência Pediátrica  
Hospital Fernando Fonseca

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos  
Hospital de Santa Maria

Unidade de Urgência Pediátrica  
Hospital de S. Bernardo

# **APÊNDICE III**

## **Questionário de Necessidades**

### **1ª Parte**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**QUESTIONÁRIO**

**1ª PARTE**

**Helder Prata**

**LISBOA**

**2011**

## **Caro (a) Colega**

Encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e estou a desenvolver um trabalho de projeto na área do cuidar da criança e da família em situação crítica.

Muito agradecia a sua colaboração na resposta às questões do questionário. As respostas são confidenciais e os dados tratados com toda a privacidade.

Se estiver interessado nos resultados ser-lhe-ão facultados

**Obrigado pela colaboração**

**Hélder Prata**

**Agradeço que leia atentamente as questões e responda a todas**

1. Idade:  anos

2. Sexo:  Masculino  
 Feminino

3. Habilitações Literárias

Bacharelato  
 Licenciatura  
 Mestrado  
 Doutoramento  
 Outro. Qual? \_\_\_\_\_

4. Categoria Profissional?

Enfermeiro generalista  
 Enfermeiro Especialista

5. Tempo de serviço? \_\_\_\_\_

6. Há quanto tempo trabalha no Serviço de Urgência de Pediatria? \_\_\_\_\_

7. Tem formação específica na área do cuidar em situação crítica? Sim  Não

Se sim, qual(ais)? \_\_\_\_\_

8. Gostaria de frequentar formação na área temática em questão? Sim  Não

9. Dentro da temática em questão, que áreas gostaria de ver abordadas?

---

---

---

10. Que tipo de formação, em termos metodológicos, gostaria de fazer?

Teórica  
 Teórico-Prática  
 Com recurso a simulações periódicas  
 Com formadores externos  
 Outro, qual? \_\_\_\_\_

**Grato pela colaboração,  
Helder Prata**



# **APÊNDICE IV**

**Questionário de Necessidades**

**2ª Parte**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**QUESTIONÁRIO**

**2ª PARTE**

**Helder Prata**

**LISBOA**

**2012**

## **Caro (a) Colega**

Encontro-me a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e estou a desenvolver um trabalho de projeto na área do cuidar da criança e da família em situação crítica.

Muito agradecia a sua colaboração na resposta às questões do questionário. As respostas são confidenciais e os dados tratados com toda a privacidade.

Se estiver interessado nos resultados ser-lhe-ão facultados

**Obrigado pela colaboração**

**Hélder Prata**

**Agradeço que leia atentamente as questões e responda a todas**

1. Em sua opinião, a família deverá permanecer junto da criança em situação crítica?

- Sim, sempre
- Por períodos
- Não, nunca

Justifique: \_\_\_\_\_

---

---

2. Durante uma situação crítica, quem deveria fazer o acompanhamento dessas famílias?

- Enfermeiro
- Médico
- Psicólogo
- Outro? \_\_\_\_\_

3. Do seu ponto de vista como deveria ser realizado o acompanhamento à família da criança em situação crítica, para uma melhor qualidade no cuidar? (que estratégias utilizar?)

---

---

---

4. Quando a família está presente durante situação crítica, quais as suas maiores dificuldades?

---

---

---

**Grato pela colaboração,  
Helder Prata**



# **APÊNDICE V**

## **Programa de Formação**





**CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE**

**Hospital de São Bernardo**

**Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão**

**PROGRAMA DE FORMAÇÃO**

**CUIDAR DA CRIANÇA E DA  
FAMÍLIA EM SITUAÇÃO CRÍTICA  
Unidade de Urgência Pediátrica**

**2012**



**SUMÁRIO**

<b>NOTA INTRODUTÓRIA</b>	<b>5</b>
<b>1 – ENQUADRAMENTO</b>	<b>7</b>
<b>2 – ORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2.1 – OBJETIVOS</b>	<b>11</b>
<b>2.2 – DESTINATÁRIOS</b>	<b>12</b>
<b>2.3 – METODOLOGIA</b>	<b>12</b>
<b>2.4 – CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS</b>	<b>13</b>
<b>2.5 – RECURSOS PEDAGÓGICOS</b>	<b>14</b>
<b>3 – AVALIAÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>4 – CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS</b>	<b>17</b>
<b>5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>19</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>21</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>47</b>

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

### **SIGLAS**

CHS	Centro Hospitalar de Setúbal
DR	Diário da República
EPE	Entidade Pública Empresarial
OE	Ordem dos Enfermeiros
SAVPED	Suporte Avançado de Vida Pediátrico
UUP	Unidade de Urgência Pediátrica

### **ABREVIATURAS**

Artº	Artigo
nº	Número

## NOTA INTRODUTÓRIA

O presente programa de formação enquadra-se no plano anual de formação da Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE. A conceção do programa teve início durante a realização de estágios referentes ao 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este trabalho contempla um programa de formação contínua para enfermeiros da UUP do CHS,EPE, no âmbito do cuidar da criança e da família em situação crítica.

A formação contínua para enfermeiros é fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados, pois, implica uma validação contínua das competências, não podendo ser apenas teórica, o ensino prático aliado ao pensamento crítico é o ideal para um bom desempenho. O ensino pode ser definido como “uma experiência planeada que provoca mudança de comportamento” (Bullock et al, 2008, p.10). Todos aprendemos com a experiência, mas a formação envolve uma intenção planeada de fornecer estratégias de aplicação dessas experiências para um determinado objetivo.

