



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Competências Diferenciadoras da Prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

João Paulo de Matos Neves

Março 2022



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Competências Diferenciadoras da Prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Perspetiva de Enfermeiros Especialistas

João Paulo de Matos Neves

Estágio com Relatório Final

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Maria da Graça Ferreira Aparício Costa

Março 2022

Pensamento

*“Os que se encantam com a prática sem a ciência
são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola,
nunca tendo certeza do seu destino.”*

Leonardo da Vinci

Dedicatória

À minha família, sempre presente.

Aos enfermeiros que trabalham em pediatria.

Aos enfermeiros que formam outros enfermeiros.

Aos enfermeiros que procuram especializar-se no cuidar.

Agradecimentos

À Professora Doutora Graça Aparício, pela orientação neste trabalho, nos estágios e pela presença ao longo do percurso formativo.

À Professora Doutora Ernestina Batoca Silva, pela orientação em estágio e pela presença ao longo do percurso formativo.

A estes e aos restantes Professores da Escola Superior de Saúde de Viseu, pela relação formativa estabelecida, que valorizo, e pelos ensinamentos que facilitaram a minha aprendizagem.

Aos Tutores e outros enfermeiros que me acolheram nos locais de estágio, pela disponibilidade e pela facilitação do desenvolvimento de competências e do crescimento académico e profissional.

Aos Enfermeiros Especialistas que aceitaram participar nas entrevistas, pela sua disponibilidade e partilha.

À Equipa de Enfermagem que integro, onde desenvolvi a minha identidade de enfermeiro, pela disponibilidade de gestão de horários em meu favor, e sobretudo pelo apoio e incentivo.

Resumo

Introdução: A diferenciação e especialização por parte dos profissionais de Enfermagem é cada vez mais importante em virtude da crescente exigência técnica e científica dos cuidados de saúde. A ação do enfermeiro especialista ESIP deve dar resposta às necessidades das crianças e famílias, com cuidados de nível avançado e promotores da sua satisfação. Estes cuidados de nível avançado exigem do enfermeiro especialista competências diferenciadas das do enfermeiro generalista.

Objetivos: Descrever e refletir sobre as atividades que conduziram à aquisição e/ou ao desenvolvimento de competências na área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Conhecer, do ponto de vista dos enfermeiros especialistas, quais as características e competências que possuem que os distinguem enquanto especialistas no seu exercício profissional: i) descrever a perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica sobre as competências que distinguem o seu exercício profissional especializado, ii) compreender o processo de desenvolvimento e mobilização de competências específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que lhes permitem atuar de forma diferenciada, iii) refletir sobre a valorização da prática clínica/profissional especializada.

Metodologia: Descritiva e reflexiva sobre o percurso de formação desenvolvido em contexto de estágio. Para desenvolvimento do tema central foi realizada uma investigação de análise qualitativa do tipo exploratório, com recurso a entrevistas em *focus group* numa amostra não probabilística de dois grupos de 5 e 7 enfermeiros especialistas em ESIP, com diferentes anos de serviço na área, tendo como suporte um guião. A análise dos discursos foi efetuada por análise de conteúdo segundo a técnica de Bardin (2001).

Resultados: Da análise dos discursos foram identificadas três categorias principais: “características diferenciadoras pela prática”, das quais emergiram, pelos discursos, subcategorias enquadradas no domínio cognitivo, psicomotor e afetivo; “desenvolvimento de competências específicas”, de onde sobressaíram subcategorias ligadas à experiência profissional, à formação e características pessoais; da categoria “reconhecimento da prática especializada”, emergiram sentimentos de valorização profissional sobretudo do ponto de vista pessoal e da equipa e de desvalorização enquanto especialistas em ESIP, especialmente associados ao aparente desconhecimento da categoria profissional pelos pais e crianças.

Conclusão: O estudo permitiu conhecer algumas competências que os enfermeiros especialistas consideram ser diferenciadoras, sobretudo associadas à formação formal especializada e à experiência prática. Permitiu ainda perceber que estas competências são valorizadas pelos próprios enfermeiros especialistas e pela equipa de enfermagem que integram, sendo importante dar-lhes visibilidade também perante os pais e crianças.

Palavras-chave: Perfil de Competências de Enfermeiros; Competência Profissional; Especialista; Enfermagem Pediátrica;

Abstract

Background: The increasing scientific and technical demands of nursing care requires differentiation and specialisation of the nursing staff.

The action of the paediatric clinical nurse specialist should be taken to meet the needs of the child and their family, through provision of high quality and satisfactory care. Providing such level of care requires from the specialist nurse different skills to those of a staff nurse.

Aims and objectives: To outline and contemplate the activities that led to the acquisition and/or development of specialised paediatric skills. To understand, from the nurses' point of view, which skills and competencies distinguish them as specialists in their clinical practice: i) describe the specific competencies and skills which differentiate the specialist nurses; ii) understand how these specialized competencies and skills are acquired and applied for a distinct clinical practice; iii) reflect on the feelings of professional recognition which result from a specialised clinical practice.

Methods: Descriptive and reflective essay of the learning gained from practical experience during clinical internship. A qualitative exploratory research was further conducted for data collection, resorting to focus group interview using a non-probabilistic sample of two groups of 5 to 7 paediatric specialist nurses with different years of experience, moderated by planned discussion questions and prompts. Bardin (2001) technique was used for content analysis.

Results: Three distinctive categories were outlined following data analysis from the group discussions: first category relates to the differential features of the specialised practice, namely within the cognitive, psychomotor and affective domains; second category relates to the development of specific skills, from which subcategories related to professional experience, training and personal characteristics stood out; and the third category relates to professional recognition of the specialised practice, highlighting feelings of professional appreciation, mainly at a personal, familiar and teamwork level, but also feelings of devaluation associated with the apparent lack of knowledge of this professional speciality by parents and children.

Conclusion: This study has outlined some specialised nursing competencies and skills acquired mainly through formal training and practical experience, which are considered by the paediatric specialist nurses as differentiators in clinical practice. It has also allowed a deeper understanding of how these competencies and skills are valued by the specialist nurses and the teams they integrate, highlighting however the further need of acknowledgement by parents and children.

Keywords: Practice Nurse's Scopes; Professional Competence; Specialist, Pediatric Nursing

Sumário

	Pág.
Lista de tabelas	15
Lista de figuras	17
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	19
Introdução	21
Capítulo I - Percurso formativo de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em ESIP	23
1 - Descrição e análise das experiências de estágio	25
1.1 - Estágio de Neonatologia	26
1.1.1 - Atividades desenvolvidas e reflexão crítica	28
1.2 - Estágio de Pediatria	35
1.2.1 - Atividades desenvolvidas e reflexão crítica	37
1.3 - Estágio de Saúde Infantil e Familiar	43
1.3.1 - Atividades desenvolvidas e reflexão crítica	45
1.4 - Considerações finais	51
Capítulo 2 - Competências diferenciadoras da prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	53
2.1 - Nota introdutória	55
2.2 - Enquadramento teórico	55
2.3 – Metodologia	59
2.3.1 – Métodos	59
2.3.2 – Participantes	61
2.3.3 – Planeamento	64
2.3.4 - Instrumento de recolha de informação	65
2.3.5 - Procedimentos éticos e legais	65
2.3.6 - Procedimento logístico, e de tratamento e análise dos dados	66

2.4 - Análise e discussão de resultados	69
2.4.1 - Características diferenciadoras pela prática	69
- Conhecimentos	70
- Habilidades	75
- Identidade e Distinção	81
- Considerações adicionais à categoria	88
2.4.2 - Desenvolvimento de competências específicas	91
- Experiência	91
- Formação	96
- Características pessoais	100
- Considerações adicionais à categoria	102
2.4.3 - Reconhecimento da prática especializada	104
- Sentimento de desvalorização	104
- Sentimento de valorização	106
- Considerações adicionais à categoria	110
3 - Conclusão	113
Referências bibliográficas	115
Apêndices	119
Apêndice I - Projeto de Estágio _ Estágio de Neonatologia	121
Apêndice II - Saúde mental no trabalho em tempos de pandemia	125
Apêndice III - Projeto de Estágio _ Estágio de Pediatria	131
Apêndice IV – Projeto de Estágio _ Estágio de Saúde Infantil e Familiar	135
Apêndice V - Apresentação sobre obesidade em idade pediátrica	137
Anexos	155
Anexo I - Guião da Entrevista	157
Anexo II - Declaração de Consentimento Informado ao Participante	163

Lista de tabelas

		Pág.
Tabela 1	Caracterização dos participantes do primeiro grupo focal	63
Tabela 2	Caracterização dos participantes do segundo grupo focal	64

Lista de figuras

		Pág.
Figura 1	Diagrama representativo dos resultados obtidos na categoria: características diferenciadoras pela prática	90
Figura 2	Diagrama representativo dos resultados obtidos na categoria: desenvolvimento de competências específicas	103
Figura 3	Diagrama representativo dos resultados obtidos na categoria: reconhecimento da prática especializada	112

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

DGS	Direção Geral da Saúde
ESIP	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
NIDCAP	Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento
OE	Ordem dos Enfermeiros
RN	Recém-nascido
UC	Unidade Curricular
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
USF	Unidade de Saúde Familiar

Introdução

O presente relatório foi elaborado no âmbito do 2º ano (3º semestre) do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Infantil e Pediatria da Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu e tem como âmbito a realização de três estágios, conforme o guia orientador dos estágios relativos ao 2º Ano: Estágio de Neonatologia, de 11 de Janeiro a 21 de Fevereiro de 2021; Estágio de Pediatria, de 1 de Março a 23 de Abril de 2021; Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de 26 de Abril a 4 de Junho de 2021, todos em torno da enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Incorpora também, conforme o programa curricular, o trabalho de investigação, que nasceu dos próprios estágios e se refere às competências valorativas e distintivas dos enfermeiros especialistas.

Quanto aos estágios, pretendia-se que a sua realização – em conformidade com o guia orientador – estivesse focada numa pedagogia centrada no estudante e no seu projeto individual de formação, de modo que, a partir das competências teóricas adquiridas nos semestres anteriores e da motivação pessoal, esta formação prática, acompanhada e supervisionada, se viesse a refletir no desenvolvimento pessoal e profissional do aluno naquele âmbito de trabalho. Pretendia-se ainda, conforme veio a acontecer, que no decurso dos mesmos fosse possível desenvolver competências éticas e legais, de melhoria da qualidade, de gestão dos cuidados, e competências específicas de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, aos três níveis de prevenção. Conceberam-se, geriram-se e prestaram-se cuidados em resposta às necessidades da criança e da sua família, procurando maximizar a saúde da criança e o bem-estar da família.

