



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

A Experiência dos Pais Sobre a Readmissão no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Amato Lusitano

Sofia Isabel Moreira Meireles

setembro de 2023



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

A Experiência dos Pais Sobre a Readmissão no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Amato Lusitano

Sofia Isabel Moreira Meireles

**Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e
de Neonatologia**

8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

12º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Ernestina Batoca Silva

setembro de 2023

Agradecimentos

O concretizar de um sonho e o alcançar desta grande conquista, que contribui para o meu enriquecimento pessoal e profissional, não teria sido possível sem o auxílio, apoio, carinho e amizade de todas as pessoas que me são próximas. Por este motivo, agradeço a todos aqueles que contribuíram para o meu sucesso:

À Professora Doutora Ernestina Batoca Silva, minha orientadora, pela sua mestria, amizade, orientação, pelas palavras de encorajamento e motivação ao longo da conceção deste trabalho.

Ao meu companheiro Tiago Gouveia, que assistiu de perto a todas as conquistas alcançadas, acreditando sempre nas minhas capacidades e oferecendo palavras de encorajamento e conforto ao longo desta caminhada.

Aos meus pais Lina Moreira e Carlos Meireles e ao meu irmão Bruno Meireles, por tudo o que sou hoje. Sem vocês nada seria possível. Agradeço, do fundo do coração, a constante valorização que me incentivou a nunca desistir de perseguir os meus sonhos.

Aos meus avós Ascensão Brás e António Meireles, pela educação, simplicidade e honestidade que me transferiram. Ao meu anjo protetor, a minha querida avó Piedade Pires, que sei que irá sempre olhar por mim e me acompanhar.

Aos amigos, a família escolhida pelo coração, pelo constante apoio e motivação.

Aos colegas de profissão, pela sua presença e pelas palavras de incentivo.

Aos Enfermeiros tutores dos estágios, que foram fonte de admiração e inspiração, pela sua partilha de conhecimentos, contribuindo para um percurso tão enriquecedor.

A todas as crianças/jovens e famílias com quem tive oportunidade de contactar ao longo do meu percurso académico, e que tanto me ensinaram e me inspiraram, especialmente as que participaram no estudo de investigação que foi realizado.

A todas as pessoas que contribuíram para o meu sucesso, gratidão!

Resumo

Enquadramento: A Enfermagem, enquanto ciência, requer o desenvolvimento contínuo de competências, tanto profissionais como de investigação, de forma a conceber um corpo de conhecimentos sólido sobre o qual assente a qualidade nos cuidados prestados à criança/jovem e sua família. Desta forma, tanto os diversos estágios como o método investigativo contribuíram para o sucesso do processo formativo.

Objetivos: Evidenciar a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), refletindo sobre o percurso formativo realizado nos estágios; desenvolver uma investigação sobre a experiência dos pais relativamente à readmissão da criança/jovem no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano (ULSCB-HAL).

Metodologia: Explanação e reflexão crítica sobre as competências desenvolvidas ao longo dos estágios de Pediatria, Neonatologia e Saúde Infantil e Familiar, sustentada em pesquisa bibliográfica e em evidência científica, dando robustez às aprendizagens adquiridas ao longo dos estágios. Apresentação de um estudo qualitativo, descritivo de caráter fenomenológico sobre a experiência dos pais relativamente à readmissão da criança/jovem no SUP da ULSCB-HAL, através da realização de entrevistas aos pais das crianças/jovens que apresentaram episódios de readmissão nos meses de novembro e dezembro de 2022.

Resultados: O percurso formativo em contexto dos estágios foi sustentado numa prática reflexiva e evidência científica, e possibilitou o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do EEESIP. Relativamente aos resultados da investigação, estes indicam que a experiência dos pais relativamente à readmissão da criança/jovem no SUP da ULSCB-HAL ocorre maioritariamente devido à crença de que a situação clínica do filho não está a melhorar, ou seja, à preocupação pelo estado de saúde do filho e conseqüente ansiedade. Destaca-se uma opinião positiva relativamente ao atendimento pelos profissionais de saúde do respetivo serviço, considerando-se os mesmos atenciosos e dedicados, ocorrendo confiança nos cuidados prestados.

Conclusão: A intervenção do EEESIP na prestação de cuidados à criança/jovem e sua família, utilizando um modelo conceptual centrado na criança/jovem e família, traduz-se na prestação de cuidados ao nível avançado, com segurança, competência e satisfação. Nesse sentido, foi fundamental definir objetivos e planear atividades para os respetivos estágios, e incorporar competências conducentes à prática especializada. A investigação permitiu inferir que a intervenção direcionada à redução das taxas de readmissão no SUP é bastante complexa, uma vez que existem múltiplos fatores que estimulam ao inadequado uso do SUP.

Palavras-chave: perfil de competências de enfermeiros; estágio; experiência de vida; medicina de emergência pediátrica; enfermagem pediátrica.

Abstract

Background: Nursing, as a science, requires the continuous development of skills, both professional and investigation, in order to conceive a solid body of knowledge on which to base the quality of care provided to children/adolescent and their families. In this way, both the different internships and the investigative method contributed to the success of the formative process.

Objectives: Evidence of the acquisition of common and specific skills of the Child and Pediatric Health Specialist Nurse, reflecting on the training course carried out in the internships; to develop an investigation on the parents' experience about the readmission of the child/adolescent in the Pediatric Emergency Service of the Local Health Unit of Castelo Branco - Amato Lusitano Hospital.

Methodology: Explanation and critical reflection on the competences developed during the internships in Pediatrics, Neonatology and Child and Family Health, supported by bibliographical research and scientific evidence, giving strength to the learning acquired during the internships. Presentation of a qualitative, descriptive and phenomenological study on the experience of parents about the readmission of the child/adolescent in the Pediatric Emergency Service of the Local Health Unit of Castelo Branco - Amato Lusitano Hospital, through interviews with the parents of children/adolescent who had readmission episodes in november and december 2022.

Results: The formative process in the context of internships was based on reflective practice and scientific evidence and allowed the development and improvement of common skills of the Specialist Nurse and specific skills of the Child and Pediatric Health Specialist Nurse. Concerning the results of the investigation, these indicate that the parents' experience about the readmission of the child/adolescent in the Pediatric Emergency Service of the Local Health Unit of Castelo Branco - Amato Lusitano Hospital is mainly due to the belief that the child's clinical situation is not improving, that is, to the concern for the state of the child's health and consequent anxiety. A positive opinion stands out about the care provided by the health professionals of the respective service, considering them caring and dedicated, giving confidence in the care provided.

Conclusion: Child and Pediatric Health Specialist Nurse intervention in providing care to children/adolescent and their families, using a conceptual model centered on children/adolescent and their families, translates into providing care at an advanced level, with safety, competence and satisfaction. In this sense, it was essential to define objectives and plan activities for the respective internships, and to incorporate skills conducive to specialized practice. The investigation allowed to infer that the intervention aimed at reducing Pediatric Emergency Service readmission rates is quite complex, since there are multiple factors that encourage the inappropriate use.

Keywords: nurse's role; internship; life change events; pediatric emergency medicine; pediatric nursing.

Sumário

	Pág.
Lista de Tabelas	
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	
Introdução	17
Parte I: Percurso Formativo em Estágio	19
1 - Estágio de Pediatria	21
1.1 - Contextualização do Estágio de Pediatria	21
1.2 - Reflexão sobre o Estágio de Pediatria	22
2 - Estágio de Neonatologia	27
2.1 - Contextualização do Estágio de Neonatologia	27
2.2 - Reflexão sobre o Estágio de Neonatologia	28
3 - Estágio de Saúde Infantil e Familiar	35
3.1 - Contextualização do Estágio de Saúde Infantil e Familiar	35
3.2 - Reflexão sobre o Estágio de Saúde Infantil e Familiar	36
Parte II: Investigação	41
1 - Enquadramento Teórico e Justificação	43
1.1 - O Serviço de Urgência	44
1.2 - A Readmissão no Serviço de Urgência Pediátrica	46
1.3 - O Enfermeiro no Serviço de Urgência Pediátrica	50
1.4 - O Papel da Família	51
1.5 - O Modelo de Sistemas de Betty Neuman	52
2 - Metodologia	53
2.1 - Tipo de Estudo	53
2.2 - Questão de Investigação	53
2.3 - Objetivos	54
2.4 - Variáveis	54
2.5 - Amostra e Participantes	54
2.6 - Instrumento de Recolha de Dados	55
2.7 - Procedimentos Formais e Éticos	56
2.8 - Análise de Dados	56
3 - Resultados	57
3.1 - Caracterização da Amostra da Investigação	57

3.1.1 - Caracterização da Criança/Jovem	57
3.1.2 - Caracterização dos Pais	58
3.2 - A Experiência dos Pais sobre a Readmissão no Serviço de Urgência Pediátrica	61
3.2.1 - A Admissão Inicial no Serviço de Urgência Pediátrica	62
3.2.2 - A Readmissão no Serviço de Urgência Pediátrica	65
4 - Discussão	71
5 - Conclusão	77
Considerações Finais	79
Referências Bibliográficas	81
Apêndices	85
Apêndice I - Projeto de Estágio de Pediatria	87
Apêndice II - Projeto de Estágio de Neonatologia	101
Apêndice III - Projeto de Estágio de Saúde Infantil e Familiar	115
Apêndice IV - Formulário da Entrevista	129
Apêndice V - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido	133
Anexos	135
Anexo I - Parecer Favorável da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco	137
Anexo II - Aprovação da Realização da Investigação pelo Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco	140
Anexo III - Protocolo de Referenciação para os Cuidados de Saúde Primários dos Episódios de Urgência Classificados Pouco Urgentes na Triagem de Prioridades (Cor Verde, Azul ou Branca)	142

Lista de Tabelas

		Pág.
Tabela 1	Distribuição da criança/jovem segundo o sexo	58
Tabela 2	Distribuição da criança/jovem segundo a idade	59
Tabela 3	Distribuição da criança/jovem segundo se dispõe de Médico de família	59
Tabela 4	Distribuição da criança/jovem segundo se tem irmãos	59
Tabela 5	Distribuição dos pais segundo o sexo	60
Tabela 6	Distribuição dos pais segundo a idade	60
Tabela 7	Distribuição dos pais segundo o estado civil	60
Tabela 8	Distribuição dos pais segundo a nacionalidade	61
Tabela 9	Distribuição dos pais segundo a escolaridade	61
Tabela 10	Distribuição dos pais segundo a profissão	61
Tabela 11	Distribuição dos pais segundo o local de residência	62
Tabela 12	Distribuição segundo o principal motivo para escolher o SUP da ULSCB-HAL	63
Tabela 13	Distribuição segundo o encaminhamento ao SUP na admissão inicial	64
Tabela 14	Distribuição segundo a queixa que motivou a admissão no SUP	64
Tabela 15	Distribuição segundo o horário de funcionamento dos CSP na admissão inicial	64
Tabela 16	Distribuição segundo a prioridade atribuída pelo STM na admissão inicial	65
Tabela 17	Distribuição segundo a preparação para a alta clínica	65
Tabela 18	Distribuição segundo o que poderia ter corrido melhor na primeira admissão	66
Tabela 19	Distribuição segundo o número de dias para a readmissão	66
Tabela 20	Distribuição segundo o encaminhamento ao SUP na readmissão	67
Tabela 21	Distribuição segundo o horário de funcionamento dos CSP na readmissão	67
Tabela 22	Distribuição segundo a prioridade atribuída pelo STM na readmissão	
Tabela 23	Distribuição segundo a necessidade para a readmissão	
Tabela 24	Distribuição segundo o contacto prévio com os CSP e justificações	68

Tabela 25	Distribuição segundo fatores que poderiam evitar a readmissão	69
Tabela 26	Distribuição segundo as recomendações para melhorar a atuação dos profissionais de saúde	69
Tabela 27	Distribuição segundo as categorias da experiência na utilização do SUP	70

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
CHUC	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
CHUCB	Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COVID-19	<i>Coronavirus Disease 2019</i>
CPAP	<i>Continuous Positive Airway Pressure</i>
CSIJ	Consultas de Saúde Infantil e Juvenil
CSP	Cuidados de Saúde Primários
EEESIP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
MBB	Maternidade Bissaya Barreto
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Ordem dos Enfermeiros
PNV	Programa Nacional de Vacinação
RN	Recém-nascido
SNS	Serviço Nacional de Saúde
STM	Sistema de Triagem de Manchester
SU	Serviço de Urgência
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
UCERN	Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
ULSCB	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
ULSCB-HAL	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano
UMMF	Unidade de Medicina Materno-Fetal
USF	Unidade de Saúde Familiar

Introdução

No âmbito do 8.º Curso de Mestrado e 12.º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Viseu, realizou-se a unidade curricular Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia e da qual resulta este relatório. O presente relatório assume-se como uma compilação dos diversos momentos de aprendizagem e de aquisição de competências ao longo do percurso formativo, respeitante a esta unidade curricular. Efetuou-se uma análise crítica e reflexiva sobre o percurso realizado, mais especificamente sobre as competências adquiridas e/ou desenvolvidas ao longo dos estágios, intrínsecas à Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A elaboração deste relatório visou também aprofundar conhecimentos e competências de investigação a partir de uma problemática atual com implicações na prática clínica, na área de especialização. Tal demonstra um olhar atento sobre a problemática e a vontade de contribuir para a sua monitorização e o pensar de soluções.

Este relatório abrange duas partes: a primeira é referente à reflexão sobre o percurso formativo nos estágios e a segunda parte referente à investigação.

Relativamente à parte I, é feita a explanação e reflexão crítica sobre as competências comuns e específicas do EEESIP desenvolvidas ao longo dos estágios de Pediatria, Neonatologia e Saúde Infantil e Familiar. Foi possível desenvolver e aprofundar competências científicas, técnicas, relacionais e éticas, que capacitaram à prestação de cuidados de Enfermagem de excelência à criança/jovem e sua família, baseadas na evidência científica e direcionadas à criança/jovem e sua família. Procurou-se, deste modo, obter momentos de aprendizagem, interação, troca de experiências e de enriquecimento pessoal com as Enfermeiras tutoras e Professora orientadora dos estágios, bem como a reflexão sobre as experiências vivenciadas e os contributos que dela resultaram para um enriquecimento pessoal e profissional. Os estágios de Pediatria, Neonatologia e Saúde Infantil e Familiar realizaram-se, respetivamente, no serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (CHUCB), na Neonatologia B da Maternidade Bissaya Barreto (MBB) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de S. Miguel, da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB). Como objetivo desta parte do relatório definiu-se evidenciar a aquisição de competências comuns e específicas do EEESIP, refletindo sobre o percurso formativo realizado nos estágios. Para cada estágio foram também definidos objetivos específicos individuais e programadas atividades a desenvolver. Os estágios decorreram de 02 de janeiro a 19 de maio de 2023, com um total de 750 horas, sendo 390 horas de contacto e 190 horas de orientação tutorial, com 30 ECTS, sob orientação da Professora Doutora Ernestina Silva.

Na parte II, é apresentado todo o processo da investigação sobre a temática “A Experiência dos Pais Sobre a Readmissão no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Amato Lusitano”. Visto que sou Enfermeira a exercer funções no SUP da ULSCB-HAL, foi possível perceber que diversas vezes surgem crianças/jovens que recorrem repetidas vezes ao serviço, trazidas pelos seus pais, havendo uma grande prevalência de readmissões de crianças/jovens com a mesma queixa da admissão inicial, num curto espaço de tempo.

Desta forma, surgiu o interesse por este tema de investigação considerado como um problema de organização do serviço e gestão de cuidados, tanto a nível nacional como em todo o mundo. Perante esta problemática, definiu-se como objetivo analisar a experiência dos pais relativamente à readmissão da criança/jovem no SUP da ULSCB-HAL. Como finalidade pretende-se criar evidências sobre as experiências dos pais sobre a readmissão no SUP da ULSCB-HAL, de forma a contribuir para a reflexão e implementação de possíveis medidas que atenuem a utilização inadequada do SUP e a sua sobrelotação com repercussões na melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem ao Recém-nascido (RN), criança, jovem e família que recorrem ao SUP da ULSCB-HAL.

Foi neste contexto que se encarou esta etapa do percurso formativo, sendo este um recurso privilegiado para um crescendo de conhecimentos e ganhos de competências na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, em que os cuidados prestados são direcionados à criança/jovem e sua família.

Parte I: Percorso Formativo em Estágio

1. Estágio de Pediatria

1.1. Contextualização do Estágio de Pediatria

O Estágio de Pediatria decorreu de 02 de janeiro de 2023 a 10 de fevereiro de 2023, no serviço de Pediatria do CHUCB, com uma carga horária de 130 horas em estágio e 60 horas de orientação tutorial, distribuídas por seis semanas, em horário praticado e ajustado, sempre que possível, com o horário das Enfermeiras tutoras (em turnos da manhã e da tarde), ambas EEESIP e com grau de mestre, e sob orientação da Professora Doutora Ernestina Silva. Fez parte integrante deste período de aprendizagem a elaboração de um Relatório de Estágio, tendo por base o Projeto de Estágio, encontrando-se este em apêndice (Apêndice I), que serviu como guia de orientação pessoal para o desenvolvimento de aprendizagens e competências, no qual se visou o estabelecimento de objetivos orientadores e as respetivas atividades a realizar para a concretização dos mesmos.

Procurando dar uma visão global sobre o serviço de Pediatria do CHUCB, este tem como finalidade a melhoria do nível de saúde da população pediátrica da área geográfica por ele abrangida, prestando cuidados de saúde de excelência a toda a criança/jovem que seja internada, garantindo o respeito, a segurança e a dignidade da pessoa humana. Isso inclui a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados individualizados. E é no cumprimento desta missão que se empenha, incessantemente, a equipa multidisciplinar do referido serviço. Encontra-se localizado no 2º piso do CHUCB, sendo constituído por dez enfermarias (total de dezoito camas), um quarto de isolamento, uma sala de Enfermagem, uma sala de preparação de terapêutica, uma copa de leites, duas salas de armazenamento de material clínico, uma sala de arrumos de monitores cardiorrespiratórios e de bombas perfusoras, uma sala onde se realizam banhos assistidos em banheira, uma sala de tratamentos, um vestiário, três WC's para as crianças/jovens e um WC para os pais. A equipa de Enfermagem é constituída por 13 elementos: uma Enfermeira gestora; seis EEESIPs e seis Enfermeiras de Cuidados Gerais. O método de trabalho utilizado é o método individual, com distribuição diária de crianças/jovens, em que a responsabilidade dos cuidados é da Enfermeira em particular que irá prestar cuidados de Enfermagem ao longo do turno, segundo a sua avaliação e as necessidades da criança/jovem e sua família.

Relativamente às normas e protocolos de atuação, e particularmente de acordo com a norma de acolhimento em vigor do serviço, o acompanhante (normalmente a mãe) pode permanecer junto do seu filho durante 24 horas. No período da noite, o acompanhante pode ficar alojado nas instalações próprias, embora a maioria prefira pernoitar junto do filho, utilizando para o efeito um cadeirão ao lado do leito, dentro da própria enfermaria. Todos os acompanhantes, conforme legislado, têm direito ao pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar, sendo fornecida senha de refeição que poderão utilizar no bar ou refeitório do hospital. São permitidas visitas no período das 14h-20h.

Em relação à organização dos cuidados de Enfermagem, esta tem como pressuposto que a criança/jovem e sua família são o alvo dos cuidados, pelo que estes são organizados e centrados nas necessidades dos mesmos. É reconhecido o direito de participação da família nas decisões tomadas sobre os cuidados de saúde, sendo fornecido

toda a informação necessária que lhes permite possuir um suporte necessário à tomada de decisão.

1.2. Reflexão sobre o Estágio de Pediatria

A reflexão é um processo dinâmico, apresentando como base os conhecimentos, as crenças, atitudes e valores pessoais, proporcionando o autoconhecimento e a autoanálise. Apenas desta forma é possível desenvolver a capacidade reflexiva na ação e sobre a ação, cujos benefícios são a compreensão de si próprio, o desenvolvimento da autoestima e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem. É, desta forma, fulcral a realização de uma reflexão sobre o Estágio de Pediatria, uma vez que só assim é possível compreender a importância das atividades realizadas para o desenvolvimento de competências como futura EEESIP.

O Estágio de Pediatria apresenta como objetivo primordial desenvolver competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados especializados à criança/jovem e sua família, em contexto de internamento, com vista ao desenvolvimento de uma prática de excelência baseada na evidência científica.

O período de crescimento e desenvolvimento da criança/jovem é também assinalado pela vivência de situações de doença aguda e/ou crónica, crítica ou não, que podem condicionar à hospitalização. Essas situações provocam uma grande angústia à criança/jovem e à respetiva família, pelo que a mesma deve ser respeitada de acordo com os direitos consagrados na Carta da Criança Hospitalizada. Por este motivo é sabido que a decisão de internamento deve ser tomada em último recurso, devendo este suceder pelo tempo estritamente necessário, de forma a minimizar o sofrimento pelo afastamento do meio ambiente diário e das pessoas significativas.

Relativamente ao cuidar de uma criança/jovem, e respetiva família, com doença crónica, é necessária uma compreensão especial por parte do Enfermeiro sobre o modo de adaptação à nova realidade e uma clarificação sobre as verdadeiras necessidades sentidas. É fundamental acreditar nas capacidades particulares de cada família e reconhecer as suas habilidades nos cuidados ao seu filho, tanto dentro como fora do ambiente hospitalar. A abordagem do Enfermeiro deve ser direcionada à criança/jovem doente aquando do diagnóstico e hospitalização, mas também voltada para a família enquanto cuidadora a longo prazo, pois esta deverá sentir-se capacitada para realizar cuidados de qualidade à criança/jovem. Posto isto, a família, particularmente os pais, são o elo fundamental para o crescimento e desenvolvimento adequado da criança/jovem, especialmente em situações de doença. Estes devem ser envolvidos no plano de cuidados, favorecendo à criança/jovem a possibilidade de se exprimir sobre questões da sua saúde, sendo incluída no processo de tomada de decisão. Sabe-se que a família está cada vez mais informada e ciente dos seus direitos, pelo que o EEESIP apresenta um papel preponderante no que toca à resposta das necessidades e requisitos das famílias mais instruídas. É ao criar um clima de confiança, dando importante relevância ao respeito, à compreensão e à escuta, não descurando os conhecimentos técnicos e científicos, que o Enfermeiro alcança uma relação terapêutica com a criança/jovem e a sua família, facilitando os processos de transição vivenciados.

O ato de cuidar exige o domínio de competências científicas, técnicas e humanas, consolidadas através de conhecimentos com base na última evidência científica. Quando se lida com a criança/jovem torna-se importante o desenvolvimento de um tipo “especial” de competências, sendo fundamental a apresentação de uma apetência, quer na área da perceção, quer na área da observação, que permite compreender a criança/jovem, principalmente quando esta ainda não tem a capacidade de se expressar verbalmente. Relativamente à adolescência, período do desenvolvimento em que o jovem está a descobrir e a definir a sua identidade e personalidade, torna-se essencial a aplicação de uma comunicação assertiva e eficaz, demonstrando uma escuta atenta, mantendo o contacto visual, tendo em especial análise a linguagem não-verbal. Desta forma, o EEESIP tem um papel especial e peculiar, conseguindo desvendar cada gesto, expressão e olhar, visto que são estes que transmitem o que a criança/jovem sente e muitas vezes não consegue ou não quer expressar.

O Estágio de Pediatria permitiu lidar com a criança/jovem de forma mais particular e individualizada, uma vez que é possível conhecer a mesma de uma maneira mais aprofundada, pois ocorre maior tempo de contacto com a mesma: é possível compreender os seus gostos e preferências, os seus hábitos e costumes, as suas rotinas, entre outras. Deste modo é facilitador o emprego de cuidados de humanização à criança/jovem, sendo esta uma área tão necessária e importante, especialmente no que toca ao utente pediátrico. O respetivo estágio possibilitou também ao entendimento de diferentes modos de intervenção e de cuidados, igualmente corretos, porém dispares no que toca ao modo de os realizar. Isto deve-se, para além das maneiras de trabalhar específicas de cada Enfermeiro, também à presença de protocolos diferentes do que é costume aplicar e a diferentes tipos de recursos materiais presentes no serviço. Conseguiu-se entender que existem distintos meios de realizar o mesmo procedimento, e todos esses estão corretos e adequados à sua maneira. Compreender como se processa a admissão da criança/jovem e sua família ao serviço, partindo do momento da admissão, à avaliação inicial, ao decorrer do internamento, dando ênfase às principais normas/regras do serviço, até ao planeamento e concretização da alta clínica, também foi possível durante este estágio. Relativamente à preparação e administração de terapêutica, deparei-me com alguns medicamentos que não conhecia, como por exemplo a “Mistura D”, onde foi necessária a realização de pesquisa e o diálogo com as Enfermeiras tutoras sobre os constituintes dessa mistura, o modo de preparação, administração e conservação.

Considero que compreendi a dinâmica do serviço, integrei a equipa de Enfermagem e prestei cuidados de Enfermagem que requereram um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, atuando, especificamente, junto da criança/jovem e sua família, em situações de doença aguda e/ou doença crónica agudizada. Durante o respetivo estágio apresentei uma boa relação com a equipa multidisciplinar, especialmente com a equipa de Enfermagem, sendo essa relação baseada no diálogo aberto, na confiança, respeito mútuo e na comunicação formal e informal assertiva. Ocorreu participação ativa na dinâmica do serviço, respeitando as funções específicas de cada elemento da equipa, com respeito pelos princípios éticos e deontológicos no desempenho profissional. Julgo que houve uma colaboração adequada com a equipa de Enfermagem, o que permitiu a aquisição de uma visão global dos cuidados de Enfermagem prestados à criança/jovem e

sua família. Saliento que ocorreu demonstração de características profissionais e pessoais apropriadas, apresentando uma atitude ativa e pró-ativa, disponibilidade, interesse e um espírito de iniciativa, tendo aproveitado as diversas oportunidades que surgiram para aperfeiçoar conhecimentos e capacidades, com ênfase nos específicos da área de especialização. A equipa de Enfermagem foi bastante acolhedora, promovendo a integração ao serviço de uma forma harmoniosa e gradual. Sempre que se suscitaram dúvidas foi possível contar com o apoio das Enfermeiras tutoras, e também dos restantes elementos da equipa, sendo que desta forma tomei real consciência da verdadeira dimensão do trabalho em equipa, que possui como objetivo comum otimizar os cuidados prestados à criança/jovem e sua família. Realço ainda a pontualidade e assiduidade que se apresentou ao longo de todo o período de estágio.

Foi possível desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais, tendo demonstrado disponibilidade e iniciativa nas diversas situações. Foi exequível a realização do acolhimento da criança/jovem e sua família ao serviço, de acordo com a norma de acolhimento em vigor, efetuando colheita de dados de forma objetiva e clara através do diálogo, observação, consulta do processo clínico, identificando dessa forma as necessidades em saúde (focos de atenção de Enfermagem). Partindo dessa avaliação inicial, ocorreu o estabelecimento de diagnósticos de Enfermagem adequados à criança/jovem e sua situação clínica, aplicando uma linguagem comum à profissão de Enfermagem: a linguagem CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). Foram efetuados registos de Enfermagem com metodologia e rigor científico, garantindo a continuidade de cuidados e demonstrando domínio na utilização do programa informático em uso, o SClínico®, mantendo o processo individual da criança/jovem atualizado e devidamente elaborado. No que se refere ao SClínico®, a execução de processos de Enfermagem é algo que não faz parte da prática clínica diária no serviço onde exerço funções, visto tratar-se de um SUP, pelo que foi necessário empenho para aprender, desenvolver competências e para executar registos de Enfermagem de forma correta, rigorosa e individualizada à criança/jovem. Assim, demonstrou-se evolução ao nível dos conhecimentos na área da elaboração dos processos de Enfermagem, com empenho para a concretização de acordo com o protocolado.

No que toca aos cuidados e intervenções de Enfermagem, estes foram direcionados à criança/jovem e sua família, de acordo com as normas e protocolos preconizados no serviço. Tal permitiu o desenvolvimento de uma relação terapêutica eficaz com os mesmos, tendo sido planeados cuidados em função dos diagnósticos de Enfermagem identificados, tendo em consideração os princípios técnico-científicos e atendendo aos aspetos ético-deontológicos. Creio que ocorreu respeito pelos valores, crenças e pela privacidade da criança/jovem e sua família, havendo desta forma um ambiente facilitador à expressão de sentimentos e de necessidades. No que toca à comunicação, esta foi assertiva e eficaz, tendo ocorrido empenho no desenvolvimento de relações terapêuticas na prática clínica, favorecendo a sentimentos tranquilizadores. Tal possibilitou a realização de ensinamentos para a saúde direcionados e adequados à família, promovendo o envolvimento da mesma nos cuidados em parceria à criança/jovem (Ex: cuidados de higiene e conforto, alimentação, eliminação, sono e repouso, desenvolvimento psicoafetivo e respetivamente aos cuidados relacionados com o regime terapêutico) e também ao nível da tomada de decisão.

Uma das atividades específicas propostas para o respetivo estágio, explícito no Projeto de Estágio de Pediatria, foi realizar uma sessão de formação à equipa de Enfermagem sobre a temática “Estratégias Não Farmacológicas para Alívio da Dor na Criança/Jovem”. A respetiva sessão de formação ocorreu no dia 02/02/2023 pelas 15h, tanto presencialmente na sala de sessões do serviço de Pediatria, como por videoconferência com os elementos da equipa de Enfermagem que não podiam estar presentes. Considero que a sessão de formação foi bastante pertinente e adequada ao serviço e à equipa de Enfermagem, ocorrendo uma reflexão crítica no fim da mesma entre os elementos da equipa sobre as estratégias não farmacológicas que foram apresentadas e sobre a sua aplicabilidade no serviço. Considero ter sido bastante positivo a realização da respetiva sessão de formação, sensibilizando para a melhoria da qualidade de cuidados. Atender ao controlo da dor enquanto 5º sinal vital, avaliando e vigiando a sua ocorrência, proporcionando medidas de conforto, através de estratégias farmacológicas e/ou não farmacológicas, é um direito humano fundamental e um dever dos profissionais de saúde.

Foi possível acompanhar, ao longo de um dia (25/01/2023), a Consulta de Alergologia e a Consulta de Obesidade. Tal permitiu perceber a dinâmica das mesmas, e a importância da atuação do EEESIP no que toca à promoção da saúde e prevenção da doença. Relativamente à Consulta de Alergologia, observou-se crianças/jovens com alergias conhecidas e a realizar tratamento farmacológico para as mesmas, ocorrendo desta forma uma vigilância adequada e necessária. Na Consulta de Obesidade foi possível avaliar antropometricamente a criança/jovem, através de uma balança digital bastante moderna (balança *InBody*), que avalia e realiza análise do peso, da massa magra, massa gorda, massa muscular, índice de massa corporal, a gordura visceral, entre outras. Essa avaliação era expressa numa folha de resultados, que era automaticamente transferida para o computador, e posteriormente inserida no SClínico® pela Enfermeira. As Consultas de Pediatria são de uma extrema importância, visto que permitem o acompanhamento e a vigilância da saúde da criança/jovem, e também a perceção antecipada de alterações ou problemas.

Houve também possibilidade de acompanhar a criança/jovem em regime de Hospital de Dia, tendo recorrido ao serviço para administração de terapêutica endovenosa.

Foi também aspeto importante deste estágio a preparação da criança/jovem e sua família para a alta, e o seu encaminhamento para os recursos existentes julgados necessários, tendo sido possível redigir cartas de alta de Enfermagem ao longo do período de estágio.