Uma das inovações introduzidas na carreira de enfermagem pelo Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro foi a valorização e apoio da formação realizada no local de trabalho. O Art.º. 64º do referido Decreto-Lei reforça que a formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerado como um grupo profissional com um objetivo comum.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2002) refere que “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (p.15), tendo como indicador de qualidade, a existência de uma política de formação contínua, para promover o desenvolvimento pessoal e profissional. A formação dos enfermeiros é determinante no atendimento da criança em situação crítica, tal como refere Amaral (2010), pois melhora o planeamento dos cuidados e diminui o risco de erro.

Para colmatar a falta de formação especializada, deve-se apostar na formação em contexto de trabalho. A formação em contexto de trabalho abrange toda a formação adquirida, através da experiência, no exercício de uma profissão, como refere Menoita (2011). Segundo o mesmo autor a enfermagem é uma profissão essencialmente prática, o desenvolvimento de competências enquadrado numa prática profissional será uma estratégia central para o desenvolvimento da profissão, caso exista fundamentação e intencionalidade no seu desenvolvimento.

A aquisição e retenção de competências práticas em enfermagem é de extrema importância para cuidar com qualidade, a prática regular dessas competências são fatores chave no desenvolvimento da profissão. Como refere Schaik, et al, 2011, a prática simulada é o método ideal para a manutenção das competências adquiridas e permite a formação prática em ambiente seguro.

O presente documento começa com uma abordagem sobre a justificação e o enquadramento do programa de formação. Posteriormente, apresenta a organização do programa que engloba os objetivos, os destinatários, a metodologia a utilizar, os conteúdos programáticos e os recursos pedagógicos. Por fim, os instrumentos de avaliação do programa. Os pontos anteriores permitem a materialização da última parte, que inclui uma abordagem sobre as perspetivas futuras do programa de formação.

## 1 – ENQUADRAMENTO

O atendimento pediátrico em Portugal tem sofrido nas últimas décadas grandes evoluções. A nível físico verificou-se a separação dos serviços de urgência pediátrica dos serviços de urgência de adultos, incluindo a abertura e criação de sistemas triagem específicos para pediatria, personalizando assim os cuidados. Houve uma melhoria da formação dos profissionais, relacionada com o interesse pessoal de cada um, e com a necessidade de formação para a certificação de qualidade das instituições. Verificou-se também a abertura recente de cursos de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria, levando à reflexão sobre a prestação de cuidados de enfermagem à criança e à família, melhorando a qualidade desses mesmos cuidados.

Na Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal, tem-se verificado um aumento da afluência ao longo dos anos: em 2009 foram atendidas 34966 crianças e em 2010 observadas 36539 crianças, ou seja, um aumento de 4,5%. No ano de 2011 verificou-se um aumento de 5,1% (38522 crianças), que se pode relacionar com o alargamento de atendimento até aos 17 anos e 364 dias. A mesma evolução se verificou com a afluência de crianças em situação crítica, cerca de 0,15% de todas as crianças atendidas na UUP, CHS.

As crianças e as famílias em situação crítica são atendidas essencialmente na Sala de Emergência, trata-se de uma sala equipada com material de suporte avançado de vida, com capacidade para receber e manter duas crianças em simultâneo. Algumas crianças são atendidas na sala de tratamentos, por ser um local de fácil acesso e que os pais mais vulgarmente conhecem e para onde se dirigem em situações de socorro. Entre as situações críticas mais frequentes, segundo os registos da UUP, verificam-se as convulsões (com e sem febre), seguidas de trauma e insuficiência respiratória.

Ao longo do meu percurso profissional na Unidade de Urgência Pediátrica, tenho apostado na área dos cuidados à criança e família em situação crítica. Inicialmente no âmbito das alterações fisiológicas e baseadas em algoritmos de atuação, mais recentemente, e após uma reflexão sobre as competências adquiridas, identifiquei diversas áreas onde poderia investir, nomeadamente, a nível do acompanhamento da família da criança em situação crítica e na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à criança e à família.

No âmbito institucional, a formação dos enfermeiros é da responsabilidade do Serviço de Formação, articulando-se com os enfermeiros responsáveis pela formação nos diversos departamentos e serviços. A enfermeira responsável pela formação da UUP elabora anualmente um questionário que faz circular pelos enfermeiros, a fim de identificar as necessidades de formação da unidade, divulgando posteriormente os resultados sobre as necessidades formativas da UUP. Fazendo uma análise desses resultados, verifiquei que nos últimos seis anos tem emergido uma necessidade comum, no âmbito dos cuidados à criança e à família em situação crítica e também de interesse pessoal, relacionada com a inexistência de um programa de formação para os enfermeiros, com recurso a práticas simuladas. Os resultados estão de acordo com a noção empírica adquirida na prática. Tendo por base estes pressupostos, surgiu também a necessidade de formação no âmbito da presença da família durante situação crítica na UUP.

Como formador institucional de Suporte Avançado de Vida Pediátrico (SAVPED)<sup>15</sup>, recorro frequentemente a práticas simuladas em salas de formação. No entanto, verifico falta de realismo das situações, o que está em conformidade com os resultados dos estudos de Broussard, Meyers e Lemoine (2009) e de Birkhoff e Donner (2010). Identifico também como lacuna na formação em SAVPED, a omissão do sistema familiar como elemento integrante na reanimação pediátrica, sendo a família um elemento base na prestação de cuidados à criança.

---

<sup>15</sup> Curso existente no CHS,EPE relativo a situação crítica em pediatria.

Apesar de a UUP ser uma unidade vocacionada para o atendimento pediátrico emergente, verifica-se um baixo número de admissões de crianças em situação crítica (0,15%), o que não proporciona o desenvolvimento da experiência prática e propicia o conseqüente aumento do risco de erro, como também é referido por Kaddoura (2010).