O trabalho de investigação tem como questão central perceber que competências valorizam os enfermeiros especialistas, e que, na sua perspetiva, os distinguem na sua prática profissional. Foram distinguidos três domínios de competências, a cognitiva, a psicomotora e a afetiva, tendo os resultados mostrado maior expressividade dos enfermeiros pelas duas primeiras. O interesse por este estudo advém de ter sido confrontado várias vezes, no decorrer dos estágios, com um leque variado de competências e habilidades que os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica devem demonstrar e que os distingue de outros enfermeiros. Para levar a cabo essa necessidade, desenvolveu-se metodologicamente um estudo primário com recurso a entrevistas semi-estruturadas sob a forma de *focus group*, para consecução de uma pesquisa qualitativa de carácter exploratório.

O presente relatório, enquadrado pelo contexto das competências dos enfermeiros especialistas no seu exercício profissional na saúde infantil e pediátrica, tem dois objetivos principais: descrever e refletir sobre as atividades que conduziram à aquisição e/ou ao desenvolvimento de competências na área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica; conhecer, do ponto de vista dos enfermeiros especialistas, quais as características e competências que possuem e que os distinguem enquanto especialistas no seu exercício profissional.

Relativamente ao primeiro objetivo, foram definidos vários objetivos pessoais para cada estágio, entregues e discutidos com a Professora orientadora no início de cada estágio sob a forma de um projeto de estágio. Relativamente ao segundo objetivo, foram definidos ainda três objetivos específicos:

- Descrever a perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica sobre as competências que distinguem o seu exercício profissional especializado;
- Compreender o processo de desenvolvimento e mobilização de competências específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que lhes permitem atuar de forma diferenciada;
- Refletir sobre a valorização da prática clínica/profissional especializada.

O presente relatório encontra-se dividido em duas partes, a primeira dedicada aos estágios realizados e a segunda ao estudo primário realizado.

Relativamente aos estágios, exploram-se os objetivos, seguindo uma metodologia descritiva que espelha o percurso feito e as atividades desenvolvidas em cada estágio; paralelamente utiliza-se uma metodologia crítico-reflexiva que espelha a forma como essas atividades permitiram atingir os objetivos definidos e a aquisição ou desenvolvimento de competências.

Relativamente ao estudo primário, inicia-se por um enquadramento teórico, seguido da descrição e fundamentação da metodologia usada, resultados obtidos e sua discussão a partir dos mais pertinentes.

No final do relatório são apresentadas as conclusões, enquadradas por algumas considerações sobre o percurso realizado, focando o seu contributo para a aquisição de competências no contexto formativo em que se insere.

**Capítulo I – Percorso formativo de aquisição de competências de
Enfermeiro Especialista em ESIP**

1 - Descrição e análise das experiências de estágio

Neste capítulo procede-se à descrição e análise das experiências e atividades desenvolvidas em estágio. Estas atividades decorreram no âmbito da unidade curricular (UC) Estágio com relatório final do 3º semestre (2º ano) do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Esta unidade curricular com uma carga letiva total de 750 horas, das quais 570 horas de contacto, decorreu no período de 11 de Janeiro a 4 de Junho de 2021 e foi distribuída equitativamente por três contextos distintos pré-definidos, tendo tido a oportunidade de escolher o local (serviço) concreto de realização dos estágios:

- Estágio de Neonatologia – realizado numa unidade de cuidados intensivos neonatais de uma maternidade central;

- Estágio de Pediatria – realizado num serviço de cirurgia e queimados de um hospital pediátrico;

- Estágio de Saúde Infantil e Familiar – realizado numa Unidade de Saúde Familiar

Todos eles decorreram na região centro sem critérios intencionais de ordenação.

O Guia Orientador da UC Estágio com Relatório Final (Escola Superior de Saúde de Viseu, 2021) estipula o desenvolvimento de competências (pessoais e profissionais) que permitam uma prestação de cuidados de enfermagem especializados, devendo ser centrado no estudante e no seu projeto individual. Assim, foram delineados objetivos gerais comuns aos diferentes estágios e que dessem resposta ao desenvolvimento de competências científicas e técnicas na área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, orientadas para a conceção e prestação de cuidados especializados à criança e família, nomeadamente:

- Implementar planos de saúde em parceria com a criança e/ou família promotores da otimização da sua saúde;

- Mobilizar conhecimentos e habilidades para cuidar da criança/família em situações de especial complexidade;

- Prestar cuidados nas várias etapas do ciclo vital, considerando as especificidades, necessidades e exigências de cada etapa.

Os diferentes campos de estágio, pela divergência de oportunidades afetas a cada um, facilitaram a aquisição de determinadas competências em detrimento de outras. Assim sentiu-se a necessidade (prevista no guia orientador para os estágios) de fazer um projeto de estágio

distinto para cada área, onde foram delineados objetivos específicos a desenvolver em cada local. Estes objetivos de aprendizagem, específicos e pessoais (e atividades que os permitiram atingir) foram objetivos do domínio psicomotor, cognitivo e afetivo e foram baseados nas já referidas competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, focando as consideradas como mais pertinentes para cada estágio. Foram simultaneamente baseadas em interesses pessoais em cada área ou local de estágio. Assim, faz sentido abordar cada área de estágio individualmente, pelo que se divide este capítulo em três subcapítulos dirigidos às atividades e reflexões desenvolvidas em cada estágio e num quarto subcapítulo são efetuadas as considerações finais aos estágios.

1.1 - Estágio de Neonatologia

A neonatologia é um contexto específico que integra uma área de atuação da enfermagem altamente diferenciada. Numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), as necessidades do recém-nascido (RN) de alto risco e das suas famílias requer uma prática de cuidados especializada quer em conhecimentos quer em competência profissional. Assim, neste Estágio pretendeu-se (através da mobilização dos conteúdos dos ensinamentos teóricos e teórico práticos para o contexto de prestação de cuidados) estudar e analisar criticamente os problemas/transições relativos ao recém-nascido de alto risco e suas famílias. Neste processo foram essenciais as horas de estágio em atividades de observação, de observação participante e de prestação de cuidados supervisionada.

O bebé prematuro está em constante desenvolvimento, com alteração diária das necessidades para cada fase em que se encontra. Para tal, é também necessária uma investigação teórica/científica regular, para além da já adquirida em contexto de aulas. Devido à complexidade inerente ao desenvolvimento do prematuro e suas necessidades, e aos avanços na investigação, a pesquisa teórica deve ser enquadrada pelas evidências científicas mais atuais. Tendo isto em conta, foram definidos objetivos pessoais, para estabelecer um “roteiro” de como conjugar as várias necessidades descritas (pesquisa, observação, prática clínica, respostas às necessidades específicas do neonato e família,...) para alcançar competências e capacidades próprias do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica.

Os objetivos específicos foram:

- Integrar a equipa na dinâmica de prestação de cuidados ao RN de risco;

- Conhecer uma realidade de prestação de cuidados que permita o desenvolvimento de competências de enfermagem para intervir na assistência ao RN de risco;
- Desenvolver conhecimentos (promovidos pelo próprio, pela situação clínica ou pela enfermeira tutora) para uma prática clínica especializada baseada em evidência científica;
- Gerir cuidados de enfermagem em articulação com a equipa de enfermagem e a equipa de saúde, em articulação com as mães (/acompanhantes) dos bebés internados;
- Conhecer estratégias de promoção do desenvolvimento do prematuro (por exemplo, aplicação do NIDCAP);
- Compreender como é estimulado o vínculo entre o bebé e a mãe (sobretudo num contexto em que o bebé pode estar ventilado ou confinado a uma incubadora e em que o contacto físico está restringido pela imaturidade e fase de desenvolvimento);
- Perceber de que forma o vínculo está a ser promovido com os pais neste contexto de pandemia em que o pai provavelmente não pôde acompanhar a mulher grávida nas consultas e agora fica impedido de entrar no serviço;
- Prestar cuidados dirigidos ao estado de desenvolvimento do prematuro, respeitando o seu descanso, promovendo o conforto e reduzindo a manipulação e a manipulação traumática;
- Adquirir competências na utilização de equipamento específico (de fototerapia, incubadoras, ventiladores...), assegurando a prestação de cuidados (de segurança, vigilância, conforto) aos neonatos neste contexto.

No decorrer do estágio fomos confrontados com grandes alterações no serviço, com a redução do número de vagas de internamento e a conseqüente redução da equipa de enfermagem (bem como da equipa médica e assistentes operacionais). Foi uma situação inesperada para a equipa, com grandes implicações para a gestão do serviço, pelo que passou a ser também central para este estágio outro objetivo:

- Reconhecer a importância que a gestão de uma equipa de enfermagem tem no funcionamento enquanto equipa e na qualidade e segurança da prestação de cuidados.

Para cada objetivo traçado foram definidas as atividades a desenvolver para o conseguir alcançar. Estes objetivos e respetivas atividades ficam anexadas ao relatório de estágio no **Apêndice I**.

Em seguida, numa nova subdivisão, são descritas as atividades realizadas, refletindo-se sobre a forma como elas permitiram atingir os objetivos de estágio e aquisição ou desenvolvimento de competências.

1.1.1 - Atividades desenvolvidas e reflexão crítica

Tendo sido muitas as oportunidades, vivências e aprendizagens, será valorizado, focando nesta reflexão, sobretudo os ganhos considerados mais importantes para forma de atuação e prestação de cuidados no contexto profissional atual (urgência pediátrica).

A neonatologia é um contexto específico que integra uma área de atuação da enfermagem altamente diferenciada. As necessidades do recém-nascido prematuro e/ou de alto risco e das suas famílias requer uma prática de cuidados especializada, quer em conhecimentos quer em competência profissional. Por isso, neste processo de aprendizagem, procurou-se estar muito atento a estas necessidades e às intervenções sobre as mesmas e, simultaneamente, às necessidades sentidas pela família (em maior proximidade com a mãe). Decorrente disso, os objetivos específicos estabelecidos para este estágio centram-se muito nestes dois polos – recém-nascido e mãe/família.