Senti uma grande satisfação e uma motivação acrescida por ter tido diversas oportunidades de aprendizagem que eram totalmente novas. Nas áreas de Enfermagem foi dado ênfase especial à importância do acompanhamento dos pais aquando do internamento da criança/jovem, promovendo sempre a vinculação e o afeto, motivando-os à participação nos cuidados como parceiros imprescindíveis. Estes cuidados possibilitam a readaptação da família ao momento de crise (hospitalização), a aquisição de novas competências, nomeadamente as que estão relacionadas com o regime terapêutico, assim como permitem minimizar o impacto da hospitalização na criança/jovem e sua família.

Em jeito de reflexão final, considero que os objetivos definidos para o Estágio de Pediatria foram atingidos com êxito, tendo realizado as atividades planeadas, conseguindo desenvolver e aperfeiçoar competências comuns do Enfermeiro Especialista e competências específicas do EEESIP. Seguramente este estágio proporcionou diversas oportunidades de aprendizagem, de aquisição de novos conhecimentos e aprofundamento de outros, colocando-os em prática numa perspetiva distinta – na perspetiva de uma futura EEESIP.

2. Estágio de Neonatologia

2.1. Contextualização do Estágio de Neonatologia

O Estágio de Neonatologia decorreu de 20 de fevereiro a 31 de março de 2023, na Neonatologia B da MBB do CHUC, com uma carga horária de 130 horas em estágio e 60 horas de orientação tutorial distribuídas por seis semanas, em horário praticado e ajustado com o horário das Enfermeiras tutoras (em turnos da manhã e da tarde), ambas EEESIP e com grau de mestre, e sob orientação da Professora Doutora Ernestina Silva. A elaboração de uma Reflexão de Estágio é parte integrante do estágio, tendo por base o Projeto de Estágio, encontrando-se este em apêndice (Apêndice II), que serviu como guia de orientação pessoal para o desenvolvimento de aprendizagens e competências.

Dando uma visão global sobre a unidade, esta tem como finalidade prestar assistência ao RN com necessidade de cuidados de saúde especiais e intensivos; desenvolver ações que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados; contribuir para a formação dos profissionais de saúde e seguir os padrões e normas de qualidade preconizados pela Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Neste contexto, a MBB iniciou o seu funcionamento em 1970 com a designação “Centro de Prematuros”, tendo como objetivo fornecer assistência e prestar cuidados a RN prematuros sem problemas associados. Em 1986 começou a admitir RN de termo e pré-termo com patologia associada, denominando-se então Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido (UCERN). No ano de 1992 passa a denominar-se UCIN após começar a admitir RN com necessidades de apoio ventilatório. Foi incorporada no CHUC em 2011, passando a denominar-se Neonatologia B.

A Neonatologia B localiza-se no 2º piso da MBB, sendo constituída por três salas com total de doze unidades de prestação de cuidados intensivos e especiais, apresentando seis unidades de ventilação, uma sala de trabalho que serve de gabinete Médico e de Enfermagem, uma sala de preparação de terapêutica e de leites, uma sala de stock e outra para arrecadação de material de grande porte (Ex: incubadoras, berços, aparelhos de fototerapia), uma sala de recolha de leite materno (cantinho da amamentação), uma sala de preparação de material, um gabinete da Enfermeira gestora, uma copa, um vestiário, um WC e uma sala de acesso a escadas de incêndio. A equipa de Enfermagem é constituída por vinte e quatro elementos: uma Enfermeira gestora; nove EEESIP e dois Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica e treze Enfermeiros de Cuidados Gerais. O método de trabalho utilizado é o método individual, com distribuição diária de RN, em que a responsabilidade dos cuidados é desse Enfermeiro em particular que irá avaliar e prestar cuidados de Enfermagem ao longo do turno, segundo as necessidades do neonato e sua família.

As visitas são permitidas exclusivamente aos pais, porém pode ocorrer flexibilidade a outras visitas, sem esquecer as normas regulamentares e o bem-estar do RN. O horário das mesmas é das 08:00h às 22:15h, com o período intervalar das 14:30h às 15:00h e das 22:15h às 23:00h para o período de passagem de turno e o período da noite. Não existe restrição quanto à permanência da mãe junto do RN durante o período noturno, no entanto a mesma é incentivada a descansar nos quartos da maternidade destinados às mães

acompanhantes. Tem também direito a refeições no refeitório, respeitando os horários para tal.

Os neonatos presentes na unidade provêm essencialmente da sala de partos e serviços de puerpério da MBB. Em menor número via Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), mas, também do Hospital Pediátrico de Coimbra e de outros hospitais localizados na área de influência da MBB. Maioritariamente a admissão é previamente comunicada à unidade, o que permite a preparação tanto da equipa multidisciplinar como dos recursos materiais. Aquando da alta/transferência, é feito um contacto telefónico e escrito com a instituição que permitirá a continuidade dos cuidados segundo as normas da unidade.

Os diagnósticos mais frequentes dos RN internados na unidade são: Taquipneia Transitória do RN; Doença de Membranas Hialina; Apneia da Prematuridade; Cardiopatia congénita; Risco infeccioso ou até Sepsis; Problemas do foro cirúrgico; Hiperbilirrubinémia; Anemia; Hidrocefalia; Distúrbios hidroeletrólíticos; Diabetes neonatal; Perda ponderal; Restrição de crescimento fetal; Malformações; Síndromes de privação; Casos sociais; entre outros.

Em relação à organização dos cuidados de Enfermagem, esta tem como pressuposto que o neonato e sua família são o alvo dos cuidados, pelo que estes são organizados e centrados na família e nas necessidades dos mesmos. É reconhecido o direito de participação da família nos cuidados de saúde, sendo fornecida toda a informação necessária que lhes permite possuir um suporte necessário à tomada de decisão.

2.2. Reflexão sobre o Estágio de Neonatologia

O pensamento crítico e a reflexão na ação e sobre a ação, de forma individual e coletiva, é um aspeto fundamental para a expansão e desenvolvimento pessoal e profissional. A realização desta Reflexão de Estágio, baseada no Projeto de Estágio, permite o pensar e o refletir, evidenciando e tomando consciência do crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, e, conseqüentemente, da aprendizagem e desenvolvimento de competências. Os benefícios são a compreensão de si próprio, o desenvolvimento da autoestima e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

O Estágio de Neonatologia, realizado na Neonatologia B da MBB, apresenta como objetivo primordial desenvolver competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados especializados ao neonato e sua família, com vista ao desenvolvimento de uma prática de excelência baseada na evidência científica.

Com um espírito de iniciativa e uma postura responsável, foram aperfeiçoadas competências profissionais e pessoais na área da Enfermagem Neonatal, prestando cuidados de Enfermagem especiais e/ou intensivos ao RN, utilizando uma metodologia científica de trabalho, nomeadamente na avaliação do estado geral do RN, na identificação de possíveis problemas reais e/ou potenciais, na implementação das intervenções de

Enfermagem adequadas e posterior avaliação da sua eficácia, procedendo mais tarde aos registos de Enfermagem.

Gostaria de salientar alguns cuidados que foram prestados aos RNs de diferentes idades gestacionais e de diversos pesos (realçando os RNs com peso inferior a 1000gr); com monitorização contínua de sinais vitais; com necessidade de oxigénio suplementar; com alimentação parenteral, enteral através de sonda orogástrica/nasogástrica e à mama; a cumprir fototerapia; com antibioterapia prescrita; com monitorização de apneias; com cateteres periféricos e umbilicais venosos; com perfusões; com ventilação invasiva e não invasiva; entre outros mais. É também ainda de relevar alguns dos cuidados subjacentes a todos os RNs, particularmente os cuidados de higiene e conforto; os cuidados com a alimentação (quer na administração quer nos ensinamentos para a saúde); os cuidados na eliminação intestinal e vesical; os cuidados do sono e repouso e os cuidados neurodesenvolvimentais.

Na Neonatologia B toda a prestação de cuidados ao RN é enquadrada na interação e no desenvolvimento da tríade Mãe-RN-Pai, pelo que ocorreu promoção e incorporação de tal facto na prática diária de cuidados. Creio que só assim faz sentido em contexto pediátrico, neste caso específico, nos neonatos. A família integra progressivamente os cuidados prestados em parceria com a Enfermeira, com o intuito de precocemente se estabelecer uma vinculação desejada, reduzir a ansiedade dos pais, desenvolver competências para o cuidado dos filhos, tendo em vista o feliz regresso ao domicílio. Desta forma, a relação terapêutica estabelecida com os pais é instrumento valioso na prestação de cuidados, com o intuito de minimizar sequelas da hospitalização e maximizar a autonomia e empoderamento dos mesmos para cuidarem dos filhos. Para tal foram utilizadas diversas estratégias, nomeadamente: o acolhimento personalizado aos pais, utilizando a norma em vigor na unidade; a promoção do aleitamento materno; o incentivo ao toque e à realização do método de canguru; participação dos pais nos cuidados e o elogio à sua aquisição de competências; respeito pela individualidade de cada família; o inculcar sentimentos de pertença em relação ao filho; o consentimento esclarecido nos cuidados a implementar.

Relativamente às normas e protocolos de atuação em Enfermagem, estes foram consultados de forma a compreender a dinâmica da unidade. Foi possível compreender e participar no “Programa MÃE”, que pretende antecipar o acolhimento do neonato e futuros pais na unidade, através do planeamento, desenvolvimento e implementação de estratégias antes do nascimento. Apresenta os seguintes pressupostos: **Motivar** - a grávida internada na Unidade de Medicina Materno-Fetal (UMMF) a compreender o processo de desenvolvimento fetal, favorecendo a vinculação com o seu filho; **Articular** - as equipas de Enfermagem da UMMF e da Neonatologia B de forma a partilharem informação necessária para a adequada implementação do programa; **Estimular** - os futuros pais no sentido de desenvolverem confiança nas suas capacidades parentais no cuidado ao seu filho. Para tal é feita visita por parte de Enfermagem da unidade à mãe internada na UMMF, procede-se à apresentação da Enfermeira, à recolha de dados, ao esclarecimento de dúvidas e questões que a grávida explicita. Desta forma, quando ocorre o internamento do RN na Neonatologia B, esta mãe já conhece a equipa de Enfermagem e já se encontra mais tranquila nos procedimentos e cuidados ao neonato. É, por este motivo, uma mais-valia para todos os intervenientes. Em relação ao “Programa de Humanização de Cuidados – Associação dos Bissayinhos

Nascidos Antes do Tempo”, também foi possível compreender e participar no mesmo, proporcionando um ambiente acolhedor, com uma decoração apropriada e atividades comemorativas dos "dias especiais", entre outras atividades. Este programa proporciona a comemoração “das pequenas conquistas” do neonato, como por exemplo, a comemoração quando atinge um quilograma de peso, comemoração do primeiro canguru, entre outras conquistas. A humanização dos cuidados permite que ocorra uma relação de confiança, de segurança e respeito entre o Enfermeiro e a família, contribuindo para a diminuição da ansiedade, stresse e sofrimento. Considero fulcral a implementação deste programa visto tratar-se de um local onde há tanta ansiedade e medo por parte dos pais perante a situação clínica do RN, e tal permite aligeirar e alegrar em momentos de alegria e de pequenas conquistas. A MBB é também considerada Hospital Amigo dos Bebés, apresentando uma política de promoção do aleitamento materno. No entanto, tem algumas especificidades dado tratar-se de RNs pré-termo e de baixo peso, necessitando muitas vezes de suplementos para além do leite materno, e utilizar a chupeta como estimulador do reflexo de sucção não nutritiva, que ainda não se encontra totalmente desenvolvido. Para além destes protocolos/programas instituídos na unidade, existem ainda outros tantos de elevada relevância, no entanto foram abordados apenas aqueles em que foi possível participar.

Durante o respetivo estágio manifestou-se sempre uma boa relação com a equipa multidisciplinar, especialmente com a equipa de Enfermagem, sendo essa relação baseada no diálogo aberto, na confiança, respeito mútuo e na comunicação formal e informal assertiva. Procurou-se manter uma postura recetiva e humilde. Ocorreu participação ativa na dinâmica da unidade, respeitando as funções específicas de cada elemento da equipa, com respeito pelos princípios éticos e deontológicos no desempenho profissional. Julgo que houve uma colaboração adequada com a equipa de Enfermagem, especialmente com as Enfermeiras tutoras, o que permitiu a aquisição de uma visão global dos cuidados de Enfermagem prestados ao RN e sua família. Salienta-se que ocorreu demonstração de características profissionais e pessoais apropriadas, apresentando uma atitude ativa e pró-ativa, disponibilidade, interesse e um espírito de iniciativa, tendo aproveitado as diversas oportunidades que surgiram para aperfeiçoar conhecimentos e capacidades, com ênfase nas competências específicas da área de especialização. A equipa de Enfermagem foi bastante acolhedora, promovendo a integração à unidade de uma forma harmoniosa e gradual. Sempre que se suscitaram dúvidas foi possível contar com o apoio das Enfermeiras tutoras, e também dos restantes elementos da equipa, sendo que desta forma se tomou real consciência da verdadeira dimensão do trabalho em equipa, que possui como objetivo comum otimizar os cuidados prestados ao RN e sua família. De realçar ainda a pontualidade e assiduidade que se apresentou ao longo de todo o período de estágio.

Ao longo do Estágio de Neonatologia foi possível desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais, tendo demonstrado disponibilidade e iniciativa nas diversas situações. Foi possível a realização do acolhimento do neonato e sua família à unidade, de acordo com a norma de acolhimento em vigor, efetuando colheita de dados de forma objetiva e clara através do diálogo, observação, consulta do processo clínico, identificando dessa forma as necessidades em saúde. Partindo dessa avaliação inicial, ocorreu o estabelecimento de diagnósticos de Enfermagem adequados ao neonato e sua situação clínica, aplicando uma linguagem comum à profissão de Enfermagem, a linguagem

CIPE®. Foram efetuados registos de Enfermagem em papel, com metodologia e rigor científico, garantindo a continuidade de cuidados, mantendo o processo individual do neonato atualizado e devidamente elaborado.

No que toca aos cuidados e intervenções de Enfermagem, estes foram direcionados ao RN e sua família e suas necessidades, de acordo com as normas e protocolos preconizados na unidade. Tal permitiu o desenvolvimento de uma relação terapêutica eficaz, tendo sido planeados cuidados em função dos diagnósticos de Enfermagem identificados, considerando os princípios técnico-científicos e atendendo aos aspetos ético-deontológicos. Creio que ocorreu respeito pelos valores, crenças e pela privacidade, havendo desta forma um ambiente calmo e facilitador à expressão de sentimentos e de necessidades. No que toca à comunicação, esta foi assertiva e eficaz, tendo ocorrido empenho no desenvolvimento de relações terapêuticas na prática clínica, favorecendo a sentimentos tranquilizadores. Tal possibilitou a realização de ensinamentos para a saúde direcionados e adequados à família, promovendo o envolvimento da mesma nos cuidados em parceria ao neonato (Ex: cuidados de higiene e conforto, alimentação/amamentação, eliminação, sono e repouso, desenvolvimento psicoafetivo, entre outros), incentivando e motivando a família a acompanhar o seu filho, estimulando a parentalidade.

Respetivamente ao controlo da dor enquanto 5º sinal vital, sinto que tal foi respeitado, tendo sido proporcionadas medidas de conforto. Assim, foram utilizadas diversas estratégias para alívio da dor, tanto farmacológicas como não farmacológicas: a chupeta (sucção não nutritiva), a sucrose a 24% por via oral, o método canguru, o toque pele a pele, entre outros. Ocorreu ainda respeito pelos procedimentos assépticos e colaboração nos diversos exames complementares de diagnóstico, como por exemplo na realização de ecocardiograma neonatal, na avaliação oftalmológica da retinopatia da prematuridade e na ecografia transfontanelar.

Foram prestados cuidados de Enfermagem ao neonato nas mais variadas áreas de atuação, ocorrendo consolidação de conhecimentos, relacionando a componente teórica com a prática. Foi também aspeto importante deste estágio a preparação do neonato e sua família para a alta, e/ou a sua transferência para o hospital de residência, ocorrendo também encaminhamento para os recursos de saúde existentes julgados necessários. No que se refere à área da ventilação assistida, foi possível a observação e participação nos cuidados ao neonato ventilado, tanto de forma invasiva como de forma não invasiva, tendo aprofundado conhecimentos nesse ramo.

Foi também praticável a realização de pedidos de stock, conjuntamente com a Enfermeira tutora, onde se avaliaram os níveis de material e se procedeu posteriormente aos pedidos, tal como por exemplo de leite artificial, de antissépticos e desinfetantes, de terapêutica, entre outros. Tal também ajudou à perceção aprofundada dos recursos materiais presentes na unidade e da sua respetiva localização na unidade.

Apesar de não ter estabelecido inicialmente como objetivo do estágio, colaborei na melhoria da qualidade dos cuidados da unidade através da atualização das tabelas de diluição e administração de terapêutica endovenosa, estando as mesmas expostas na parede da sala de preparação de terapêutica. Para além disso também colaborei na

elaboração de “Certificados” para os pais dos RNs internados, no âmbito do programa de humanização de cuidados da unidade.

Foi estabelecido como objetivo para o respectivo estágio a experiência de um dia na Sala de Partos da MBB, pelo que foi possível compreender a dinâmica, identificar a adaptabilidade do RN à vida extrauterina e observar os cuidados imediatos prestados ao RN no pós-parto. Houve a oportunidade de visualizar um parto eutócico, com recurso a ventosa, de um RN de termo, que decorreu sem alterações significativas. Foi possível a observação dos cuidados imediatos ao RN logo após o parto. Quando nasce um bebé, há sempre um Enfermeiro e um Pediatra disponíveis para o receberem. Assim que nasce, é colocado num pano estéril aquecido sobre o corpo materno (desde que não haja contraindicações) para promover a vinculação afetiva mãe-filho pele a pele e o corte tardio do cordão umbilical pelos benefícios já cientificamente comprovados. Seguidamente, é levado para a Sala de Cuidados ao RN e é colocado na mesa de reanimação onde o Pediatra, com a colaboração do Enfermeiro, realiza uma observação geral e minuciosa, pesquisa a maturidade do RN, atribui o Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minutos, faz a desobstrução da via aérea superior, aspirando secreções e administra oxigénio (se necessário), assim como verifica o conteúdo gástrico e procede a uma lavagem gástrica (se necessário). Faz também o rastreio de possíveis malformações e verifica a permeabilidade anal, esofágica e das coanas. O Enfermeiro que recebe o bebé administra a vitamina K via intramuscular, faz a avaliação do peso, e se necessário realiza a desinfeção ocular segundo protocolo. Por fim, coloca a identificação do RN no braço (pulseira) e este é vestido com as roupas que já se encontram aquecidas.

Nesse mesmo dia ocorreu também um parto eutócico de uma gestação gemelar bicoriónica e biamniótica, ambas do sexo feminino e prematuras, com trinta semanas e dois dias de idade gestacional, onde foi possível acompanhar todo o processo desde o momento da administração da anestesia epidural à mãe até ao internamento dos neonatos na Neonatologia B. A gravidez foi vigiada, bastante desejada, com rotura prematura de membranas às 29 semanas, pelo que a mãe permaneceu internada na UMMF para realizar maturação pulmonar das gémeas. A primeira gémea nasceu às 22:10h por fórceps, com 915g de peso, índice de Apgar 9/10/10, sem necessidade de reanimação. Permaneceu hemodinamicamente estável em respiração espontânea com FiO₂ 21%. A segunda gémea nasce às 22:13h com 1080g de peso, índice de Apgar 8/10/10, tendo nascido deprimida, mas com boa resposta a ventilação por pressão positiva com oxigenoterapia. Por manter respiração irregular foi colocada em ventilação não invasiva (*Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) com tubo nasofaríngeo). Ao 2º dia de vida suspende ventilação não invasiva e permanece em respiração espontânea com FiO₂ 21%. Permaneceram na unidade para aumento ponderal e aquisição de competências na alimentação, tendo a visita e os cuidados dos pais. Foi possível prestar cuidados a estes RN ao longo do estágio, tendo em vista a maximização da sua saúde.

Sentiu-se grande satisfação e motivação acrescida por se ter tido diversas oportunidades de aprendizagem que foram totalmente novas. Foi dado ênfase especial à importância do acompanhamento dos pais, promovendo sempre a vinculação, o afeto, a parceria de cuidados, tendo a família como parceiros imprescindíveis.

Ao efetuar um balanço de todo o processo formativo desenvolvido neste estágio, considera-se que foi bastante positivo, não só pelo facto de ter incorporado experiências altamente enriquecedoras e diferenciadas, permitindo o desenvolvimento de novas competências, dado à particularidade e especificidade dos cuidados de Enfermagem em neonatologia, mas também por todo o dinamismo, empenho, responsabilidade e profissionalismo de que é movida a equipa multidisciplinar no cuidar. Foi graças à grande dinâmica da unidade, à excelente prestação e apoio de todos os elementos da equipa de Enfermagem, especialmente por parte das Enfermeiras tutoras, que foi possível atingir os objetivos propostos.

A Enfermagem desempenha um papel crucial na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente em momentos de crise, que é o internamento de um filho, especialmente se for prematuro e/ou gravemente doente. O Estágio de Neonatologia permitiu cuidar do RN e respetiva família num contexto a que não estou familiarizada, devido às especificidades inerentes, pelo que considero que expandi o autoconhecimento e evoluí como futura EEESIP.

3. Estágio de Saúde Infantil e Familiar

3.1. Contextualização do Estágio de Saúde Infantil e Familiar

O Estágio de Saúde Infantil e Familiar decorreu de 03 de abril a 12 de maio de 2023, na UCSP de S. Miguel, da ULSCB, com uma carga horária de 130 horas em estágio e 60 horas de orientação tutorial, distribuídas por seis semanas, em horário praticado e ajustado com o horário das Enfermeiras tutoras, ambas EEESIP e com grau de mestre, e sob orientação da Professora Doutora Ernestina Silva. A elaboração de um Relatório de Estágio é parte integrante do estágio, tendo por base o Projeto de Estágio previamente redigido e presente em apêndice (Apêndice III), servindo como guia de orientação pessoal para o desenvolvimento de aprendizagens e competências.

Contextualizando a UCSP, esta é uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, constituída por uma equipa multidisciplinar e dotada de autonomia técnica e funcional. Encontra-se integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Beira Interior Sul, tendo iniciado funções em 2009, pelo que fisicamente é uma unidade recente e organicamente funcional. Tem inscritos 15 492 utentes da cidade de Castelo Branco e das freguesias de Alameda, Juncal do Campo, Freixial e Salgueiro do Campo, tendo polos de saúde em cada uma dessas freguesias mencionadas. É constituída por duas salas de tratamento, duas salas administrativas, oito gabinetes Médicos, oito gabinetes de Enfermagem, uma sala de espera com WC para os utentes, uma sala de stock, uma sala de armazenamento de vacinas, um gabinete para a Enfermeira responsável, uma copa, uma sala de sessões/reuniões e um WC para os funcionários. No que diz respeito ao período de funcionamento, esta unidade encontra-se aberta das 8:00h às 20:00h em todos os dias úteis, sendo que o horário de atendimento é das 08:15h às 19:45h. Em alternativa os utentes podem recorrer à linha telefónica 112 (emergência médica), linha telefónica SNS24 (808 24 24 24) ou ao hospital de referência, ULSCB-HAL.

Relativamente à equipa de Enfermagem, esta é constituída por catorze elementos: uma Enfermeira responsável, sendo Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; duas EEESIP; duas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem Comunitária; um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e oito Enfermeiras de Cuidados Gerais.

A respetiva UCSP apresenta como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população da sua área geográfica de influência, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos cuidados. Como visão tem a prestação de cuidados de saúde de qualidade, personalizados, adequados às características das populações, próxima das famílias e dos cidadãos, de acordo com a utilização racional e eficiente dos recursos disponíveis, baseados na vontade empreendedora dos profissionais. Rege-se pelos seguintes valores: qualidade e rigor; humanização e privacidade; ética, transparência, responsabilidade social e respeito; cooperação e trabalho em equipa; inovação. O método de trabalho utilizado na prestação de cuidados é o método individual, apresentando como centro dos cuidados a família, havendo, sempre que possível, um Médico e um Enfermeiro de família por cada cidadão, indo ao

encontro dos direitos dos utentes. Consideram-se dois aspetos fundamentais para a prática clínica: a família como alvo de cuidados e a família como facilitadora de cuidados.

O modelo de prestação de cuidados assenta na promoção da saúde, na prevenção da doença e na continuidade de cuidados com prestação de cuidados holísticos com o objetivo máximo de alcançar uma população o mais saudável possível. A equipa de Enfermagem da UCSP estabelece relações com a família de forma a ocorrer um acompanhamento da saúde correto e uma compreensão sobre as dificuldades, dúvidas e/ou questões, com o objetivo de proceder a ensinamentos para a saúde e a cuidados antecipatórios. Denotou-se sempre um grande envolvimento da Enfermeira com a família, de forma a estabelecer uma relação empática e a fornecer o apoio emocional necessário.

Referindo um exemplo elucidativo deste modelo, foi o caso de uma família que recorreu à UCSP para a Consulta de Saúde Infantil do filho de 2 meses. Notava-se que a mãe estava desanimada e triste. Quando se questionou se esta se encontrava bem, imediatamente começou a chorar, tendo posteriormente desabafado sobre a sobrecarga emocional que é cuidar de uma criança pequena e sobre a experiência que vivenciou por ter nascido prematura. Foi crucial oferecer apoio e consolo, fazendo-a compreender que é uma época bastante difícil, que necessita de apoio, que é normal sentir-se dessa forma e reforçando que a mesma é uma excelente mãe. Foi possível compreender a verdadeira dimensão da prática de Enfermagem em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP) centrados na família: o auxiliar a família a desenvolver competências para lidarem com os problemas presentes e/ou potenciais, de modo a conseguir cumprir com as suas funções. Oferecer um simples sorriso, um enaltecimento ou um agradecimento constituem pormenores que num todo se verificam de grande importância no processo de cuidar. De salientar também como aspeto positivo o respeito pela multiculturalidade das famílias inscritas na respetiva UCSP, que foi possível observar diversas vezes durante as Consultas de Saúde Infantil e Juvenil (CSIJ).

3.2. Reflexão sobre o Estágio de Saúde Infantil e Familiar

A reflexão crítica foi um desafio essencial para o desenvolvimento de competências, tanto ao nível pessoal como profissional, apresentando como benefícios a compreensão de si próprio, o desenvolvimento da autoestima e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

O Estágio de Saúde Infantil e Familiar, realizado na UCSP de S. Miguel da ULSCB, apresentou como objetivo primordial desenvolver competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados de saúde especializados ao utente pediátrico e sua família, com vista ao desenvolvimento de uma prática de excelência baseada na evidência científica, em contexto de CSP.

Durante o respetivo estágio apresentou-se uma boa relação com a equipa multidisciplinar, especialmente com a equipa de Enfermagem, sendo essa relação baseada no diálogo aberto, na confiança, respeito mútuo e na comunicação formal e informal assertiva. Procurou-se manter uma postura recetiva e humilde, demonstrando

disponibilidade, de forma a se adquirir uma visão global dos cuidados de Enfermagem prestados ao utente pediátrico e sua família. Pautou-se por uma participação ativa na dinâmica da unidade, respeitando as funções específicas de cada elemento da equipa, com respeito pelos princípios éticos e deontológicos no desempenho profissional. Julga-se que houve uma colaboração adequada com a equipa de Enfermagem, especialmente com as Enfermeiras tutoras, o que permitiu a aquisição de uma visão global dos cuidados de Enfermagem prestados ao utente pediátrico e sua família em contexto de CSP. De salientar que sempre se apresentou uma atitude ativa e pró-ativa, disponibilidade, interesse e um espírito de iniciativa, tendo-se aproveitado as diversas oportunidades que surgiram para aperfeiçoar conhecimentos e capacidades, com ênfase nas competências específicas da área de especialização. A equipa de Enfermagem foi bastante acolhedora, promovendo a integração à unidade de forma harmoniosa e gradual. Sempre que suscitaram dúvidas foi possível contar com o apoio das Enfermeiras tutoras, e também dos restantes elementos da equipa, sendo que desta forma se tomou real consciência da verdadeira dimensão do trabalho em equipa, que possui como objetivo comum otimizar os cuidados prestados ao utente pediátrico e sua família. Realça-se ainda a pontualidade e assiduidade que se demonstrou ao longo de todo o período de estágio.

No que toca às normas e protocolos de atuação em Enfermagem, estes foram consultados de forma a compreender a dinâmica da unidade. Foi possível observar e participar nas atividades realizadas pela equipa multidisciplinar, especialmente pela equipa de Enfermagem, no que toca às CSIJ, sendo estas uma mais-valia para o enriquecimento pessoal e profissional. Foram desenvolvidas competências profissionais ao nível técnico, científico e relacional, de forma a garantir a prestação de cuidados de Enfermagem ao utente pediátrico nas mais variadas áreas de atuação, ocorrendo consolidação de conhecimentos, relacionando a componente teórica com a prática, tendo-se demonstrado disponibilidade e iniciativa nas diversas situações. Foi feito acolhimento individual e personalizado ao utente pediátrico e sua família, estabelecendo-se uma relação empática e uma comunicação terapêutica adequada. Ocorreu observação e participação nas diversas CSIJ, tendo-se o cuidado de visualizar previamente o processo clínico do utente pediátrico e da sua família; preparar a sala de Enfermagem para receber o utente pediátrico e sua família; verificar o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV) e atualizá-lo, caso necessário; realizar ensinamentos para a saúde (cuidados antecipatórios) específicos, individuais e direcionados ao utente pediátrico e sua família, de acordo com os problemas e necessidades identificadas, facultando lugar para esclarecimento de dúvidas; proceder a uma correta avaliação estatoponderal e de desenvolvimento psicomotor, recorrendo à escala de Mary Sheridan; entre outros. Houve promoção de um ambiente calmo, facilitador à expressão de sentimentos e de necessidades durante a consulta, ocorrendo respeito pelos valores e crenças, garantido um ambiente de privacidade.

Ao longo do Estágio de Saúde Infantil e Familiar foram desenvolvidas algumas atividades, em parceria com os pais, e em equipa interdisciplinar com o Médico de família, nomeadamente:

- Acolhimento individual e personalizado, estabelecendo-se uma relação empática facilitadora de uma relação de ajuda, através da comunicação terapêutica com a criança/jovem e sua família;

- Realização de consultas de Enfermagem, tendo o cuidado de antecipadamente preparar a unidade para receber a criança/jovem e sua família;
- Realização de entrevista à criança/jovem e sua família, privilegiando um ambiente de privacidade;
- Avaliação e estabelecimento de diagnósticos de Enfermagem de forma objetiva, identificando os respetivos fenómenos de Enfermagem;
- Planeamento de intervenções de Enfermagem, em parceria de cuidados, de acordo com as necessidades da criança/jovem;
- Sessões de educação para a saúde individuais, em função das necessidades identificadas, proporcionando espaço para o esclarecimento de questões e dúvidas;
- Avaliação dos resultados dos ensinamentos efetuados na consulta anterior;
- Promoção da adesão e manutenção do aleitamento materno;
- Promoção da adesão ao PNV;
- Correta avaliação estatoponderal e de desenvolvimento psico-motor recorrendo à Escala de Mary Sheridan;
- Procedimentos de Enfermagem com rigor científico e respeito pela assepsia, tal como por exemplo na administração de injetáveis;
- Elaboração de registos de forma clara e objetiva sobre os procedimentos efetuados, mencionando informações que contribuam para a continuidade dos cuidados.