Estudos recentes referem que “prestadores de cuidados agudos pediátricos têm exposição limitada a situações críticas, e não têm as capacidades para as gerir.” (Weinberg e Shah, 2009, p.2). As situações críticas em pediatria são momentos pontuais, assim torna-se pertinente a utilização frequente de práticas simuladas, permitindo a manutenção de competências adquiridas. Num artigo/editorial da revista “ED Nursing” (2008), recomenda-se que os enfermeiros das UUP tenham formação com metodologia de simulação obrigatória para a prestação de cuidados à criança e à família em situação crítica.

Como nos diz Amaral (2010, p.44), “Simular é, como se sabe, imitar ou fingir (...). Tal conceito tem sido aplicado com objetivos educativos em áreas profissionais muito diversas; (...) como (...) o treino dos pilotos (...) utilizando simuladores de voo.” Nas ciências da saúde a utilização destas práticas tem crescido mais lentamente, nas escolas de enfermagem é prática comum a utilização de simulações para procedimentos técnicos, que em muito favorecem a aprendizagem, no entanto, ao longo do percurso profissional, apenas se verifica esta técnica nas formações de suporte de vida (básico e avançado).

Através da metodologia da simulação, um ambiente fictício é criado e permite que os enfermeiros pratiquem em condições realistas, sendo também uma atividade apelativa (Broussard, Meyers e Lemoine, 2009). Uma vantagem adicional é a possibilidade de se cometerem erros e que se transformarão em oportunidades de aprendizagem, garantindo a segurança do doente em situações futuras (Broussard, Meyers e Lemoine, 2009; Amaral, 2010; Birkhoff e Donner, 2010). A simulação permite a aquisição de capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas (Birkhoff e Donner, 2010). Aumenta também o grau de conforto perante as inovações tecnológicas, permitindo em situações reais, focar a atenção no doente e não na tecnologia (Broussard, Meyers e Lemoine, 2009). A formação em pediatria tem vindo

a aumentar de qualidade, devido ao grau de complexidade dos cuidados “exige uma coordenação e colaboração perfeitas entre os membros da equipa multidisciplinar” (Birkhoff e Donner, 2010, p.420) e para melhorar a segurança das crianças e das famílias, a competência dos profissionais e o trabalho em equipa, tem-se constatado que “a aprendizagem baseada em simulações está integrada na prática clínica pediátrica, como uma inovadora estratégia de ensino” (Birkhoff e Donner, 2010, p.419), bem como na educação em enfermagem pediátrica para estudantes e profissionais (Broussard, Myers e Lemoine, 2009). Num estudo de Ling et al (2008) concluiu-se que a formação em enfermagem pediátrica com recurso a simulações, obtém melhores resultados que a educação tradicional teórica, sendo também benéfica para os formadores. Apesar de não substituir a educação tradicional, as práticas simuladas serão, a longo prazo, importantes para uma reforma na educação em enfermagem (Li, 2004 citado por Ling, 2008). Verifica-se que a adoção da simulação como estratégia de aprendizagem, tem sido eficaz para o desenvolvimento do pensamento crítico em enfermagem (Kaddoura, 2010). Também Broussard, Myers e Lemoine (2009) e Lindamood e Weinstock (2011) salientam que a simulação desenvolve o pensamento crítico em enfermagem e aquisição de conhecimentos e capacidades técnicas e comportamentais.

## 2 – ORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA DE FORMAÇÃO

O programa de formação “Cuidar da Criança e da Família em Situação Crítica na UUP do CHS,EPE” foi apresentado ao Enf<sup>o</sup> chefe da UUP, Enf<sup>o</sup> Francisco Vaz, numa fase inicial<sup>16</sup>, tendo sido aceite a sua implementação, foi também acordado com o mesmo que este programa iria ser englobado no plano anual de formação da UUP e a sua execução programada para o ano de 2013.

A execução do programa terá início no final do ano de 2012, com a elaboração de dois questionários<sup>17</sup> (Apêndice I) para avaliação da autoconfiança e nível de conforto perante uma criança em situação crítica e sua família. A avaliação da autoconfiança assenta na prestação de cuidados à criança em situação crítica, mais especificamente relacionada com a identificação da criança gravemente doente, a prevenção da falência cardiorrespiratória e a execução de práticas autónomas e interdependentes para o restabelecimento do equilíbrio hemodinâmico. A avaliação do conforto baseia-se no nível de conforto dos enfermeiros perante a presença da família durante situação crítica, nas áreas do apoio e comunicação com a família da criança em situação crítica. Os questionários anteriormente referidos serão aplicados no final do programa para realização de estudo comparativo.

### 2.1 – OBJETIVOS

Para o programa de formação foram definidos dois objetivos gerais:

1. Desenvolver competências no cuidar da criança e da família em situação crítica na sala de emergência da UUP do CHS,EPE, através de práticas simuladas em cenários virtuais.
2. Preparar os enfermeiros da UUP do CHS,EPE para acompanhar a família da criança em situação crítica na sala de emergência.

---

<sup>16</sup> Apresentada a Identificação das necessidades, os objetivos e o plano de formação

<sup>17</sup> Questionários com base em escala de Likert

Pretende-se que os dois objetivos propostos permitam aumentar a autoconfiança dos enfermeiros na prestação de cuidados à criança em situação crítica, bem como, ampliar o nível de conforto dos enfermeiros no apoio à família durante a presença em sala de emergência.

Serão definidos objetivos específicos para cada sessão a realizar e de acordo com os temas a apresentar.

## **2.2 – DESTINATÁRIOS**

A formação apresentada neste programa destina-se a todos os enfermeiros da Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE.