A UCIN onde decorreu o estágio está integrada numa maternidade de um Centro Hospitalar da Região Centro. Tem três salas abertas com uma lotação total de 12 unidades de internamento, onde a distribuição dos bebés pelas unidades não é aleatória. Por exemplo, os recém-nascidos mais instáveis são alocados à sala central por ser a mais proximal da sala da equipa de saúde (enfermeiros e médicos). Esta distribuição também se refletia no equipamento presente em cada sala – tipologia das incubadoras, ventiladores, berços aquecidos, berços e aparelhos de monitorização.

Durante o estágio, em virtude do contexto de pandemia Covid houve necessidade de alterações rápidas nos recursos humanos do hospital, com redução na lotação de camas e no número de profissionais da unidade. Objetivamente, esta mudança teve impacto no estágio; de forma mais perceptível, pode ter limitado o número e diversidade de experiências e oportunidades; de forma menos perceptível, mas muito real, foi ponto de partida para inúmeras vivências e reflexões (quer pessoais quer em conjunto com a equipa de) promotoras de crescimento profissional e de crescimento profissional especializado, criando novos objetivos pessoais de aprendizagem.

Transversal a todos os internamentos hospitalares, o turno inicia-se com a passagem de turno. A norma 001/2017 de 08/02/2017 da Direção Geral da Saúde (2017) vinca a passagem de informação como uma prioridade que os profissionais de saúde devem ter em todos os momentos em que transfere responsabilidade de cuidados entre prestadores. A importância desta passagem de informação é a garantia de continuidade e segurança dos cuidados, sendo que a evidência indica que as falhas de comunicação durante os referidos momentos de transição de cuidados são responsáveis por 70% dos eventos adversos em

saúde (DGS, 2017). Mas há diferenças concretas nesta passagem de turno relativamente às outras realidades que já tinha vivenciado:

Por um lado, a sala em que é feita a passagem é partilhada por médicos e enfermeiros. Obriga por um lado a um respeito por cada profissão (visível na redução do ruído por parte dos médicos durante a passagem de turno de enfermagem, ou até no cuidado em se ausentarem neste momento). Por outro traduz-se numa proximidade grande entre as duas equipas, com ganhos na maior interdisciplinaridade e partilha de informações sobre as crianças e mães internadas e com ganhos na relação interpessoal (e até afetiva) que é particularmente apreciado pela maior valorização das opiniões e maior satisfação que se tem no local de trabalho, que também é visível e sentida pelos pais e bebés nos cuidados recebidos.

Por outro lado, o turno é passado (neste primeiro momento) exclusivamente pelo enfermeiro especialista responsável no turno. Esta prática exemplifica a importância do papel do enfermeiro especialista numa unidade, evidencia o conhecimento e a visão geral que o enfermeiro especialista tem de todas as crianças do serviço, e que acompanha atentamente a sua evolução ao longo do turno. Este enfermeiro, com o conhecimento que tem da equipa e dos bebés internados, é ainda responsável por fazer a distribuição dos bebés pelos enfermeiros do turno seguinte. Uma vez que há um conhecimento próximo da equipa multidisciplinar, também fica garantido (indo ao encontro da já referida norma 001/2017 de 08/02/2017, DGS, 2017) que são inequívocos o nome, a categoria e a função de quem transmite a informação, na transição de cuidados.

Após este primeiro momento de passagem de turno existe um segundo momento, desta vez junto de cada unidade, onde a passagem de turno é efetuada pelo enfermeiro que esteve responsável pelo bebé. Além de ser uma passagem mais específica e individual, o facto de estar junto à incubadora/berço, permite logo no início do turno uma observação do bebé e do seu estado geral e um diálogo esclarecedor de dúvidas que possam surgir sobre o bebé ou o ambiente e aparelhos que o rodeiam. Também são referidos nesta passagem de turno os assuntos referentes à mãe (que nestes momentos está ausente) – dúvidas, ansiedades, necessidades, vínculo, progressos, relação com a família exterior (por exemplo, especificar que competências a mãe já adquiriu para dar de mamar, ou que vontades manifestou relativamente aos cuidados ao bebé, ou que ansiedades tem relativamente a outro filho que está em casa e chora com saudades).

Na norma da DGS (2017) sobre “comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” é previsto o uso da técnica ISBAR, uma mnemónica para Identificação, Situação atual, (B) Antecedentes, Avaliação e Recomendações. Pretende ser uma ferramenta que promova

uma comunicação em saúde padronizada no conteúdo e na cadência, evitando que se perca informação e contribuindo para a promoção da segurança do doente (como já referido, a comunicação na transição de cuidados pode evitar erros em saúde). Neste sentido, a instituição à qual pertence a UCIN encontra-se a criar protocolos para implementação desta técnica nos vários serviços hospitalares, prevendo períodos de treino para os enfermeiros aquando da implementação dos protocolos.

Para além da passagem da informação global sobre os bebés internados dada pelo enfermeiro especialista, também o espaço físico pode considerar-se promotor de uma visão geral do serviço, nomeadamente pela proximidade de contextos de cuidados – enfermarias próximas e envidraçadas, com mais oportunidades de partilha e de vigilância. Acresce a boa relação interpessoal entre enfermeiros e a grande disponibilidade que demonstram, que potencia o trabalho em equipa, a abertura para pedidos de ajuda ou para discussão de situações, com ganhos para os cuidados de saúde prestados.

Finda a passagem de turno, inicia-se a prestação de cuidados. No início do estágio, pela observação e posteriormente tomando parte e adquirindo competências, pode observar-se uma real implementação da parceria de cuidados. Apesar de amplamente divulgada em teoria enquanto modelo de cuidados em pediatria e frequentemente utilizada na prática, foi possível verificar diferenças que podem otimizar a prestação de cuidados noutros contextos. A negociação de cuidados é habitualmente efetuada com base num plano de enfermagem, em que se tenta perceber em que cuidados a mãe/familiar quer participar. Neste contexto do estágio, os enfermeiros não se limitam a perceber em que cuidados a mãe quer participar, mas também quando deseja que eles sejam realizados e a partir daí o enfermeiro planeia o turno, respeitando a tomada de decisão da família. Exemplo desta realidade: Os enfermeiros perguntam à mãe, no início do turno “então o que vamos fazer hoje ao seu bebé?”, podendo obter como resposta: “hoje quero dar banho, agora antes de mamar para ver se fica mais desperto”, “quero fazer canguru [a que horas lhe parece melhor?] quando vier de almoçar, que é uma hora mais tranquila e ele no outro dia gostou muito”, etc. Esta prática exemplifica a real parceria, onde a mãe participa na prestação de cuidados, mas sobretudo participa no planeamento e na tomada de decisão sobre esses cuidados. Requer obviamente disponibilidade da equipa, e ensinamentos prévios à mãe (no decorrer do internamento) para promover autonomia nesta negociação.

Na vertente mais técnica da prestação de cuidados, relacionada com a patologia do RN foram várias as situações clínicas que motivaram os internamentos durante o estágio. Essencialmente, prematuridade, infeções (sépsis), dificuldade respiratória ou apneias, patologia cardíaca, necessidade de fototerapia. Estas situações obrigaram a investir em

pesquisa em dois sentidos. Por um lado, no sentido de conhecer melhor as patologias e perceber que intervenções ter e que complicações esperar, recorrendo a suporte teórico existente e produzido na unidade (protocolos, pesquisa de estudos científicos e trabalhos e formações realizadas) que foi partilhado em suporte informático para consulta fora do horário de estágio. É visível que este material surgia de uma organização estrutural do serviço, com gente dedicada a formação e que gere necessidades formativas e distribui tarefas pela equipa (campo pelo qual um enfermeiro especialista se pode e deve interessar). O outro sentido de pesquisa foi o do desenvolvimento do bebé – observou-se na prática que havia um continuum entre o perceber as evoluções /ganhos do bebé e as novas faculdades que podiam ser estimuladas (sobretudo nas situações de prematuridade).

Na prestação de cuidados ao bebé, outra área importante (também ela carente de conhecimento científico e de preocupação contínua do enfermeiro) é a da gestão do meio ambiente. Este adquire muita importância na prevenção de complicações associadas aos cuidados (por exemplo gerir cabos e sensores de monitorização na prevenção de úlceras) e, sobretudo, na promoção da evolução desenvolvimental do prematuro e na gestão da sua dor/irritabilidade (gestão do ruído, luminosidade, temperatura, humidade, etc.). É interessante perceber o impacto que o ambiente tem, por exemplo o ruído (falar alto, bater com a porta da incubadora) pode mesmo causar dor/desconforto, levando a refletir sobre outros contextos de trabalho (muito ruidosos) onde, por não sentirmos tanto esse impacto, a preocupação é habitualmente menor, contudo, na realidade, é perceptível que o ruído e a luminosidade interferem também em idades maiores, por exemplo, numa situação de cefaleia ou outra dor levando agora a um cuidado maior em perceber quais os locais com melhores condições de ambiente para as crianças/jovens nestas situações poderem aguardar e recuperar.

Os cuidados prestados na UCIN prezam também por procurarem ser atraumáticos. A preocupação pelo controlo da dor é visível noutras dimensões, nomeadamente nos procedimentos invasivos – todos são acompanhados por medidas não farmacológicas de alívio da dor. A medida mais usada, e muito eficaz no recém-nascido, é o uso da sacarose. Fora dos momentos das intervenções físicas, também há preocupação no despiste de dor, por exemplo através da vigilância da irritabilidade. Habitualmente, aplica-se uma escala de dor (mais frequentemente a PIIP) antes e após o uso de medidas de alívio da dor, monitorizando também a eficácia das mesmas. A preocupação com a gestão da dor tem também sido alvo de grande investimento formativo pelo serviço, com vários trabalhos e protocolos acessíveis.

Os cuidados prestados, nas várias dimensões já abordadas, são depois registados. em suporte de papel, e que apesar das vantagens próprias (relativamente às plataformas já estudadas) nomeadamente – e principalmente – o acesso fácil e rápido a toda a informação

da evolução do doente (por uso de tabelas e gráficos) de extrema relevância sobretudo em situações de emergência. Além disso, os registos ficam acessíveis junto a cada unidade de internamento, contudo, a Unidade encontra-se a estudar uma forma/plataforma que permita registos informatizados que deem resposta às necessidades do serviço, nomeadamente uma maior articulação com outros serviços de saúde, particularmente o Centro de Saúde.

Também ficam registados os cuidados prestados à mãe, quer cuidados promotores de vínculo com o bebé, quer cuidados de capacitação para o papel parental (sendo estas duas grandes vertentes dos objetivos específicos para este estágio).