Durante as CSIJ foi possível avaliar e estabelecer diagnósticos de Enfermagem adequados à criança/jovem e sua situação clínica, aplicando uma linguagem comum à profissão de Enfermagem, a linguagem CIPE[®], e atendendo aos aspetos ético-deontológicos em todo o processo de cuidados. Manifestou-se respeito pelos valores, crenças e pela privacidade, propiciando desta forma um ambiente calmo e facilitador à expressão de sentimentos e de necessidades. Em particular na consultada do adolescente, deu-se ênfase à confidencialidade e privacidade das informações que foram fornecidas e colhidas, privilegiando o atendimento a sós, e esclarecendo que tudo o que foi dito não é partilhado com os demais, incluindo os familiares. É importante que esses aspetos sejam clarificados de forma a criar a confiança no adolescente na unidade, e a procurá-la sempre que necessite. No que toca à comunicação, esta foi assertiva e eficaz, tendo manifestado empenho no desenvolvimento de relações terapêuticas na prática clínica, favorecendo sentimentos tranquilizadores.

Relativamente ao controlo da dor enquanto 5º sinal vital, tal foi sempre uma preocupação, tendo sido aplicadas estratégias não farmacológicas para proporcionar alívio da dor à criança/jovem durante os procedimentos dolorosos, nomeadamente no ato de vacinação, tais como: o uso da distração; da chupeta (sucção não nutritiva); da amamentação; da recompensa e reforço positivo, entre outros.

Quanto aos registos no sistema informático, através do SClínico[®], estes foram realizados com metodologia e rigor científico, garantindo a continuidade de cuidados, mantendo o processo individual do utente pediátrico devidamente atualizado. A tomada de conhecimento e visualização do processo clínico dos utentes pediátricos, nomeadamente do processo de Enfermagem, auxiliou à melhor compreensão da situação clínica presenciada, permitindo a continuidade dos cuidados. Estes registos também foram indispensáveis no

Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, e no E-Vacinas, no caso de registo da administração de vacinas do PNV e Vacinas Extra-Programa. Ocorreu também avaliação e validação da eficácia das intervenções de Enfermagem efetuadas, da comunicação e dos ensinamentos para a promoção da saúde.

Uma das atividades específicas propostas para o respetivo estágio foi realizar uma sessão de formação à equipa de Enfermagem sobre a temática “A Persistência de Hábitos de Sucção Digital: Proibir ou Substituir?”. A respetiva sessão de formação ocorreu no dia 08/05/2023 pelas 13h, tendo ocorrido presencialmente na sala de sessões da respetiva UCSP. Considero que esta sessão de formação foi bastante pertinente e diferente dos temas habituais, corroborando também da opinião da equipa, tendo ocorrido alguma discussão, reflexão crítica e debate sobre a temática após a sua apresentação. Julgo que se atingiu o ambicionado com a realização da respetiva sessão de formação, sensibilizando para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Um dos objetivos propostos também era a participação nas atividades da Unidade de Saúde Familiar (USF) Receber e Cuidar, que se encontra atualmente a aguardar início de funções. Desta forma, como ainda não foi inaugurada, não foi possível conhecer e estabelecer de relações interpessoais com a respetiva equipa multidisciplinar, nem conhecer da estrutura física, orgânica e funcional da USF. Porém, considera-se um privilégio o convite para colaborar na elaboração do “Guia de Boas Práticas para a Consulta de Saúde Infantil e Juvenil”, de forma a uniformizar procedimentos e cuidados de Enfermagem. A elaboração do respetivo Guia permitiu, para além de uniformizar cuidados, a consolidação de conhecimentos a todos os níveis, pois foi necessária uma pesquisa aprofundada de vários temas relacionados com as CSIJ, tais como: a periodicidade das consultas; a responsabilidade de cada área profissional; o circuito do utente pediátrico; descrição sobre os procedimentos e ensinamentos nas variadas CSIJ; o PNV; as Vacinas Extra-Programa; as crianças/jovens em risco e com necessidades especiais; as perturbações emocionais e do comportamento; o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral; a avaliação da tensão arterial; o transporte de crianças em automóvel; as idades ótimas para cirurgias; entre outras mais.

Considero que não ocorreram dificuldades de maior na prestação de cuidados em contexto de CSP. No entanto, foi desafiante e houve necessidade de se aprofundar conhecimentos nesta área de forma diferenciada. Demonstrou-se sempre um espírito de responsabilidade, interesse e iniciativa, tendo-se aperfeiçoado competências profissionais na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, prestando cuidados de Enfermagem ao RN, à criança, ao jovem e à família, de forma a promover a saúde do binómio, a prevenir doenças comuns e a garantir a continuidade de cuidados.

As respetivas competências desenvolvidas constituíram uma agradável surpresa, uma vez que a realidade encontrada foi bastante nobre relativamente ao que se acreditava encontrar inicialmente. Desta forma, considera-se a UCSP S. Miguel um campo de estágio enriquecedor devido à grande variedade de situações com que se lida diariamente. Em suma, os objetivos definidos para este estágio foram alcançados. Foi importante o interesse e a determinação em concretizar as atividades planeadas, assim como a iniciativa na prestação de funções autónomas do EEESIP.

Parte II: Investigação

1. Enquadramento Teórico e Justificação

Esta segunda parte do relatório inicia-se pelo enquadramento teórico, que serve como suporte e fundamentação do interesse do tema e incluem-se os seguintes subcapítulos: “O Serviço de Urgência”, onde se aborda sucintamente a evolução dos cuidados no Serviço de Urgência (SU), o Sistema de Triagem de Manchester (STM) e apresentam-se alguns dados relativos à utilização do SU; “A Readmissão ao Serviço de Urgência Pediátrica” onde se aborda a readmissão da criança/jovem no SUP, apresentam-se os potenciais efeitos da mesma, os principais motivos que conduzem a tal, e mostram-se dados relativos à utilização do SUP, existindo uma preocupação com a implementação de estratégias; “O Enfermeiro no Serviço de Urgência Pediátrica” em que se descreve a importância do papel do Enfermeiro que exerce funções no SUP; “O Papel da Família” que enfatiza a importância dos cuidados centrados na família para a excelência dos cuidados prestados e “O Modelo de Sistemas de Betty Neuman” onde se aborda o modelo conceptual que teoriza a Enfermagem e se relaciona com a temática em estudo.

O problema de investigação é considerado como ponto de partida para reduzir desvios entre uma situação ideal e a situação real, de forma a encontrar soluções através da investigação. A escolha do problema é a fase principal da investigação, pois esta irá influenciar todas as etapas seguintes. Desta forma deve ocorrer precisão e definição do problema de acordo com as preocupações e com os objetivos do estudo (Fortin, 2009).

Sendo Enfermeira a exercer funções no SUP da ULSCB-HAL, foi possível perceber que diversas vezes surgem crianças/jovens que recorrem repetidas vezes ao serviço, trazidas pelos seus pais, havendo uma grande prevalência de readmissões de crianças/jovens com a mesma queixa da admissão inicial, num curto espaço de tempo. Perante este fenómeno de interesse, definiu-se como objetivo analisar a experiência dos pais relativamente à readmissão da criança/jovem no SUP da ULSCB-HAL. Como maioritariamente são os pais que trazem estas crianças/jovens ao SUP, torna-se importante dar-lhes voz, no sentido de conhecer a realidade vivenciada pelos pais sobre a readmissão no SUP da ULSCB-HAL e criar evidências que contribuam para a reflexão e implementação de possíveis estratégias ao nível da organização do serviço e de gestão de cuidados, melhorar a literacia em saúde dos pais e a qualidade dos cuidados, diminuindo as readmissões do utente pediátrico e família que recorrem ao SUP da ULSCB-HAL.

Considerar a readmissão da criança/jovem no SUP como objeto de estudo implica clarificar conceitos, tais como o estabelecimento do prazo considerado como readmissão e de utilização pouco ou não urgente, inapropriada, inadequada, excessiva, recorrente e até evitável, não existindo um consenso (Alele et al., 2018). Apura-se que há alguns autores que consideram um prazo máximo de uma semana e outros o prazo de um mês, após a alta clínica. Evidentemente que nem todas as readmissões são inadequadas, uma vez que pode ocorrer um agravamento da situação clínica da criança/jovem e realmente ser necessário uma nova ida ao SUP. As respetivas estratégias para a redução do uso inadequado e das readmissões no SU, apesar de eficazes, não são suficientes, sendo tal demonstrado pela estatística. Ainda existe um longo caminho a percorrer relativamente à melhoria desta problemática, nomeadamente a compreensão dos reais motivos para a utilização inadequada.

1.1. O Serviço de Urgência

A Declaração Universal dos Direitos do Homem de 10 de Dezembro de 1948 (Portugal, Ministério Público, Assembleia Geral das Nações Unidas, 1978), no Artigo 25º, realça que todos os indivíduos têm direito a um nível de vida que assegure a saúde e o bem-estar, tanto a nível da assistência médica como a outros, declarando também o direito à segurança na doença. Desta forma, tal foi assegurado pelo estado português através da criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), aprovado pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro de 1979. A Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, clarifica o papel do SNS: este é pautado pelos princípios da universalidade, da generalidade, sendo tendencialmente gratuito, considerando o nível económico e social de cada indivíduo, e dotado de estatuto próprio. O SNS é composto por todos os serviços e estabelecimentos públicos que prestam cuidados de saúde à população, nas vertentes da promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Ou seja, consegue-se compreender que estão organizados em três níveis de cuidados: CSP, Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados Continuados Integrados. Nos Cuidados de Saúde Hospitalares encontram-se os SUs, prestando cuidados de saúde em situações urgentes e/ou emergentes (Portugal, Decreto-Lei n.º 52/2022).

Em 2006 o Ministério da Saúde define os conceitos de "emergência e urgência médica": "a situação clínica de instalação súbita na qual, respectivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais."¹ (Portugal, Despacho n.º 18459/2006, p. 18611). Todavia, em 2012 os termos são distinguidos pela Rede Nacional de Urgência e Emergência, que esclarece que:

Entendemos urgência como um processo que exige intervenção de avaliação e/ou correção em curto espaço de tempo (curativa ou paliativa); por emergência entende-se um processo para qual existe um risco de perda de vida ou de função orgânica, necessitando de intervenção em curto espaço de tempo; a situação é crítica se não for rapidamente reversível, isto é, sempre que se prolonga no tempo, e necessitar de metodologias de suporte avançado de vida e de órgão (Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência, 2012, p. 8).

Com a crescente procura e uso do SU foi necessário estabelecer consensos e determinar prioridades para que o atendimento de utentes ocorresse consoante a queixa apresentada e não pela ordem de chegada ao serviço. Desta forma, em outubro de 2000 foi introduzido em Portugal o STM, baseado na versão inglesa de Manchester de 1994. Foram assim criadas normas baseadas na determinação do risco clínico, através do consenso entre Médicos e Enfermeiros, e pelo Grupo Português de Triagem (Grupo Português de Triagem, s.d.; Grupo Português de Triagem, 2021).

O Sistema de Triagem de Manchester tem valor intrínseco ao identificar a prioridade relativa dos doentes e, pelo facto de mandar a existência de circuito de encaminhamento pós-triagem, valor e impacto para além da triagem, com benefício para a reestruturação e crescente organização do Serviço de Urgência (Grupo Português de Triagem, 2021, p. 2).

¹ Respeitada grafia original.

O STM baseia-se na queixa exibida no momento da triagem, ou seja, pelos sinais e sintomas que motivam a admissão no SU. De acordo com essa queixa é eleito o fluxograma mais adequado, de um total de cinquenta fluxogramas, percorrendo-se os discriminadores do mesmo, selecionando o primeiro que seja positivo ou impossível negar. Os fluxogramas foram elaborados de forma rigorosa, garantindo que mesmo que uma queixa conduza a mais do que um fluxograma, a prioridade clínica estabelecida através dos discriminadores nunca será inferior. É assim estabelecida a prioridade clínica:

- Pulseira Vermelha - Emergente - atendimento imediato;
- Pulseira Laranja - Muito Urgente - até dez minutos para ser atendido;
- Pulseira Amarela - Urgente - até sessenta minutos para ser atendido;
- Pulseira Verde - Pouco Urgente - até cento e vinte minutos para ser atendido;
- Pulseira Azul - Não Urgente - até duzentos e quarenta minutos para ser atendido;
- Pulseira Branca - atribuída por razões administrativas ou por razões clínicas - não apresenta tempo de espera definido (Grupo Português de Triagem, s.d.).

O uso inadequado do SU é um problema de organização e gestão de serviços, tanto a nível nacional como mundial, que se tem manifestado ao longo dos anos, revelando até uma tendência crescente. Sendo também um problema de saúde pública, é imprescindível uma intervenção urgente, podendo cada um de nós fazer a diferença. Apesar da quebra nos números de episódios de urgência nos anos 2020 e 2021, resultado das medidas sanitárias e da diminuição da circulação de pessoas para controlo da pandemia *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), e mesmo com todas as estratégias implementadas a nível nacional para reduzir as taxas da utilização inadequada, após maio de 2022 os números voltaram a assemelhar-se aos dos anos de pré-pandemia (Portugal, Serviço Nacional de Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, IP., 2022).

De acordo com o descrito na Circular Normativa n.º 11/2022:

Portugal apresenta taxas de atendimento em serviços de urgência/emergência hospitalar significativamente mais elevadas do que outros países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), havendo estudos que identificam que cerca de 30% desses atendimentos não deveriam ocorrer naquele nível de prestação de cuidados (Portugal, Serviço Nacional de Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, IP., 2022, p. 2).

Através dos dados apresentados pelo SNS, em 2022 o atendimento no SU teve um valor de 6 396 634 de total de episódios de urgência a nível nacional, sendo que desse valor 45% foram situações pouco ou não urgentes, determinadas pelo STM. Relativamente à ULSCB-HAL, no ano de 2022 houve 66 482 total de episódios de urgência, sendo que deste número 42% foram considerados como situações pouco ou não urgentes, de acordo com o STM, aproximando-se do valor exibido ao nível nacional (Portugal, Serviço Nacional de Saúde, 2023).

Segundo dados fornecidos pelo Gabinete de Apoio à Gestão da ULSCB-HAL, no SUP ocorreu um total de 3 089 episódios de urgência nos meses de novembro e dezembro de 2022, sendo que deste valor 47,41% foram situações caracterizadas como prioridade de

pouco urgente, não urgente ou por pulseira “branca”, segundo o STM. Concluindo, cerca de metade das situações clínicas poderiam ser atendidas noutra nível de cuidados mais apropriado, reduzindo assim o inadequado uso do SUP. Esta utilização inadequada é uma preocupação pois o verdadeiro conceito de SU está a ser compreendido e aplicado de forma errada.

1.2. A Readmissão no Serviço de Urgência Pediátrica

É importante esclarecer o significado do termo “Readmissão”, de forma a definir concretamente o que se pretende abordar. De acordo com o Dicionário Priberam, é definido como “acto ou efeito de readmitir”², ou seja, tornar a admitir (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, s.d.). Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) definem a readmissão do utente como “admissões subsequentes de um paciente em um hospital ou outra instituição de saúde para tratamento” (2017). De acordo com Zhou et al. (2019), a readmissão é definida também como admissões subsequentes dentro de um período específico após a admissão inicial. Assim, o que se pretende é compreender os reais motivos que proporcionam à readmissão no SUP em situações clínicas que não demonstram necessidade de cuidados de urgência, ou seja, em que seria evitável o atendimento neste nível de cuidados, e em que quando existe esse tipo de utilização, considera-se utilização inadequada.

É também essencial compreender o porquê de tal facto ser nocivo. Assim, de acordo com Martins et al. (2020) e Gross et al. (2023), apresentam-se como potenciais efeitos da readmissão no SUP os seguintes:

- Ocorre sobrelotação do serviço;
- Existe uma correlação direta com a maior morbidade e mortalidade da criança/jovem;
- Está associado ao aumento do número de internamentos;
- Ocorrem atrasos na realização da triagem, aumento do tempo de espera para a observação pelo Médico, atrasos na reavaliação da criança/jovem após a triagem ou após intervenções clínicas;
- Existem longos tempos de espera, o que diminui a satisfação dos pais, podendo até proporcionar ao abandono do serviço antes da observação médica;
- Ocorrem atrasos na gestão da dor;
- Ocorrem atrasos na administração de terapêutica, sendo ainda pior no que toca à administração de antibióticos;
- Há maior probabilidade de surgirem erros médicos e de cálculo de doses terapêuticas de acordo com o peso da criança/jovem;
- Há maior probabilidade de ocorrerem infeções cruzadas;
- Os cuidados de saúde são de qualidade inferior ao ideal;
- Apresenta impacto na qualidade do serviço;
- Afeta a capacidade de resposta a situações emergentes;

² Respeitada grafia original.

- O bem-estar dos profissionais de saúde que exercem funções nesse serviço é influenciado negativamente, podendo até proporcionar ao *burnout*;
- Ocorre redução da eficácia da rede de segurança dos cuidados de saúde;
- Aumenta a probabilidade de a criança/jovem significativamente doente ter alta clínica precocemente ou com tratamento inadequado;
- É obstáculo no que toca ao atingimento de metas nacionais de qualidade e segurança do utente;
- Existe limitação na capacidade de os hospitais responderem em situações de surto repentino de doenças e/ou catástrofe.

Hamline et al. (2021) referem que os motivos que proporcionam às readmissões ainda não são bem conhecidos, e como tal não existe um plano específico e eficaz para diminuir essas taxas, o que requer, portanto, uma investigação para compreender os motivos e atuar sobre os mesmos. Segundo os mesmos autores, nos Estados Unidos da América cerca de 13% dos utentes pediátricos são readmitidos por qualquer motivo, dentro de trinta dias após a alta clínica, e desse valor cerca de 30% são readmissões potencialmente evitáveis. Segundo Zhou et al. (2019), na Austrália as taxas de readmissão no SUP variam entre os 3,4% e 28,6% e apresentam custos elevadíssimos ao sistema de saúde.

No SUP da ULSCB-HAL existe uma taxa de readmissão, contabilizando-a apenas num prazo máximo de uma semana após a primeira admissão, de 11,56% nos meses de novembro e dezembro de 2022. Se contabilizarmos readmissões no prazo máximo de uma semana e pela mesma queixa inicial a taxa é de 9,23%. Pode-se ainda destacar que existem crianças/jovens com vários episódios de readmissão na mesma semana, às vezes até no próprio dia da alta clínica, e com repetição de episódios de readmissão ao longos dos respetivos dois meses. Se a readmissão no SUP da ULSCB-HAL fosse contabilizada com um prazo alargado certamente haveria muitos mais casos considerados como tal. Esta é uma situação complexa a ser enfrentada, multifatorial, pois, paradoxalmente, as crianças/jovens nunca foram tão saudáveis como atualmente, devido ao avanço da medicina e à evolução dos cuidados de saúde, o que demonstra a necessidade de uma abordagem direcionada e individualizada (Martins et al., 2020; Montoro-Pérez et al., 2023).

Deste modo foi realizada pesquisa bibliográfica de forma a obter respostas amplas sobre os motivos que levam à readmissão da criança/jovem no SUP. A pesquisa foi organizada por temas e é possível evidenciar como principais motivos os seguintes:

- A preocupação dos pais com a saúde dos filhos e a respetiva ansiedade e sofrimento psicológico (Kurt et al., 2020; Martins et al., 2020; Montoro-Pérez et al., 2023);
- O baixo nível de literacia em saúde por parte dos pais, pais de primeira viagem, a inexperiência para interpretar corretamente os sinais e sintomas de doença, a falta de apoio pelos restantes elementos da família e a influência das redes sociais (Montoro-Pérez et al., 2023);
- A incerteza relativamente à severidade, urgência e gravidade da situação clínica do filho e o pensamento de que a situação poderia agravar, havendo uma baixa tolerância ao risco em situações de doença do filho (Akbayram &

Coskun, 2020; Haasz et al., 2018; Kurt et al., 2020; McLauchlan et al., 2019; Montoro-Pérez et al., 2023);

- Para solicitar uma segunda opinião (Haasz et al., 2018);
- A idade jovem da criança e a maior frequência de doenças infecciosas até aos três anos de idade (Martins et al., 2020; Montoro-Pérez et al., 2023; Zhou et al., 2019);
- A presença de doença crónica, a severidade da doença e comorbidades associadas na criança/jovem (Zhou et al., 2019);
- Por níveis socioeconómicos e de escolaridade baixos, tendo também peso a existência, ou não, de seguro de saúde (Montoro-Pérez et al., 2023; Zhou et al., 2019);
- Em contrapartida, existem já estudos que referem que os níveis socioeconómicos altos também têm um peso nas taxas de readmissão (Alele et al., 2018);
- A falha na comunicação entre a própria equipa multidisciplinar e entre a equipa e a criança/jovem e sua família, proporcionando a incertezas por parte dos pais (Hamline et al., 2021);
- A limitação no acesso aos CSP: pelo seu horário de funcionamento específico (muitos pais estão a trabalhar durante o período em que os CSP estão abertos); pela dificuldade em marcar consulta; pela possibilidade de ser reencaminhado dos CSP para o SUP; pelo facto de não apresentar Médico de família ou o mesmo estar indisponível no momento; pela limitação na realização de exames complementares de diagnóstico e pela falta de acompanhamento após a alta clínica, sendo frequente a exclusão dos CSP no processo de alta (Akabayram & Coskun, 2020; Haasz et al., 2018; Kurt et al., 2020; Hamline et al., 2021; Martins et al., 2020; Montoro-Pérez et al., 2023);
- As diversas vantagens que o SUP apresenta: oferece atendimento integral, em horário completo, todos os dias do ano, não sendo necessário ocorrer autorização ou marcação prévia; o seu acesso é mais fácil comparativamente aos CSP; há a possibilidade de a criança/jovem ser observada por um Pediatra; o SUP presta cuidados mais rápidos, sendo o resultado de exames complementares de diagnóstico dado mais rapidamente; o SUP apresenta recursos apenas disponíveis nesse serviço de forma imediata; pela localização privilegiada do hospital/SUP relativamente aos CSP (Akabayram & Coskun, 2020; Haasz et al., 2018; Kurt et al., 2020; McLauchlan et al., 2019; Gross et al., 2023; Montoro-Pérez et al., 2023).

Tem sido uma preocupação real dos diversos países do mundo reduzir tais taxas de uso inadequado do SUP. O mesmo se verifica a nível nacional, em que o estado português tem vindo a instituir diversas estratégias para reduzir essas taxas, mas nem sempre com efeito significativo:

- Estabelecimento da Linha SNS 24, com o intuito de esclarecer dúvidas e questões, via chamada telefónica, que os cidadãos tenham em relação ao seu estado de saúde, evitando assim deslocações para o SUP;

- A divulgação pública sobre os tempos médios de atendimento médico;
- A telemonitorização e teleconsulta de doentes crónicos;
- Programas de gestão de utilizadores frequentes, garantindo o acompanhamento desses utentes noutra nível de cuidados (Portugal, Serviço Nacional de Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, IP., 2022).

A OCDE também aponta diversas estratégias para reduzir as taxas de readmissão, tais como: aumentar a facilidade no acesso aos CSP, pelo alargamento do horário de funcionamento; o incentivo ao uso da telemedicina e da teleconsulta; a criação de serviços alternativos para o atendimento de situações caracterizadas como pouco ou não urgentes; a criação de centros de atendimento destinados a utentes com problemas de saúde crónicos e para populações carenciadas; a utilização de sistemas de identificação rápida de situações não urgentes, ocorrendo redirecionamento desses utentes para outros níveis de cuidados; a criação de uma “triagem médica” através de uma avaliação clínica por um Médico de clínica geral; entre outros (Berchet, 2015).

Em novembro de 2022 surge uma Circular Normativa que pretende implementar uma nova estratégia: referenciar para os CSP as situações clínicas triadas com prioridade de pouco urgente, não urgente ou pulseira “branca” pelo STM, considerando algumas exceções. A referenciação apresenta diversos benefícios, pois o facto de situações pouco ou não urgentes serem referenciadas para os CSP permite diminuir as taxas dos episódios de urgência de utilização inadequada e evitáveis no SUP. Tal é fundamental para o SNS e uma medida de eficiência e melhoria da qualidade na prestação, pois minimiza as situações de excesso de procura e saturação do SUP, reservando-o para as situações mais graves, e é também desta forma mais eficiente e segura para o utente pediátrico de menor gravidade. Esta menciona ainda que se devem criar mecanismos que suportem a resolução clínica noutros tipos de contexto, sugerindo três alterações:

- (i) aumentar o acesso à atividade hospitalar programada;
- (ii) reforçar as respostas dos cuidados de saúde primários, da rede nacional de cuidados continuados integrados, do setor e da comunidade;
- (iii) melhorar a articulação entre os serviços do SNS, nomeadamente através do redirecionamento dos designados casos “menos/não urgentes” com garantia de atendimento (Portugal, Serviço Nacional de Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, IP., 2022, p. 3).

De salientar que a responsabilidade desta referenciação é do Enfermeiro triador, ao estabelecer prioridades através do STM, pelo que este desempenha um papel fulcral na garantia de um correto funcionamento do SUP e, conseqüentemente, no bem-estar da criança/jovem e sua família. A implementação de estratégias para reduzir as taxas de readmissão no SUP implica, obrigatoriamente, o reforço e a disseminação de mecanismos que garantam o acesso adequado e oportuno da criança/jovem e sua família que procuram os cuidados de saúde em situação de doença (Portugal, Serviço Nacional de Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, IP., 2022).

1.3. O Enfermeiro no Serviço de Urgência Pediátrica

O Enfermeiro que lida com a criança/jovem e sua família é responsável pela promoção da saúde e prevenção da doença, sendo a principal preocupação o bem-estar da mesma. Assim, este necessita de manifestar uma relação terapêutica de qualidade com a família, de forma a prestar cuidados de Enfermagem de excelência, garantindo que ocorre resposta às necessidades e problemas encontrados, apresentando empatia, compaixão e sensibilidade pela especificidade da criança/jovem (Hockenberry & Barrera, 2014).

No que toca ao SUP, o Enfermeiro desempenha um papel essencial, iniciando-se no momento da triagem. Este deve apresentar experiência adequada para os cuidados de urgência (deve possuir pelo menos seis meses a exercer funções no SU) e competências de comunicação assertiva com o utente pediátrico e sua família, para a execução da triagem. A responsabilidade da determinação da prioridade é totalmente atribuída ao Enfermeiro, apresentando assim um papel fulcral na determinação do tempo de espera e consequentemente no bem-estar da criança/jovem (Grupo Português de Triagem, s.d.).

Os cuidados de Enfermagem em contexto de SUP requerem que o Enfermeiro possua um conjunto de capacidades únicas, tanto ao nível da avaliação da criança/jovem, como da intervenção e tratamento adequados, possuindo um vasto leque de conhecimentos dada a diversidade de situações clínicas que surgem no serviço, nas diversas idades. Toma decisões com rapidez e eficiência, estabelecendo prioridades de intervenção, ocorrendo avaliação constante do estado clínico da criança/jovem e do plano de intervenção. O SUP é um serviço que pode apresentar contextos e ambientes geradores de sentimentos de medo, angústia e ansiedade nos pais, devendo o Enfermeiro ser capaz de, na sua prática clínica: promover reações interpessoais de qualidade; criar climas de confiança; escutar atentamente as suas preocupações, respeitando a individualidade; estabelecer uma relação de ajuda, oferecendo apoio emocional sempre que necessário; centrar-se nos aspetos emocionais e sentimentais da criança/jovem e família, e não só na prática clínica; avaliar conhecimentos e comportamentos relativos à saúde, esclarecendo incertezas, dúvidas e/ou questões; realizar ensinamentos para a saúde personalizados e direcionados à maximização da saúde, promovendo competências e habilidades dos pais (Portugal, Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Tal é justificado com o Regulamento das Competências Específicas do EEESIP, que menciona que o mesmo:

“Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.”;

“Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.”;

“Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.”;

“Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.”;

“Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família” (Portugal, Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193).

Evidenciou-se, assim, que a intervenção do Enfermeiro e os cuidados de Enfermagem de excelência à criança/jovem e sua família no SUP são de extrema importância, com impacto direto na qualidade do atendimento e no bem-estar da criança/jovem e sua família.

1.4. O Papel da Família

A família desempenha um papel fundamental na vida da criança/jovem, sendo esta o pilar essencial para o crescimento e desenvolvimento saudável. Desta forma, é impossível prestar cuidados de excelência à criança/jovem, saudável ou doente, sem incluir a família na abordagem do cuidar. Surge assim uma filosofia de cuidados centrados na criança/jovem e sua família, onde ocorre negociação, colaboração, envolvimento, parceria e capacitação entre a tríade (Portugal, Ordem dos Enfermeiros, 2017).

O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey reforça o envolvimento dos pais na prestação de cuidados à criança/jovem, desde o momento da admissão até após a alta clínica, ocorrendo continuidade de cuidados no domicílio. Um dos pressupostos deste modelo é a negociação e a flexibilidade de cuidados entre a tríade, que apresenta como desígnios fundamentais: “o reconhecimento das perícias da família; o respeito pelos seus desejos e avaliação das suas necessidades; o apoio contínuo e a renegociação; o ensino e supervisão enquanto necessário; a avaliação dos cuidados, do apoio e do ensino; a reflexão e a comunicação” (Portugal, Ordem dos Enfermeiros, Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 2011, p. 72).

É esperado que os pais saibam praticar uma gestão adequada do processo de doença do seu filho, devendo estes apresentar conhecimentos satisfatórios para prestar cuidados em situações de doenças agudas comuns (por exemplo em caso de febre), e capacidade de distinção entre situações pouco urgentes e urgentes e/ou emergentes. Desta forma é possível a procura de ajuda quando se deparam com situações realmente graves e a necessitar de cuidados urgentes e/ou emergentes (Montoro-Pérez et al., 2023). Destacam-se dois conceitos-chave dos cuidados centrados na família: a capacitação e o empoderamento. Os profissionais de saúde devem capacitar a família para o desenvolvimento de habilidades e capacidades, de forma a atender às necessidades demonstradas pela criança/jovem. No que toca ao empoderamento, a família deve adquirir e manter um sentido de autocontrolo sobre a sua vida e reconhecer os benefícios resultantes da tomada de decisão de comportamentos saudáveis. Para tal é fundamental estimular a literacia em saúde através da educação para a saúde (Hockenberry & Barrera, 2014).

Neste caso específico, é a família, maioritariamente os pais, que são responsáveis pelas readmissões da criança/jovem no SUP, sendo essencial uma abordagem direcionada

à promoção da literacia e educação para a saúde, no sentido de efetivamente ocorrer transformações nas taxas de readmissão.

1.5. O Modelo de Sistemas de Betty Neuman

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman, de 1996, é um modelo conceptual que teoriza a Enfermagem e que se focaliza nas respostas do sistema do indivíduo a potenciais ou reais stressores, e no uso de distintos níveis de intervenção de Enfermagem - primário, secundário e terciário - de forma a ocorrer retenção, obtenção e manutenção do bem-estar ideal. O propósito é compreender os possíveis efeitos dos stressores no indivíduo, perceber os efeitos das intervenções dos níveis primário, secundário e terciário na retenção, obtenção e manutenção da estabilidade do sistema do indivíduo, e determinar o custo, benefício e utilidade das intervenções realizadas, tendo em vista a promoção da estabilidade e equilíbrio do indivíduo (Neuman, 1996).