## **2.3 – METODOLOGIA**

Como metodologia do programa de formação optou-se por realizar sessões de formação mensais, de acordo com o cronograma (Apêndice II), em datas a definir posteriormente, de acordo com a disponibilidade das equipas.

Será desenvolvida uma sessão inicial para todos os enfermeiros da UUP para apresentação do programa de formação.

O método das sessões será expositivo durante a apresentação teórica (briefing) e será o método ativo durante as práticas simuladas em sala de emergência e a discussão final (debriefing).

A utilização da dinamização do grupo como simulação de casos concretos ajuda na aprendizagem e assimilação de técnicas. O planeamento e organização das sessões de formação (Apêndice III) terá dois momentos para cada equipa de enfermagem (quatro formandos). Uma primeira sessão onde será criado um cenário para simulação sem presença da família e uma segunda sessão onde será criado outro cenário com a presença da família. Para simular a presença da família haverá apoio de um grupo de teatro, que vai disponibilizar atores para atuarem como familiares. Durante as sessões práticas será efetuado um registo em vídeo para posterior análise, todos os participantes deverão autorizar a captação de imagens (Apêndice IV). Cada sessão de formação terá a duração de 90 minutos.

No briefing será fornecida informação sobre o cenário para a prática e os objetivos da sessão; a prática será elaborada na sala de emergência da UUP com simulação de casos concretos; no debriefing será efetuada uma análise e reflexão em grupo (*brainstorming*) sobre a prática, tendo em conta os objetivos da sessão.

## 2.4 – CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

### 1ª Sessão (1º semestre de 2013)

- Apresentação dos objetivos da sessão;
- Apresentação do cenário para a prática simulada;
- Prática simulada de um caso concreto sem presença da família;
- Análise, discussão e reflexão sobre a prática;
- Avaliação da sessão;
- Encerramento da sessão.

### 2ª Sessão (2º semestre de 2013)

- Apresentação dos objetivos da sessão;
- Apresentação do cenário para a prática simulada;
- Prática simulada de um caso concreto com presença da família;
- Análise, discussão e reflexão sobre a prática;
- Avaliação da sessão;
- Encerramento da sessão.

## **2.5 – RECURSOS PEDAGÓGICOS**

### **Material audiovisual**

- Projetor multimédia;
- Computador;
- Quadro do tipo “didax”;
- Marcadores;
- Apagador;
- Folhas de papel A4;
- Câmara de vídeo;
- Apresentador multimédia sem fios.

### **Material de apoio**

- Manequim de treino MegaCode Kid<sup>®</sup> (Laerdal) (Apêndice V);
- Equipamento existente na sala de emergência<sup>18</sup>;
- Material de consumo clínico diverso;
- Documentação de registo existente na UUP;

---

<sup>18</sup> Monitores, desfibrilhador, ventiladores, seringa e bomba infusoras, aspirador, laringoscópio e lâminas, carro de emergência

### **3 – AVALIAÇÃO**

Durante as sessões práticas será aplicada uma grelha de observação (Apêndice VI) que contempla as ações a desenvolver durante a sessão, que vão de encontro aos objetivos gerais do programa, será aplicada uma grelha por cada sessão somente ao líder da equipa. Após cada sessão será realizada análise e discussão tendo em conta a grelha de observação, as imagens captadas e a autoavaliação dos formandos, reforçando as boas práticas e aspetos a melhorar.

No final de cada sessão os formandos irão proceder à avaliação da sessão com recurso a folha própria (Anexo I), em uso na nossa instituição.

A avaliação do programa de formação será efetuado no final de 2013 e terá em conta as avaliações individuais dos formandos (por sessão), uma avaliação final do programa pelos formandos (Anexo II) e os resultados do estudo comparativo referentes ao nível de autoconfiança e nível de conforto perante uma criança em situação crítica e sua família.

Os resultados das avaliações intercalares e finais vão permitir a identificação de novas necessidades de formação dentro da equipa, possibilitando a criação de novas ações de formação, podendo alterar o percurso definido inicialmente, sempre com a finalidade de dar resposta às necessidades identificadas e melhorar a qualidade dos cuidados.



## 4 – CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS

O desenvolvimento profissional e pessoal é atualmente revestido de extrema importância, implicando uma atualização constante e metódica dos conhecimentos, com o intuito de valorizar a profissão, otimizar recursos e obter resultados com qualidade, permitindo a consciencialização da prestação de cuidados de forma responsável e competente.

A partilha de saberes com peritos na área de cuidados críticos durante o curso de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, e o recurso à mais recente evidência científica, foram os fatores determinantes para a aquisição de competências nesta área de cuidados. Saberes que pretendo aplicar na prática e partilha-los com recurso a sessões de formação para os enfermeiros da UUP.

A formação de enfermeiros em contexto de trabalho é determinante para a melhoria da prestação de cuidados à criança e à família em situação crítica, sendo as práticas simuladas um recurso fundamental para a qualidade dessa formação.

Existem algumas limitações quando se aborda a formação com recurso a práticas simuladas, tais como, o custo associado à criação e manutenção de centros de simulação, a dificuldade na criação de um ambiente real e na coordenação de horários para a formação. No sentido de minimizar essas limitações, decidi-se implementar este tipo de formação na UUP do CHS, EPE, que está equipada com um manequim de média fidelidade, reduz-se assim o custo por não ser necessária a aquisição de novos equipamentos, relativamente ao ambiente real; foi autorizada a utilização da sala de emergência da UUP e o material necessário à formação<sup>19</sup>; pretende-se ultrapassar a questão da coordenação de horários com a marcação de formação com elementos das mesmas equipas<sup>20</sup> em momentos oportunos e possíveis para as mesmas.