Houve vários momentos promotores do vínculo mãe bebé, cada um com a sua riqueza. Um aspeto era o envolvimento da mãe na prestação de cuidados, sobretudo nos prematuros (incluindo cuidados como avaliação da temperatura, da tensão arterial, mudar a fralda, dar banho): por um lado vai promovendo o toque, depois vai diminuindo o medo associado a esse mesmo toque (por exemplo nos grandes prematuros, em que é necessário “aprender” a tocar) e finalmente vai reforçando na mãe o seu papel parental, de mãe e cuidadora. O uso do método canguru é outro momento de grande intimidade entre a mãe e o filho, pelo contacto pele a pele e que pode ser feito igualmente com o pai. Contudo, agora, em contexto de pandemia, a presença do pai ficou muito mais limitada, notando-se porém, uma preocupação (predominantemente da equipa de enfermagem) em não esquecer o pai, apesar da limitação a uma visita semanal. Para colmatar esta separação, foram implementadas estratégias, tais como tirar fotografias em momentos de relevo (por exemplo na primeira vez que a mãe pegava ao colo, ou primeiro banho) para dar ao pai. Ainda assim, a pandemia pelo Covid-19 é uma barreira evidente. A presença física real é essencial para o envolvimento da pessoa, para a vinculação, para o desenvolvimento da parentalidade (contrastando com a realidade pré-pandemia em que o pai era incluído nos cuidados, ensinamentos vinculação, ...). Nas mães acompanhantes era perceptível a angústia da separação da família.

No processo de vinculação da mãe/pais opta-se ainda por destacar neste relatório alguns projetos do serviço, tais como o projeto mãe. Ficou-se com a sensação de que este projeto como que prepara a mãe para um futuro processo de vinculação. Este projeto passa pela apresentação prévia do serviço a uma mãe internada na maternidade e que se prevê que vá ser internada na UCIN, por exemplo em casos de prematuridade. Permite conhecer a Unidade, reduzindo medos e ansiedades. Permite também o contacto com outras mães de bebés internados com bebés na mesma idade daquele que irá nascer, havendo partilha de experiências. Também permite ver aproximadamente o tamanho que o seu bebé irá ter quando nascer, para não ter um confronto tão grande com a ideia pré-concebida que tinha do bebé e com a imagem real dele ao nascer. Este projeto previne os efeitos de uma admissão

não preparada numa UCIN, relatada em diversos estudos como sendo frequentemente vivenciada pelos pais com sentimentos de desesperança e medo.

Destaca-se ainda o cuidado em “celebrar” com a mãe as várias etapas e ganhos do bebé. Há sempre fotografias ou medalhas a acompanhar estas etapas, por exemplo quando o bebé atinge 1Kg, 2Kg, 1 mês, quando passa para o berço, ou um diploma quando tem alta. A primeira vez que a mãe faz uma festinha no filho e a primeira vez que pega ao colo, são momentos festejados e recheados de emoções fortes, que a equipa de enfermagem vive também, em conjunto com a mãe.

Ainda neste âmbito, a capacitação das mães é feita em várias áreas do cuidar, por exemplo o mamar, ou a higiene, procurando, de forma antecipatória, prever comportamentos associados a mitos frequentes (por exemplo os da amamentação) ou prever acidentes e fazer ensinamentos frequentes que os previnam. Contrastando com outras realidades, em que os ensinamentos são concentrados num único contacto com a criança/pais, aqui verifica-se uma capacitação continuada da mãe. Não há apenas um cuidar do/no momento, há sempre uma conjugação de ensinamentos que visam a autonomia da mãe, aproveitando os momentos oportunos de prestação de cuidados (no banho ensinamentos sobre higiene, sobre roupa; ao amamentar ensinamentos sobre alimentação, sobre cuidados com a mama; ao fazer a simulação do sistema de retenção no automóvel, ensinamentos sobre segurança; no banho, com a janela aberta ensinamentos sobre a luminosidade). É dada à mãe a sensação de ensinamentos informais (que efetivamente não são), em momentos informais (que não o são), com a vantagem de a informação ser mais repartida e haver mais abertura às manifestações e opiniões e mitos da mãe. Contudo, esta aparência informal torna mais difícil a sua valorização nos registos escritos de enfermagem.

Neste processo de capacitação fica bem cimentada a ideia de que “não há ganho sem dispensar tempo”. Para ajudar um bebé a mamar, pode ser preciso passar 45 minutos completamente dedicados a essa tarefa (ajudar na pega, estimular o bebé a mamar, ensinar a mãe, promover a sua motivação) e depois repetir esses 45min nas várias mamadas que se seguem. Sem dedicação de tempo, o insucesso no aleitamento materno aumentava, com consequências para a mãe e para o bebé. Muitas vezes, ainda antes do bebé poder mamar foi necessário dedicar tempo a estimular as mamas e a extrair leite. E este trabalho é de grande valor, com garantia de maiores sucessos.

Simultaneamente, passa-se tempo real a conversar casualmente com as mães, o que permite, até certo ponto, que se passem a conhecer as angústias/medos das mães (por exemplo, uma mãe de uma bebé prematura, já com meses de internamento, que verbalizou o medo da reação do filho à presença da irmã mais nova, e a preocupação com os comportamentos de regressão que o filho já começava a apresentar). Também o contacto

com mães vindas do serviço de urgência, onde foi possível escutar algumas das suas angústias e que deram oportunidade para uma reflexão sobre as práticas de enfermagem e sobre o que pode ser feito para oferecer uma visão diferente das mães sobre o acolhimento no serviço.

Numa unidade de cuidados intensivos é frequente sermos confrontados com questões éticas. Durante o estágio não houve confronto com situações limite como o dos critérios de reanimação do recém-nascido prematuro, ou que limites definem a viabilidade do recém-nascido, etc. Mas estiveram presentes outras questões, que foram alvo de reflexão, como o decidir entre não preocupar a mãe com situações provavelmente transitórias (por exemplo num caso concreto de bossa serossanguínea, ou noutra de uma apneia) em confronto com o direito da mãe à informação. Elevam-se também a presença de valores éticos de relevo no respeito pela autonomia da mãe (o próprio modelo de parceria de cuidados e o de cuidados centrados na criança e família promovem este respeito).

Já noutra área de reflexão, como abordado acima, a UCIN sofreu grandes alterações em recursos humanos e materiais logo no início do estágio, que obrigaram a uma reflexão profunda sobre a importância da gestão de recursos humanos e do respeito intra e interprofissional na satisfação profissional e consequentemente na prestação de cuidados. Foi uma situação que enquanto vivência se pode qualificar como negativa (sobretudo pelo impacto emocional que teve na equipa de enfermagem), mas que enquanto experiência não deixa de ter o seu valor formativo. Foi uma oportunidade de ver o impacto que a gestão de pessoas pode ter na satisfação dos profissionais, na sua prestação de cuidados, no seu absentismo, etc. A redução da quantidade de trabalho que por vezes se experienciou também teve impacto nalguns enfermeiros: verbalizavam uma sensação de falta de objetivos no local de trabalho com conseqüente insatisfação. Por outro lado, observou-se que a resiliência e a positividade são importantes em contextos de desmotivação e houve também recurso a vários destes valores por alguns enfermeiros que mantiveram preocupação em motivar a equipa e gerir conflitos. Na continuidade destas observações e reflexões, a pedido da enfermeira tutora, foi desenvolvido um trabalho de pesquisa (**Apêndice II**): um trabalho muito direcionado ao interesse pessoal da tutora e de algumas enfermeiras em perceber os impactos da pandemia na saúde mental das pessoas _ seguindo sobretudo a visão de um psiquiatra que tinham como referência _ e na saúde mental dos enfermeiros; e ainda, o impacto que a gestão de recursos humanos e de pessoas pode ter na satisfação e desempenho profissional.

Com a redução da equipa, houve enfermeiros que mudaram para outra unidade de cuidados intensivos neonatais. Pelas experiências positivas e negativas vividas, trouxeram um testemunho das potencialidades que tem o acolhimento de profissionais num novo serviço.

Deve ser tida uma postura acolhedora e integradora para com os novos profissionais, mas também para com as suas ideias e conhecimentos, que permita reflexão e discussão das práticas e a possibilidade de integrar novos modelos de enfermagem aos que já estão em uso.

Regressando aos objetivos específicos e ao cuidar do recém-nascido prematuro, um objetivo transversal a todo o cuidar centrava-se no desenvolvimento da criança, com grande foco na implementação do programa NIDCAP – Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento. Apesar de no acolhimento ao serviço a enfermeira chefe referir que o NIDCAP não era uma grande realidade nesta UCIN, a verdade é que está subjacente à maioria das tomadas de decisões no cuidar (até já espelhei algumas intervenções ao longo da reflexão). Presente no agrupamento de cuidados, gestão da luminosidade, humidade das incubadoras, no método do canguru, no uso de ninhos e rolos para promover a flexão das extremidades e comportamentos de autorregulação, na interpretação das respostas do bebé [por exemplo para perceber quando manipular, ou quando iniciar aleitamento por tetina, e depois quando passar o aleitamento para a mama], presente no conforto para a família, no apoio individualizado na amamentação, ... A equipa de enfermagem garante que a restante equipa respeite todo este processo – sobretudo o agrupamento de cuidados – evitam que sejam feitos exames em períodos de descanso, e nos períodos de prestação de cuidados já há abertura à avaliação médica, à higienização do espaço, etc.

Ao longo do estágio houve uma aquisição segurança na relação com mães e recém-nascidos (e prematuros). Esta segurança e à-vontade na relação com a mãe e no toque com o bebé (quer em cuidados desenvolvimentais, quer em procedimentos como colheitas, etc.), permite maior facilidade na gestão de cuidados e antecipação de necessidades, perante situações adversas.

1.2 - Estágio de Pediatria

A pediatria é um contexto específico que integra várias áreas de atuação da enfermagem altamente diferenciadas. Este estágio decorreu num serviço de internamento de cirurgia com várias valências:

- patologias do foro cirúrgico, onde se incluem cirurgia geral pediátrica, cirurgia plástica, e as especialidades de otorrinolaringologia, estomatologia e cirurgia maxilo-facial,

- patologias do foro hepático – o Serviço inclui uma Unidade de Transplantação Hepática Pediátrica com 4 camas dedicadas e serviço de consulta.
- queimaduras – com Unidade de queimados e Hospital de Dia.