A primeira regra deste modelo dita que há que ter em consideração as variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentais e espirituais do indivíduo; as propriedades específicas do sistema do indivíduo; as propriedades das linhas de defesa e das linhas de resistência; as características do ambiente interno, externo e do ambiente concebido; as características intrapessoais, interpessoais e extrapessoais dos stressores e as intervenções relativas aos níveis de intervenção primário, secundário e terciário. A segunda regra refere que os problemas a serem estudados são aqueles que lidam com o impacto dos stressores na estabilidade do sistema do indivíduo. A terceira regra afirma que o sujeito de Intervenção pode ser um indivíduo, um grupo, famílias, comunidades, organizações, entre outros (Neuman, 1996).

Assim, pode-se considerar que a família é vista como um todo, num sistema dinâmico e aberto, em que as diferentes partes interagem entre si e com o meio envolvente. Ocorre influência de stressores e conseqüentemente reações aos mesmos, interagindo também com as forças internas e externas, apresentando capacidade para modificar o equilíbrio presente. Desta forma é importante a intervenção nos três níveis. Ao nível primário, no que toca à prevenção de situações, que sejam previsíveis e de certa forma evitáveis, que provoquem stresse; ao nível secundário, quando realmente se verifica a ocorrência de sintomas de stresse que interagem com os recursos internos e externos e se lida com estes; e nível terciário, orientado para o restabelecimento do equilíbrio e estabilidade do sistema, com o objetivo de reforçar a resistência à ação dos stressores, ocorrendo prevenção dos mesmos no futuro (Neuman, 1996).

Este modelo adapta-se ao respetivo tema de investigação pois o alvo de intervenção são os pais das crianças/jovens que recorrem ao SUP devido aos stressores que estão ligados ao cuidado dos filhos. Os stressores prejudicam tanto os pais como a criança/jovem e o seu bem-estar, pelo que estes devem ser alvo dos três níveis de intervenção abordados anteriormente: ao nível primário, de forma a prevenir a ocorrência de stressores que proporcionem à readmissão no SUP; ao nível secundário quando realmente recorrem ao SUP e necessitam de cuidados, deve existir ensinamentos para a saúde direcionados à família, de forma a se previnam novas readmissões no futuro, tal dizendo respeito ao nível terciário.

2. Metodologia

A investigação científica revela-se como um processo que possibilita à resolução de problemas identificados ao nível do conhecimento dos fenómenos. É um método específico para a aquisição de conhecimentos, conduzindo de forma ordenada e sistemática às respostas e soluções para questões que necessitam de serem estudadas. Desta forma, possibilita descrição, explicação e predição de factos, acontecimentos e/ou fenómenos. A investigação apresenta um papel fulcral para a concretização de uma base científica que guie a prática clínica. Assim, torna-se importante definir os meios e as técnicas que propiciam à investigação: a metodologia. Esta abrange os princípios fundamentais que são necessários aplicar num projeto de investigação, proporcionando sentido à mesma, de forma a assegurar o rigor e a qualidade. A metodologia irá demarcar o desenrolar de toda a investigação, garantindo assim uma linha orientadora, com a finalidade de obter conclusões reais e úteis (Fortin, 2009). Neste sentido, aborda-se neste tópico: o tipo de estudo; a questão de investigação; os objetivos; as variáveis; a amostra e participantes; o instrumento de recolha de dados; os procedimentos formais e éticos e a análise de dados.

2.1. Tipo de Estudo

Tendo em conta a questão norteadora, o objetivo da investigação e a sua finalidade, realizou-se uma investigação descritiva simples numa abordagem qualitativa pois tal consiste em descrever fenómenos ou conceitos relativos a uma determinada população, de forma a compreender as suas características, e a compreender em profundidade conceitos que levam à descrição de uma experiência. É também fenomenológica visto que “visa descrever a experiência, extrair a natureza dos fenómenos e a significação que as pessoas lhe atribuem” (Fortin, 2009, p. 292). Pode-se definir também como um estudo retrospectivo, uma vez que são colhidas informações junto de uma determinada população, com a finalidade de analisar atitudes, opiniões, crenças e comportamentos respetivos a um fenómeno ocorrido no passado (Fortin, 2009).

2.2. Questão de Investigação

A questão de investigação “é uma pergunta explícita respeitante a um tema de investigação que se deseja examinar, tendo em vista desenvolver o conhecimento que existe. É um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos examinados, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 2009, pp. 72-73). Permite situar o problema, orientar a investigação, e determinar os métodos a usar para a aquisição de resultados (Fortin, 2009). Perante isto, é possível definir como questão de investigação:

Q1 – Qual a experiência dos pais relativamente à readmissão da criança/jovem no SUP da ULSCB-HAL.

2.3. Objetivos

Os objetivos de uma investigação são definidos como um enunciado declarativo que orienta a investigação de acordo com o domínio da questão de investigação. Permite determinar as variáveis-chave, a população alvo, o contexto da investigação, definir as metas que se pretendem atingir, demarcando o rumo da investigação e o tipo de estudo a realizar (Fortin, 2009). Na sequência do que foi supracitado, define-se como objetivo analisar a experiência dos pais relativamente à readmissão da criança/jovem no SUP da ULSCB-HAL.

Como finalidade pretende-se criar evidências sobre as experiências dos pais sobre a readmissão no SUP da ULSCB-HAL, de forma a contribuir para a reflexão e implementação de possíveis medidas que atenuem a utilização inadequada do SUP e a sua sobrelotação, com repercussões na melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem ao RN, criança, jovem e família que recorrem ao SUP da ULSCB-HAL. A implementação de possíveis medidas para reduzir as taxas de readmissão da criança/jovem permite boas práticas clínicas, cuidados de qualidade, segurança do utente pediátrico nos cuidados e permite uma boa gestão dos recursos de saúde. Como futura EEESIP reconhece-se que é importante a implementação de medidas direcionadas à melhoria da qualidade de cuidados no SUP à criança/jovem e sua família, prestados pela equipa de Enfermagem e pela restante equipa multidisciplinar.

2.4. Variáveis

As variáveis são definidas como propriedades ou características de objetos, pessoas ou situações, que são analisadas durante uma investigação. Estas são estabelecidas de acordo com o tipo de investigação em causa (Fortin, 2009). Nesta investigação pode-se definir as variáveis atributos da criança/jovem: sexo, idade, se dispõe de Médico de família, se tem irmãos e se sim quantos; e as variáveis atributos dos pais que trazem a criança/jovem ao SUP: sexo, idade, estado civil, nacionalidade, língua, escolaridade, profissão e local de residência.

2.5. Amostra e Participantes

A população de um estudo é caracterizada como um grupo de sujeitos que compartilham atributos comuns. Visto que estudar toda a população se torna difícil pelo seu tamanho, utiliza-se a amostra da população, que se define como um subconjunto de determinada população, podendo até dizer-se que é uma réplica em tamanho pequeno da população alvo (Fortin, 2009).

Nesta investigação, faz parte da população os pais das crianças/jovens que foram readmitidas no SUP. Como critérios de inclusão definiu-se: os pais que recorreram diversas vezes ao SUP da ULSCB-HAL com os seus filhos, nos meses de novembro e dezembro de 2022, no prazo máximo de uma semana após a primeira admissão e com a mesma queixa

inicial, que falam língua portuguesa ou inglesa. Como critérios de exclusão definiu-se: outros acompanhantes da criança/jovem que recorre ao SUP para além da mãe e/ou pai, as que foram readmitidas por indicação médica e os pais que não sabiam língua portuguesa ou inglesa. No caso dos adolescentes garantiu-se, através da consulta dos registos feitos no diário clínico, de que o mesmo recorreu ao SUP acompanhado pelos pais. Assim, de acordo com os dados obtidos, a população é constituída por 241 elementos.

A amostra selecionada é probabilística aleatória simples, sem reposição, pois todos os elementos da população têm probabilidade semelhante de pertencer à amostra, obtendo assim a melhor representatividade possível da população. As entrevistas foram terminadas quando ocorreu entendimento de saturação dos dados (Fortin, 2009). Neste sentido, a amostra da população da investigação constitui-se por 25 pais.

2.6. Instrumento de Recolha de Dados

Para a concretização deste tipo de estudo tornou-se fulcral estabelecer o tipo de instrumento de colheita de dados mais apropriado. Tendo em consideração que a amostra da investigação diz respeito aos pais das crianças/jovens que são readmitidas no SUP da ULSCB-HAL, e sendo a forma mais acessível de comunicar com eles via chamada telefónica, optou-se pela entrevista telefónica, seguindo um formulário pré-estabelecido (Apêndice IV).

A entrevista é uma comunicação verbal que se cria entre o investigador e os participantes da investigação, de forma a realizar a colheita de dados respeitantes à questão e objetivos definidos para a investigação. Esta garante a anonimização dos dados dos participantes. A autonomia foi assegurada pela participação voluntária dos pais, após consentimento informado de forma verbal (Fortin, 2009).

A entrevista foi elaborada de acordo com a questão e os objetivos da investigação, composta por duas partes: a primeira diz respeito à caracterização da população da investigação (tanto da criança/jovem como dos seus pais), e a segunda parte é relativa à colheita de dados sobre a experiência e a readmissão da criança/jovem no SUP. Nesse sentido, a entrevista consta de questões abertas permitindo uma maior liberdade nas respostas e uma investigação mais aprofundada, e ainda de respostas fechadas mais direcionadas.

Um pré-teste foi aplicado a dois pais incluídos na amostra da população da investigação para verificar a sua eficácia, pertinência e a clareza das questões. Foi uma fase bastante importante uma vez que possibilitou verificar a necessidade de adicionar uma questão extra no formulário, de forma a obter respostas mais objetivas relativamente à readmissão no SUP.

2.7. Procedimentos Formais e Éticos

Os procedimentos formais e éticos são indispensáveis no que toca à elaboração de uma investigação que envolve seres humanos. É fundamental ter em consideração cinco princípios ou direitos fundamentais: o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e dano e, por fim, o direito a um tratamento imparcial e respeitador (Fortin, 2009). Igualmente, é necessário dar importância aos quatro princípios da bioética: o princípio da autonomia, o princípio da beneficência, o princípio da não maleficência e o princípio da justiça (Hockenberry & Barrera, 2014). Desta forma, foi assegurada a participação voluntária, anónima e consentida dos indivíduos incluídos na amostra da população de investigação, através da aplicação do consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice V), como já referido. Não foram tratados dados que permitam a identificação dos participantes e a informação foi tratada com total confidencialidade e será utilizada apenas para fins desta investigação.

Foi necessário solicitar o parecer da Comissão de Ética da ULSCB, que deu parecer favorável (Anexo I) e também a aprovação pelo Conselho de Administração da ULSCB (Anexo II). Só após estas autorizações foi efetuada a colheita de dados para esta investigação.

2.8. Análise de Dados

Considerando que se trata de um estudo qualitativo, a análise dos dados demonstra a relação entre conceitos, descrições e explicações dadas pelos intervenientes na investigação relativamente ao fenómeno em estudo. Recorreu-se assim à estatística descritiva simples e à técnica de análise de conteúdo de Laurence Bardin, através da utilização do software MAXQDA2022 (Fortin, 2009).

3. Resultados

Os resultados desta investigação apresentam-se neste capítulo, tendo por base os dados obtidos através da concretização das entrevistas. A recolha de dados foi efetuada via chamada telefónica aos pais que constituem a amostra selecionada, através do contacto telefónico da ULSCB-HAL, nos meses de maio e junho de 2023. Os dados são apresentados de maneira descritiva, recorrendo a tabelas que esclarecem a análise feita, tornando assim mais clara a leitura dos mesmos.

Inicia-se assim pela apresentação dos dados que caracterizam a nossa amostra, nomeadamente pela caracterização da criança/jovem e pela caracterização dos pais. Posteriormente é feita a análise descritiva e de conteúdo relativamente à experiência dos pais sobre a utilização do SUP da ULSCB-HAL, particularmente sobre a experiência vivenciada na admissão inicial ao serviço e na readmissão.

3.1. Caracterização da Amostra da Investigação

A amostra desta investigação é caracterizada em duas partes: a primeira relativamente aos dados sociodemográficos da criança/jovem e a segunda diz respeito aos dados sociodemográficos do respetivo pai ou mãe que acompanhou a criança/jovem no SUP e que respondeu às questões efetuadas durante a entrevista.

3.1.1. Caracterização da Criança/Jovem

A criança/jovem que pertence à respetiva investigação é caracterizada pelo sexo, idade, se apresenta Médico de família e se tem irmãos.

Relativamente ao sexo, a amostra é constituída maioritariamente por elementos do sexo feminino, sendo 18, correspondendo a 72%. Do sexo masculino existem 7 elementos, correspondendo a 28% (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição da criança/jovem segundo o sexo

Sexo	f_i	f_i (%)
Feminino	18	72
Masculino	7	28
Total	25	100

No que diz respeito à idade, verificou-se que as crianças/jovens têm idades compreendidas entre os 3 meses e os 12 anos. A classe etária mais frequente situa-se dos 0 aos 3 anos de idade, com 48%. Com 32% encontra-se a classe dos 3 aos 6 anos de idade, dos 6 aos 9 anos com 8% e dos 9 aos 12 anos apresenta 12%. A média de idades é de 3 anos, localizando a idade mediana nos 3 anos (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da criança/jovem segundo a idade

Idade (anos)	f_i	f_i (%)
[0-3[	12	48
[3-6[	8	32
[6-9[	2	8
[9-12]	3	12
Total	25	100

$$X_{\min}=0(3 \text{ meses}) \quad X_{\max}=12 \quad \bar{x}=3,32 \quad Md=3$$

Quanto à pergunta se dispõe de Médico de família, 23 elementos dos inquiridos referiram que sim, que os seus filhos possuem, correspondendo a 92% das crianças/jovens, e 2 responderam que não (8%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da criança/jovem segundo se dispõe de Médico de família

Dispõe de Médico de família	f_i	f_i (%)
Sim	23	92%
Não	2	8%
Total	25	100

Quando questionados se a criança/jovem tem irmãos, 4 pais referiram que sim, sendo mais novo, equivalendo a 16%; 11 elementos referem que sim, sendo mais velho, correspondendo a 44% e 10 elementos referem que não, ou seja, 40%. É possível aferir que 40% dos elementos são pais de primeira viagem (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da criança/jovem segundo se tem irmãos

Tem irmãos	f_i	f_i (%)
Sim, mais novo	4	16
Sim, mais velho	11	44
Não	10	40
Total	25	100

3.1.2. Caracterização dos Pais

No que toca aos pais pertencentes à amostra, apresentam-se as seguintes características: sexo, idade, estado civil, nacionalidade, língua, escolaridade, profissão e local de residência.

Relativamente ao sexo, a maioria dos elementos corresponde ao sexo feminino, ou seja, é a mãe a respondente, com um número de 24 (96%). O sexo masculino, ou seja, o pai, foi apenas um elemento (4%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos pais segundo o sexo

Sexo	f_i	f_i (%)
Feminino	24	96%
Masculino	1	4%
Total	25	100

No que diz respeito à idade, os pais apresentam idades compreendidas entre os 24 e os 50 anos. Na classe etária dos 24 aos 30 anos situam-se 3 (12%), dos 30 aos 36 anos de idade 8 elementos (32%), dos 36 aos 42 anos também 8 dos inquiridos (32%), dos 42 aos 48 anos 4 elementos (16%) e dos 48 aos 54 anos existem 2, correspondendo a 8%. A média de idades é de 37 anos, localizando a idade mediana nos 37 anos (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos pais segundo a idade

Idade (anos)	f_i	f_i (%)
[24-30[	3	12
[30-36[	8	32
[36-42[	8	32
[42-48[	4	16
[48-54[	2	8
Total	25	100

$X_{\min}=24$ $X_{\max}=50$ $\bar{x}=36,84$ $Md=37$

Quanto ao estado civil 8 dos inquiridos são solteiros, correspondendo a 32%; 15 são casados, perfazendo 60%, sendo um divorciado e um viúvo, correspondendo a 4% cada (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos pais segundo o estado civil

Estado civil	f_i	f_i (%)
Solteiro	8	32
Casado	15	60
Divorciado	1	4
Viúvo	1	4
Total	25	100

No que toca à nacionalidade, a maioria dos elementos da amostra é de nacionalidade portuguesa, correspondendo a 24 elementos e 96%. Apenas um elemento é de nacionalidade brasileira, perfazendo 4% (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos pais segundo a nacionalidade

Nacionalidade	f_i	f_i (%)
Portuguesa	24	96
Brasileira	1	4
Total	25	100

Relativamente à língua, 100% da amostra refere falar a língua portuguesa. Desta forma, não foi possível aplicar a questão número 1.9 presente no formulário da entrevista (Apêndice IV).

No que toca à escolaridade, dois elementos referiram que frequentaram o 3º ciclo (8%); 12 elementos frequentaram o secundário (48%), seis a licenciatura (24%), três o mestrado (12%), um o doutoramento e outro não quis responder a esta questão (4% cada) (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição dos pais segundo a escolaridade

Escolaridade	f_i	f_i (%)
3º ciclo	2	8
Secundário	12	48
Licenciatura	6	24
Mestrado	3	12
Doutoramento	1	4
Não quis responder	1	4
Total	25	100

Relativamente à profissão, existe um vasto leque de profissões, destacando-se algumas: Assistente de *call center*, com dois (8%), assistente de loja, com dois (8%); desempregado, também dois (8%), enfermeiro e professor igualmente com dois elementos (8%) e operário fabril, com três (12%) (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição dos pais segundo a profissão

Profissão	f_i	f_i (%)
Administrativo	1	4
Ajudante de ação educativa	1	4
Animador sociocultural	1	4
Assistente de <i>call center</i>	2	8
Assistente de loja	2	8
Assistente técnica	1	4
Auxiliar de lar	1	4

Auxiliar de serviços gerais	1	4
Desempregado	2	8
Empresário	1	4
Enfermeiro	2	8
Engenheiro industrial	1	4
Operário fabril	3	12
Professor	2	8
Técnico de cardiopneumologia	1	4
Técnico superior	1	4
Trabalhador independente	1	4
Não quis responder	1	4
Total	25	100

O local de residência foi também alvo de questionamento, sendo a amostra majoritariamente de Castelo Branco, com 17 elementos, correspondendo a 68%. Alcains é o local de residência de três dos inquiridos (12%), Benquerenças de um (4%), Idanha-a-Nova de um (4%), Ladoeiro de um (4%) e Vila Velha de Rodão de dois (8%) (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição dos pais segundo o local de residência

Local de residência	f_i	f_i (%)
Alcains	3	12
Benquerenças	1	4
Castelo Branco	17	68
Idanha-a-Nova	1	4
Ladoeiro	1	4
Vila Velha de Rodão	2	8
Total	25	100

3.2. A Experiência dos Pais sobre a Readmissão no Serviço de Urgência Pediátrica

A experiência dos pais sobre a readmissão no SUP da ULSCB-HAL é aferida através da entrevista, e é exposta neste subcapítulo, dividida em duas partes. Na primeira parte aborda-se a admissão inicial e compreende-se qual o principal motivo para escolher o respetivo SUP, questiona-se se foi encaminhado, qual a queixa que trouxe a criança/jovem ao serviço, se a mesma decorreu fora do horário de funcionamento dos CSP, qual a prioridade atribuída pelo STM, se se sentiram prontos para regressar ao domicílio após a alta clínica e o que poderia ter corrido melhor na primeira admissão. Na segunda parte trata-se a readmissão e entende-se quantos dias após a primeira admissão tal ocorreu, se a criança/jovem foi encaminhada, se ocorreu fora do horário de funcionamento dos CSP,

determina-se qual a prioridade atribuída através do STM, percebe-se porque houve necessidade de recorrer novamente ao serviço, se ponderou contactar previamente com os CSP, se haveria possibilidade de evitar o episódio de readmissão no SUP, que recomendações faria para melhorar a atuação dos profissionais de saúde e por fim, o que poderia dizer sobre a experiência na utilização do SUP da ULSCB-HAL.

3.2.1. A Admissão Inicial no Serviço de Urgência Pediátrica

A primeira questão é relativamente ao principal motivo para escolher o SUP da ULSCB-HAL para a criança/jovem ser assistida, surgindo respostas como: pelo horário de atendimento alargado que o SUP apresenta (4%); por já conhecer o modo de funcionamento do serviço (4%); pela dificuldade em marcar consulta noutra nível de cuidados, tanto nos CSP como no Médico privado (20%); pela proximidade ao hospital (24%); por ser o local que garante atendimento imediato e mais rapidamente (12%); por ser o hospital de referência geográfica (12%); pela Pediatra de família exercer funções neste hospital (4%); pela qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde (12%) e pelo facto de os próprios pais exercerem funções no respetivo hospital (8%). Em destaque encontra-se então o facto de existir proximidade ao hospital e pela dificuldade em marcar consulta noutra nível de cuidados (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição segundo o principal motivo para escolher o SUP da ULSCB-HAL

Principal motivo para escolher o SUP da ULSCB-HAL	f_i	f_i (%)
Pelo horário de atendimento alargado	1	4
Por conhecer o modo de funcionamento	1	4
Pela dificuldade em marcar consulta noutra nível de cuidados	5	20
Pela proximidade ao hospital	6	24
Por ser o local que garante atendimento imediato e rápido	3	12
Por ser o hospital de referência geográfica	3	12
Pela Pediatra de família exercer funções neste hospital	1	4
Pela qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde	3	12
Por exercer funções neste hospital	2	8
Total	25	100

No que se refere ao saber se a criança/jovem foi encaminhada para o atendimento no SUP na admissão inicial, tanto pelo SNS24 como pelos CSP, foi possível constatar que apenas 4%, ou seja, um elemento da amostra, foi encaminhado. 24 elementos (96%) não foram encaminhados (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição segundo o encaminhamento ao SUP na admissão inicial

Encaminhamento na admissão inicial	f_i	f_i (%)
Sim	1	4
Não	24	96
Total	25	100

Relativamente à queixa que motivou a admissão no SUP, tanto na admissão inicial como na readmissão, esta foi agrupada de acordo com a sintomatologia mais significativa, pois em muitas situações os sintomas são variados. Desta forma é possível destacar a queixa “febre e tosse” como a mais prevalente, apresentando uma taxa de 52%. Outras queixas surgiram, tais como: disúria (4%); dor abdominal (12%); erupções cutâneas (4%); odinofagia (12%) e otalgia (16%) (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição segundo a queixa que motivou a admissão no SUP

Queixa que motivou a admissão no SUP	f_i	f_i (%)
Disúria	1	4
Dor abdominal	3	12
Erupções cutâneas	1	4
Febre e tosse	13	52
Odinofagia	3	12
Otalgia	4	16
Total	25	100

No que respeita ao paralelismo entre o horário da admissão inicial e o horário de funcionamento dos CSP, a maioria das admissões ocorreram fora do horário de funcionamento dos CSP, com 56%. As admissões que ocorreram no SUP durante o horário de funcionamento dos CSP correspondem a 44% (Tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição segundo o horário de funcionamento dos CSP na admissão inicial

Fora do horário de funcionamento dos CSP	f_i	f_i (%)
Sim	14	56
Não	11	44
Total	25	100

Sobre a prioridade atribuída através do STM na admissão inicial, 60% das situações foram triadas com pulseira amarela, ou seja, prioridade urgente. As restantes admissões,

com uma taxa de 40%, foram triadas com pulseira verde, isto é, prioridade pouco urgente (Tabela 16).

Tabela 16 - Distribuição segundo a prioridade atribuída pelo STM na admissão inicial

Prioridade atribuída	f _i	f _i (%)
Pulseira amarela - urgente	15	60
Pulseira verde - pouco urgente	10	40
Total	25	100

No que concerne à questão “Sentiu-se pronto para regressar a casa após a alta clínica? As instruções da alta atenderam às suas necessidades? Se não, porquê?”, a maioria dos participantes da amostra responderam que sim às duas questões, com uma taxa de 76%. Por outro lado 20% responderam que não, oferecendo como justificação que a informação clínica foi transmitida de forma incorreta (20%), que a observação clínica foi inadequada, transmitindo insegurança aos pais (60%) e pela desvalorização da queixa apresentada pelos profissionais de saúde (20%). Um elemento não se aplica a esta questão, uma vez que abandonou o serviço enquanto aguardava observação médica (Tabela 17).

Tabela 17 - Distribuição segundo a preparação para a alta clínica

Preparação para a alta clínica	f _i	f _i (%)
Sim	19	76
Não	5	20
Não se aplica	1	4
Total	25	100
Informação clínica transmitida incorretamente	1	20
Não Observação clínica inadequada, transmitindo insegurança	3	60
Desvalorização da queixa	1	20
Total	5	100

A questão “O que poderia ter corrido melhor?” apresentou como resposta mais prevalente “Nada poderia ter corrido melhor, o atendimento foi bom”, com uma taxa de 32%. Outros aspetos apontados foram: observação clínica mais adequada (20%), referindo que se deveriam realizar mais exames complementares de diagnóstico; observação por Pediatria (8%); empatia com a preocupação dos pais (12%); menor sobrelotação do serviço, reduzindo assim o tempo de espera para atendimento médico (12%); tratamento mais adequado para o domicílio (8%); correta transmissão de informação clínica (4%) e transmissão de sentimentos tranquilizadores aos pais (4%) (Tabela 18).

Tabela 18 - Distribuição segundo o que poderia ter corrido melhor na primeira admissão

O que poderia ter corrido melhor na primeira admissão	f_i	f_i (%)
Nada poderia ter corrido melhor	8	32
Observação clínica mais adequada	5	20
Observação por Pediatra	2	8
Empatia com a preocupação dos pais	3	12
Menor sobrelotação do serviço, reduzindo o tempo de espera	3	12
Tratamento mais adequado para o domicílio	2	8
Correta transmissão de informação clínica	1	4
Transmissão de sentimentos tranquilizadores aos pais	1	4
Total	25	100

3.2.2. A Readmissão no Serviço de Urgência Pediátrica

A readmissão no SUP no prazo máximo de uma semana apresenta, em média, um intervalo de três dias desde a admissão inicial. Como mediana verificou-se também três dias. Com episódio de readmissão no SUP no mesmo dia constatamos três dos inquiridos (12%); no dia seguinte também três (12%); após 2 dias foram seis (24%); após 3 dias foram sete (28%); após 4 dias três (12%); após 5 dias dois (8%) e após 6 dias há um dos pais da nossa amostra (4%) (Tabela 19).

Tabela 19 - Distribuição segundo o número de dias para a readmissão

Dias para a readmissão no SUP	f_i	f_i (%)
0	3	12
1	3	12
2	6	24
3	7	28
4	3	12
5	2	8
6	1	4
Total	25	100

$$X_{\min}=0 \quad X_{\max}=6 \quad \bar{x}=2,56 \quad Md=3$$

No que toca ao facto de se a criança/jovem foi encaminhada para o atendimento no SUP na readmissão, tanto pelo SNS24 como pelos CSP, foi possível constatar que apenas 8%, ou seja, dois dos inquiridos responderam que foram encaminhados. A grande maioria (23 pais correspondendo a 92%) referiram não terem qualquer tipo de encaminhamento (Tabela 20).

Tabela 20 - Distribuição segundo o encaminhamento ao SUP na readmissão

Encaminhamento na readmissão	f_i	f_i (%)
Sim	2	8
Não	23	92
Total	25	100

Relativamente ao paralelismo entre o horário da readmissão e o horário de funcionamento dos CSP, a maioria das readmissões no SUP ocorreram durante o horário de funcionamento dos CSP, com 68%. As readmissões que ocorreram fora do horário de funcionamento dos CSP correspondem a 32% (Tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição segundo o horário de funcionamento dos CSP na readmissão

Fora do horário de funcionamento dos CSP	f_i	f_i (%)
Sim	8	32
Não	17	68
Total	25	100

Sobre a prioridade atribuída através do STM na readmissão, 56% das situações foram triadas com pulseira amarela, ou seja, prioridade urgente. As restantes admissões, com uma taxa de 44%, foram triadas com pulseira verde, isto é, prioridade pouco urgente (Tabela 22).

Tabela 22 - Distribuição segundo a prioridade atribuída pelo STM na readmissão

Prioridade atribuída	f_i	f_i (%)
Pulseira amarela - urgente	14	56
Pulseira verde - pouco urgente	11	44
Total	25	100

No que concerne à questão “Porque sentiu necessidade de recorrer novamente ao serviço?”, houve uma resposta que obteve grande destaque, nomeadamente por considerar que a situação clínica não melhorava (52%). Outras respostas foram: por considerar que a situação clínica estava a agravar (20%); por apresentar reação adversa à terapêutica instituída (4%); por permanecer insegura com o tratamento instituído (4%); pela preocupação com a situação clínica do filho (12%); por falhas na comunicação entre pais separados com guarda partilhada (4%) e para obter uma segunda opinião médica (4%) (Tabela 23).

Tabela 23 - Distribuição segundo a necessidade para a readmissão

Necessidade para a readmissão	f_i	f_i (%)
Por considerar que a situação clínica não melhorava	13	52
Por considerar que a situação clínica estava a agravar	5	20
Por apresentar reação adversa à terapêutica instituída	1	4
Por permanecer insegura com o tratamento instituído	1	4
Pela preocupação com a situação clínica do filho	3	12
Por falhas na comunicação entre pais separados com guarda partilhada	1	4
Para obter uma segunda opinião médica	1	4
Total	25	100

A questão “Antes de recorrer ao serviço, ponderou contactar com os Cuidados de Saúde Primários?” obteve “não” como resposta em 76% da amostra e “sim” em 24% da amostra. Foram dadas justificações para a resposta “sim”, tais como: também teve consulta nos CSP (4%); não foi possível marcar consulta (16%) e ter contactado com os CSP para solicitar baixa médica (4%). Relativamente a quem não contactou previamente com os CSP, foram dadas explicações como a incompatibilidade do horário de trabalho com o horário de funcionamento dos CSP (12%); por considerar o SUP mais adequado para atendimento perante a situação clínica (12%); pela usual dificuldade em marcar consulta (24%); pelo facto de a Pediatra de família estar de serviço no SUP nesse dia (4%); por ter tido indicação no SUP para regressar caso a situação clínica agravasse (4%); porque frequentemente encaminham dos CSP para o SUP (4%); por não apresentar Médico de família (8%) e pela facilidade de atendimento no SUP, havendo fácil acesso a exames complementares de diagnóstico, caso necessário (8%) (Tabela 24).

Tabela 24 - Distribuição segundo o contacto prévio com os CSP e justificações

Contacto prévio com os CSP		f_i	f_i (%)
	Sim	6	24
	Não	19	76
	Total	25	100
Sim	Recorreu também aos CSP	1	4
	Não foi possível marcar consulta	4	16
	Para solicitar baixa médica	1	4
	Por incompatibilidade com o horário de funcionamento dos CSP	3	12
	Por considerar o SUP mais adequado perante a situação clínica	3	12
Não	Pela frequente dificuldade em marcar consulta	6	24
	Por Pediatra de família estar de serviço	1	4
	Por ter tido indicação para regressar caso a situação clínica agravasse	1	4
	Porque nos CSP encaminham para o SUP	1	4
	Por não apresentar Médico de família	2	8
	Pela facilidade de atendimento no SUP, com fácil acesso a exames complementares de diagnóstico	2	8
	Total	25	100

Relativamente à questão “De que forma a readmissão ao serviço pela mesma queixa inicial poderia ter sido evitada?” foram enumerados vários fatores estando em grande destaque “Não poderia ter sido evitada”, pois recorreram ao SUP devido à preocupação e ao medo de que a situação clínica agravasse (28%), e “Ter ocorrido uma observação clínica mais adequada” (28%). Outros fatores enumerados foram: ter realizado exames complementares de diagnóstico na primeira admissão (20%); ter havido ensinamentos para a saúde com transmissão de sentimentos tranquilizadores aos pais (8%); ter sido observado por Pediatra de serviço (4%); haver uma boa relação entre o pai e a mãe da criança/jovem e, conseqüentemente, uma comunicação assertiva entre os mesmos (4%) e 2 elementos não sabem dar resposta a esta questão (8%) (Tabela 25).