---

<sup>19</sup> Algum material fora de prazo de validade foi sendo guardado ao longo dos anos, permitindo o seu uso em formação, sem aumento dos custos.

<sup>20</sup> Na UUP do CHS,EPE, existem 5 equipas com 4 elementos por cada equipa.

A curto prazo pretende-se alargar o programa de formação a toda a equipa multidisciplinar, facilitando assim a comunicação e a organização de toda a equipa durante uma situação crítica, com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados às crianças e às famílias.

É também minha intenção dar continuidade às sessões de formação com recurso a práticas simuladas, tornando-as prática comum da UUP, com possibilidade de alargamento a todos os serviços do CHS, EPE que atendam crianças (Serviço de Pediatria Médica, Cirúrgica e Neonatologia).

Perspetivo também a realização de um trabalho com base nos resultados obtidos neste programa, articulado com o grupo de trabalho da qualidade dos cuidados de enfermagem do CHS,EPE, tentando criar indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem em urgência pediátrica e, posteriormente, proceder à sua divulgação, permitindo a partilha de experiências com os pares, contribuindo para a visibilidade dos cuidados de enfermagem e consequentes ganhos em saúde.

No mesmo espaço temporal estão já programadas e incluídas no plano anual sessões de formação, em conjunto com outros colegas da UUP, relacionadas com o atendimento de enfermagem à criança em serviço de urgência, nomeadamente em situações de trauma, procedimentos técnicos, trabalho em equipa, organização da equipa em situações de emergência, transporte da criança gravemente doente, entre outros a definir posteriormente, incluindo a formação obrigatória anual em SAVPED. Ações de formação que contribuirão para sessões de prática simulada de elevada qualidade.

A construção deste programa foi morosa, mas gratificante, permitindo o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, que foram sendo adquiridas com recurso a literatura, formação específica e contacto com profissionais de excelência na área da gestão da formação.

## 5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, João M. V. (2010) – Simulação e ensino-aprendizagem em Pediatria. 1ª Parte: Tópicos essenciais. **Acta Pediátrica Portuguesa**. Lisboa. Vol.41, nº1 (Janeiro 2010) p.44-50

BENNER, P. (2001). **De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Coimbra: Quarteto.

BIRKHOFF, Susan D.; DONNER, Carol (2010) – Enhancing Pediatric Clinical Competency With High-Fidelity Simulation. **The Journal of Continuing Education in Nursing**. Massachusetts. EUA. Vol.41, nº9 (Maio 2010) p.418-423

BROUSSARD, Lisa; MYERS, Rachel; LEMOINE, Jennifer (2009) – Preparing pediatric nurses: The role of simulation-based learning. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**. EUA. Vol.32 (Junho 2009) p.4-15

BULLOCK, Ian; DAVIS, Mike; LOCKEY, Andrew; MACKWAY-JONES, Kevin (2008) – **Pocket guide to teaching for medical instructors**. Oxford. 2ª Ed. Blackwell publishing. ISBN: 978-1-4051-7569-2

CHKS (2010) – **Programa de acreditação internacional para organizações de saúde – Manual de Normas para a Acreditação**. Londres. 3ª Ed. Versão 1 (Abril)

DECRETO-LEI n.º437/91. **D.R I Série**. 257 (08/11/1991) 5723-5741

DECRETO-LEI n.º161/96. **D.R I Série**. 205 (04/09/1996) 2959-2962 (REPE)

DILL, Kimberly; GANCE-CLEVELAND, Bonnie (2005) – Family-Centered Care: With You Until the End: Family Presence During Failed Resuscitation. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**. Malden. EUA. Vol.10, nº4 (Outubro 2005) p.204-207

EDITORIAL (2008) – Most ED nurses lack lifesaving pediatric equipment and training. **ED Nursing**. EUA. Vol.11, nº4 (Fevereiro 2008) p.37-40

FORTIN, Marie-Fabienne (2003) - **O processo de investigação – Da concepção à realização**. Lusociência. Loures.

HOCKENBERRY, Marilyn J. (2011) – **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7ª.Ed. Rio de Janeiro: Elsevier. ISBN 85-352-1918-8

KADDOURA, Mahmoud A. (2010) – New Graduate Nurses' Perceptions of the Effects of Clinical Simulation on Their Critical Thinking, Learning, and Confidence. **The Journal of Continuing Education in Nursing**. Massachusetts. EUA. Vol.41, nº11 (Julho 2010) p.506-516

LINDAMOOD, Kristen E.; WEINSTOCK, Peter (2011) – Application of High-fidelity Simulation Training to the Neonatal Resuscitation and Pediatric Advanced Life Support Programs. **Newborn & Infant Nursing Reviews**. Boston. EUA. Vol.2, nº1 (Março 2011) p.23-26

LING, Wen Li; CHEN, Qin; YANG, Yu nan; TSUI, Chi man (2008) – Application of simulation technology in pediatrics nursing teaching. **Macau Journal of Nursing**. Macau. Vol.7, nº2 (Dezembro 2008) p.38-40

MENOITA, E. (2011). **Formação em Serviço: um contributo para o desenvolvimento de competências**. Coimbra: Formasau.

NEUMAN, Betty – **The Neuman Systems Model**. 3<sup>rd</sup> Edition. Norwalk: Appleton e Lange, 1995. 732 p. ISBN 0-8385-6701-0.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos. **DIVULGAR**. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, Setembro.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P. (2001) – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Artes Médicas. 3<sup>a</sup> Edição. Porto Alegre, Brasil.