Todos estes contextos e valências requerem uma prática de cuidados especializada quer em conhecimentos quer em competência profissional. Assim, neste Estágio pretende-se (através da mobilização dos conteúdos dos ensinamentos teóricos e teórico práticos para o contexto de prestação de cuidados) estudar e analisar criticamente os problemas/transições relativos à criança e jovem internados (no caso, num serviço cirúrgico pediátrico). Neste processo foram essenciais as horas de estágio em atividades de observação, de observação participante e de prestação de cuidados supervisionada.

O desenvolvimento de competências é uma tarefa contínua. Tal exige uma investigação teórica/científica regular, para além da já adquirida em contexto de aulas. Com constantes avanços na investigação e nas metodologias cirúrgicas ou de tratamento usadas, a pesquisa teórica deve ser enquadrada pelas evidências científicas mais atuais. Tendo isto em conta, foram definidos objetivos pessoais, para estabelecer um “roteiro” de como conjugar as várias necessidades descritas (pesquisa, observação, prática clínica, respostas às necessidades específicas da criança internada e família, ...) para alcançar competências e capacidades próprias do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica. Na definição de objetivos foram aproveitadas como oportunidade as áreas de conhecimento e áreas funcionais próprias das tutoras atribuídas, nomeadamente o facto de uma ser enfermeira de referência da Unidade de Queimados, de executar tratamentos e pensos a queimados em regime de Hospital de Dia e de desempenhar funções de gestão no Serviço; e de a outra Enfermeira ser a enfermeira de referência da Unidade de Transplantação Hepática Pediátrica, ser enfermeira de referência dos doentes aí internados, de também realizar consulta de vigilância e de ter conhecimentos vastos na área do uso dos sistemas de informação (SClínico) para registo de todo o processo de enfermagem.

Os objetivos específicos foram:

- Integrar a equipa na dinâmica de prestação de cuidados do serviço;
- Conhecer uma realidade de prestação de cuidados distinta do meu contexto atual de prestação de cuidados (urgência pediátrica) mas que me dê competências de enfermagem para intervir de forma especializada e apropriada a situações diferentes;
- Desenvolver conhecimentos (promovidos pelo próprio, pela situação clínica ou pelas enfermeiras tutoras) para uma prática clínica especializada baseada em evidência científica;

- Gerir cuidados de enfermagem em articulação com a equipa de enfermagem e equipa de saúde;
- Elaborar um plano de cuidados centrado na criança/jovem e sua família;
- Adequar os cuidados à fase de desenvolvimento da criança/jovem;
- Gerir os cuidados de forma respeitar o seu descanso, a promover a manipulação atraumática e o conforto;
- Adquirir competências na capacitação dos pais para a prestação de cuidados e preparação para a alta.
- Adquirir conhecimentos sobre patologias do foro cirúrgico

Para cada objetivo traçado foram definidas as atividades a desenvolver para o conseguir alcançar. Estes objetivos e respetivas atividades ficam anexadas ao relatório de estágio no **Apêndice III**.

Em seguida, numa nova subdivisão, são descritas as atividades realizadas, refletindo-se sobre a forma como elas permitiram atingir os objetivos de estágio e aquisição ou desenvolvimento de competências.

1.2.1 - Atividades desenvolvidas e reflexão crítica

Tendo sido muitas as oportunidades, vivências e aprendizagens, será valorizado, focando nesta reflexão, sobretudo os ganhos considerados mais importantes para forma de atuação e prestação de cuidados no contexto profissional atual (urgência pediátrica).

O estágio decorreu num Serviço de Cirurgia e Queimados inserido num Hospital Pediátrico de um Centro Hospitalar da Região Centro. A maioria das camas do serviço são dedicadas às áreas cirúrgicas de cirurgia geral pediátrica, cirurgia plástica, e das especialidades de otorrinolaringologia, estomatologia e maxilo-facial. Mas tem também uma subdivisão do serviço com camas afetas à Unidade de Transplantação Hepática e ainda 3 quartos, dos quais duas adufas, habitualmente dedicados a internamento de queimados (o que também ocorreu durante o estágio) mas agora sobretudo dedicados ao internamento de crianças com Covid-19 (ou acompanhadas por cuidador infetado). No serviço é ainda realizada a consulta externa de transplantação hepática e são realizados pensos a crianças/jovens queimados em regime de hospital de dia. Houve hipótese de contacto com todas estas realidades, o que enriqueceu em oportunidades este estágio, bem como em ganhos efetivos a partir do aproveitamento dessas oportunidades.

A apresentação à estrutura física do serviço foi inicialmente feita pelo Enfermeiro Chefe, de forma verbal, depois pela Enfermeira Tutora (Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica). A pertença (em contexto de trabalho num serviço de urgência) à

mesma unidade hospitalar onde se situa o serviço foi facilitadora da integração no mesmo, por já estar integrado na missão e visão institucional. Também facilitou a integração na equipa multidisciplinar uma vez que já havia relação profissional com os médicos afetos ao serviço. A equipa de enfermagem foi sendo apresentada pela enfermeira tutora e foi muito recetiva, quer na simpatia da relação, quer na criação de oportunidades de aprendizagem, o que facilitou a ambientação ao serviço, à dinâmica de prestação de cuidados, ao papel de aluno e ao bem-estar ao longo das 6 semanas de estágio. Na integração à equipa foram sendo ainda apresentadas as assistentes operacionais, as secretárias e as educadoras do serviço.

Neste serviço cirúrgico, a passagem de turno é feita de forma individual (o enfermeiro responsável pelas crianças passa diretamente a informação ao enfermeiro que irá dar continuidade à prestação de cuidados). Optou-se por este sistema já há dez anos como forma de abreviar a duração das passagens de turno e diminuir a dispersão de atenção durante as mesmas (e com satisfação da equipa neste modelo). Analisando à luz da Norma da DGS (2017) “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”, sobressai como positivo a facilidade com que este processo permite que a transmissão de informação sob a forma oral seja realizada sem interrupções (norma de qualidade prevista para o caso particular das mudanças de turno).

Destaca-se também a forma de distribuição de doentes pelos enfermeiros: o enfermeiro especialista vai conhecendo os doentes e as suas exigências ao longo do turno e, no final, mediante esse conhecimento e o conhecimento da equipa, distribui as crianças pelos enfermeiros do turno seguinte.

Finda a passagem de turno, dá-se “cumprimento” ao plano de cuidados. O plano de trabalho cumpre diariamente atividades semelhantes/com uma estrutura sequencial similar – passagem de turno, preparação e administração medicação, cuidados de higiene, rotinas pré-operatórias, rotinas pós-operatórias, transporte de crianças de/ e para o Bloco Operatório, e depois, realização de tratamentos e preparação de crianças e famílias para a alta, ou acolhimento no serviço. A rotina revelou-se um grande apoio na gestão de cuidados, facilitando a organização do tempo perante o número de crianças que cada enfermeiro tem distribuído. Traz mais desafios a uma ambição presente no Serviço de manutenção das rotinas próprias de cada criança (por exemplo, horário do banho).

Na gestão do plano de cuidados foi importante para a aprendizagem a observação/participação no trabalho que é feito com os pais. Há uma capacitação dos pais para os cuidados necessários para o internamento. O exemplo mais simples e perceptível que encontro é a mensuração da pressão arterial (exemplo num contexto específico de

internamento longo). Há pais que foram ensinados a medir a pressão e podem ser eles a fazer essa intervenção aos filhos, evitando uma intervenção dos enfermeiros e promovendo o papel dos pais nos cuidados aos filhos. Esta procura da Parceria de Cuidados foi um dos aspetos que mais se destacou e impacto teve na aprendizagem: os pais de internamentos mais longos pediam às assistentes operacionais material para os cuidados de higiene, prestavam-nos, ajudavam os filhos na alimentação, mensuravam sinais vitais e comunicavam-nos à equipa para avaliação, etc... A parceria é feita segundo um horário previamente acordado para a duração do internamento, mas não impede renegociação com cada enfermeiro.

Pelo contexto profissional do estudante, assumiu-se como experiência de interesse neste serviço poder dar-se continuidade de cuidados a crianças/jovens que tivessem vindo do Serviço de Urgência, para melhor perceção desta articulação. A realidade encontrada foi de maior proximidade do que o esperado na tipologia de cuidados e forma de prestação dos mesmos. Mas nem por isso deixou de ser interessante (e produtivo) a receção de doentes e famílias do Serviço de Urgência nesta realidade diferente, com um acolhimento ao serviço distinto, novas necessidades de ensinamentos e capacitações para a mesma patologia, mas numa fase de evolução diferente. Há uma passagem de uma realidade maioritariamente de “estabilização” mais característica de uma urgência, para uma realidade maioritariamente de “cuidado” e “centralidade na criança e família” mais característica de um internamento. Foram diversas as ocasiões em que o serviço recebeu crianças da urgência durante o estágio: situações de politraumatizados, apendicites, torções testiculares e queimados. Em três casos específicos, houve contacto com a mesma criança nos dois serviços (enquanto enfermeiro na urgência e enquanto estudante do curso de mestrado em ESIP), dando uma continuidade “mais verdadeira”.

Outras oportunidades e reflexões foram surgindo, não podendo ser todas espelhadas... Pensos, doenças e cirurgias diversas... O uso de toalhetas próprias para remoção de adesivos sem dor, é um exemplo de estratégia levada para o contexto profissional na urgência onde estas não eram conhecidas. Questões de autoimagem pós cirúrgica, desde a presença desagradável de uma sutura à agradável surpresa estética das orelhas após otoplastia de correção (e à gestão e quartos das camas entre o jovem que vai ser submetido a otoplastia e o que vem corrigir a queloides da sua sutura após otoplastia). Em determinada ocasião, uma mãe que durante o banho do filho (submetido a cirurgia de correção de hipospádia) ao ver o penso pela primeira vez e após saída dos profissionais “desatou num pranto” porque tinham amputado o filho. Não tinha sido amputado, claro, e foi esclarecido, mas surgiram no contexto desta situação várias questões para reflexão para outras ocasiões futuras: há alguma forma melhor de preparar a mãe que evite esta reação, há medos associados à cirurgia que possam ser trabalhados?...

Outra dimensão do Serviço, já anteriormente introduzida, é a Unidade de Hepatologia. Na vertente “técnico-prática” da prestação de cuidados a complexidade de intervenções não difere muito de outras realidades (à exceção, talvez, de uma manipulação mais frequente de cateteres centrais). Já na vertente da gestão de cuidados a experiência nesta unidade foi muito rica, dando resposta a alguns objetivos centrais (gerais e específicos) propostos para este estágio.