Tabela 25 - Distribuição segundo fatores que poderiam evitar a readmissão

Fatores que poderiam evitar a readmissão	f_i	f_i (%)
Ter realizado exames complementares de diagnóstico	5	20
Ter ocorrido uma observação clínica mais adequada	7	28
Ter havido ensinamentos para a saúde com transmissão de sentimentos tranquilizadores	2	8
Ter sido observado por Pediatra	1	4
Haver uma boa relação entre o pai e a mãe da criança/jovem	1	4
Não poderia ter sido evitada	7	28
Não sabe	2	8
Total	25	100

Na questão “Que recomendações faria para melhorar a atuação dos profissionais de saúde de forma a evitar a readmissão ao serviço?”, as respostas variaram entre: serem mais compreensivos e empáticos com a preocupação sentida pelos pais (36%); não têm recomendações, não havendo nada a apontar na equipa multidisciplinar do SUP (36%); serem mais cuidadosos com a observação clínica da criança/jovem (8%); apresentar Pediatras disponíveis para atendimento no SUP 24h/dia (12%); apresentar sensibilidade pela idade jovem da criança, prestando cuidados humanizados (4%); realizar mais exames complementares de diagnóstico (4%) (Tabela 26).

Tabela 26 - Distribuição segundo as recomendações para melhorar a atuação dos profissionais de saúde

Recomendações para melhorar a atuação dos profissionais de saúde	f_i	f_i (%)
Serem mais compreensivos e empáticos com a preocupação sentida pelos pais	9	36
Serem mais cuidadosos com a observação clínica da criança/jovem	2	8
Apresentar Pediatras disponíveis para atendimento no SUP 24h/dia	3	12
Apresentar sensibilidade pela idade jovem da criança, prestando cuidados humanizados	1	4
Realizar mais exames complementares de diagnóstico	1	4
Não tem recomendações	9	36
Total	25	100

Na última questão, sobre “O que poderia dizer sobre a sua experiência na utilização do serviço?”, criou-se três categorias: Opinião geral sobre a utilização do SUP, qualidade do atendimento dos profissionais de saúde, condições físicas do SUP. São exemplos das expressões dos pais relativamente à opinião:

- “Os profissionais de saúde são incansáveis, cautelosos e atenciosos apesar da sobrelotação do serviço.”;
- “Profissionais de saúde simpáticos e dedicados.”;
- “É bem atendido pelos profissionais de saúde.”;
- “No geral a experiência foi boa pois acabou por resolver a situação clínica do meu filho e ter melhorias na saúde do mesmo.”;
- “É bem atendido pelos profissionais de saúde. Confia nos cuidados prestados pelos profissionais de saúde”;
- “O espaço físico poderia ser melhor, mas compreendo que se está a aguardar novas instalações físicas.”;
- “Experiência adequada e o esperado para um SUP.”;
- “Por vezes o tempo de espera é superior ao esperado por haver sobrelotação do serviço e por existir situações clínicas mais graves.”;
- “A experiência é média, há sempre algo a melhorar. Há que investir mais na correta observação clínica da criança/jovem.”;
- “A equipa de Enfermagem apresenta um atendimento ótimo. Experiência boa.”;
- “Experiência boa, mas por vezes os profissionais de saúde são pouco flexíveis.”;
- “Experiência boa apesar das condições físicas e da sobrelotação do serviço.”;
- “É bem atendido no serviço, os profissionais de saúde são atenciosos. Experiência boa apesar das condições físicas e da sobrelotação do serviço.”.

A distribuição das respostas dos pais está exposta na Tabela 27. Há uma resposta que sofre grande destaque, com uma taxa de 36%, que refere que existe um bom atendimento à criança/jovem pelos profissionais de saúde do SUP.

Tabela 27 - Distribuição segundo as categorias da experiência na utilização do SUP

Categoria	Experiência na utilização do SUP	f_i	f_i (%)
Opinião geral sobre a utilização do SUP	Experiência média, há sempre algo a melhorar	1	4
	Experiência boa	6	24
	Experiência muito boa	1	4
	O esperado para um SUP	1	4
Qualidade do atendimento dos profissionais de saúde	Profissionais de saúde atenciosos e dedicados	2	8
	Existe confiança nos cuidados prestados pelos profissionais de saúde	1	4
	Bom atendimento pelos profissionais de saúde	9	36
Condições físicas do SUP	Espaço físico poderia ser melhor	3	12
	Sobrelotação e conseqüente tempo de espera para atendimento médico elevado	1	4
Total		25	100

4. Discussão

É possível afirmar que os resultados deste estudo qualitativo vão ao encontro do que se encontra na evidência científica sobre a experiência dos pais relativamente à readmissão da criança/jovem no SUP. Começando pela idade média da criança/jovem em que constatamos ser dos 0 aos 3 anos de idade (48%) e tal é também apontado como um importante motivo de readmissão no SUP no estudo de Martins et al. (2020), que realça que existe uma associação entre a idade jovem da criança e o uso recorrente do SUP, tanto devido à maior frequência de doenças infecciosas até aos 3 anos de idade como à inexperiência dos pais. Dos resultados desta investigação pode-se ainda verificar que 52% das queixas que motivaram a ida ao SUP foram febre e tosse, sintomas inespecíficos que, na maioria das vezes, não apresentam gravidade clínica para os profissionais de saúde. Porém, e em concordância com o estudo de Kurt et al. (2020), para os pais tais queixas podem ser entendidas como situações que requerem atendimento imediato e uma atenção especial, podendo até ser percebidas por estes como situações urgentes. Desta forma, constata-se que tais são motivos impulsionadores de episódios de readmissão no SUP.

A preocupação dos pais com a situação clínica da criança/jovem e a respetiva ansiedade sentida, a limitação no acesso aos CSP e as diversas vantagens que o SUP oferece, sobressaem como condicionantes importantes da readmissão da criança/jovem no SUP. Relativamente à preocupação dos pais e à respetiva ansiedade e sofrimento psicológico sentidos, foi possível constatar que muitas vezes os pais até compreendem que a situação clínica não é urgente, mas no entanto preferem recorrer ao SUP de forma a atenuar sentimentos de apreensão e a esclarecer as suas dúvidas. O estudo de Kurt et al. (2020) também aborda este fator, referindo ainda que muitas vezes o fator essencial é o facto de que a equipa multidisciplinar do SUP alivia a ansiedade dos pais, através da sua intervenção. Quando questionados os pais que integraram este estudo sobre “O que poderia ter corrido melhor?”, 12% entenderam que a empatia com a preocupação dos pais foi um fator indispensável.

Os pais que só têm um filho e estão a viver a parentalidade pela primeira vez, apresentam uma conseqüente inexperiência para interpretar corretamente os sinais e sintomas de doença, para compreender a gravidade da situação clínica e para aplicar de forma adequada o tratamento, havendo uma baixa tolerância ao risco. Por esse motivo muitas vezes apresentam receios e medos de que a situação clínica do filho poderá agravar e que a saúde do filho pode estar em grande risco. A respetiva amostra apresenta 40% de pais com o primeiro filho, pelo que tal apresenta peso importante na readmissão da criança/jovem no SUP. Os estudos de Martins et al. (2020), Montoro-Pérez et al. (2023), Akbayram & Coskun (2020), Kurt et al. (2020) e McLauchlan et al. (2019) abordam esta complexa temática, relatando que este fator é bastante impulsionador ao aumento dos episódios de readmissão no SUP.

Ao questionar os pais relativamente à necessidade de readmissão no SUP, 52% responderam que se tratou devido à perceção de que a situação clínica não estava a melhorar, 20% referiu considerar que a situação clínica estava a agravar e 12% apontou a sua preocupação com a situação clínica, tendo sido referido que era impossível evitar a readmissão por tais fundamentos (28%). Outro motivo para a readmissão no SUP,

explanado por um dos inquiridos (4%), foi a necessidade de obter uma segunda opinião. Dessa forma os pais permanecem mais tranquilos com a situação clínica do filho e com o tratamento que está a ser aplicado, conseguindo assim comprovar que o atendimento clínico foi adequado e correto, tal como aborda o estudo de Haasz et al. (2018). No que toca à preparação para a alta clínica, dos que referiram não se encontrarem prontos para regressarem a casa, 60% considerou que se deveu a uma observação clínica inadequada, tendo ocorrido transmissão de insegurança aos pais por parte dos profissionais de saúde. Se por si só os pais já se encontram preocupados e ansiosos, se os profissionais de saúde não apresentarem uma postura confiante e assertiva tal torna-se ainda mais difícil. Como aspetos que os pais apontaram como poderiam ter evitado a readmissão, assinalam-se os ensinamentos para a saúde com reforço da confiança e de palavras tranquilizadoras (8%). Como recomendação, os pais entendem que é essencial que os profissionais de saúde apresentem maior compreensão e empatia com as suas preocupações e receios (36%).

Apesar de em alguns estudos ser apontado como causa de readmissão da criança/jovem no SUP um baixo nível de literacia em saúde por parte dos pais, como por exemplo no estudo de Montoro-Pérez et al. (2023), nesta investigação tal não se verifica, tendo 48% dos pais da amostra concluído o secundário. Tal corrobora com a opinião de Alele et al. (2018), que referem que os níveis socioeconómicos mais elevados também têm um peso nas taxas de readmissão.

No que toca à limitação no acesso aos CSP, 20% dos participantes do estudo referiram ter tido dificuldade em marcar consulta noutra nível de cuidados como principal motivo para recorrer ao SUP da ULSCB-HAL. Houve um dos inquiridos (4%) que referiu incompatibilidade relativamente ao seu horário de trabalho com o horário de funcionamento dos CSP, pelo que por este motivo é-lhe impossível recorrer a tal nível de cuidados, sendo tal também referido como aspeto relevante no estudo de Kurt et al. (2020). O facto de os CSP apresentarem um horário de atendimento reduzido propicia a que, fora do horário de funcionamento, o único local de atendimento público disponível seja o SUP da ULSCB-HAL, aumentando assim as respetivas taxas de admissão. De acordo com os resultados do estudo, 56% referiram que o episódio de admissão inicial foi fora do horário de funcionamento dos CSP, pelo que se infere que caso os mesmos tivessem em atendimento, algumas situações poderiam ter sido atendidas nesse nível de cuidados.

Outro dos pais inquiridos (4%) referiu que a experiência vivenciada em episódios anteriores em recorrer aos CSP, resultou em encaminhamento para o SUP e foi promotora para que numa próxima necessidade recorressem imediatamente ao SUP, evitando o possível encaminhamento e atrasos no atendimento. Este motivo é similarmente apontado como significativo nos estudos de McLauchlan et al. (2019) e Haasz et al. (2018).

Apesar de 92% referirem ter Médico de família, quando questionados se houve ponderação em contactar com os CSP previamente à readmissão no SUP, dos que responderam que sim, 67% referiram que não foi possível marcar consulta, e dos que responderam que não, 32% apontaram que se deveu à frequente dificuldade em marcar consulta. No entanto é de destacar que os episódios de readmissão ocorreram maioritariamente durante o horário de funcionamento dos CSP, com uma taxa de 68%, pelo que as crianças/jovens poderiam ter sido observadas nesse nível de cuidados. Caso se

garantissem o fácil acesso e o bom funcionamento dos CSP, tal seria um fator poderoso na redução das taxas de admissão e readmissão no SUP e conseqüentemente haveria impacto positivo na sua sobrelotação. Akbayram & Coskun (2020) são da mesma opinião, robustecendo a necessidade de melhorar a qualidade e o acesso aos CSP, realçando também o papel fundamental que os CSP apresentam na educação para a saúde dos pais. Expondo ainda outra resposta dada pelos pais relativamente ao contacto prévio com os CSP, 8% apontaram que não contactaram com os CSP pois nesse nível de cuidados não existe fácil acesso a exames complementares de diagnóstico, tanto ao nível da sua realização como na obtenção dos resultados analíticos, indo de encontro ao referido também por Haasz et al. (2018) como um fator importante que impulsiona a admissões no SUP.

As vantagens no acesso ao SUP são evidentes e reconhecidas pela amostra em estudo, tendo 24% indicado como principal motivo para recorrer ao SUP da ULSCB-HAL o facto de o hospital se encontrar próximo e facilmente acessível, visto que 68% da amostra reside na cidade de Castelo Branco. Também por ser o hospital de referência geográfica, com 12% dos pais a mencionar este motivo, pois esse facto facilita a escolha deste hospital quando necessário recorrer a cuidados de saúde.

O SUP encontra-se sempre disponível para atendimento, oferecendo um atendimento em horário completo, todos os dias do ano, sendo tal apontado como um motivo para recorrer a esse nível de cuidados por 4% dos pais, indo ao encontro do estudo de Haasz et al. (2018), que refere que o horário do SUP é mais conveniente para os pais. Outra vantagem é o facto de não ser necessário ocorrer autorização ou marcação prévia antes de recorrer ao SUP, sendo, portanto, o seu acesso facilitado comparativamente aos CSP. Outro aspeto abordado pelos pais da amostra foi que no SUP se prestam cuidados de qualidade (12%) mais rapidamente, garantindo um atendimento imediato e mais rápido (12%), tal como também referido por Akbayram & Coskun (2020) e Haasz et al. (2018). Por existir a possibilidade de a criança/jovem ser observada por um Pediatra, ou até pela Pediatra de família exercer funções neste hospital, também 4% dos pais mencionaram tais vantagens. Identicamente, 4% referiram que, por já conhecerem o modo de funcionamento do SUP, que preferem recorrer a este nível de cuidados quando o seu filho necessita de cuidados de saúde. Curiosamente, 8% dos pais participantes exercem funções neste hospital, pelo que apontaram esse aspeto como principal motivo para recorrer ao SUP da ULSCB-HAL quando necessário.

Um dos pais (4%) relatou que recorreu novamente com o seu filho ao SUP porque lhe foi dada indicação para regressar caso a situação clínica não melhorasse, tendo sido explicados os sinais de alarme. Por vezes esta informação, apesar de fulcral, deixa os pais ansiosos e inquietos, tal como referido por esse elemento durante a entrevista. No que se refere à realização e obtenção de resultados dos exames complementares de diagnóstico, no SUP é obtido mais rapidamente, pelo que este também é um fator apontado para recorrer a este serviço (8%). Tal também é mencionado nos estudos de Haasz et al. (2018), McLauchlan et al. (2019) e Kurt et al. (2020). McLauchlan et al. (2019) referem similarmente no seu estudo que metade dos pais acreditavam realmente de que o SUP era o serviço mais adequado para atendimento do seu filho perante a sua situação clínica, sendo também tal expresso por 12% dos inquiridos, pelo que esta crença faz com que imediatamente se

recorra ao SUP sem antes se ponderar uma observação clínica noutra nível de cuidados mais adequado.

Outra resposta obtida (4%) durante a realização das entrevistas foi a declaração de que, para além de ter apresentado a admissão inicial e pelo menos uma readmissão no SUP, também houve observação clínica nos CSP. Outra opinião idêntica, foi a de que posteriormente houve necessidade de recorrer aos CSP para solicitar baixa médica (4%) para acompanhamento do filho, visto que no SUP não se realizam esse tipo de procedimentos.

Apesar da estratégia implementada pelo Estado Português para redução das taxas de readmissão, pelo estabelecimento da Linha SNS 24, na admissão inicial apenas 4% dos pais foram encaminhados para o SUP, e na readmissão 8%, revelando desta forma que provavelmente esta estratégia não está a ser utilizada pelos pais de acordo com o pretendido (Portugal, Serviço Nacional de Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, IP., 2022).

Para além dos temas emergentes, houve ainda outro aspeto que foi referido como motivo para a readmissão no SUP e que é a presença de pais separados com guarda partilhada que apresentam relações cortadas e conseqüentemente dificuldades na comunicação entre os mesmos. Estes pais, apesar de se encontrarem separados relativamente a uma relação amorosa, irão estar conectados para sempre pela presença de um filho em comum. Desta forma irão necessitar de trocar informações sobre a criança/jovem, o que muitas vezes se torna complexo pela possibilidade de existirem conflitos entre os mesmos. Estes conflitos provocam, seguramente, dificuldades na comunicação. Conseqüentemente, quando o filho se encontra doente, as informações sobre a doença, sobre os sinais e sintomas comuns, sobre o tratamento e os sinais de alerta, entre outros, não são transmitidas corretamente, fazendo com que permaneçam dúvidas e questões em aberto. Desta forma, a comunicação respeitosa e focada na criança/jovem após a separação é a base da relação parental e encontra-se intimamente ligada aos desfechos em saúde na criança/jovem (Smyth et al., 2020).

No que toca à experiência global na utilização do SUP da ULSCB-HAL pelos pais inquiridos, consegue-se compreender que existe um consenso: a experiência é boa e há entendimento de que os profissionais de saúde oferecem um atendimento correto e adequado à criança/jovem e sua família. No que concerne à experiência na readmissão no SUP, constata-se que é bastante difícil a aplicação de estratégias eficazes para a redução das taxas de readmissão, uma vez que a solução não é linear. É importante ensinar os pais a utilizar os recursos de saúde conforme as suas necessidades, ou seja, a utilizar os CSP em situações não urgentes e o SUP para situações clínicas que efetivamente necessitem desse nível de cuidados, o que não é de fácil concretização (Rafael et al., 2017). Na amostra em estudo verificou-se que 28% declararam que era impossível evitar a readmissão, acreditando que agiram de forma mais adequada ao recorrer novamente ao SUP. Desta forma pode-se afirmar que é provável que estes pais continuem a utilizar o SUP quando surgem situações clínicas que não exigem cuidados urgentes e/ou emergentes, ou seja, utilizam-no de forma inadequada (McLauchlan et al., 2019).

Ainda que esta investigação incida sobre uma população específica e limitada, ocorreu tomada de conhecimento sobre a realidade do SUP da ULSCB-HAL, conseguindo-se obter uma visão global sobre o que se tem sucedido em hospitais com as mesmas características. Encontrar soluções e estratégias adequadas para melhorar a qualidade no acesso ao SUP e fortalecer a gestão dos seus recursos é fulcral, devendo-se focalizar na sensibilização da população, através da educação para a saúde, incentivando ao uso dos CSP como o primeiro contacto com as instituições de saúde. Reforçar o atendimento pelos CSP é essencial, sobretudo no que toca à idade pediátrica, devendo ser reforçada também a articulação entre os diversos níveis de cuidados (Rafael et al., 2017).

Uma sugestão de Rafael et al. (2017) é a utilização dos custos gerados pelo uso inadequado do SUP para melhorar o funcionamento dos CSP, tanto em quantidade de infraestruturas como em qualidade das mesmas. A criação ou melhoria de programas de aproximação dos CSP à população pela telemedicina, a existência de Pediatras em atendimento nos CSP, o reforço nos ensinamentos para a saúde sobre o correto uso dos serviços de saúde, o esforço para garantir equidade e qualidade no acesso à informação pelos grupos mais vulneráveis ou de risco, entre outros, são intervenções que poderiam permitir a melhor utilização do SUP pelos pais e, por conseguinte, pela criança/jovem. Outra sugestão dos mesmos autores é a aplicação de esforços educacionais junto dos pais sobre comportamentos saudáveis na utilização de serviços de saúde: a realização de palestras de esclarecimento nos CSP, nas escolas e creches, sobre as doenças mais comuns na idade pediátrica, como atuar em caso de doença e o esclarecimento de dúvidas e questões mais frequentemente sentidas pelos pais.

O Enfermeiro, mais especificamente o EEESIP, apresenta um papel crucial neste último ponto, pois é o mesmo que atua como agente de promoção da saúde aos pais, através de sessões de educação para a saúde, sendo esta uma das áreas de excelência do exercício da profissão. De acordo com o referido por Hockenberry & Barrera (2014, p. 14), “a melhor abordagem para a prevenção é a educação e a orientação antecipatória”, aplicando-se tal ideia a esta problemática. O EEESIP tem como função transmitir conhecimentos à criança/jovem e seus pais, de acordo com o nível de entendimento e idade da criança/jovem, com o nível de entendimento e grau de literacia dos pais, e o respetivo desejo e abertura para receber novos saberes. Deve existir também uma avaliação posterior de forma a existir um *feedback* e uma compreensão aprofundada sobre a aprendizagem ocorrida pela criança/jovem e pais.

Em suma, é extremamente importante compreender os motivos que levam os pais a preferir o SUP em situações que não requerem cuidados urgentes e/ou emergentes e a desenvolver soluções a esse respeito. A melhoria nas taxas de admissão no SUP ajudaria a priorizar os utentes pediátricos que necessitam de cuidados urgentes, diminuiria a sobrelotação do serviço e consequentemente aumentaria a produtividade da equipa multidisciplinar do SUP.

5. Conclusão

O presente estudo de investigação permitiu fornecer resposta à questão de investigação, verificando-se, portanto, que a experiência dos pais relativamente à readmissão da criança/jovem no SUP da ULSCB-HAL ocorre maioritariamente devido à crença de que a situação clínica do filho não está a melhorar, ou seja, à preocupação pelo estado de saúde do filho e conseqüente ansiedade. Também a limitação no acesso aos CSP e as diversas vantagens no acesso ao SUP são fatores que potenciam as taxas elevadas de readmissão da criança/jovem no SUP.

Através da respetiva investigação conheceu-se a realidade vivenciada no SUP da ULSCB-HAL, de forma a identificar necessidades e a aplicar estratégias direcionadas à população da área de abrangência da ULSCB-HAL, sendo estas adequadas à realidade da população que se investigou. O intuito é fornecer cuidados de excelência à criança/jovem e sua família, através da utilização dos recursos disponíveis. Porém, foi possível inferir que a intervenção direcionada à redução das taxas de readmissão no SUP é bastante complexa, uma vez que existem múltiplos fatores que incentivam ao inadequado uso do SUP. Para tal, a realização de sessões de educação para a saúde aos pais sobre as patologias mais comuns na idade pediátrica e sobre o adequado uso dos serviços de saúde é primordial, devendo-se incidir predominantemente em grupos de risco ou mais vulneráveis.

Como limitação denotou-se que, por vezes, durante a entrevista para a recolha de dados, os pais não se lembravam concretamente do sucedido na admissão inicial nem na readmissão, isto por já ter ocorrido um intervalo de tempo relativamente longo desde os períodos de admissão/readmissão e a realização das entrevistas. Tendencialmente também se constatou que os pais se focam bastante nos aspetos negativos da experiência no SUP, apesar de tal ter sido mínimo e haver outras tantas experiências positivas.

Apesar do presente estudo de investigação ter contribuído para aumentar o conhecimento sobre a problemática da utilização inadequada do SUP, recomenda-se a continuação de mais estudos nesta área de conhecimento nas diversas áreas geográficas do país, visto que a especificidade da população tem influência direta nas taxas de readmissão no SUP. É igualmente importante a replicação deste estudo numa amostra mais alargada. Reitera-se, portanto, a necessidade de continuar a implementar estratégias eficazes para reduzir as taxas de readmissão no SUP.

O estudo realizado permitiu reforçar o interesse pela melhoria das estratégias direcionadas à diminuição de episódios de urgência evitáveis no SUP da ULSCB-HAL, tendo por base a Circular Normativa nº 11/2022 da Administração Central do Sistema de Saúde: a referenciação da criança/jovem para os CSP em situações clínicas triadas com prioridade de pouco urgente, não urgente ou pulseira “branca” pelo STM (Portugal, Serviço Nacional de Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2022). Foi responsável pela elaboração e implementação do protocolo base da referida Circular, denominando-se “Protocolo de Referenciação para os Cuidados de Saúde Primários dos Episódios de Urgência Classificados Pouco Urgentes na Triagem de Prioridades (Cor Verde, Azul ou Branca)” (Anexo III). Resumidamente, este consiste na explanação aos pais dos diversos benefícios da referenciação da criança/jovem com situações clínicas de prioridade pouco,

não urgente ou pulseira “branca”, de acordo com o STM, questionando-os se aceitam voluntariamente que o seu filho seja encaminhado para os CSP, garantindo-se uma consulta no prazo máximo de 24h. Existem algumas exceções à referência, que devem ser tidas em consideração. Deve também ocorrer respeito e compreensão pela decisão tomada pelos pais, não devendo existir represálias caso pretendam que a criança/jovem seja observada clinicamente no SUP. Com este protocolo é possível reduzir as taxas de episódios de situações de utilização inadequada do SUP, sendo uma medida de eficiência e melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados à criança/jovem e sua família que recorrem ao SUP da ULSCB-HAL. Esta é uma medida que, apesar de eficaz, na prática é de difícil concretização, uma vez que depende sempre da decisão final dos pais.

Considerações Finais

A prestação de cuidados de Enfermagem de excelência à criança/jovem e sua família obriga a um investimento contínuo em formação especializada de forma a alcançar níveis teóricos e práticos respeitáveis. Os estágios permitiram robustecer o desenvolvimento de competências adquiridas, tanto através do período teórico do curso como através da experiência pessoal e profissional ao lidar com o utente pediátrico e sua família. Igualmente a análise reflexiva sobre os diversos estágios permitiu compreender a importância das atividades realizadas para o desenvolvimento de competências como futura EEESIP.

O Estágio de Pediatria permitiu o crescimento pessoal e profissional como Enfermeira que presta cuidados especializados à criança/jovem em contexto de internamento, tendo posto em prática conhecimentos científicos e técnicos, que contribuíram para o enriquecimento profissional. Relativamente ao Estágio de Neonatologia, este foi repleto de experiências enriquecedoras, tendo proporcionado diversas oportunidades de aprendizagem e de consolidação de conhecimentos. Permanece um sentimento de gratidão e de admiração com toda a equipa multidisciplinar, que presta cuidados diferenciados e especiais ao neonato. No respeitante ao Estágio de Saúde Infantil e Familiar, este foi deveras desafiante uma vez que a realidade encontrada foi bastante nobre relativamente ao que se acreditava encontrar inicialmente devido à grande variedade de situações com que se lida diariamente em contexto de CSP. Acredita-se que os objetivos inicialmente propostos para os estágios foram alcançados com êxito, tendo ocorrido prestação de cuidados de saúde especializados ao utente pediátrico e sua família, com vista ao desenvolvimento de uma prática de excelência baseada na evidência científica. Pautou-se pela constante reflexão na ação e sobre a ação, tendo ocorrido fundamentação e análise crítica das atividades desenvolvidas ao longo dos respetivos estágios.

O estudo de investigação qualitativo sobre “A Experiência dos Pais Sobre a Readmissão no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Amato Lusitano” possibilitou o desenvolvimento de competências ao nível de todo o processo investigativo, desde a escolha do tema, a pesquisa bibliográfica em bases de dados indexadas, a decisão sobre a metodologia a aplicar, a realização de entrevistas, a análise dos resultados e a extração de conclusões. Deste modo foi possível conhecer as experiências dos pais sobre a readmissão no SUP da ULSCB-HAL e criar evidências que permitiram a identificação de necessidades e a reflexão sobre a possível implementação de medidas que atenuem a utilização inadequada do SUP e a sua sobrelotação, com repercussões na melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem à população pediátrica e sua família da área de abrangência da ULSCB-HAL.

Esta caminhada de aprendizagens não termina aqui. Irá manter-se ao longo do tempo, na medida em que durante a prática clínica diária se lida frequentemente com novas situações que forcem a questionamentos e ao aperfeiçoamento de conhecimentos e competências. O finalizar desta etapa adivinha um percurso de conquistas, pondo em prática competências adquiridas ao longo de todo o curso, para uma prestação de cuidados de Enfermagem de excelência ao utente pediátrico e sua família, no sentido de evolução em constante crescente.

Referências Bibliográficas

- Akbayram, H. T., & Coskun, E. (2020). Paediatric emergency department visits for non-urgent conditions: Can family medicine prevent this?. *European Journal of General Practice*, 26(1), 134-139. <https://doi.org/10.1080/13814788.2020.1825676>
- Alele, F. O., Callander, E. J., Emeto, T. I., Mills, J., & Watt, K. (2018). Socio-economic composition of low-acuity paediatric presentation at a regional hospital emergency department. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 54(12), 1341-1347. <https://doi.org/10.1111/jpc.14079>
- Berchet, C. (2015). Emergency care services: Trends, drivers and interventions to manage the demand. *OECD Health Working Papers*, 83. <https://doi.org/10.1787/5jrts344crns-en>
- Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência/Urgência. (2012). Reavaliação da rede nacional de emergência e urgência. *Relatório CRRNEU*. Acedido Janeiro 26, 2023 em <https://www.anmp.pt/files/dsg/2012/div/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgenciaa20120701.pdf>
- Descritores em Ciências da Saúde. (2017). “Readmissão do Paciente”. Acedido Fevereiro 5, 2023, em https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=10553&filter=ths_termall&q=readmissão#Concepts
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. (s.d.). Readmissão. In *Priberam dicionário*. Acedido Fevereiro 5, 2023 em <https://dicionario.priberam.org/readmissão>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Gross, T. K., Lane, N. E., Timm, N. L., & THE COMMITTEE ON PEDIATRIC EMERGENCY MEDICINE (2023). Crowding in the emergency department: Challenges and recommendations for the care of children. *Pediatrics*, 151(3), e2022060971. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-060971>

- Grupo Português de Triage. (2021). *O sistema de triagem de manchester e as vias verdes: Princípios aplicáveis, integração e compatibilização de metodologias de trabalho*. Acedido Fevereiro 11, 2023, em <http://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/02/Documentacao-Triage-Manchester-e-as-Vias-Verdes.pdf>
- Grupo Português de Triage. (s.d.). *Protocolo triagem de manchester*. Acedido Fevereiro 13, 2023, em <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Haasz, M., Ostro, D., & Scolnik, D. (2018). Examining the appropriateness and motivations behind low-acuity pediatric emergency department visits. *Pediatric Emergency Care*, 34(9), 647-649. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000001598>
- Hamline, M. Y., Sauers-Ford, H., Kair, L. R., Vadlaputi, P., & Rosenthal, J. L. (2021). Parent and physician qualitative perspectives on reasons for pediatric hospital readmissions. *Hospital Pediatrics*, 11(10), 1057-1065. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2020-004499>
- Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Coords). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9th ed., Vol. I, pp. 1-20). Lusociência.
- Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, 12^o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, & 8^o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. (2022). *Guia orientador: Estágio de urgências pediátricas e estágio com relatório final: Estágio de saúde infantil e familiar de pediatria e de neonatologia*. IPV, ESSV.
- Kurt, F., Beğde, F., Oğuz, S., Tekin, D., & Suskan, E. (2020). How important are parental age and educational level in nonurgent admissions to the pediatric emergency department?. *Pediatric Emergency Care*, 36(9), 414–418. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000001886>
- Martins, M., Marques, R., Sousa, M., Valério, A., Cabral, I., & Almeida, F. (2020). Frequent users of the pediatric emergency department: To know, to intervene and to evaluate -

a pilot study. *Acta Médica Portuguesa*, 33(5), 311-317.

<https://doi.org/10.20344/amp.12769>

McLauchlan, K., Ramlakhan, S., & Irving, A. (2019). Why do parents present to the paediatric emergency department with conditions suitable for management in less acute settings? A qualitative study. *European Journal of Emergency Medicine*, 27(1), 40-45.

<https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000611>

Montoro-Pérez, N., Richart-Martínez, M., & Montejano-Lozoya, R. (2023). Factors associated with the inappropriate use of the pediatric emergency department. A systematic review. *Journal of Pediatric Nursing*, 69, 38-46.