PYE, Sherry; KANE, Janie; JONES, Amber (2010) – Family-Centered Care: Parental Presence During Pediatric Resuscitation: The Use of Simulation Training for Cardiac Intensive Care Nurses. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**. Malden. EUA. Vol.15, nº2 (Abril 2010) p.172-175

SCHAIK, S.M. (2011) – Interprofessional team training in pediatric resuscitation: A low-cost, in situ simulation program that enhances self-efficacy among participants. **Clinical Pediatrics**. San Francisco. EUA. Vol.50, nº9 (Setembro 2011) p.807-815.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS (2008) – **Transporte de doentes críticos, Recomendações**. Lisboa. SPCI.

WEINBERG, E., & SHAH, M. A. (2009). The use of simulation for pediatric training and assessment. **Emergency and Critical Care Medicine**, pp. 1-6.

# APÊNDICES



# **APÊNDICE I**

Questionários de Avaliação de autoconfiança (1) e nível de conforto (2)



**CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE**  
**UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA**

**QUESTIONÁRIO**

**Enfº Helder Prata**

**SETÚBAL**  
**2012**

## **Caro (a) Colega**

Encontro-me a implementar um projeto na área do cuidar da criança e da família em situação crítica, e estou a desenvolver um programa de formação para a Unidade de Urgência Pediátrica.

Muito agradeço a sua colaboração na resposta às questões do questionário. As respostas são confidenciais e os dados tratados com toda a privacidade.

Se estiver interessado nos resultados ser-lhe-ão facultados.

Obrigado pela atenção dispensada

Enf<sup>o</sup> Helder Prata

Classifique as seguintes funções tendo em conta do seu nível de confiança na execução das mesmas. Utilize a escala entre 1 (Baixo nível de confiança) e 5 (Elevado nível de confiança)

1 – Determinar o peso de uma criança.

1	2	3	4	5

2 – Realizar a abordagem inicial numa criança instável.

1	2	3	4	5

3 – Distinguir as diferenças entre a via aérea de uma criança e a de um adulto.

1	2	3	4	5

4 – Escolher o equipamento de via aérea apropriado consoante tamanho e idade da criança.

1	2	3	4	5

5 – Reconhecer insuficiência respiratória na criança.

1	2	3	4	5

6 – Executar corretamente ventilação com máscara e insulador manual de balão.

1	2	3	4	5

7 – Reconhecer sinais e sintomas de choque na criança.

1	2	3	4	5

8 – Administrar a dose correta de fluidos EV no choque.

1	2	3	4	5

9 – Colocar uma via intraóssea.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10 – Prestar cuidados a uma criança em paragem cardiorrespiratória.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11 – Conhecer as técnicas de desfibrilhação em pediatria.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12 – Confirmação da dose correta de medicação EV prescrita.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13 – Reconhecer a criança gravemente doente.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14 – Identificar as arritmias cardíacas que implicam risco vital para a criança.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15 – Reconhecer o momento de iniciar compressões cardíacas externas.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

OBRIGADO

**CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE**  
**UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA**

**QUESTIONÁRIO**

**Enfº Helder Prata**

**SETÚBAL**  
**2012**

## **Caro (a) Colega**

Encontro-me a implementar um projeto na área do cuidar da criança e da família em situação crítica, e estou a desenvolver um programa de formação para a Unidade de Urgência Pediátrica.

Muito agradecia a sua colaboração na resposta às questões do questionário. As respostas são confidenciais e os dados tratados com toda a privacidade.

Se estiver interessado nos resultados ser-lhe-ão facultados.

Obrigado pela atenção dispensada

Enf<sup>o</sup> Helder Prata

Classifique as seguintes afirmações tendo em conta do seu nível de conforto. Utilize a escala entre 1 (Pouco confortável) e 5 (Muito confortável)

1 – Presença da família durante a prestação de cuidados à criança em situação crítica.

1	2	3	4	5

2 – Explicação de procedimentos à família durante situação crítica.

1	2	3	4	5

3 – Responder a questões da família durante situação crítica.

1	2	3	4	5

4 – Inclusão da família nas decisões (Ex. Parar manobras de reanimação).

1	2	3	4	5

5 – Transmissão de más notícias à família.

1	2	3	4	5

6 – Encaminhamento/contato com outras áreas de conhecimento (Psiquiatria, Psicologia, Líder espiritual, etc.).

1	2	3	4	5

7 – Mobilização de recursos humanos (AO, Vigilante, administrativa, etc) para auxiliar no apoio à família.

1	2	3	4	5

OBRIGADO



# **APÊNDICE II**

Cronograma de formação

**Unidade de Urgência Pediátrica  
Cronograma de Formação 2013  
Cuidar da Criança e da Família em Situação Crítica**

	2012		2013																																						
	DEZ		JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		JUN		JUL		AGO		SET		OUT		NOV		DEZ																
	1ºQ	2ºQ	1ºQ	2ºQ	1ºQ	2ºQ	1ºQ	2ºQ	1ºQ	2ºQ	1ºQ	2ºQ	1ºQ	2ºQ	1ºQ	2ºQ	1ºQ	2ºQ	1ºQ	2ºQ	1ºQ	2ºQ	1ºQ	2ºQ	1ºQ	2ºQ															
<b>A</b>				1									Período de Férias												2																
<b>B</b>					1																												2								
<b>C</b>							1																											2							
<b>D</b>									1																											2					
<b>E</b>											1																										2				

- Equipa A      1 – Prática simulada sem presença da família
- Equipa B      2 – Prática simulada com presença da família
- Equipa C       Apresentação do programa e aplicação de questionários
- Equipa D       Apresentação dos resultados e aplicação de questionários
- Equipa E

## **APÊNDICE III**

Plano de Sessão 1 (Sem presença da família)

Plano de Sessão 2 (Com presença da família)