Na dimensão do internamento, desenvolveram-se competências na área de prescrição de cuidados de enfermagem dirigidos ao papel parental. São muitas as áreas desenvolvimentais alteradas em função quer da patologia quer do contexto de internamento. Assim, são muitas as exigências e necessidades de aprendizagem dos pais para fazerem uma transição para a nova realidade. A aquisição de competências incidiu muito sobre como prescrever intervenções no sistema de informação SClínico. Simultaneamente com oportunidade de ter uma formação em contexto institucional sobre o papel parental [e possibilidade de continuidade no contexto pessoal de trabalho de manter o desenvolvimento de competências nesta área, recorrendo às aprendizagens feitas e a uma colega pertencente ao grupo dos Sistemas de Informação e Documentação em Enfermagem]. Esta foi uma aprendizagem que teve reflexo visível na prestação de cuidados do estudante no seu contexto profissional atual. Outra realidade que se destacou neste processo de aprendizagem foi a existência de uma Enfermeira de Referência para os doentes desta Unidade (também Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e com quem foram realizados alguns turnos). Foram perceptíveis diversas vantagens do uso deste modelo, todas a traduzirem-se em ganhos para a saúde para a criança. A enfermeira de referência conhece a criança e família, acompanha-a e consegue estabelecer um plano de cuidados verdadeiramente centrado na criança e sua família. A família passa a ter um enfermeiro de referência em quem confia, que já conhece a sua vivência pessoal/familiar e a quem se pode dirigir em caso de necessidade. Os ganhos obtidos dirigem-nos à excelência do cuidar – o plano de cuidados consegue dar resposta às necessidades e expectativas sentidas pela criança família.

De acordo com os padrões de qualidade dos cuidados em ESIP (OE, 2017) o método de trabalho de “enfermeiro de referência” deve ser privilegiado, sendo considerado imprescindível a uma prestação de cuidados de elevado nível de complexidade. A bibliografia confirma tanto as competências do enfermeiro de referência como os benefícios desta metodologia de organização dos cuidados. O Centro Hospitalar de Coimbra (CHUC, 2016), baseado em diversos autores, prevê que o enfermeiro de referência seja alguém dotado de variadas competências, capacidades e habilidades, que não se esgotem no domínio técnico mas que também abranjam outras áreas: comunicação, tomada de decisão, domínio das

teorias e modelos de enfermagem, experiência de prestação de cuidados, etc. É sua responsabilidade a gestão dos cuidados desde a admissão até à alta, implementado o processo de enfermagem no seu todo e assumindo ainda a responsabilidade de tomada de decisão (conjunta) sobre os cuidados a prestar. Por sua vez, Carvalho (2022) mostrou que a potencialidade e ganhos do modelo de enfermeiro de referência são reconhecidos pelos pais: estes mostram-se satisfeitos com o modelo, e com sensação de confiança, estabilidade e apoio durante o internamento.

Outra dimensão desta Unidade é a consulta de Hepatologia, inicialmente associada à consulta externa mas que agora é feita nesta Unidade, permitindo manter a enfermeira de referência. A participação nestas consultas foi também um campo interessante e importante do estágio para o alcance de objetivos: na consulta há uma vertente de ensinamentos à criança /jovem/família e de colheita de dados sobre os mesmos (por ex.: faz a medicação?, não faz?, quem gere?, ...) cujo registo é essencial para uma continuidade real de cuidados, sobretudo atendendo à distância entre consultas. Eram feitos registos detalhados dos ensinamentos realizados, desde o espelhar nos registos a colheita de informação, ao prescrever os ensinamentos adequados (onde é perceptível a que necessidade específica é que se dirigem) e à exposição dos ensinamentos concretos que foram feitos. Pelo oposto, também foi perceptível a dificuldade que é ter prescrições feitas em consultas anteriores mas sem este cuidado na prescrição. Toma-se como exemplo: “ensinar sobre adesão terapêutica” sem notas associadas quer na intervenção, quer no diagnóstico subjacente quer na execução da consulta anterior – não permite saber que dado motivou a necessidade de ensinamentos nesta área, não permite saber que ensinamentos já foram feitos, nem permite saber que ensinamentos se pretendiam para esta consulta. Consequentemente há perda de informação e perda de continuidade de cuidados. Esta realidade foi mote de reflexão conjunta com a enfermeira responsável pela consulta e foi ponto de evolução para os registos enquanto estudante no estágio e enquanto profissional no local pessoal de trabalho.

No acompanhamento da enfermeira tutora, houve ainda acesso a duas outras dimensões do Serviço. A de gestão do Serviço e a da Unidade de Queimados.

A enfermeira tutora assume a gestão do Serviço na ausência do chefe. Não sendo objetivo específico deste estágio, é uma competência do enfermeiro especialista e que permitiu também uma perceção de algumas realidades distintas. No geral não houve acompanhamento de funções de gestão, mas no dia-a-dia foi existindo contacto com algumas situações/atividades. Uma que suscitou maior atenção foi a articulação feita com outros serviços, em gestão de recursos (como por exemplo camas) e em gestão de materiais (por exemplo máquinas para pensos de vácuo que chegam a custos de 300€ cada embalagem,

com validades curtas, em que sua requisição e gasto era feita em conjunto com outros serviços para rentabilização de material e despesas).

Relativamente à Unidade de Queimados, a descrição e reflexão são mais extensas. Sobretudo pelo facto de a enfermeira tutora ser enfermeira de referência desta Unidade. Tanto que esta área acabou por ser assumida como um dos objetivos específicos/pessoais para o estágio. É uma área que antes do estágio gerava algum desconforto e vontade de evicção, mas que durante este momento de aprendizagem foi acolhida como nova oportunidade e de facto gerou interesse e mesmo gosto pela área. O serviço tem quartos de internamento para queimados. Durante o estágio só estive uma criança internada queimada, durante pouco tempo, mas estes internamentos podem durar meses quando as queimaduras são muito graves. O grande volume de queimados recorre à Unidade em Regime de Hospital de Dia. E aqui houve muitas situações para acompanhar.

Uma grande particularidade da sala de pensos, oportunidade de aprendizagem, foi a existência de banheira de balneoterapia, uma grande ajuda na limpeza das queimaduras e na qualidade dos cuidados prestados. Ainda falando de qualidade, pude ver que o trabalho da Enfermeira Especialista começa antes de entrar na sala: há uma preocupação com a dor da criança/jovem. E, em nome desta preocupação, a Enfermeira colhe informação sobre o doente e vai ao Bloco Operatório falar com os anestesistas para prescrição de medicação. Exige deslocações, exige aguardar início do efeito da medicação e vigilância durante algumas horas após realização do penso. Mas o interesse da criança/jovem foi salvaguardado – foi feita a diferença (e de forma desinteressada pelo “trabalho extra”).

Regressando à sala de pensos, outro cuidado presenciado foi o equipar a mãe/pai com bata esterilizada, promovendo a sua presença junto à criança, podendo mesmo haver contacto físico, além do conforto verbal/presencial. O *feedback* da evolução da queimadura é dado na hora à criança/jovem e ao cuidador. E os ensinamentos também. Por exemplo, o ensino de massagem à queimadura no domicílio vai sendo feito com demonstração prática e com execução na hora para treino; acrescentam informações sobre necessidade e benefícios da massagem e consequências da sua ausência. E, continuando neste exemplo, na vinda seguinte é pedido novamente ao cuidador que exemplifique como tem feito a massagem, para ver se são necessários reforços de ensinamentos.

Na vertente prática também foram desenvolvidas diversas aprendizagens. Materiais de pensos, evolução dos tecidos, técnicas de fechar os pensos... Ainda assim, o maior contributo para a aprendizagem foi o exemplo de continuidade de cuidados; sem querer menos valorizar a riqueza de qualquer caso particular de uma queimadura extensa e

complexa, foram ainda mais educativos aqueles casos que houve possibilidade de seguimento em várias vindas à Unidade, percebendo-se a evolução dos tecidos ao fim de determinados dias, com aplicação de determinado produto e que alterações ao tratamento essa evolução exigia. Neste acompanhamento aos tratamentos realçam-se dois casos: o da criança que esteve internada na Unidade e que depois voltou em regime de Hospital de Dia até à alta e o de um doente que com o qual já tinha havido o primeiro acolhimento em contexto de trabalho no Serviço de Urgência, contacto esse onde foi feito o primeiro penso à queimadura (e ensinos já fundamentados em novos conhecimentos adquiridos no serviço e também com informação para analgesia prévia à realização de penso em Hospital de Dia) e que depois foi acompanhado em estágio nas várias vindas à Unidade de Queimados até à alta.

A evolução na aprendizagem foi grande, mas fica a noção concreta de que esta área exige muito mais horas e provavelmente cursos externos para aprendizagens mais sólidas. Mas houve outras aprendizagens feitas através da observação de comportamentos e muito importantes para um enfermeiro especialista... A preocupação em conhecer produtos novos existentes no mercado (ainda que não existam no hospital) para futuras aquisições ou para informações aos pais. A preocupação em conhecer a capacidade financeira da família para adequar os conselhos sobre, por exemplo, cremes a aplicar.

Houve ainda duas crianças sob tratamento com pensos de vácuo. A execução é maioritariamente feita pelo cirurgião, mas é algo raro, e que permitiu a observação de uma nova técnica, com evolução tecidular favorável de forma superior à habitual.

Este estágio foi tido como muito positivo em função das oportunidades proporcionadas e do acolhimento da equipa. Do ponto de vista pessoal, ficou a percepção de ser um local onde poderia ser desenvolvida a prática profissional, de forma realizada e com oportunidades de desenvolver uma prática especializada.

1.3 - Estágio de Saúde Infantil e Familiar

Uma Unidade de Saúde Familiar é um contexto muito específico de entre os vários locais de estágio propostos. Um contexto de grande interesse pelo facto de a criança ser acompanhada pela mesma equipa desde a gestação até aos 18 anos, no seu crescimento e desenvolvimento, nos processos de saúde e de doença e no seu contexto familiar e comunitário. E ainda pelo facto de poder haver intervenção em todos os níveis de prevenção em saúde com impacto nesse mesmo crescimento e desenvolvimento. Nesta linha, a Organização Mundial de Saúde (2021) centra os cuidados de saúde primários nas necessidades e preferências das pessoas, famílias e comunidades; assegurando às pessoas

cuidados completos (promoção e prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos) o mais perto possível do seu ambiente diário; e ainda, prevê que estes cuidados possam visar capacitar as pessoas, famílias e comunidades para a otimização da sua própria saúde.