<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.12.027>

Neuman, B. (1996). The Neuman systems model in research and practice. *Nursing Science Quarterly*, 9(2), 67-70. <https://doi.org/10.1177/089431849600900207>

Portugal, Decreto-Lei n.º 52/2022. (2022, Agosto 4). Aprova o estatuto do serviço nacional de saúde. *Diário da República*, 1(150), pp. 5-52.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>

Portugal, Despacho n.º 18 459/2006. (2006, Setembro 12). Despacho n.º 18 459/2006. *Diário da República*, 2(176), pp. 18611-18612.

<https://files.dre.pt/2s/2006/09/176000000/1861118612.pdf>

Portugal, Ministério Público, Assembleia Geral das Nações Unidas. (1978). Declaração universal dos direitos do homem de 10 de Dezembro de 1948. *Diário da República*, 1(57), pp. 489-493. <https://files.dre.pt/1s/1978/03/05700/04880493.pdf>

Portugal, Ordem dos Enfermeiros, Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. (Vol. 3).

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEEESIP_Vol_III.pdf

- Portugal, Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. OE.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Portugal, Regulamento n.º 140/2019. (2019, Fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2(26), pp. 4744-4750.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Portugal, Regulamento n.º 422/2018. (2018, Julho 12). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Diário da República*, 2(133), pp. 19192-19194.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Portugal, Serviço Nacional de Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2022). *Circular normativa n.º 11/2022/ACSS: Para: ARS, ULS, hospitais e centros hospitalares do SNS*. ACSS. https://www.ulsna.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/7/2022/08/Circular_Normativa_11_2022.pdf
- Portugal, Serviço Nacional de Saúde. (2023). *Monitorização do SNS: Serviços de urgência*. <https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/servicos-de-urgencia/>
- Rafael, M. S., Portela, S., Sousa, P., & Fernandes, A. (2017). Utilização do serviço de urgência pediátrica: A experiência de um centro português. *Scientia Medica*, 27(1), 1-8. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2017.1.24919>
- Smyth, B. M., Ainscough, G., & Payne, J. L. (2020). Modes of communication between high-conflict separated parents: Exploring the role of media multiplexity and modality switching. *Journal of Family Communication*, 20(3), 189-205.
<https://doi.org/10.1080/15267431.2020.1754826>
- Zhou, H., Roberts, P. A., Dhaliwal, S. S., & Della, P. R. (2019). Risk factors associated with paediatric unplanned hospital readmissions: A systematic review. *BMJ open*, 9(1), e020554. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020554>

Apêndices

Apêndice I

Projeto de Estágio de Pediatria

Introdução

No âmbito do 12.º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e do 8.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Saúde de Viseu, está preconizada a realização de determinados estágios: Estágio de Urgências Pediátricas e Estágio com Relatório Final, estando incluído neste último os estágios nas áreas de Pediatria, Neonatologia e Saúde Infantil e Familiar.

O estágio foi planeado de forma a promover e garantir a consolidação dos constructos teóricos, lecionados durante o período teórico do curso, assim como proporcionar novas oportunidades de aprendizagem e aquisição de competências. Faz parte integrante deste período de aprendizagem a elaboração de um Projeto de Estágio, que serve como guia de orientação pessoal para o desenvolvimento de aprendizagens e competências, no qual visa o estabelecimento de objetivos orientadores e as respetivas atividades a realizar para a concretização dos mesmos. Pretende-se desenvolver e aprofundar competências científicas, técnicas, relacionais e éticas, que capacitem a prestar cuidados de Enfermagem de excelência direcionados à criança/jovem e sua família. Procura-se, deste modo, obter momentos de aprendizagem, interação, reflexão, troca de experiências e de enriquecimento pessoal.

Respetivamente ao Estágio de Pediatria, este irá decorrer de 02 de janeiro de 2023 a 10 de fevereiro de 2023, no serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (CHUCB), com uma carga horária de 130 horas distribuídas por seis semanas, em horário praticado e ajustado, sempre que possível, com o horário das Enfermeiras tutoras (preferencialmente em turnos da manhã e da tarde), ambas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) – e sob orientação da Professora Doutora Ernestina Silva.

Como objetivos gerais, transversais a todos os estágios, consigo definir, com base no Guia Orientador dos Estágios: desenvolver competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados especializados à criança/jovem e sua família, com vista ao desenvolvimento de uma prática baseada na evidência científica. Os conhecimentos adquiridos em sala de aula, durante o período teórico, concomitantemente com a minha experiência profissional como Enfermeira de Cuidados Gerais na área da Saúde Infantil e Pediátrica permitiram definir os objetivos específicos individuais para o estágio no serviço de Pediatria do CHUCB, que irão ser abordados em seguida.

O presente projeto encontra-se dividido em três partes: na primeira descrevem-se as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, 2019) e as Competências Específicas do EEESIP (Portugal, Regulamento n.º 422/2018, 2018); na segunda parte traçam-se os objetivos e as respetivas atividades a desenvolver

para os atingir e na terceira parte está evidente o cronograma de atividades planeadas. Este projeto será dado a conhecer às respetivas tutoras e orientadora do estágio, uma vez que só assim é possível a concretização dos objetivos enunciados.

A metodologia utilizada para a elaboração do mesmo é a metodologia descritiva e reflexiva, tendo por base o Guia Orientador dos Estágios, os regulamentos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do EEESIP, e ainda as motivações e expectativas pessoais.

O respetivo Projeto de Estágio não é um instrumento de orientação rígido, mas sim algo que poderá ser alvo de modificações pontuais e oportunas de acordo com a evolução do estágio, de forma a se atingir os objetivos propostos pelo plano de estudos do curso, explícitos no Guia Orientador dos Estágios. Contudo, deve ser fidedigno e congruente para que sirva de orientação para o estágio, facilitando a aquisição de competências e aprendizagens, permitindo uma autoavaliação mais clara.

1. Competências do Enfermeiro Especialista

Os cuidados de Enfermagem de qualidade são regulamentados pela Ordem dos Enfermeiros (OE), através dos regulamentos que publica, com o intuito de apresentar um documento que permite aos Enfermeiros saber como atuar e aos cidadãos saber o que esperar dos Enfermeiros. Desta forma, o Enfermeiro deve possuir um conjunto de conhecimentos, técnicas, habilidades e capacidades que mobilizem a sua prática clínica, sendo capaz de avaliar as necessidades de saúde dos indivíduos e atuar em todos os campos e contextos de vida.

A atribuição do título de Enfermeiro Especialista certifica um profissional com conhecimentos aprofundados numa área específica de Enfermagem, tendo em conta as necessidades humanas ao longo da vida e os problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomadas de decisão, transpostos para um conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um determinado campo de intervenção (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Nesta orientação, o conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e concretiza-se em competências comuns e específicas, neste caso sendo de salientar as competências específicas do EEESIP (Portugal, Regulamento n.º 422/2018, 2018). Pela certificação destas competências clínicas especializadas assegura-se que o Enfermeiro Especialista possua um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que demonstra em contexto de prática clínica e que lhe permite ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida dos indivíduos.

1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da OE (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, 2019), as “Competências Comuns” são competências transversais a todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da sua área de especialidade, as quais são evidenciadas através da elevada capacidade de conceção, gestão, supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. De acordo com o respetivo regulamento, estas competências integram quatro domínios:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Em conformidade com a OE, o Enfermeiro Especialista para além de possuir competências comuns ao Enfermeiro de Cuidados Gerais, deve também apresentar competências específicas da sua área de especialidade, sendo isso que o distingue. Perante isto, inclui-se na prática clínica um conjunto de competências referidas no Regulamento das Competências Específicas do EEESIP da OE, de forma a prestar cuidados de excelência à criança/jovem e sua família (Portugal, Regulamento n.º 422/2018, 2018).

O EEESIP desenvolve a sua prática clínica junto de um grupo específico de indivíduos e numa específica etapa do ciclo vital – a criança e jovem até aos 18 anos – e sua família, o que implica a aquisição de conhecimentos e competências específicas para a sua área profissional. Neste domínio, a OE propõe que o EEESIP apresente as seguintes unidades de competência:

- Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial de complexidade;
- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Portugal, Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Desta forma desempenham-se funções em parceria com a criança/jovem e sua família, nos diversos contextos onde esta se insere (no hospital, nos cuidados continuados, em centros de saúde, na escola, comunidade, em casa, entre outros...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, prestando cuidados, identificando e mobilizando recursos de suporte à família. Pretende-se assim desenvolver processos de prestação de cuidados à criança/jovem e sua família em resposta às necessidades do seu crescimento e desenvolvimento, e em situações de especial complexidade, maximizando a sua saúde, durante todo o ciclo de vida.

2. Objetivos Propostos para o Estágio e Atividades a Desenvolver

Os objetivos gerais e os objetivos específicos individuais que foram definidos para o estágio no serviço de Pediatria irão ser agora abordados, assim como as atividades que se pretendem desenvolver de forma a concretizar os mesmos. Desta forma, e partindo destes objetivos propostos, pretende-se uma reflexão da ação e sobre a ação, numa procura constante de cuidados de excelência à criança/jovem e sua família.

2.1. Objetivos Gerais

De acordo com o que se encontra referido no Guia Orientador dos Estágios, os objetivos gerais do Estágio de Pediatria, e também transversais aos Estágios de Saúde Infantil e Familiar, Pediatria e Neonatologia, são:

- Desenvolver competências comuns, na prática profissional ética e legal, melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens, assim como competências específicas de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, aos três níveis de prevenção, com base num projeto de aprendizagem orientado por objetivos de nível avançado e desenvolvido para os Estágios de Saúde Infantil e Familiar, Pediatria e Neonatologia;
- Realizar um Relatório Final que evidencie a capacidade de reflexão e de comunicação e crie evidências que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido, criança, jovem, família e comunidade;
- Difundir o conhecimento emergente da investigação realizada.

2.2. Objetivos Específicos Individuais

Pretende-se que seja o próprio aluno a adotar uma postura pró-ativa e construtiva do seu processo de ensino-aprendizagem, pelo que se definem os objetivos específicos individuais e se programam as atividades que se desejam desenvolver ao longo do Estágio de Pediatria. Desta forma os objetivos são definidos de forma concreta e perceptível, indo ao encontro dos interesses e necessidades pessoais, encontrando-se os mesmos subjacentes aos objetivos gerais, anteriormente descritos.

- **Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do serviço de Pediatria do CHUCB.**
 - Apresentação e estabelecimento de relação interpessoal com a Enfermeira gestora do serviço, assim como os restantes elementos da equipa multidisciplinar.
 - Entrevista informal com a Enfermeira gestora e/ou Enfermeiras tutoras de forma a obter informações sobre a estrutura física e organizacional do serviço; objetivos, missão e visão

do serviço; modelo subjacente aos cuidados de Enfermagem; organização e funcionamento; recursos humanos e materiais existentes; proveniência das crianças/jovens ao serviço; circuitos e articulações do serviço com outros serviços (Ex: bloco operatório) e/ou outras unidades hospitalares e esclarecimento de questões e dúvidas com os elementos da equipa multidisciplinar e/ou através de pesquisa bibliográfica.

- Consulta de normas, protocolos de atuação em Enfermagem e padrões de qualidade preconizados pelo serviço.

- Integração na dinâmica do serviço, demonstrando disponibilidade, iniciativa e interesse.

- Tomada de conhecimento e visualização do processo clínico da criança/jovem internada, especialmente o processo de Enfermagem.

- **Integrar a equipa multidisciplinar do serviço de Pediatria do CHUCB, através de um processo relacional de confiança, privilegiando a comunicação assertiva, o respeito e a empatia.**

- Estabelecimento de uma boa relação com a equipa multidisciplinar, baseada no diálogo aberto, na confiança e respeito mútuo.

- Colaboração com a equipa multidisciplinar, demonstrando disponibilidade, de forma a adquirir uma visão global dos cuidados de Enfermagem prestados à criança/jovem e sua família.

- Participação ativa na dinâmica do serviço e da equipa multidisciplinar, respeitando as funções específicas de cada elemento.

- Adequação da comunicação formal e informal, de forma assertiva, aos diversos elementos da equipa multidisciplinar.

- Demonstração de características profissionais, apresentando um espírito de iniciativa, aproveitando as oportunidades que surjam para aperfeiçoar aprendizagens e capacidades.

- Respeito pelos princípios éticos e deontológicos no desempenho profissional.

- Pontualidade e assiduidade ao serviço durante o estágio.

- **Desenvolver competências ao nível técnico, científico e relacional de forma a garantir a prestação de cuidados de Enfermagem de excelência centrados na criança/jovem em situação de doença aguda e/ou crónica, incluindo a família como parceira de cuidados.**

- Acolhimento da criança/jovem e sua família de acordo com a norma de acolhimento em vigor no serviço, efetuando colheita de dados de forma objetiva e clara através do diálogo, observação, consulta do processo clínico, identificando dessa forma as necessidades em saúde (focos de atenção).

- Estabelecimento de diagnósticos de Enfermagem adequados à criança/jovem e sua situação clínica, empregando uma linguagem comum à profissão de Enfermagem - a linguagem CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).
- Realizar registos com metodologia e rigor científico, garantindo a continuidade de cuidados e demonstrando domínio na utilização do programa informático em uso (SClínico®), mantendo o processo individual do utente pediátrico atualizado e devidamente elaborado.
- Planear cuidados e intervenções de Enfermagem em função dos diagnósticos de Enfermagem identificados, tendo em consideração os princípios técnico-científicos, atendendo aos aspetos ético-deontológicos em todo o processo de cuidados.
- Colaboração na prestação de cuidados de Enfermagem, segundo normas e protocolos preconizados no serviço, à criança/jovem e sua família, incluindo a família na prestação de cuidados, permitindo o desenvolvimento de uma relação terapêutica eficaz com a mesma.
- Realização de ensinamentos direcionados e adequados à família, promovendo o envolvimento da mesma nos cuidados em parceria à criança/jovem (Ex: cuidados de higiene e conforto, alimentação, eliminação, sono e repouso, desenvolvimento psicoafetivo e respetivamente aos cuidados relacionados com o regime terapêutico).
- Promover ambiente facilitador à expressão de sentimentos e de necessidades.
- Respeito pelos valores e crenças da criança/jovem e sua família.
- Definir estratégias de resolução de problemas, envolvendo os pais na tomada de decisão.
- Prestar apoio emocional à criança/jovem e sua família sempre que se considere oportuno.
- Respeito pela privacidade da criança/jovem.
- Avaliação e validação da eficácia da comunicação e atuação; dos ensinamentos efetuados ao longo do internamento e dos reforços de alguns cuidados a ter após a alta, especialmente em crianças/jovens com problemas crónicos.
- Incentivar e motivar a pessoa significativa da criança/jovem (normalmente a mãe ou o pai) a acompanhar o filho durante a hospitalização.
- Atender ao controlo da dor enquanto 5º sinal vital, avaliando e vigiando a sua ocorrência, proporcionando medidas de conforto (farmacológicas e/ou não farmacológicas) para alívio da mesma.
- Respeito pelos procedimentos que requerem assepsia e pelas normas em vigor pela comissão de infeção hospitalar.
- Desenvolvimento de competências técnico-científicas de forma a garantir a prestação de cuidados de Enfermagem à criança/jovem nas mais variadas áreas de atuação (Cirurgia, Ortopedia, Medicina e Especialidades Cirúrgicas, entre outras), ocorrendo consolidação de conhecimentos, relacionando a componente teórica com a prática.
- Avaliação e validação da eficácia das intervenções de Enfermagem efetuadas.

- Preparar a criança/jovem e sua família para a alta, e o seu encaminhamento para os recursos existentes julgados necessários.
 - Evidenciar iniciativa na prestação de funções autónomas do EEESIP, demonstrando adequadas competências como futura EEESIP.
 - Realizar uma sessão de formação pertinente à equipa de Enfermagem sobre a temática “Estratégias Não Farmacológicas para Alívio da Dor na Criança/Jovem”.
-
- **Refletir criticamente sobre as atividades e ações desenvolvidas durante o estágio.**
- Refletir na ação e sobre a ação de forma individual e com as Enfermeiras tutoras e/ou outros elementos da equipa de Enfermagem e multidisciplinar.
 - Apresentar pensamento crítico e reflexão crítica ao longo do estágio.
 - Realizar ajustes adequados ao projeto ao longo do estágio, caso seja pertinente.
 - Realizar reflexão sobre o Estágio de Pediatria do CHUCB.

3. Cronograma de Atividades

As atividades realizadas durante o estágio foram desenvolvidas de acordo com o cronograma enunciado na Tabela 1.

Tabela 1 – Cronograma de Atividades

			Semanas Plano					
			1	2	3	4	5	6
Local de Estágio	Duração	Objetivos Propostos para o Estágio						
Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira	02 de janeiro a 10 de fevereiro de 2023	Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional do serviço de Pediatria do CHUCB.						
		Integrar a equipa multidisciplinar do serviço de Pediatria do CHUCB, através de um processo relacional de confiança, privilegiando a comunicação assertiva, o respeito e a empatia.						
		Desenvolver competências ao nível técnico, científico e relacional de forma a garantir a prestação de cuidados de Enfermagem de excelência centrados na criança/jovem em situação de doença aguda e/ou crónica, incluindo a família como parceira de cuidados.						
		Refletir criticamente sobre as atividades e ações desenvolvidas durante o estágio.						
		Avaliação do estágio.						

4. Considerações Finais

O estágio procura objetivar um importante momento de aprendizagem, que permite, para além da aplicabilidade de conhecimentos adquiridos anteriormente no período teórico, enriquecer a nossa formação com novas experiências e competências. Apresentará como finalidade demonstrar competências técnicas, científicas, éticas, legais e relacionais adequadas à prestação de cuidados de Enfermagem especializados à criança/jovem e sua família em situação de doença aguda ou crónica.

Ao integrar a equipa multidisciplinar do serviço de Pediatria muitas são as vivências, que num crescendo me vão moldando e motivando para o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais, científicas, ético-morais e culturais no caminho da melhoria da qualidade dos cuidados que se prestam à criança/jovem e sua família no seu processo de gestão de doença.

A realização do presente Projeto de Estágio permitiu organizar, analisar criticamente e refletidamente o percurso que será necessário percorrer aquando deste Estágio de Pediatria, tendo por base os objetivos gerais e específicos individuais, participando assim de forma ativa no processo ensino-aprendizagem, permitindo um agir e refletir na ação e sobre a ação.

Os objetivos traçados constituem um pilar que sustentará as intervenções desenvolvidas, assim como um valioso instrumento de avaliação do desempenho realizado, traduzido através da concretização da análise crítica das atividades realizadas. Deseja-se atingir os objetivos inicialmente propostos com sucesso, visando alcançar um sentido de responsabilidade inerente a uma adequada tomada de decisão e iniciativa, de forma a dignificar a conduta profissional do EEESIP. Visto tratar-se de um período de aprendizagem, crescimento pessoal e profissional, o Projeto de Estágio não é um documento de caráter estático. Por conseguinte, este poderá ser submetido a reformulações sempre que necessário, provocado pelas condicionantes que o definem e pelas variáveis resultantes do desenrolar do próprio estágio. Estas variáveis podem, de alguma maneira, condicionar ou impedir a realização de algumas das atividades planeadas, tendo sempre em consideração a prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade, personalizados e adequados às reais necessidades da criança/jovem e sua família, atingindo desse modo a excelência dos cuidados.

É importante salientar que os objetivos só serão alcançados com sucesso através da colaboração e empenho da equipa multidisciplinar, nomeadamente com a ajuda das Enfermeiras tutoras, da Professora orientadora e restantes profissionais que integram o serviço de Pediatria do CHUCB.

Referências Bibliográficas

Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, 12º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, & 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. (2022). *Guia orientador: Estágio de urgências pediátricas e estágio com relatório final: Estágio de saúde infantil e familiar de pediatria e de neonatologia*. IPV, ESSV.

Portugal, Regulamento n.º 140/2019. (2019, Fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2(26), pp. 4744-4750.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Portugal, Regulamento n.º 422/2018. (2018, Julho 12). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Diário da República*, 2(133), pp. 19192-19194.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

Apêndice II

Projeto de Estágio de Neonatologia

Introdução

No âmbito do 8.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e do 12.º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Saúde de Viseu, está preconizada a realização de determinados estágios: Estágio de Urgências Pediátricas e Estágio com Relatório Final, estando incluído neste último os estágios nas áreas de Pediatria, Neonatologia e Saúde Infantil e Familiar.

O estágio foi planeado de forma a promover e garantir a consolidação dos constructos teóricos, lecionados durante o período teórico do curso, assim como proporcionar novas oportunidades de aprendizagem e aquisição de competências. Faz parte integrante deste período de aprendizagem a elaboração de um Projeto de Estágio, que serve como guia de orientação pessoal para o desenvolvimento de aprendizagens e competências, no qual visa o estabelecimento de objetivos orientadores e as respetivas atividades a realizar para a concretização dos mesmos. Pretende-se desenvolver e aprofundar competências científicas, técnicas, relacionais e éticas, que capacitem a prestar cuidados de Enfermagem de excelência direcionados ao neonato e sua família (relativamente ao respetivo estágio). Procura-se, deste modo, obter momentos de aprendizagem, interação, reflexão, troca de experiências e de enriquecimento pessoal.

Respetivamente ao Estágio de Neonatologia, este irá decorrer de 20 de fevereiro a 31 de março, na Neonatologia B da Maternidade Bissaya Barreto (MBB), Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), com uma carga horária de 130 horas distribuídas por seis semanas, em horário praticado e ajustado com o horário das Enfermeiras tutoras (em turnos da manhã e da tarde), ambas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) – e sob orientação da Professora Doutora Ernestina Silva.

Como objetivos gerais, transversais a todos os estágios, consigo definir, com base no Guia Orientador dos Estágios: desenvolver competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados especializados à criança/jovem e sua família, com vista ao desenvolvimento de uma prática baseada na evidência científica. Os conhecimentos adquiridos em sala de aula, durante o período teórico, concomitantemente com a minha experiência profissional como Enfermeira de Cuidados Gerais na área da Saúde Infantil e Pediátrica permitiram definir os objetivos específicos individuais para o estágio na Neonatologia B da MBB, que irão ser abordados em seguida.

O presente projeto encontra-se dividido em três partes: na primeira descrevem-se as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, 2019) e as Competências Específicas do EEESIP (Portugal, Regulamento n.º 422/2018, 2018); na segunda parte traçam-se os objetivos e as respetivas atividades a desenvolver para os atingir e na terceira parte está evidente o cronograma de atividades planeadas. Este projeto será dado a conhecer às respetivas tutoras e orientadora do estágio, uma vez que só assim é possível a concretização dos objetivos enunciados.

A metodologia utilizada para a elaboração do mesmo é a metodologia descritiva e reflexiva, tendo por base o Guia Orientador dos Estágios, os regulamentos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do EEESIP, e ainda as motivações e expectativas pessoais.

O respetivo Projeto de Estágio não é um instrumento de orientação rígido, mas sim algo que poderá ser alvo de modificações pontuais e oportunas de acordo com a evolução do estágio, de forma a se atingir os objetivos propostos pelo plano de estudos do curso, explícitos no Guia Orientador dos Estágios. Contudo, deve ser fidedigno e congruente para que sirva de orientação para o estágio, facilitando a aquisição de competências e aprendizagens, permitindo uma autoavaliação mais clara.

1. Competências do Enfermeiro Especialista

Os cuidados de Enfermagem de qualidade são regulamentados pela Ordem dos Enfermeiros (OE), através dos regulamentos que publica, com o intuito de apresentar um documento que permite aos Enfermeiros saber como atuar e aos cidadãos saber o que esperar dos Enfermeiros. Desta forma, o Enfermeiro deve possuir um conjunto de conhecimentos, técnicas, habilidades e capacidades que mobilizem a sua prática clínica, sendo capaz de avaliar as necessidades de saúde dos indivíduos e atuar em todos os campos e contextos de vida.

A atribuição do título de Enfermeiro Especialista certifica um profissional com conhecimentos aprofundados numa área específica de Enfermagem, tendo em conta as necessidades humanas ao longo da vida e os problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomadas de decisão, transpostos para um conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um determinado campo de intervenção (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Nesta orientação, o conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e concretiza-se em competências comuns e específicas, neste caso sendo de salientar as competências específicas do EEESIP (Portugal, Regulamento n.º 422/2018, 2018). Pela certificação destas competências clínicas especializadas assegura-se que o Enfermeiro Especialista possua um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que demonstra em contexto de prática clínica e que lhe permite ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida dos indivíduos.

1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da OE (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, 2019), as “Competências Comuns” são competências transversais a todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da sua área de especialidade, as quais são evidenciadas através da elevada capacidade de conceção, gestão, supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. De acordo com o respetivo regulamento, estas competências integram quatro domínios:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Em conformidade com a OE, o Enfermeiro Especialista para além de possuir competências comuns ao Enfermeiro de Cuidados Gerais, deve também apresentar competências específicas da sua área de especialidade, sendo isso que o distingue. Perante isto, inclui-se na prática clínica um conjunto de competências referidas no Regulamento das Competências Específicas do EEESIP da OE, de forma a prestar cuidados de excelência à criança/jovem e sua família (Portugal, Regulamento n.º 422/2018, 2018).

O EEESIP desenvolve a sua prática clínica junto de um grupo específico de indivíduos e numa específica etapa do ciclo vital – a criança e jovem até aos 18 anos – e sua família, o que implica a aquisição de conhecimentos e competências específicas para a sua área profissional. Neste domínio, a OE propõe que o EEESIP apresente as seguintes unidades de competência:

- Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial de complexidade;
- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Portugal, Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Desta forma desempenham-se funções em parceria com a criança/jovem e sua família, nos diversos contextos onde esta se insere (no hospital, nos cuidados continuados, em centros de saúde, na escola, comunidade, em casa, entre outros...), para promover o mais elevado estado de saúde possível, prestando cuidados, identificando e mobilizando recursos de suporte à família. Pretende-se assim desenvolver processos de prestação de cuidados ao neonato e sua família, no respetivo estágio, em resposta às necessidades do seu crescimento e desenvolvimento, e em situações de especial complexidade, maximizando a sua saúde.

2. Objetivos Propostos para o Estágio e Atividades a Desenvolver

Os objetivos gerais e os objetivos específicos individuais que foram definidos para o Estágio de Neonatologia irão ser agora abordados, assim como as atividades que se pretendem desenvolver de forma a concretizar os mesmos. Desta forma, e partindo destes objetivos propostos, pretende-se uma reflexão da ação e sobre a ação, numa procura constante de cuidados de excelência ao neonato e sua família.

2.1. Objetivos Gerais

De acordo com o que se encontra referido no Guia Orientador dos Estágios, os objetivos gerais do Estágio de Neonatologia, também transversais aos Estágios de Saúde Infantil e Familiar e Pediatria, são:

- Desenvolver competências comuns, na prática profissional ética e legal, melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens, assim como competências específicas de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, aos três níveis de prevenção, com base num projeto de aprendizagem orientado por objetivos de nível avançado e desenvolvido para os Estágios de Saúde Infantil e Familiar, Pediatria e Neonatologia;
- Realizar um Relatório Final que evidencie a capacidade de reflexão e de comunicação e crie evidências que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido, criança, jovem, família e comunidade;
- Difundir o conhecimento emergente da investigação realizada.

2.2. Objetivos Específicos Individuais

Pretende-se que seja o próprio aluno a adotar uma postura pró-ativa e construtiva do seu processo de ensino-aprendizagem, pelo que se definem os objetivos específicos individuais e se programam as atividades que se desejam desenvolver ao longo do Estágio de Neonatologia. Desta forma os objetivos são definidos de forma concreta e perceptível, indo ao encontro dos interesses e necessidades pessoais, encontrando-se os mesmos subjacentes aos objetivos gerais, anteriormente descritos.

Considerando que este estágio é situado em Coimbra, localidade consideravelmente distante do meu local de residência (Castelo Branco), houve necessidade de me organizar de forma distinta. Deste modo, permanecerei em Coimbra durante três semanas e estruturarei os turnos a realizar nessas mesmas três semanas, em consonância com o horário das Enfermeiras tutoras.

- **Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional da Neonatologia B da MBB enquanto unidade prestadora de cuidados neonatais diferenciados de nível III.**

- Apresentação e estabelecimento de relação interpessoal com a Enfermeira gestora da unidade, com as Enfermeiras tutoras, assim como os restantes elementos da equipa multidisciplinar.
- Entrevista informal com a Enfermeira gestora e Enfermeiras tutoras de forma a obter informações sobre a estrutura física e organizacional da unidade; objetivos, missão e visão da unidade; modelo subjacente aos cuidados de Enfermagem; organização e funcionamento; recursos humanos e materiais existentes; circuitos e formas de articulação com outras unidades hospitalares e esclarecimento de questões e dúvidas com os elementos da equipa de Enfermagem e/ou através de pesquisa bibliográfica.
- Consulta de normas, protocolos de atuação em Enfermagem e padrões de qualidade preconizados pela unidade e instituição – compreender e participar no “Programa MÃE”, que pretende antecipar o acolhimento do neonato e futuros pais na Neonatologia B, através do planeamento, desenvolvimento e implementação de estratégias antes do nascimento; e compreender e participar no “Programa de Humanização de Cuidados – Associação dos Bissayinhos Nascidos Antes do Tempo”, que pretende proporcionar um ambiente acolhedor, com uma decoração apropriada e atividades comemorativas dos "dias especiais", entre outras atividades.
- Observação das atividades realizadas pela equipa multidisciplinar, principalmente pela equipa de Enfermagem;
- Tomada de conhecimento e visualização do processo clínico do neonato internado.
- Integração na dinâmica da unidade, demonstrando disponibilidade, iniciativa e interesse.
- **Integrar a equipa multidisciplinar da Neonatologia B da MBB, através de um processo relacional de confiança, privilegiando a comunicação assertiva, o respeito, a empatia e simpatia.**
- Estabelecimento de uma boa relação com a equipa multidisciplinar, baseada no diálogo aberto, na confiança e respeito mútuo.
- Colaboração com a equipa multidisciplinar, demonstrando características profissionais e disponibilidade, de forma a adquirir uma visão global dos cuidados de Enfermagem prestados ao neonato e sua família.
- Participação ativa na dinâmica da unidade e da equipa multidisciplinar, respeitando as funções específicas de cada elemento.
- Adequação da comunicação formal e informal, de forma assertiva, aos diversos elementos da equipa multidisciplinar.
- Demonstração de características profissionais, apresentando um espírito de iniciativa, aproveitando as oportunidades que surjam para aperfeiçoar aprendizagens e capacidades.
- Respeito pelos princípios éticos e deontológicos no desempenho profissional.

- Pontualidade e assiduidade à Neonatologia B durante o estágio.

- **Desenvolver competências profissionais ao nível técnico, científico e relacional de forma a garantir a prestação de cuidados de Enfermagem de excelência centrados no neonato, incluindo a família como parceira de cuidados.**

- Acolhimento do neonato e sua família de acordo com a norma de acolhimento em vigor na unidade, efetuando colheita de dados de forma objetiva e clara através do diálogo, observação, consulta do processo clínico, identificando dessa forma as suas necessidades.

- Estabelecimento de diagnósticos de Enfermagem adequados ao neonato e sua situação clínica, empregando uma linguagem comum à profissão de Enfermagem - a linguagem CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem).

- Planear cuidados e intervenções de Enfermagem em função dos diagnósticos de Enfermagem identificados, tendo em consideração os princípios técnico-científicos, atendendo aos aspetos ético-deontológicos em todo o processo de cuidados.