## Sessão nº1

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Equipa \_\_\_\_\_

## Sem presença da família

Tempo	Conteúdos	Tipo	Metodologia	Recursos
10'	Apresentação Briefing e objetivos Esclarecimento de dúvidas	T	Expositivo Interrogativo Ativo	Projektor multimédia e PC Quadro "didax", Marcadores e Apagador Folhas de papel A4 e Apresentador sem fios
20'	Apresentação do caso Prática simulada	P		Câmara de vídeo Manequim de treino Equipamento da sala de emergência Material de consumo clínico Documentação de registo da UUP
10'	Debriefing Visualização de vídeo	T		Imagens captadas Computador
5'	Pausa			
20'	Apresentação do caso Prática simulada	P	Expositivo Interrogativo Ativo	Câmara de vídeo Manequim de treino Equipamento da sala de emergência Material de consumo clínico Documentação de registo da UUP
10'	Debriefing Visualização de vídeo	T		Imagens captadas Computador
15'	Análise e discussão Avaliação Encerramento	T		Projektor multimédia e PC Quadro "didax", Marcadores e Apagador Folhas de papel A4 e Apresentador sem fios

## Sessão nº2

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Equipa \_\_\_\_\_

## Com presença da família

Tempo	Conteúdos	Tipo	Metodologia	Recursos
10'	Apresentação Briefing e objetivos Esclarecimento de dúvidas	T	Expositivo Interrogativo Ativo	Projetor multimédia e PC Quadro "didax", Marcadores e Apagador Folhas de papel A4 e Apresentador sem fios
20'	Apresentação do caso Prática simulada	P		Câmara de vídeo Manequim de treino Equipamento da sala de emergência Material de consumo clínico Documentação de registo da UUP Atores grupo de teatro
10'	Debriefing Visualização de vídeo	T		Imagens captadas Computador
5'	Pausa			
20'	Apresentação do caso Prática simulada	P	Expositivo Interrogativo Ativo	Câmara de vídeo Manequim de treino Equipamento da sala de emergência Material de consumo clínico Documentação de registo da UUP Atores grupo de teatro
10'	Debriefing Visualização de vídeo	T		Imagens captadas Computador
15'	Análise e discussão Avaliação Encerramento	T		Projetor multimédia e PC Quadro "didax", Marcadores e Apagador Folhas de papel A4 e Apresentador sem fios



## **APÊNDICE IV**

Autorização para captação de  
imagens

## DECLARAÇÃO

Eu,

\_\_\_\_\_,'

enfermeira(o) da Unidade de Urgência Pediátrica do CHS,EPE com o N<sup>o</sup>Mec. \_\_\_\_\_. Venho, por este meio, autorizar a captação de imagens em formato de vídeo durante as práticas simuladas decorrentes do programa de formação “Cuidar da Criança e da Família em Situação Crítica na UUP, CHS, EPE”, e posterior divulgação interna, carecendo de nova autorização para divulgação externa.

\_\_\_\_\_

(Enfermeira(o))

# **APÊNDICE V**

Caracterização do Manequim de  
treino

O MegaCode Kid<sup>®</sup> da Laerdal é um manequim de treino de média fidelidade, e adequado ao treino de cuidados de emergência de um modo realístico, em seguida apresentam-se algumas características do produto.

### Características

- Via aérea realista (pediátrica) para inserção de adjuvantes da via aérea.
- Extensa biblioteca de variantes de ritmo, para interpretações ECG usando monitores clínicos.
- Possibilidade de inserção da agulha intraóssea no maléolo medial e tuberosidade da tíbia
- Administração de drogas por via intravenosa através de bólus ou perfusão usando o braço pediátrico de infusão EV
- Permite a auscultação do coração normal e anormal, respiração e sons intestinais
- Sons vocais para aumento do realismo dos cenários.
- Cenários pré-programados e controlado por instrutor.
- Módulo de Trauma disponível para adicionar lesões traumáticas e cicatrizes de abuso de crianças para o cenário de formação (Não existente na UUP, posterior aquisição)

### Benefícios

- Pedagogicamente eficaz para treino de Suporte avançado de vida pediátrico.
- Os cenários disponíveis oferecem treino padronizado enquanto cenários personalizados e com possibilidade de controlo em tempo real pelo instrutor, permitindo a adaptação a necessidades individuais do formando.
- Durável, robusto e realista; feito para suportar anos de uso.



## **APÊNDICE VI**

Grelha de observação da prática ao líder da  
equipa

Sessão 1

Sessão 2

**Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.**  
 Hospital de São Bernardo  
 Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão

## GRELHA DE OBSERVAÇÃO DA PRÁTICA SESSÃO 1 e 2

Nome \_\_\_\_\_ Equipa \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Inferências	S	N	NO
Garante /assegura condições de segurança (EPI)			
Atribui funções aos membros da equipa			
Orienta a avaliação ABCDE e sinais vitais (abordagem inicial)			
Determina corretamente o peso da criança			
Seleciona o equipamento adequado ao peso/idade da criança			
Executa/orienta as manobras de SBV com qualidade (segue algoritmo)			
Coloca corretamente via IO			
Orienta a administração correta (dose e via) de medicação			
Identifica corretamente os ritmos cardíacos (Mais comuns em pediatria)			
Orienta/executa algoritmo de SAVPED corretamente			
Identifica a causa da falência hemodinâmica da criança			
Usa comunicação eficaz durante todo o tempo			
OBSERVAÇÕES			