Todos estes contextos e valências requerem uma prática de cuidados especializada quer em conhecimentos quer em competência profissional. Para tal são essenciais as horas de estágio em atividades de observação, de observação participante e de prestação de cuidados supervisionada. O desenvolvimento de competências é uma tarefa contínua. Tal exige uma investigação teórica/científica regular, para além da já adquirida em contexto de aulas. Com múltiplas áreas de intervenção, a pesquisa teórica não deve esquecer as principais áreas às quais se dirigem os programas de saúde aplicáveis à idade pediátrica (e deve ser enquadrada pelas evidências científicas mais atuais). Tendo isto em conta, foram definidos objetivos pessoais, para estabelecer um “roteiro” de como conjugar as várias necessidades descritas (pesquisa, observação, prática clínica, respostas às necessidades específicas da criança internada e família, ...) para alcançar competências e capacidades próprias do enfermeiro especialista em ESIP. Na definição de objetivos estiveram presentes áreas de interesse e gosto pessoal. Nestas últimas englobam-se os cuidados antecipatórios, o desenvolvimento do bebé nos primeiros meses de vida e papel parental, a adolescência e a abordagem à obesidade (também promovida pela Professora Orientadora). Outra área de interesse seria a da saúde escolar, que não está a ser realizada neste contexto de pandemia, pelo que não fará parte dos objetivos para o estágio.

Foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Integrar a equipa de saúde na dinâmica da prestação de cuidados;
- Educar para a Saúde e Prevenção da Doença da criança na área específica da obesidade;
- Providenciar cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde;
- Colaborar na consulta do adolescente;
- Perceber a importância que um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem numa equipa de uma Unidade de Saúde Familiar.

Para cada objetivo traçado foram definidas as atividades a desenvolver para o conseguir alcançar. Estes objetivos e respetivas atividades ficam anexadas ao relatório de estágio no **Apêndice IV**.

Em seguida, numa nova subdivisão, são descritas as atividades realizadas, refletindo-se sobre a forma como elas permitiram atingir os objetivos de estágio e aquisição ou desenvolvimento de competências.

1.3.1 - Atividades desenvolvidas e reflexão Crítica

Tendo sido muitas as oportunidades, na reflexão deste subcapítulo serão mais valorizadas e focadas as vivências e aprendizagens consideradas mais importantes para a forma de atuação e prestação de cuidados no contexto profissional atual (urgência pediátrica).

A Unidade de Saúde Familiar (USF) em que decorreu o estágio, pertence à Administração Regional de Saúde do Centro e é uma USF modelo B. Das enfermeiras da USF, a que desempenhou funções de tutora é Enfermeira Especialista em ESIP e pertencente ao Conselho Técnico da USF.

O acolhimento na USF foi feito pela enfermeira tutora, integração caracterizada pela apresentação do espaço físico e de todos os profissionais que integram a unidade. Houve ainda integração na missão da USF de cuidados personalizados à população, prestados por uma equipa multidisciplinar. Esta multidisciplinariedade mostrou-se visível durante o estágio, através duma colaboração próxima com a equipa médica durante o decorrer das consultas de saúde infantil ou juvenil: além dos registos informáticos serem partilhados, a informação é também transmitida verbalmente e algumas vezes a consulta de enfermagem é feita em simultâneo com o médico ou com ele presente no gabinete. A organização metodológica da consulta também espelha esta dinâmica; por exemplo, embora a temática da vacinação seja abordada durante a consulta de enfermagem, a administração de vacinas pode ser feita após consulta médica para não comprometer a colaboração da criança na consulta (por exemplo, não chorar na auscultação). Também há articulação com outros serviços de saúde (inclusive, foi encaminhada uma criança para consulta hospitalar por alterações motoras). Também foi visível a existência de Unidades Funcionais que permitem outro tipo de articulações – no caso da saúde infantil e juvenil, há articulação com uma pediatra do hospital pediátrico de referência, com a qual é possível esclarecer dúvidas – como necessidade ou não de encaminhamento para consulta de especialidade, exames complementares de diagnóstico que podem ir sendo feitos, etc.

A maioria das consultas em idade pediátrica são de vigilância de saúde infantil e juvenil, marcadas segundo as orientações de periodicidade de consultas da Direção Geral de Saúde (através do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil). Neste contexto de pandemia por Covid-19, a USF tentou manter a maioria das consultas de vigilância. Paralelamente a estas consultas, também há consultas em contexto de doença aguda

(maioritariamente médicas) e consultas marcadas pela enfermagem (maioritariamente para vigilâncias de aumento ponderal em recém-nascidos e lactentes, ou para vacinação). No âmbito do estágio, tanto em objetivos como em oportunidades concretas, a participação em consultas decorreu apenas nas consultas de vigilância programadas. Com o decorrer do estágio, a postura predominantemente de observação (própria dos primeiros dias) foi dando lugar a uma maior intervenção nas consultas, adquirindo-se depois uma postura confortável já na sua concretização, orientando autonomamente (sob supervisão) a consulta de enfermagem desde o acolhimento da criança até à articulação com a consulta médica.

A participação nas consultas pode ser feita acompanhando o calendário de diferentes enfermeiras (com e sem especialidade), o que num primeiro momento dificultou a integração pela diversidade de metodologias, mas depois se transformou em vantagem na construção de uma forma própria de intervir – a diversidade deu maiores oportunidades de reflexão, e de autoaprendizagem e autoconhecimento sobre capacidades pessoais, preferências e eficácia de cada forma de intervir.

Desta diversidade, uma das aprendizagens retida (adquirida essencialmente por observação e reflexão conjunta com a tutora) foi a do aproveitamento do momento de acolhimento da criança para começar a sua avaliação. Quando se vai chamar a criança para o gabinete, podem ser exploradas variadas dimensões do desenvolvimento – estava a palrar enquanto brincava na sala de espera?, reconheceu o seu nome?, estava a brincar com brinquedo, livro, lápis ou telemóvel?, anda a pé?, posiciona bem os membros e tem boa postura a deambular na ida até ao gabinete ou há alterações?, a mãe pegou ao colo ou deixou-o vir pelo seu pé?, ele veio à frente a correr ou vem atrás da mãe?, ao entrar no gabinete quem toma iniciativa nos cuidados (pai, mãe, os dois)?, a criança mostra apego aos pais?... A avaliação é dirigida à saúde, essencialmente ao desenvolvimento, mas parece ser algo transponível (e que o deve ser) para a prática especializada mesmo nos contextos mais vocacionados para a doença.

Houve oportunidade de usar na prática esta estratégia e como resultado destacam-se os ganhos obtidos nas consultas, manifestos na transformação da forma de colheita de informação e avaliação numa forma mais informal e próxima à criança/família (também por observação concreta ao invés de colheita de dados exclusiva por questionamento que acaba por transmitir aquilo que é a perceção dos pais e nem sempre a avaliação fundamentada em conhecimentos teórico-científicos) e um bom ponto de partida para a restante consulta e pontos a explorar. No decorrer da consulta era mantida a avaliação do desenvolvimento, recorrendo à escala de Mary Sheridan. Numa fase inicial notava-se uma dependência maior do sistema informático para esta avaliação. Depois, com mais estudo e mais oportunidades

de aplicação da escala nas consultas, desenvolveu-se maior capacidade de informalizar cada vez mais esta avaliação do desenvolvimento da criança, por exemplo: num elogio às “sapatilhas tão lindas” que a criança trazia, ao mesmo tempo que era estabelecida relação de empatia com ela, ia-se poder questionar “quantas são?”, ou “de que cor são?”, “e a camisola, de que cor é?”, “tem um cãozinho, como faz o cão?”; através da boneca que a criança trazia ou do “ursinho tão giro na tua camisola” pode-se tentar perceber “onde é que estão os olhos do ursinho? e o nariz?”; a despir a roupa para pesar podia aproveitar para ver se sabe localizar o “teu umbigo” e as “tuas maminhas”; se traz uma mochila – “vens da escolinha?, onde é? e a tua casa?”; etc...

Ficou presente a ideia de que esta capacidade de avaliar o desenvolvimento da criança deve ser transversal aos Enfermeiros Especialistas em ESIP, independentemente do seu contexto de trabalho. Num hospital, apesar de alguns dos serviços serem mais dirigidos à doença aguda, a avaliação do desenvolvimento da criança pode ser útil, por exemplo, na relação (comunicar de forma adequada ao estágio de desenvolvimento da criança); ou para perceber melhor as suas reações e medos; em internamentos longos permite saber de que forma se deve estimular o desenvolvimento normal daquela criança; pode permitir detetar atrasos de desenvolvimento (acresce que nem todas as crianças são seguidas em consulta nos cuidados de saúde primários ou em pediatria). No fundo, dá a conhecer a criança (não no seu todo, mas com dados essenciais).

Em todas as consultas, havia uma primeira fase da consulta, após entrada no gabinete, em que era solicitado o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e era pedido aos pais que despissem a criança para pesar e medir (e sequente cálculo do IMC, com suporte do sistema informático). Dependendo da idade era também medido o perímetro cefálico ou avaliada a pressão arterial. Esta fase é importante para perceber se há alterações no crescimento, para perceber se há necessidade de identificar alguns focos de atenção de enfermagem ou médicos – mantém-se no mesmo percentil de desenvolvimento ou há desvios?, risco de obesidade?, de magreza?, hipertensão?, etc... Sendo um momento de carácter técnico (com conhecimentos próprios associados – medição correta do perímetro cefálico, escolha da braçadeira de pressão arterial adequada, ...) é um momento que simultaneamente exige do enfermeiro capacidades de comunicação adequadas à criança, sobretudo para evitar o medo dos procedimentos e garantir a sua colaboração (por exemplo, para colaborar na avaliação da pressão arterial, sem choro ou ansiedade que viessem os resultados). Algumas enfermeiras mostravam aos pais as curvas de percentis aos pais para mostrar a evolução. Este passo mostrava-se importante sobretudo por ser já um ponto de partida para dar a entender aos pais que o Boletim tinha informação sobre os filhos que lhes era acessível

(sendo claramente necessário noutra momentos do decorrer da consulta cimentar o boletim como ferramenta de comunicação entre pais e profissionais de saúde).