- Colaboração na prestação de cuidados de Enfermagem ao neonato e sua família, de acordo com as necessidades identificadas, segundo normas, protocolos preconizados na unidade e princípios científicos, tendo a família como centro dos cuidados, incluindo-a nos mesmos, permitindo o desenvolvimento de uma relação terapêutica.

- Desenvolvimento de competências técnico-científicas de forma a garantir a prestação de cuidados de Enfermagem ao neonato nas mais variadas áreas de atuação, ocorrendo consolidação de conhecimentos, relacionando a componente teórica com a prática.

- Realização de ensinamentos direcionados e adequados à família, promovendo o envolvimento da mesma nos cuidados em parceria ao neonato (Ex: cuidados de higiene e conforto, alimentação, eliminação, sono e repouso, desenvolvimento psicoafetivo e respetivamente aos cuidados relacionados com o regime terapêutico).

- Manutenção de um ambiente calmo e temperatura adequada ao neonato.

- Promover ambiente facilitador à expressão de sentimentos e de necessidades.

- Respeito pelos valores e crenças da família do neonato.

- Definir estratégias de resolução de problemas, envolvendo os pais na tomada de decisão.

- Prestar apoio emocional à família do neonato, sempre que se considere oportuno.

- Respeito pela privacidade.

- Avaliação e validação da eficácia da comunicação e atuação; dos ensinamentos para a saúde efetuados ao longo do internamento e do reforço de alguns cuidados a ter após a alta.

- Incentivar e motivar a família a acompanhar o filho durante o internamento, estimulando a parentalidade.

- Atender ao controlo da dor enquanto 5º sinal vital, avaliando e vigiando a sua ocorrência, proporcionando medidas de conforto (farmacológicas e/ou não farmacológicas) para alívio da mesma.
 - Respeito pelos procedimentos que requerem assepsia e pelas normas em vigor pela comissão de infeção hospitalar.
 - Aprofundar conhecimentos na área da ventilação assistida (invasiva e não invasiva).
 - Colaboração nos diversos exames complementares de diagnóstico.
 - Avaliação e validação da eficácia das intervenções de Enfermagem efetuadas.
 - Realização de registos com metodologia e rigor científico, garantindo a continuidade de cuidados, mantendo o processo individual do neonato devidamente elaborado e atualizado.
 - Preparação da família do neonato para a alta, e o seu encaminhamento para os recursos existentes julgados necessários.
 - Evidenciar iniciativa na prestação de funções autónomas do EEESIP, demonstrando adequadas competências como futura EEESIP.
-
- **Aprofundar conhecimentos sobre a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.**
 - Compreender a dinâmica da Sala de Partos da MBB.
 - Identificar a adaptabilidade do recém-nascido à vida extrauterina.
 - Observar os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido no pós-parto.
 - Realizar uma reflexão sobre o que foi vivenciado na Sala de Partos da MBB.
-
- **Refletir criticamente sobre as atividades e ações desenvolvidas durante o estágio.**
 - Refletir na ação e sobre a ação de forma individual e com as Enfermeiras tutoras e/ou outros elementos da equipa de Enfermagem e multidisciplinar.
 - Apresentar pensamento crítico e reflexão crítica ao longo do estágio.
 - Realizar ajustes adequados ao projeto ao longo do estágio, caso seja pertinente.
 - Realizar reflexão sobre o Estágio de Neonatologia na Neonatologia B da MBB.

3. Cronograma de Atividades

As atividades realizadas durante o estágio irão ser desenvolvidas de acordo com o cronograma enunciado na Tabela 1.

Tabela 1 – Cronograma de Atividades

			Semanas Plano					
			1	2	3	4	5	6
Local de Estágio	Duração	Objetivos Propostos para o Estágio						
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais da Maternidade Bissaya Barreto	20 de fevereiro a 31 de março	Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional da Neonatologia B da MBB enquanto unidade prestadora de cuidados neonatais diferenciados de nível III.						
		Integrar a equipa multidisciplinar da Neonatologia B da MBB, através de um processo relacional de confiança, privilegiando a comunicação assertiva, o respeito e a empatia.						
		Desenvolver competências ao nível técnico, científico e relacional de forma a garantir a prestação de cuidados de Enfermagem de excelência centrados no neonato, incluindo a família como parceira de cuidados.						
		Refletir criticamente sobre as atividades e ações desenvolvidas durante o estágio.						
		Avaliação do estágio.						

4. Considerações Finais

O estágio procura objetivar um importante momento de aprendizagem, que permite, para além da aplicabilidade de conhecimentos adquiridos anteriormente no período teórico, enriquecer a nossa formação com novas experiências e competências. Apresentará como finalidade adquirir competências técnicas, científicas, éticas, legais e relacionais adequadas à prestação de cuidados de Enfermagem especializados ao neonato e sua família, no respetivo estágio.

Ao integrar a equipa multidisciplinar da Neonatologia B da MBB muitas são as vivências, que num crescendo me vão moldando e motivando para o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais, científicas, ético-morais e culturais no caminho da melhoria da qualidade dos cuidados que se prestam ao neonato e sua família no seu processo de crescimento, desenvolvimento e gestão de doença.

A realização do presente Projeto de Estágio permitiu organizar, analisar criticamente e refletidamente o percurso que será necessário percorrer aquando deste Estágio de Neonatologia, tendo por base os objetivos gerais e específicos individuais, participando assim de forma ativa no processo ensino-aprendizagem, permitindo um agir e refletir na ação e sobre a ação.

Os objetivos traçados constituem um pilar que sustentará as intervenções desenvolvidas, assim como um valioso instrumento de avaliação do desempenho realizado, traduzido através da concretização da análise crítica das atividades realizadas. Deseja-se atingir os objetivos inicialmente propostos com sucesso, visando alcançar um sentido de responsabilidade inerente a uma adequada tomada de decisão e iniciativa, de forma a dignificar a conduta profissional do EEESIP. Visto tratar-se de um período de aprendizagem, crescimento pessoal e profissional, o Projeto de Estágio não é um documento de caráter estático. Por conseguinte, este poderá ser submetido a reformulações sempre que necessário, provocado pelas condicionantes que o definem e pelas variáveis resultantes do desenrolar do próprio estágio. Estas variáveis podem, de alguma maneira, condicionar ou impedir a realização de algumas das atividades planeadas, tendo sempre em consideração a prestação de cuidados de Enfermagem de qualidade, personalizados e adequados às reais necessidades do neonato e sua família, atingindo desse modo a excelência dos cuidados.

É importante salientar que os objetivos só serão alcançados com sucesso através da colaboração e empenho da equipa multidisciplinar, nomeadamente com a ajuda das Enfermeiras tutoras, da Professora orientadora e restantes profissionais que integram a Neonatologia B da MBB.

Referências Bibliográficas

Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, 12º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, & 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. (2022). *Guia orientador: Estágio de urgências pediátricas e estágio com relatório final: Estágio de saúde infantil e familiar de pediatria e de neonatologia*. IPV, ESSV.

Portugal, Regulamento n.º 140/2019. (2019, Fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2(26), pp. 4744-4750.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Portugal, Regulamento n.º 422/2018. (2018, Julho 12). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Diário da República*, 2(133), pp. 19192-19194.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

Apêndice III

Projeto de Estágio de Saúde Infantil e Familiar

Introdução

No âmbito do 8.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e do 12.º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Saúde de Viseu, está preconizada a realização de determinados estágios: Estágio de Urgências Pediátricas e Estágio com Relatório Final, estando incluído neste último os estágios nas áreas de Pediatria, Neonatologia e Saúde Infantil e Familiar.

O estágio pretende promover e garantir a consolidação dos constructos teóricos lecionados durante o período teórico do curso, assim como proporcionar novas oportunidades de aprendizagem e aquisição de competências. A elaboração de um Projeto de Estágio é parte integrante do estágio, servindo como guia de orientação pessoal para o desenvolvimento de aprendizagens e competências, visando o estabelecimento de objetivos orientadores e as respetivas atividades a efetuar para a concretização dos mesmos. Pretende-se desenvolver e aprofundar competências científicas, técnicas, relacionais e éticas, que capacitem na prestação de cuidados de Enfermagem de excelência direcionados ao utente pediátrico e sua família. A finalidade é a vivência de momentos de aprendizagem, interação, reflexão, troca de experiências e de enriquecimento pessoal.

Respetivamente ao Estágio de Saúde Infantil e Familiar, este irá decorrer de 03 de abril a 19 de maio, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de S. Miguel da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULSCB), com uma carga horária de 130 horas distribuídas por seis semanas, em horário praticado e ajustado com o horário das Enfermeiras tutoras, ambas Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) – e sob orientação da Professora Doutora Ernestina Silva.

Os diversos estágios apresentam como objetivos gerais, de acordo com o explícito no Guia Orientador dos Estágios: desenvolver competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados especializados à criança/jovem e sua família, com vista ao desenvolvimento de uma prática baseada na evidência científica. Os conhecimentos adquiridos em sala de aula, durante o período teórico, juntamente com a minha experiência profissional como Enfermeira de Cuidados Gerais na área da Saúde Infantil e Pediátrica permitiram à definição dos objetivos específicos individuais para o respetivo estágio na UCSP de S. Miguel da ULSCB, sendo estes abordados em seguida.

O presente projeto é passível de divisão em três partes: na primeira descrevem-se as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, 2019) e as Competências Específicas do EESIP (Portugal, Regulamento n.º 422/2018, 2018); na segunda parte traçam-se os objetivos e as respetivas atividades a desenvolver para os atingir e na terceira parte está evidente o cronograma de atividades planeadas. Este projeto será dado a conhecer às respetivas tutoras e orientadora do estágio, uma vez que só assim é praticável a concretização dos objetivos enunciados.

A metodologia utilizada para a elaboração do respectivo projeto é a metodologia descritiva e reflexiva, baseada no Guia Orientador dos Estágios, nos regulamentos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e nas Competências Específicas do EEESIP, incluindo ainda as motivações e as expectativas pessoais.

O respectivo Projeto de Estágio não é um instrumento de orientação rígido, mas sim passível de modificações apropriadas e oportunas conforme a evolução do estágio, para que se consigam atingir os objetivos propostos pelo plano de estudos do curso. Contudo, o respectivo projeto é bastante facilitador no que toca à orientação para o estágio, facilitando a aquisição de competências e aprendizagens, permitindo uma autoavaliação mais clara.

1. Competências do Enfermeiro Especialista

A Ordem dos Enfermeiros (OE) regulamenta os cuidados de Enfermagem através dos regulamentos que publica, apresentando um documento que permite aos Enfermeiros perceber como atuar e aos cidadãos compreender o que esperar por parte de Enfermagem. O Enfermeiro possui um conjunto de conhecimentos, técnicas, habilidades e capacidades que mobilizam a sua prática clínica, sendo este capaz de avaliar as necessidades de saúde dos indivíduos e atuar em todos os campos e contextos de vida, pelo que esta profissão é fulcral para o bem-estar da comunidade.

O Enfermeiro Especialista trata-se de um Enfermeiro de excelência e com conhecimentos aprofundados numa específica área, considerando as necessidades humanas ao longo da vida e os problemas de saúde. Demonstra níveis elevados de julgamento clínico, de tomada de decisão e um conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um determinado campo de intervenção (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Posto isto, o conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e concretiza-se em competências comuns e específicas, sendo de salientar as competências específicas do EEESIP (Portugal, Regulamento n.º 422/2018, 2018). Pela certificação destas competências clínicas especializadas assegura-se que o Enfermeiro Especialista possua um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que demonstra em contexto de prática clínica e que lhe permite ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida dos indivíduos.

1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da OE (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, 2019), as “Competências Comuns” são competências transversais a todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da sua área de especialidade, as quais são evidenciadas através da elevada capacidade de conceção, gestão, supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. De acordo com o respetivo regulamento, estas competências integram quatro domínios:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

O Enfermeiro Especialista deve, para além de demonstrar competências comuns ao Enfermeiro de Cuidados Gerais, apresentar competências específicas da sua área de especialidade, sendo isso que o distingue. Perante isto, inclui-se na prática clínica um conjunto de competências referidas no Regulamento das Competências Específicas do EEESIP da OE, de forma a prestar cuidados de excelência à criança/jovem e sua família (Portugal, Regulamento n.º 422/2018, 2018).

O EEESIP desenvolve a sua prática clínica junto de um grupo específico de indivíduos e numa específica etapa do ciclo vital – a criança e jovem até aos 18 anos – e sua família, o que implica a aquisição de conhecimentos e competências específicas para a sua área profissional. Neste domínio, a OE propõe que o EEESIP apresente as seguintes unidades de competência:

- Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial de complexidade;
- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Portugal, Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Em conformidade, o EEESIP desempenha funções em parceria de cuidados com a criança/jovem e sua família, nos diversos contextos onde esta se insere (no hospital, nos cuidados continuados, em centros de saúde, na escola, comunidade, em casa, entre outros...), de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível, prestando cuidados, identificando e mobilizando recursos de suporte à família. Pretende-se assim neste estágio desenvolver processos de prestação de cuidados ao utente pediátrico e à sua respetiva família, respondendo às necessidades do seu crescimento e desenvolvimento, e em situações de especial complexidade, maximizando a sua saúde.

2. Objetivos Propostos para o Estágio e Atividades a Desenvolver

Os objetivos gerais e os objetivos específicos individuais definidos para o Estágio de Saúde Infantil e Familiar na UCSP de S. Miguel da ULSCB serão demonstrados neste tópico, assim como as atividades que se pretendem desenvolver, de forma a se concretizarem. Desta forma, e partindo dos objetivos propostos, pretende-se uma reflexão da ação e sobre a ação, numa procura constante de cuidados de excelência ao utente pediátrico e sua família.

2.1. Objetivos Gerais

De acordo com o que se encontra referido no Guia Orientador dos Estágios, os objetivos gerais do Estágio de Saúde Infantil e Familiar na UCSP de S. Miguel da ULSCB, também transversais aos Estágios de Neonatologia e de Pediatria, são:

- Desenvolver competências comuns, na prática profissional ética e legal, melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens, assim como competências específicas de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, aos três níveis de prevenção, com base num projeto de aprendizagem orientado por objetivos de nível avançado e desenvolvido para os Estágios de Saúde Infantil e Familiar, Pediatria e Neonatologia;
- Realizar um Relatório Final que evidencie a capacidade de reflexão e de comunicação e crie evidências que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido, criança, jovem, família e comunidade;
- Difundir o conhecimento emergente da investigação realizada.

2.2. Objetivos Específicos Individuais

Pretende-se que seja o próprio aluno a adotar uma postura pró-ativa e construtiva do seu processo de ensino-aprendizagem, pelo que se definem os objetivos específicos individuais e se programam as atividades para os atingir para que o Estágio de Saúde Infantil e Familiar ocorra de forma organizada e adequada. Os objetivos são definidos de forma concreta e perceptível, indo ao encontro dos interesses e necessidades pessoais, encontrando-se os mesmos subjacentes aos objetivos gerais, anteriormente descritos.

Visto que foi possível o início precoce do respetivo estágio (uma semana antes), este irá ser realizado em 7 semanas, possibilitando à maior flexibilidade no que toca à observação e participação nas Consultas de Saúde Infantil e Juvenil (CSIJ). De realçar que, caso se consiga atingir o total de horas pretendidas para o estágio antes do término das 7 semanas, que o mesmo será concluído antes do planeado.

- **Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional da UCSP de S. Miguel da ULSCB.**

- Apresentação e estabelecimento de relações interpessoais com a Enfermeira coordenadora da equipa de Enfermagem da UCSP, com as Enfermeiras tutoras, assim como os restantes elementos da equipa multidisciplinar.

- Entrevista informal com a Enfermeira coordenadora da equipa de Enfermagem da UCSP e Enfermeiras tutoras de forma a obter informações sobre a estrutura física e organizacional da UCSP; objetivos, missão e visão da unidade; modelo subjacente aos cuidados de Enfermagem; organização e funcionamento; área geográfica de abrangência; recursos humanos e materiais existentes; formas de articulação com outros serviços, instituições e/ou unidade hospitalar e esclarecimento de questões e dúvidas com os elementos da equipa de Enfermagem e/ou através de pesquisa bibliográfica.

- Consulta de normas, protocolos de atuação em Enfermagem e padrões de qualidade preconizados pela UCSP.

- Observação e participação nas atividades realizadas pela equipa multidisciplinar, especialmente pela equipa de Enfermagem.

- Tomada de conhecimento e visualização do processo clínico dos utentes pediátricos, nomeadamente do processo de Enfermagem, através da utilização do programa informático em vigor (SCLínico®).

- Integração na dinâmica e funcionamento da UCSP, demonstrando disponibilidade, iniciativa e interesse.

- **Integrar a equipa multidisciplinar da UCSP de S. Miguel da ULSCB, através de um processo relacional de confiança, privilegiando a comunicação assertiva, o respeito, a empatia e simpatia.**

- Entrevista informal com a Enfermeira coordenadora da equipa de Enfermagem da UCSP no sentido de conhecer a constituição da equipa multidisciplinar, especialmente a equipa de Enfermagem, o horário praticado pelas Enfermeiras tutoras e planificação das CSIJ.

- Estabelecimento de uma boa relação com a equipa multidisciplinar, baseada no diálogo aberto, na confiança e respeito mútuo.

- Colaboração com a equipa multidisciplinar, demonstrando disponibilidade, de forma a adquirir uma visão global dos cuidados de Enfermagem prestados ao utente pediátrico e sua família, dando ênfase aos aspetos relacionados com a área de especialização.

- Participação ativa na dinâmica da UCSP e da equipa multidisciplinar, respeitando as funções específicas de cada elemento.

- Adequação da comunicação formal e informal, de forma assertiva, aos diversos elementos da equipa multidisciplinar.

- Demonstração de características profissionais, apresentando um espírito de iniciativa, aproveitando as oportunidades que surjam para aperfeiçoar aprendizagens e capacidades.
 - Respeito pelos princípios éticos e deontológicos no desempenho profissional.
 - Pontualidade e assiduidade durante todo o estágio.
- **Desenvolver competências profissionais ao nível técnico, científico e relacional de forma a garantir a prestação de cuidados de Enfermagem de excelência centrados no utente pediátrico e sua família, na vertente da UCSP.**
- Promover acolhimento individual e personalizado do utente pediátrico e sua família, estabelecendo uma relação empática e uma comunicação terapêutica adequada.
 - Observar e participar nas diversas CSIJ, tendo o cuidado de: visualizar previamente o processo clínico do utente pediátrico e da sua família; preparar a sala de Enfermagem para receber o utente pediátrico e sua família; verificar o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV) e atualizá-lo, caso necessário; realizar ensinamentos para a saúde específicos, individuais e direcionados ao utente pediátrico e sua família, de acordo com os problemas e necessidades identificadas, facultando lugar para esclarecimento de dúvidas; proceder a uma correta avaliação estatoponderal e de desenvolvimento psicomotor, recorrendo à escala de Mary Sheridan.
 - Promover ambiente calmo facilitador à expressão de sentimentos e de necessidades durante a consulta, ocorrendo respeito pelos valores e crenças, garantido um ambiente de privacidade.
 - Avaliar e estabelecer diagnósticos de Enfermagem sobre problemas percebidos no utente pediátrico e sua família, através da observação, diálogo e consulta do processo clínico, identificando fenómenos de Enfermagem.
 - Planear cuidados e intervenções de Enfermagem em função dos diagnósticos de Enfermagem identificados e de acordo com as necessidades do utente pediátrico e sua família, atendendo aos aspetos ético-deontológicos em todo o processo de cuidados.
 - Atender ao controlo da dor enquanto 5º sinal vital durante a administração de vacinas, avaliando e vigiando a sua ocorrência, proporcionando medidas de conforto (não farmacológicas) para alívio da mesma.
 - Elaboração de registos no sistema informático (SClínico®) com metodologia e rigor científico, garantindo a continuidade de cuidados, mantendo o processo individual do utente pediátrico devidamente elaborado e atualizado.
 - Desenvolvimento de competências técnico-científicas de forma a garantir a prestação de cuidados de Enfermagem ao utente pediátrico nas mais variadas áreas de atuação, ocorrendo consolidação de conhecimentos, relacionando a componente teórica com a prática.

- Avaliação e validação da eficácia das intervenções de Enfermagem efetuadas, da comunicação assertiva e adequada e dos ensinamentos para a saúde efetuados.
- Evidenciar iniciativa na prestação de funções autónomas do EEESIP, demonstrando adequadas competências como futura EEESIP.
- Realizar uma sessão de formação à equipa de Enfermagem da UCSP de S. Miguel sobre a temática “A Persistência do Hábito de Sucção Digital: Proibir ou Substituir?”.

- **Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional da Unidade de Saúde Familiar (USF) Receber e Cuidar da ULSCB.**

- Apresentação e estabelecimento de relações interpessoais com a equipa de Enfermagem da USF Receber e Cuidar, assim como com os restantes elementos da equipa multidisciplinar.
- Obter informações sobre a estrutura física e organizacional da respetiva USF: objetivos, missão e visão da unidade; modelo subjacente aos cuidados de Enfermagem; organização e funcionamento; normas, protocolos de atuação em Enfermagem e padrões de qualidade; área geográfica de abrangência; recursos humanos e materiais existentes; formas de articulação com outros serviços, instituições e/ou unidade hospitalar e esclarecimento de questões e dúvidas com os elementos da equipa de Enfermagem e/ou através de pesquisa bibliográfica.
- Observação e participação nas atividades realizadas pela equipa multidisciplinar, especialmente pela equipa de Enfermagem.
- Integração na dinâmica e funcionamento da USF, demonstrando disponibilidade, iniciativa e interesse.
- Elaboração de um Manual de Boas Práticas para a Consulta de Saúde Infantil e Juvenil, em parceria com a Enfermeira tutora, de forma a uniformizar procedimentos e cuidados de Enfermagem.

- **Refletir criticamente sobre as atividades e ações desenvolvidas durante o estágio.**

- Refletir na ação e sobre a ação de forma individual e com as Enfermeiras tutoras e/ou outros elementos da equipa de Enfermagem e multidisciplinar.
- Apresentar pensamento crítico e reflexão crítica ao longo do estágio.
- Realizar ajustes adequados ao projeto ao longo do estágio, caso seja pertinente.
- Realizar uma reflexão sobre o Estágio de Saúde Infantil e Familiar na UCSP de S. Miguel da ULSCB.

3. Cronograma de Atividades

As atividades realizadas durante o estágio irão ser desenvolvidas de acordo com o cronograma enunciado na Tabela 1.

Tabela 1 – Cronograma de Atividades

Semanas Plano			1	2	3	4	5	6	7
Local de Estágio	Duração	Objetivos Propostos para o Estágio							
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de S. Miguel	03 de abril a 19 de maio	Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional da UCSP de S. Miguel.							
		Integrar a equipa multidisciplinar da UCSP de S. Miguel, através de um processo relacional de confiança, privilegiando a comunicação assertiva, o respeito e a empatia.							
		Desenvolver competências profissionais ao nível técnico, científico e relacional de forma a garantir a prestação de cuidados de Enfermagem de excelência centrados no utente pediátrico e sua família, na vertente da UCSP.							
		Refletir criticamente sobre as atividades e ações desenvolvidas durante o estágio.							
		Avaliação do estágio.							

4. Considerações Finais

O estágio tem como objetivo proporcionar momentos de aprendizagem e permite, para além da aplicabilidade de conhecimentos adquiridos anteriormente no período teórico, enriquecer a formação com novas experiências e competências. Este detém como finalidade a aquisição de competências técnicas, científicas, éticas, legais e relacionais adequadas à prestação de cuidados de Enfermagem especializados ao neonato, à criança, ao jovem e à sua família.

Diversas são as vivências que vão moldando e motivando ao integrar a equipa multidisciplinar da UCSP de S. Miguel da ULSCB, permitindo o desenvolvimento de competências pessoais, profissionais, científicas, ético-morais e culturais no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados que se prestam no processo de crescimento, desenvolvimento e na gestão de doença do utente pediátrico, incluindo a família nos cuidados.

A elaboração do presente Projeto de Estágio permitiu organizar e analisar criticamente e refletidamente o percurso que será necessário percorrer aquando deste estágio, tendo como base os objetivos gerais e específicos individuais, participando assim de forma ativa no processo ensino-aprendizagem, permitindo um agir e refletir na ação e sobre a ação.

Os objetivos delineados anteriormente constituem um pilar que sustentará as intervenções desenvolvidas, atuando também como um instrumento de avaliação útil sobre o desempenho realizado, traduzido através da concretização da análise crítica das atividades realizadas. Pretende-se atingir os objetivos inicialmente propostos com êxito, visando conseguir um sentido de responsabilidade inerente a uma adequada tomada de decisão e iniciativa, dignificando a conduta profissional do EEESIP. Visto tratar-se de um período de aprendizagem, crescimento pessoal e profissional, o Projeto de Estágio não é um documento de caráter estático. Por conseguinte, este poderá ser submetido a reformulações sempre que necessário, provocado pelas condicionantes que o definem e pelas variáveis resultantes do desenrolar do próprio estágio.

É importante destacar que os objetivos só serão atingidos com êxito pela colaboração e empenho da equipa multidisciplinar, nomeadamente com o auxílio e apoio das Enfermeiras tutoras, da Professora orientadora e restantes profissionais que integram a UCSP de S. Miguel.

Referências Bibliográficas

Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, 12º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, & 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. (2022). *Guia orientador: Estágio de urgências pediátricas e estágio com relatório final: Estágio de saúde infantil e familiar de pediatria e de neonatologia*. IPV, ESSV.

Portugal, Regulamento n.º 140/2019. (2019, Fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2(26), pp. 4744-4750.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Portugal, Regulamento n.º 422/2018. (2018, Julho 12). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Diário da República*, 2(133), pp. 19192-19194.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

Apêndice IV
Formulário da Entrevista

Grupo I – Caracterização da Amostra do Estudo

1. Criança/Jovem

- 1.1. Sexo: Feminino Masculino
- 1.2. Idade: _____
- 1.3. Dispõe de Médico de Família? Sim Não
- 1.4. Tem irmãos? Sim Não Se sim, quantos? _____

2. Pais Mãe Pai

- 2.1. Idade: _____
- 2.2. Estado Civil: Solteiro Casado Divorciado Viúvo
- 2.3. Nacionalidade: _____
- 2.4. Língua: _____
- 2.5. Escolaridade: Nenhum 1º ciclo 2º ciclo 3º ciclo Secundário
Curso técnico superior Licenciatura Mestrado
Doutoramento
- 2.6. Profissão: _____
- 2.7. Local de Residência: _____

Grupo II – Colheita de Dados sobre a Experiência dos Pais sobre a Readmissão no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Amato Lusitano**1. Relembrando a admissão inicial do seu filho no Serviço de Urgência Pediátrica:**

1.1. Qual o principal motivo para ter escolhido o SUP da ULSCB-HAL para o seu filho ser assistido? _____

1.2. Foi encaminhado? Sim Não

1.3. Qual a queixa que o trouxe ao serviço?

1.4. Data? ___/___/___

1.5. Fora do horário de funcionamento dos Cuidados de Saúde Primários?
 Sim Não

1.6. Qual a prioridade atribuída na triagem?

Pulseira Vermelha – Emergente

Pulseira Laranja - Muito Urgente

Pulseira Amarela – Urgente

Pulseira Verde - Pouco Urgente

Pulseira Azul - Não Urgente

Pulseira Branca

1.7. Sentiu-se pronto para regressar a casa após a alta clínica? As instruções da alta atenderam às suas necessidades?

Se não, porquê?

Sim Não

Sim Não

1.8. O que poderia ter corrido melhor?

1.9. Para famílias de língua estrangeira:

1.9.1. Ocorreu tradução da informação fornecida para a alta clínica?

Sim Não

2. Pensando na readmissão do seu filho no Serviço de Urgência Pediátrica:

2.1. Data? ___/___/___

2.2. Foi encaminhado? Sim Não

2.3. Fora do horário de funcionamento dos Cuidados de Saúde Primários?

Sim Não

2.4. Qual a prioridade atribuída na triagem?

Pulseira Vermelha – Emergente

Pulseira Laranja - Muito Urgente

Pulseira Amarela – Urgente

Pulseira Verde - Pouco Urgente

Pulseira Azul - Não Urgente

Pulseira Branca

2.5. Porque sentiu necessidade de recorrer novamente ao serviço?

2.6. Antes de recorrer ao serviço, ponderou contactar com os Cuidados de Saúde Primários? Fundamente.

Sim Não

2.7. De que forma a readmissão ao serviço pela mesma queixa inicial poderia ter sido evitada?

2.8. Que recomendações faria para melhorar a atuação dos profissionais de saúde, de forma a evitar a readmissão ao serviço?

2.9. O que poderia dizer sobre a sua experiência na utilização do serviço?

Apêndice V



Consentimento Informado, Livre e Esclarecido



8.º Curso de Mestrado e 12.º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Viseu

Investigadora Principal: Sofia Isabel Moreira Meireles

Orientadora: Professora Doutora Ernestina Batoca Silva

“A Experiência dos Pais Sobre a Readmissão no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Amato Lusitano”

Exmo(a). Senhor(a):

O meu nome é Sofia Meireles, sou Enfermeira a exercer funções no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano (ULSCB-HAL) e encontro-me a frequentar o 8º curso de Mestrado e 12.º curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Saúde de Viseu. Deste modo, encontro-me a realizar uma investigação sobre “A Experiência dos Pais Sobre a Readmissão no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital Amato Lusitano”. Assim, como objetivo definiu-se analisar a experiência dos pais relativamente à readmissão da criança/jovem no SUP da ULSCB-HAL. Como finalidade pretende-se criar evidências sobre as experiências dos pais sobre a readmissão no SUP da ULSCB-HAL, de forma a contribuir para a reflexão e implementação de possíveis medidas que atenuem a utilização inadequada do SUP e a sua sobrelotação com repercussões na melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

É aplicado um formulário via chamada telefónica a todos os pais de crianças/jovens que apresentaram episódios de readmissão no SUP nos meses de novembro e dezembro de 2022, no prazo máximo de uma semana e pela mesma queixa inicial, que falem a língua portuguesa ou inglesa e que voluntariamente queiram participar nesta investigação. A colaboração dos pais é fundamental para a concretização desta investigação, consistindo no fornecimento de respostas a perguntas simples e objetivas relacionadas com o episódio de urgência, devendo as mesmas ser respondidas com o máximo de sinceridade e verdade, pois daí dependerá a utilidade desta investigação.

De realçar que as respostas fornecidas serão apenas utilizadas e trabalhadas pela responsável e orientadora da investigação, mantendo a confidencialidade dos dados, pelo que a identidade nunca será revelada em qualquer momento da investigação, garantindo o dever e o sigilo profissional.

Em caso de dúvida poderá sempre realizar questões, que serão respondidas de forma clara e esclarecedora; e caso queira desistir de participar nesta investigação pode, a qualquer momento, declarar a sua vontade, pelo que não trará consequências ou prejuízos.

Grata pela sua colaboração.

Castelo Branco, maio de 2023

Atenciosamente

Sofia Meireles

Anexos

Anexo I

Parecer Favorável da Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco



Documento: Submissão do pedido de autorização para a realização de estudo

Assunto: Pedido de parecer para a realização do estudo "Perceção dos Pais sobre os motivos de readmissão da criança/jovem no serviço de urgência pediátrica"

Requerente: Sofia Isabel Moreira Meireles

Título: "Perceção dos Pais sobre os motivos de readmissão da criança/jovem no serviço de urgência pediátrica" cuja finalidade consiste na criação de um "Modelo Conceitual de prevenção de readmissões de crianças/jovens ao SUU", que promova boas práticas clínicas, cuidados de qualidade, segurança do doente pediátrico nos cuidados e reduza as taxas de readmissão ao serviço, permitindo uma boa gestão dos recursos de saúde

Investigador: Sofia Isabel Moreira Meireles

Orientador: Professora Doutora Ernestina Batoca Silva

População do Estudo: Crianças/jovens readmitidas ao serviço diversas vezes,

Serviço onde decorre o estudo: Serviço de Urgência Pediátrica

Data do pedido: datado no HAL a 24/01/2023

A Comissão de Ética da ULSCB, EPE, concorda com a aplicação do referido estudo desde que seja mantida a confidencialidade dos sujeitos do mesmo e todos os princípios éticos inerentes ao processo de investigação sejam respeitados.