Observador \_\_\_\_\_

Observado \_\_\_\_\_

**Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.**

Hospital de São Bernardo

Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão

## GRELHA DE OBSERVAÇÃO DA PRÁTICA

### SESSÃO 2

Nome \_\_\_\_\_ Equipa \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Inferências	S	N	NO
Identifica os familiares da criança			
Identifica-se perante a família da criança			
Fornece informação clara e concisa sobre a situação inicial da criança			
Possibilita a presença da família durante situação crítica			
Fornece alternativas de espaços disponíveis para a família			
Permite a inclusão da família nas decisões			
Respeita as decisões da família			
Informa a família frequentemente sobre situação e ações desenvolvidas			
Responde às questões da família de forma correta			
Resolve os problemas com calma e assertividade			
Comunica com a família com discurso claro, conciso e com respeito			
Respeita os princípios éticos da profissão			
OBSERVAÇÕES			

Observador \_\_\_\_\_

Observado \_\_\_\_\_



# **ANEXO I**

Avaliação da sessão



### FICHA DE AVALIAÇÃO PELO FORMANDO

1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO			
Designação Curso Ação: _____			
Modalidade de Formação (assinale com X):	Inicial <input type="checkbox"/>	Contínua <input type="checkbox"/>	Em Serviço <input type="checkbox"/>
Outra _____			
POPH Candidatura n.º:	Tipologia n.º	Curso n.º:	/ Ação n.º
Data: ____/____/____			

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO			
1 - Insuficiente	2 - Suficiente	3 - Bom	4 - Muito Bom

Considerando a escala de classificação indicada, efetue a sua apreciação relativa a cada um dos pontos a seguir discriminados na presente ficha.

2. PROGRAMA DA AÇÃO					
Parâmetros	1	2	3	4	<i>(assinale com X)</i>
Objetivos da ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conteúdos da ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Estrutura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilidade do tema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cumprimento do horário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. FUNCIONAMENTO DA AÇÃO					
Parâmetros	1	2	3	4	<i>(assinale com X)</i>
Instalações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Equipamentos e Meios Audiovisuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Documentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. APRECIÇÃO GLOBAL DA AÇÃO									
- Considera que a ação de formação terá impacto positivo no nível do seu desempenho?	<i>(assinale com X)</i>								
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	- Se sim, de que forma? _____								
_____									
_____									
- Na globalidade, de que forma qualifica a formação realizada?	<i>(assinale com X)</i>								
<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">1</td> <td style="padding: 5px;">2</td> <td style="padding: 5px;">3</td> <td style="padding: 5px;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1	2	3	4						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Pontos Fortes	Oportunidades de Melhoria
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
4. _____	4. _____

- Sugestões/Observações


5. INTERVENÇÃO DO(S) FORMADOR(ES)		(avaliar com X)			
<b>1. Domínio dos temas e conteúdos abordados</b>		1	2	3	4
Nomes	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
<b>2. Clareza da linguagem utilizada</b>		1	2	3	4
Nomes	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
<b>3. Capacidade para esclarecimento de dúvidas</b>		1	2	3	4
Nomes	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
<b>4. Capacidade de motivação/relacionamento com os formandos</b>		1	2	3	4
Nomes	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
<b>5. Utilização de meios didáticos ( Powerpoint, videos, filmes ...)</b>		1	2	3	4
Nomes	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
<b>6. Cumprimento de Horários</b>		1	2	3	4
Nomes	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
<b>Observações:</b>					

NOME (facultativo): \_\_\_\_\_

Muito Obrigada pela Sua Colaboração!

# **ANEXO II**

Avaliação final

## FICHA DE AVALIAÇÃO PELO FORMANDO

1. IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO			
Designação Curso Ação: _____			
Modalidade de Formação (assinalar com X):	Inicial <input type="checkbox"/>	Continua <input type="checkbox"/>	Em Serviço <input type="checkbox"/> Outra _____
POPH Candidatura n.º: _____	Tipologia n.º <input type="text"/>	Curso n.º: _____	/Ação n.º _____
Data: ____/____/____			

ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO			
1 - Insuficiente	2 - Suficiente	3 - Bom	4 - Muito Bom

Considerando a escala de classificação indicada, efetue a sua apreciação relativa a cada um dos pontos a seguir discriminados na presente ficha.

2. PROGRAMA DA AÇÃO					
Parâmetros	1	2	3	4	(assinalar com X)
Objetivos da ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conteúdos da ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Estrutura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Utilidade do tema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cumprimento do horário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. FUNCIONAMENTO DA AÇÃO					
Parâmetros	1	2	3	4	(assinalar com X)
Instalações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Equipamentos e Meios Audiovisuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Documentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4. APRECIÇÃO GLOBAL DA AÇÃO																					
- Considera que a ação de formação terá impacto positivo ao nível do seu desempenho? <span style="float: right;">(assinalar com X)</span>																					
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	- Se sim, de que forma? _____																				
- Na globalidade, de que forma qualifica a formação realizada? <span style="float: right;">(assinalar com X)</span>																					
<table border="1"> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
1	2	3	4																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<table border="1"> <tr> <th colspan="2">Pontos Fortes</th> <th colspan="2">Oportunidades de Melhoria</th> </tr> <tr> <td>1. _____</td> <td>_____</td> <td>1. _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td>_____</td> <td>2. _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td>_____</td> <td>3. _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>4. _____</td> <td>_____</td> <td>4. _____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Pontos Fortes		Oportunidades de Melhoria		1. _____	_____	1. _____	_____	2. _____	_____	2. _____	_____	3. _____	_____	3. _____	_____	4. _____	_____	4. _____	_____	
Pontos Fortes		Oportunidades de Melhoria																			
1. _____	_____	1. _____	_____																		
2. _____	_____	2. _____	_____																		
3. _____	_____	3. _____	_____																		
4. _____	_____	4. _____	_____																		
- Sugestões/Observações																					
<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>																					