ULS de Castelo Branco, E.P.E, 10 de fevereiro de 2023

A Comissão de Ética

Anexo II

Aprovação da Realização da Investigação pelo Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

ULS - Castelo Branco
 Conselho de Administração
 Documento nº 10
 Acta nº 10

<https://outlook.office.com/mail/inbox/id/AAQkAGI3YmRjMzh..>

Aprovação para Realização de Estudo no Serviço de Urgência Pediátrica

Sofia Meireles <sofiameireles.9@hotmail.com>

qui, 13/04/2023 17:10

Para: Secretariado CA <secretariado@ulscb.min-saude.pt>; Maria Eugenia Monteiro Andre <mandre@ulscb.min-saude.pt>

1 anexos (243 KB)

Oficio_Sofia Meireles.pdf

Administracao HAL
 31 13658 2023-04-13 18:07:59

Boa tarde,

Sou a Enfermeira Sofia Meireles, exerço funções no serviço de Urgência Pediátrica e encontro-me atualmente a frequentar o curso de Mestrado e de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Desta forma, venho por este meio solicitar aprovação do Conselho de Administração para a realização de um estudo no serviço de Urgência Pediátrica denominado "Perceção dos Pais sobre os Motivos de Readmissão da Criança/Jovem no Serviço de Urgência Pediátrica".

Em anexo encontra-se o parecer positivo da Comissão de Ética da ULSCB, EPE.

Obrigada desde já.

Os melhores cumprimentos,
 Enfª Sofia Meireles (N.º Mec.: 4083)

12
 4
 2023

PA

O Vogal Executivo do Conselho de Administração
 Enfermeiro Diretor da ULSCB, EPE

Carlos Manuel Rosa Almeida, MSc, PhD

ULSCB, EPE
 Reunião de CA em 14/4/2023

Presidente
 Eng. José Nunes

Vogal Executivo - Dir. Clín. Hospital
 Dr. Maria Eugénia André

Vogal Executivo / Dir. Clin. CSP
 Dr. Júlio Ramos

Vogal Executiva
 Dra. Tânia Pedro

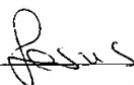
Vogal Executivo - Esp. Diretor
 Carlos Almeida, MSc, PhD

Anexo III

Protocolo de Referência para os Cuidados de Saúde Primários dos Episódios de Urgência Classificados Pouco Urgentes na Triagem de Prioridades (Cor Verde, Azul ou Branca)

DECLARAÇÃO

Maria Jesus José Gil Fradique, Enfermeira em funções de Gestão no serviço de urgência Pediátrica declara que por ser verdade e me ter sido pedido, que a Sra. Enfermeira **Sofia Isabel Moreira Meireles**, foi responsável pela elaboração e implementação do protocolo de referência da criança com pulseira verde e azul (cuidados pouco urgentes e não urgentes) para os cuidados de saúde Primários e que posteriormente foi levado ao Conselho de Administração para aprovação.



Maria Jesus José Gil Fradique



SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

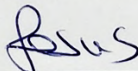
PROTOCOLO DE REFERENCIAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DOS EPISÓDIOS DE URGÊNCIA CLASSIFICADOS POUCO URGENTES NA TRIAGEM DE PRIORIDADES (COR VERDE, AZUL OU BRANCA)

1. Objetivos

- Definir o protocolo de referenciação para os Cuidados de Saúde Primários dos episódios de urgência classificados como pouco urgentes no Sistema de Triagem de Manchester;
- Uniformizar procedimentos na presença de episódios de urgência classificados como Pouco Urgentes, Não Urgentes ou de Encaminhamento Inadequado para o Serviço no Sistema de Triagem de Manchester.

2. Âmbito

Este protocolo aplica-se a todos os Enfermeiros que prestam cuidados a crianças/jovens no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco - Hospital Amato Lusitano.

Elaborado: Sofia Meireles	Revisto: Serviço Urgência Pediátrica 	Aprovado:
------------------------------	--	-----------

SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

**PROTOCOLO DE REFERENCIAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS DOS EPISÓDIOS DE URGÊNCIA CLASSIFICADOS POUCO
URGENTES NA TRIAGEM DE PRIORIDADES (COR VERDE, AZUL OU BRANCA)**

3. Enquadramento

O Despacho Normativo nº 11/2002, de 6 de março, publicado em Diário da República n.º 55/2002, Série I-B, estabelece que "Os serviços de urgência são serviços multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência médicas", e que se consideram "(...) situações de urgência e emergência médicas aquelas cuja gravidade, de acordo com critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata". A emergência e urgência médica são entendidas como situações clínicas de instalação súbita nas quais, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais.

Portugal apresenta taxas de atendimento em serviços de urgência/emergência hospitalar significativamente mais elevadas do que outros países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), havendo estudos que identificam que cerca de 30% desses atendimentos não deveriam ocorrer naquele nível de prestação de cuidados. Com efeito, a literatura aponta para que uma parte da procura de cuidados em situação aguda teria uma resposta mais eficiente através de outros mecanismos (e.x. atendimento telefónico), noutras níveis de prestação de cuidados (cuidados de saúde primários), ou noutras respostas programadas (e.x. consultas externas hospitalares).

Por motivos diversos, e apesar das diferentes estratégias delineadas nos últimos anos (como a divulgação pública de informação sobre os tempos médios de resposta nos serviços de urgência, a implementação de programas de gestão de utilizadores frequentes dos serviços de urgência, a adoção de mecanismos de telemonitorização de doentes crónicos, o reforço da Linha Saúde 24, entre outras), a procura destes serviços não tem diminuído de forma sustentada e estrutural.

Conjuntamente, e em resultado das medidas sanitárias e de diminuição da circulação de pessoas para controlo da pandemia Covid-19, a utilização dos serviços de

Elaborado: Sofia Meireles	Revisto: Serviço Urgência Pediátrica	Aprovado:
------------------------------	---	-----------

SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

PROTOCOLO DE REFERENCIAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DOS EPISÓDIOS DE URGÊNCIA CLASSIFICADOS POUCO URGENTES NA TRIAGEM DE PRIORIDADES (COR VERDE, AZUL OU BRANCA)

urgência e emergência reduziu-se em 2020 e 2021 face a anos anteriores, mas, a maio de 2022, o número de atendimentos em urgência hospitalar volta a aproximar de valores observados em anos pré-pandemia. A redução da utilização inapropriada ou evitável dos serviços de urgência dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é fundamental e uma medida de eficiência e melhoria da qualidade na prestação, uma vez que permite, por um lado, minimizar as situações de excesso de procura e saturação dos serviços de urgência hospitalar reservando-os para as situações mais graves e, por outro lado, é mais eficiente e segura para o doente agudo de menor gravidade.

A implementação de estratégias tendentes à diminuição das urgências evitáveis implica, necessariamente, o reforço da implementação e divulgação dos mecanismos que garantem o acesso adequado e tempestivo dos doentes que procuram os serviços em situação de doença aguda. Portugal tem implementados diversos Sistemas de Triagem, incluindo nas urgências hospitalares (Triagem de Manchester), mas também no Centro de Contacto do SNS (SNS 24) e nos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU). Estes sistemas procuram identificar as situações em conformidade com o risco e referenciá-las para o nível de cuidados apropriado. Nas situações em que os utentes se encaminham diretamente aos serviços de urgência hospitalar (sem que ocorra referenciação por um Médico ou um Sistema de Triagem), podem ocorrer episódios que não necessitam de observação imediata, em face do seu baixo grau de risco. Ao nível hospitalar, a **responsabilidade técnica pelo procedimento de triagem e a identificação da prioridade clínica encontra-se salvaguardada no âmbito do Protocolo** assumido por todas as instituições hospitalares aderentes ao Sistema de Triagem de Prioridades, que determina a responsabilidade do processo de triagem mediante a utilização dos algoritmos e fluxogramas técnicos em vigor.

Desta sistematização técnica, **as situações classificadas como Pouco Urgentes (cor “verde”), Não Urgentes (cor “azul”) ou de Encaminhamento Inadequado para o Serviço (cor “branca”) no Sistema de Triagem de Manchester, podem ser melhor enquadradas fora do serviço de urgência hospitalar**, devendo

Elaborado: Sofia Meireles	Revisto: Serviço Urgência Pediátrica	Aprovado:
------------------------------	---	-----------

SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

**PROTOCOLO DE REFERENCIAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS DOS EPISÓDIOS DE URGÊNCIA CLASSIFICADOS POUCO
URGENTES NA TRIAGEM DE PRIORIDADES (COR VERDE, AZUL OU BRANCA)**

ser criados os mecanismos que apoiem a sua resolução clínica nos Cuidados de Saúde Primários.

Desta forma é importante:

- Aumentar o acesso à atividade hospitalar programada;
- Reforçar as respostas dos cuidados de saúde primários, da rede nacional de cuidados continuados integrados, do setor social e da comunidade;
- Melhorar a articulação entre os serviços do SNS, nomeadamente através do redireccionamento dos designados casos “menos/ não urgentes” com garantia de atendimento.

<p>Elaborado: Sofia Meireles</p>	<p>Revisto: Serviço Urgência Pediátrica</p>	<p>Aprovado:</p>
---	--	-------------------------

SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

PROTOCOLO DE REFERENCIAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DOS EPISÓDIOS DE URGÊNCIA CLASSIFICADOS POUCO URGENTES NA TRIAGEM DE PRIORIDADES (COR VERDE, AZUL OU BRANCA)

4. Princípios Gerais

- Os hospitais e centros hospitalares do SNS devem definir, em conjunto com os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), protocolos administrativos de referenciação para as Unidades de Saúde Familiar (USF) e/ou Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), ou para outras respostas programadas. Os protocolos de referenciação referidos no número anterior incluem a identificação dos mecanismos de marcação, a partir dos serviços de urgência hospitalares, **das consultas a realizar nas USF ou UCSP onde o utente se encontra inscrito, ou, no caso de utentes não inscritos, nas unidades do local de residência, com data pré-definida a realizar no prazo máximo de 24 horas**, conforme Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, bem como a marcação para outras respostas programadas hospitalares.
- Aos utentes triados com cor “azul”, “verde” ou “branca” **deve ser explicada de forma clara a importância dessa referenciação**, designadamente em termos de qualidade e segurança, quer para os próprios, quer para os utentes que apresentem patologia grave, emergente/urgente, que efetivamente requeiram cuidados hospitalares em serviço de urgência.
- Aos utentes que aceitem a referenciação para os cuidados de saúde primários ou outras respostas programadas, deve ser facultada, de imediato, a informação sobre o local e data para a observação clínica e os modos de contacto por parte dos serviços, de acordo com os números anteriores.
- A referenciação para os cuidados de saúde primários ou outras respostas programadas pelo serviço de urgência hospitalar deve ocorrer na sequência da receção administrativa dos utentes no serviço de urgência, e imediatamente após o processo de triagem, para as situações triadas com cor “azul”, “verde” ou “branca”, devendo estas etapas ficar devidamente registadas nos respetivos sistemas de

Elaborado: Sofia Meireles	Revisto: Serviço Urgência Pediátrica	Aprovado:
------------------------------	---	-----------

SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

PROTOCOLO DE REFERENCIAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS DOS EPISÓDIOS DE URGÊNCIA CLASSIFICADOS POUCO
URGENTES NA TRIAGEM DE PRIORIDADES (COR VERDE, AZUL OU BRANCA)

informação hospitalares. Esta **referenciação** ocorre imediatamente após a **conclusão do processo de triagem**, e antes de ocorrer contacto com o **profissional Médico** afeto ao serviço de urgência.

- **Excecionam-se da referenciação as seguintes situações:**
 - a. Utentes transportados ao serviço de urgência em ambulância após indicação dos CODU;
 - b. Utentes referenciados ao serviço de urgência pelo Médico, com carta/informação clínica assinada;
 - c. Utentes referenciados pela Linha SNS 24;
 - d. Utentes acamados ou em cadeira de rodas, sem possibilidade de mobilização por meios próprios;
 - e. Utentes vítimas de trauma;
 - f. Utentes com situações agudas do foro psiquiátrico, pediátricas, obstétricas ou ginecológicas;
 - g. Utentes acompanhados por forças de segurança;
 - h. Utentes com indicação de pericia médico-legal.
- Os hospitais e centros hospitalares criam nos seus sistemas de informação um **código de destino específico para a alta administrativa** correspondente à referenciação para os cuidados de saúde primários ou para outras respostas programadas, de forma a identificar univocamente estes casos a nível nacional.
- Os episódios triados no serviço de urgência, e que dêem origem a referenciação para os cuidados de saúde primários ou outras respostas programadas, antes de haver contacto com o profissional Médico afeto ao serviço de urgência, **não podem ser considerados como episódios de urgência para efeitos estatísticos ou de financiamento da atividade assistencial realizada.**

Elaborado: Sofia Meireles	Revisto: Serviço Urgência Pediátrica	Aprovado:
------------------------------	---	-----------

SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA
**PROTOCOLO DE REFERENCIAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE
 PRIMÁRIOS DOS EPISÓDIOS DE URGÊNCIA CLASSIFICADOS POUCO
 URGENTES NA TRIAGEM DE PRIORIDADES (COR VERDE, AZUL OU BRANCA)**
5. Procedimento Operativo
Área Hospitalar

- Este protocolo inicia-se com a receção administrativa, onde é aberto o episódio de urgência da criança/jovem.
- Posteriormente é realizada a Triagem de Manchester pelo Enfermeiro do SUP, onde se estabelece a prioridade da situação clínica. Situações classificadas como Pouco Urgentes (cor “verde”), Não Urgentes (cor “azul”) ou de Encaminhamento Inadequado para o Serviço (cor “branca”) no Sistema de Triagem de Manchester devem ser referenciadas para os Cuidados de Saúde Primários, logo após a triagem e antes de ocorrer contacto com o profissional Médico. Caso seja sexta-feira, sábado ou domingo para as Unidades Funcionais que encerram ao fim de semana (Castelo Branco, Alcains, Vila Velha de Rodão e Vila de Rei), todas as crianças/jovens que recorrem ao serviço serão observadas pelo profissional Médico presente. Não esquecer as exceções à referenciação.
- O Enfermeiro triador deve questionar o acompanhante da criança/jovem se aceita essa referenciação, explicando de forma clara a importância da mesma tanto para si próprio como para os restantes utentes com situações emergentes/urgentes, de acordo com o Guia de Referenciação (Apêndice I). Caso não aceite deve ser informado sobre o tempo de espera a que irá estar sujeito, expresso também no respetivo Guia.
- Caso a referenciação seja aceite, o Enfermeiro explica a alta e encaminha para o Assistente Técnico (Administrativo) do SUP, fornecendo o Consentimento Informado (Anexo 1) que deve ser carimbado para que a informação seja autenticada.
- O Assistente Técnico deve redigir um e-mail que envia para as respetivas Unidades Funcionais dos Cuidados de Saúde Primários (Anexo 2), titulando como “Consulta

Elaborado: Sofia Meireles	Revisto: Serviço Urgência Pediátrica	Aprovado:
------------------------------	---	-----------

SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

**PROTOCOLO DE REFERENCIAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS DOS EPISÓDIOS DE URGÊNCIA CLASSIFICADOS POUCO
URGENTES NA TRIAGEM DE PRIORIDADES (COR VERDE, AZUL OU BRANCA)**

Urgente”, informando o acompanhante da criança/jovem de que irá ser contactado via telefone sobre a data e hora para a observação clínica. É também criado um código de destino específico para a alta administrativa (SPMS 83), de forma a identificar univocamente estes casos.

- De realçar que estes episódios de triagem que dêem origem a referenciação não devem ser contabilizados para efeitos estatísticos ou de financiamento da atividade assistencial realizada.

Área dos Cuidados de Saúde Primários

- O profissional eleito para verificar o e-mail da Unidade Funcional deve proceder ao contacto e agendamento da “Consulta de Urgência”, código 98. Este contacto e a observação clínica deverão ocorrer num tempo máximo de 24 horas, exceto se sexta-feira, sábado ou domingo para as Unidades Funcionais que encerram ao fim de semana (Castelo Branco, Alcains, Vila Velha de Rodão e Vila de Rei). No caso do SUP, todas as crianças/jovens que recorrem ao serviço à sexta-feira ou durante o fim-de-semana serão observadas pelo profissional médico presente.

Protocolo a aplicar quando existirem elementos da equipa de Enfermagem em quantidade suficiente para poder permanecer um elemento destinado apenas à triagem, evitando desta forma comprometer tempos de espera no atendimento de outros utentes pediátricos e na prestação de cuidados.

Tal procedimento operativo encontra-se explícito no Anexo 3.

Elaborado: Sofia Meireles	Revisto: Serviço Urgência Pediátrica	Aprovado:
------------------------------	---	-----------

**SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA****PROTOCOLO DE REFERENCIAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DOS EPISÓDIOS DE URGÊNCIA CLASSIFICADOS POUCO URGENTES NA TRIAGEM DE PRIORIDADES (COR VERDE, AZUL OU BRANCA)****Referências Bibliográficas**

República Portuguesa, Serviço Nacional de Saúde, Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2022). *Circular Normativa nº 11/2022/ ACSS: Para: ARS, ULS, Hospitais e Centros Hospitalares do SNS*. ACSS. https://www.ulsna.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/7/2022/08/Circular_Normativa_11_2022.pdf

Elaborado: Sofia Meireles	Revisto: Serviço Urgência Pediátrica	Aprovado:
-------------------------------------	--	------------------

SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

**PROTOCOLO DE REFERENCIAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS DOS EPISÓDIOS DE URGÊNCIA CLASSIFICADOS POUCO
URGENTES NA TRIAGEM DE PRIORIDADES (COR VERDE, AZUL OU BRANCA)**


Anexos

Elaborado: Sofia Meireles	Revisto: Serviço Urgência Pediátrica	Aprovado:
-------------------------------------	--	------------------

SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

**PROTOCOLO DE REFERENCIAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS DOS EPISÓDIOS DE URGÊNCIA CLASSIFICADOS POUCO
URGENTES NA TRIAGEM DE PRIORIDADES (COR VERDE, AZUL OU BRANCA)**

Anexo 1 – Consentimento Informado



MODELO

**REFERENCIAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
CONSENTIMENTO INFORMADO**

**SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER
(Consentimento Informado)**

Ao utente _____, com o nº de SNS _____, Processo Clínico nº _____, residente em _____, após submissão a triagem de Manchester no Serviço de Urgência do Hospital Amato Lusitano em ____/____/____, às _____ horas, foi atribuída pulseira de cor _____, pelo que, após lhe ter sido explicado que a situação clínica apresentada seria melhor acompanhada e tratada nos cuidados de proximidade na sua área de residência, aceita ser referenciado para o Centro de Saúde de _____, com a garantia de que será observado em consulta médica presencial ou telefónica em tempo útil, cabendo a esta unidade de saúde contactar o utente para lhe dar conhecimento do momento, forma e local do atendimento clínico.

O Enfermeiro Triador _____ Nº Mec _____

O utente _____

Secretariado Serviço de Urgência do HAL

No dia ____/____/____, às _____ horas, foi enviado email de referenciação para o Centro de Saúde de _____

O Assistente Técnico do SU _____ Nº Mec _____

ULSCB-MOD.07.01

Elaborado:
Sofia Meireles

Revisto:
Serviço Urgência Pediátrica

Aprovado:

SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

**PROTOCOLO DE REFERENCIAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS DOS EPISÓDIOS DE URGÊNCIA CLASSIFICADOS POUCO
URGENTES NA TRIAGEM DE PRIORIDADES (COR VERDE, AZUL OU BRANCA)**

**Anexo 2 – E-mail das Unidades Funcionais dos Cuidados de Saúde Primários para
Referenciação**

Email das Unidades Funcionais dos Cuidados Saúde Primários para referenciação a partir do Serviço de Urgência do Hospital Amato Lusitano, dos utentes classificados na Triagem de Manchester como “verdes”, “azuis” ou “brancos”.

- 1 – UCSP Alcains: referenciação.urgencia.alcains@ulscb.min-saude.pt
- 2 – UCSP Idanha-a-Nova: referenciação.urgencia.idanha@ulscb.min-saude.pt
- 3 – UCSP Oleiros: referenciação.urgencia.oleiros@ulscb.min-saude.pt
- 4 – UCSP Penamacor: referenciação.urgencia.penamacor@ulscb.min-saude.pt
- 5 – UCSP Proença-a-Nova: referenciação.urgencia.proenca@ulscb.min-saude.pt
- 6 – UCSP S. Miguel: referenciação.urgencia.smiguel@ulscb.min-saude.pt
- 7 – UCSP S. Tiago: referenciação.urgencia.stiago@ulscb.min-saude.pt
- 8 – UCSP Sertã: referenciação.urgencia.vrei@ulscb.min-saude.pt
- 9 – UCSP Vila de Rei: referenciação.urgencia.serta@ulscb.min-saude.pt
- 10 – UCSP Vila Velha de Ródão: referenciação.urgencia.vvrodão@ulscb.min-saude.pt
- 11 – USF Beira Saúde: referenciação.urgencia.usfbs@ulscb.min-saude.pt

Elaborado:
Sofia Meireles

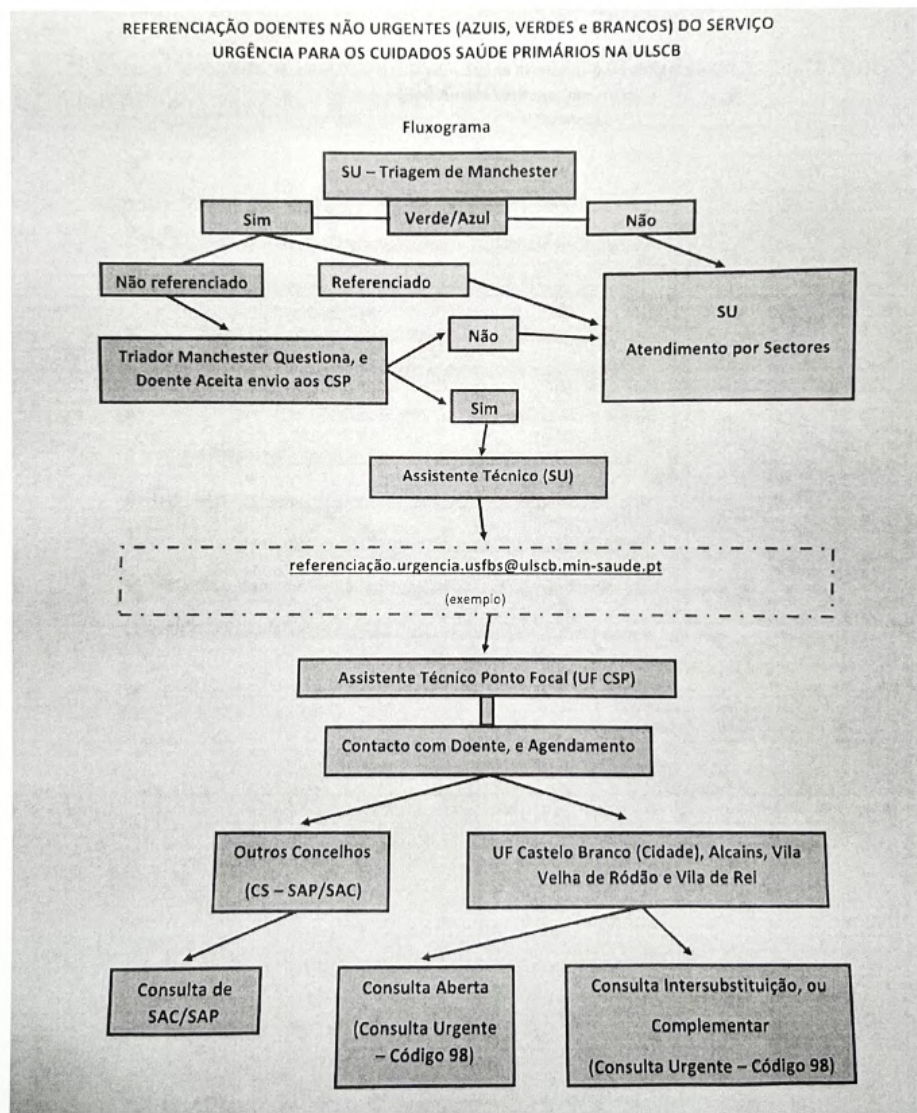
Revisto:
Serviço Urgência Pediátrica

Aprovado:

SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

**PROTOCOLO DE REFERENCIAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS DOS EPISÓDIOS DE URGÊNCIA CLASSIFICADOS POUCO
URGENTES NA TRIAGEM DE PRIORIDADES (COR VERDE, AZUL OU BRANCA)**

Anexo 3 – Procedimento Operativo para Referenciação



Elaborado:
Sofia Meireles

Revisto:
Serviço Urgência Pediátrica

Aprovado:



SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

PROTOCOLO DE REFERENCIAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DOS EPISÓDIOS DE URGÊNCIA CLASSIFICADOS POUCO URGENTES NA TRIAGEM DE PRIORIDADES (COR VERDE, AZUL OU BRANCA)

Referencial - 2016-2017



Apêndices

Tabela de Referência

O presente documento apresenta orientações uniformes, para a forma de triagem e encaminhamento dos episódios de urgência para os cuidados de saúde primários, de acordo com a classificação de prioridades do serviço de urgência. O facto é fundamental para a ULS e uma medida de eficiência e melhoria da distribuição de recursos, para que não tenham sido um lado, diminuir as alterações no sistema de triagem e a segurança dos serviços de urgência, reservando os recursos para os episódios mais graves e, por outro lado, a mais eficiente e segura para o encaminhamento de menor gravidade.

Esta medida é importante a segurança de todos os intervenientes, de forma a uniformizar os procedimentos.

- O encaminhamento dos episódios de urgência de menor gravidade para os cuidados de saúde primários, de acordo com a classificação de prioridades do serviço de urgência, de forma a garantir a segurança dos intervenientes e a melhoria da distribuição de recursos.
- Para os episódios de urgência de menor gravidade (cor verde, azul ou branco) do serviço de urgência, de acordo com a classificação de prioridades do serviço de urgência, de forma a garantir a segurança dos intervenientes e a melhoria da distribuição de recursos.
- Não se trata de uma medida de urgência.
- Com este documento, estão em conformidade com os procedimentos de referência de urgência de menor gravidade para os cuidados de saúde primários, de acordo com a classificação de prioridades do serviço de urgência.

Elaborado: Sofia Meireles	Revisto: Serviço Urgência Pediátrica	Aprovado:
-------------------------------------	--	------------------



SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

PROTOCOLO DE REFERENCIAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS DOS EPISÓDIOS DE URGÊNCIA CLASSIFICADOS POUCO URGENTES NA TRIAGEM DE PRIORIDADES (COR VERDE, AZUL OU BRANCA)

Apêndice I – Guia de Referenciação



Guia de Referenciação

A referenciação apresenta diversos benefícios, pois o facto de situações pouco urgentes serem referenciadas para os Cuidados de Saúde Primários permite diminuir as taxas dos episódios de urgência evitáveis e da utilização inapropriada do serviço de urgência. Tal facto é fundamental para o SNS e uma medida de eficiência e melhoria da qualidade na prestação, uma vez que permite, por um lado, minimizar as situações de excesso de procura e saturação dos serviços de urgência hospitalar, reservando-os para as situações mais graves e, por outro lado, é mais eficiente e segura para o doente agudo de menor gravidade.

Deste modo é importante a elaboração de um Guia de Referenciação, de forma a uniformizar cuidados:

- O Enfermeiro triador estabelece a prioridade da situação clínica através da Triagem de Manchester.
- Caso sejam situações classificadas como Pouco Urgentes (cor “verde”), Não Urgentes (cor “azul”) ou de Encaminhamento Inadequado para o Serviço (cor “branca”) no Sistema de Triagem de Manchester, as crianças/jovens devem ser referenciadas para os Cuidados de Saúde Primários, logo após a triagem e antes de ocorrer contacto com o profissional Médico.
- Não esquecer as exceções à referenciação:
 - a. Caso seja sexta-feira, sábado ou domingo para as Unidades Funcionais que encerram ao fim de semana (Castelo Branco, Alcains, Vila Velha de Rodão e Vila

Elaborado: Sofia Meireles	Revisto: Serviço Urgência Pediátrica	Aprovado:
------------------------------	---	-----------

SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

**PROTOCOLO DE REFERENCIAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS DOS EPISÓDIOS DE URGÊNCIA CLASSIFICADOS POUCO
URGENTES NA TRIAGEM DE PRIORIDADES (COR VERDE, AZUL OU BRANCA)**

- de Rei), todas as crianças/jovens serão observadas pelo profissional Médico presente;
- b. Utentes transportados ao serviço de urgência em ambulância após indicação dos CODU;
 - c. Utentes referenciados ao serviço de urgência pelo Médico, com carta/informação clínica assinada;
 - d. Utentes referenciados pela Linha SNS 24;
 - e. Utentes acamados ou em cadeira de rodas, sem possibilidade de mobilização por meios próprios;
 - f. Utentes vítimas de trauma;
 - g. Utentes com situações agudas do foro psiquiátrico, pediátricas, obstétricas ou ginecológicas;
 - h. Utentes acompanhados por forças de segurança;
 - i. Utentes com indicação de perícia médico-legal.
- Após a confirmação de que a situação atual é passível de referenciação, deve ser explicado ao acompanhante da criança/jovem de que existe um protocolo no serviço que articula o Serviço de Urgência Pediátrica com os Cuidados de Saúde Primários, emanado pela tutela.
 - Devem ser esclarecidos os benefícios dessa referenciação, tanto para o próprio como para os restantes utentes: a consulta irá ser mais eficiente e segura para o próprio e permite minimizar situações de excesso de procura e saturação do serviço, melhorando a qualidade e a segurança nos cuidados.
 - Deve também ser esclarecido que está garantida a observação clínica da criança/jovem pelo profissional Médico no prazo máximo de 24h.

Elaborado: Sofia Meireles	Revisto: Serviço Urgência Pediátrica	Aprovado:
------------------------------	---	-----------

SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA**PROTOCOLO DE REFERENCIAÇÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS DOS EPISÓDIOS DE URGÊNCIA CLASSIFICADOS POUCO
URGENTES NA TRIAGEM DE PRIORIDADES (COR VERDE, AZUL OU BRANCA)**

- A referenciação deve ser explicitamente aceite pelo acompanhante da criança/jovem. Caso a mesma não seja aceite, o acompanhante deve ser informado sobre o tempo de espera estimado, sendo este avaliado de acordo com a afluência ao Serviço de Urgência Pediátrica e à gravidade das situações no momento.
- Após a referenciação ser aceite, deve ser fornecido o Consentimento Informado e a criança/jovem e seu acompanhante são prontamente encaminhados para o Assistente Técnico (Administrativo), que irá proceder à marcação da consulta urgente na respetiva Unidade Funcional dos Cuidados de Saúde Primários.

Elaborado: Sofia Meireles	Revisto: Serviço Urgência Pediátrica	Aprovado:
------------------------------	---	-----------