Numa fase seguinte da consulta aplicava-se a escala de Mary Sheridan, que como referido antes, muitas vezes já tinha sido iniciada, dependendo da metodologia de cada enfermeiro. Mas há sempre *items* que não são apenas observáveis, têm que ser promovidos – saltar ao pé-coxinho, desenhar. Nesta fase da consulta, se ainda não tiver sido feito, também são questionadas as preocupações e dúvidas que os pais têm relativamente aos filhos. Uma boa oportunidade para fazer ensinios aos pais. É de elevada importância não fazer julgamentos (é importante os pais verem os enfermeiros como fonte de apoio, aliás, deve ser promovida a sua procura de cuidados de saúde). Mais ainda, é importante valorizar essas preocupações, porque muitas vezes representam uma vivência diária em casa. A título de exemplo um caso em que a mãe referiu que o filho (15 ou 18 meses) acordava todas as noites duas vezes para mamar; no discurso da mãe parecia apenas um comentário que surgiu no decorrer da consulta – após valorização do assunto verificou-se que era uma grande preocupação da mãe, com vivência diária de angústia, com impacto na sua qualidade do sono, na sua prestação laboral e... sobre a qual puderam ser feitos ensinios, ser apontadas algumas estratégias e ser reforçada a disponibilidade da consulta de enfermagem para refalar sobre o assunto no caso de não se conseguir ultrapassar.

Um último momento da consulta de enfermagem é dedicado aos cuidados antecipatórios. Correspondem a um objetivo específico deste estágio e ainda a uma área de gosto pessoal, pelo que se procurou um maior investimento neste tipo de cuidados, tanto em formação pessoal, como na transmissão real de orientações aos pais. Na dinâmica da consulta, revelou-se mais fácil a abordagem sequencial dos temas propostos pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil graças ao sistema informático, vocacionado não só para registos informatizados, mas também para a otimização da consulta. Para cada idade da periodicidade prevista apresentava as áreas de abordagem (alimentação, higiene oral, prevenção de acidentes, atividade física, desenvolvimento, etc.). Da experiência vivida, pode afirmar-se que os cuidados antecipatórios são um campo de intervenção de excelência para o Enfermeiro Especialista. Este, com base no seu conhecimento, já consegue prever quais os perigos para a saúde com que a criança vai ser confrontada em determinada idade e consegue orientar as crianças ou família a adotarem comportamentos promotores da sua própria saúde; há simultaneamente envolvimento e responsabilização da criança/família nos seus comportamentos de saúde. Nesta fase, pode-se voltar a valorizar o Boletim de Saúde mostrando aos pais onde podiam ir relembrar no livro alguns dos cuidados antecipatórios abordados na consulta.

Segundo o Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2010), a presença dos adolescentes nos serviços de saúde é uma oportunidade ímpar para potenciar aprendizagens e comportamentos de saúde. Na fase inicial da adolescência há um controlo maior pelos pais, mas à medida que ganham autonomia precisam de começar a ser eles os responsáveis pelas suas decisões de saúde, adquirindo grande importância a entrevista do adolescente nos serviços de saúde para que ele possa ser protagonista da solução para os seus problemas (*idem*). Com a entrevista pretende-se avaliar o desenvolvimento psicossocial e afetivo, estabelecer uma relação terapêutica, identificar problemas reais e prevenir problemas potenciais (*ibidem*). Uma das ferramentas propostas no Guia para esta avaliação é o acrónimo HEADSSS. No Centro de Saúde, o sistema informático a partir dos 10 anos passa a incluir o acrónimo HEEADSSSSS na área das orientações antecipatórias. Por limitações várias (horário disponível, motivo de vinda, etc.) das 3 consultas com adolescentes que ocorreram, só numa pôde ser realizada, aplicando o acrónimo na totalidade num segundo momento da consulta, a sós (sem presença da mãe) com a adolescente.

Uma vez que houve consultas sem este momento, pode haver comparação entre elas (sob a forma de reflexão), e este momento mostrou ser essencial para exploração de alguns temas com maior abertura. Na consulta foi possível aplicarem-se conhecimentos adquiridos em contexto académico – não julgar a adolescente, ter uma linguagem próxima, fazer perguntas abertas e mostrar-me como profissional próximo (não um amigo). O facto de ter sido seguido o acrónimo permitiu criar primeiro uma relação empática e depois iniciar uma avaliação de dados menos sensíveis com evolução para informações mais pessoais e mais facilmente inibitórias. A consulta decorreu de forma agradável e foi eficaz no seu propósito. Esta consulta também foi importante para dar a conhecer à adolescente a disponibilidade da USF para a acompanhar ao longo do ciclo vital.

Em várias consultas era visível que as enfermeiras tinham um conhecimento “quase que personalizado” das famílias e das crianças – antecedentes pessoais de saúde/ doença, educação dos irmãos mais velhos, profissões e exigências dos pais, dinâmica das relações intrafamiliares e sociais, etc. Este conhecimento potenciava a capacidade das enfermeiras intervirem na família e de transmitirem informação. Esta foi também uma aprendizagem de valor para o desempenho profissional – colher dados sobre a família permite mais e melhores possibilidades de intervenção, adaptadas à realidade que a família vive – é um acrescento às aprendizagens já feitas sobre a parceria de cuidados (não basta saber que dá resultados, é preciso criar essa parceria e otimizá-la).

Um outro objetivo previa um investimento na prevenção da obesidade na criança. Ao longo do estágio foi surgindo essa oportunidade (sobretudo em contexto da transmissão de

orientações antecipatórias) de avaliar a dieta e o exercício físico das crianças e de educar para a saúde no sentido de terem uma alimentação saudável e hábitos regulares de atividade física. Houve falta de casos concretos de sobrepeso (ou risco) durante o estágio, mas, objetivamente, a obesidade é uma realidade da população portuguesa e da região centro do país. Assim, decidiu-se preparar um momento de formação na USF, sobre a obesidade infantil, dirigido a enfermeiros e médicos (**Apêndice V**). Não pretendeu ser um momento de formação aprofundada direcionada ao tema. Pretendeu antes ser um momento em que:

- através de dados demográficos se mostrasse uma dimensão do problema da obesidade na infância;

- se divulgasse uma ferramenta prática que permite otimizar o tempo na consulta através de uma *checklist* de aspetos a avaliar e a abordar (no caso a metodologia recomendada pela *Childhood Obesity Task Force da European Association for the study of Obesity*);

- se mostrasse que já dispomos de conhecimentos e ferramentas nas consultas realizadas na USF quer para a avaliação da criança com obesidade e família, quer para o tratamento da obesidade.

Em avaliação com a Enfermeira Tutora, obteve-se o *feedback* de ter atingido os objetivos e de ter sido um momento oportuno; e as restantes reações obtidas foram de que a metodologia usada foi muito boa (nomeadamente pela dinâmica criada pela introdução de um *quizz* na apresentação que criou interatividade e paralelamente introduziu mais alguns dados teóricos).

Era ainda objetivo deste estágio perceber que importância tem um enfermeiro enquanto Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica numa equipa de uma Unidade de Saúde Familiar. Já se foram abordando algumas questões relacionadas. Na reflexão específica mais dirigida a este tema e à consulta de enfermagem em concreto, ressalva-se que o enfermeiro especialista tem um conhecimento vasto da criança, das suas necessidades e das suas respostas, tendo um olhar sobre a criança que a avalia desde que inicia contacto com ela e com a família, observa-a e interage com ela com intencionalidade e adequa a sua forma de comunicar à idade e desenvolvimento da criança e às necessidades dos pais. Observou-se que a enfermeira especialista tinha maior abertura e “mais avidez” de novos estudos, conhecimentos, estratégias... E parece que é nesta área que um enfermeiro especialista pode ser mais útil numa USF – nem todos os utentes têm como enfermeiro de família um especialista em ESIP, mas este pode servir de promotor de novos conhecimentos na área da saúde infantil para os restantes elementos da equipa, através de divulgação e

formação e partilha de ideias. Muitas das características observadas na enfermeira especialista (tutora) podem até ser características pessoais dela. Mas provavelmente foram essas características que a levaram a querer fazer a especialidade e que a levam ainda hoje a “manter-se especialista”.

1.4 - Considerações finais

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica tem, sem dúvida, muito a aprender com os serviços prestados nestes diversos contextos. Em cada um pode ter um papel importante a desempenhar sendo chamado a prestar cuidados especializados, a intervir em equipas multidisciplinares e a intervir como formador e gestor no âmbito dos cuidados de enfermagem baseados na evidência.

Num ponto de vista de aprendizagem pessoal, os estágios foram encarados como uma oportunidade privilegiada de desenvolvimento pessoal e para o desenvolvimento de competências pessoais quer na mobilização de conhecimentos para o contexto atual de trabalho quer para o contexto do percurso académico de formação especializada. Neste seguimento, penso foram atingidos os objetivos gerais e específicos delineados para os estágios, bem como os objetivos que permitiam dar resposta a interesses formativos pessoais. Desenvolveram-se competências e capacidades no âmbito dos conteúdos formativos propostos no guia orientador como fundamentais ao processo de especialização.

Realça-se que as aprendizagens e reflexões feitas não ficaram limitadas ao estágio. Ajudaram a uma postura mais reflexiva sobre a prática e a um maior interesse na procura por conhecimento científico. Enriqueceram o background de conhecimentos e realidades. Enriqueceram ainda a capacidade de reflexão e a visão pessoal dos cuidados. Os estágios mudaram um pouco a forma de olhar para a criança no contexto profissional: há uma intencionalidade da família no recurso ao hospital que mais frequentemente é tratar a doença – mas ser capaz de analisar as diversas dimensões da criança (vivenciadas nos diferentes locais de estágio) pode trazer ganhos reais à abordagem da doença e à relação de pareceria na procura de ganhos em saúde.

**Capítulo 2 - Competências diferenciadoras da prática do Enfermeiro
Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

2.1 - Nota Introdutória

Cada vez mais os cuidados de saúde (onde se englobam os de Enfermagem) adquirem uma importância e exigência técnica e científica maiores. A especialização, passa então a ser cada vez mais, uma realidade que abrange estes profissionais (Portugal, DR, 2019). Ao longo dos estágios descritos na Parte I deste relatório foi havendo um confronto com um leque variado de competências e habilidades que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica deve desenvolver. Estas competências são distintas das que apresenta um enfermeiro generalista e foram definidas pela Ordem dos Enfermeiros, estando publicadas em Diário da República (através do Regulamento nº 422/2018 [Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica] e do Regulamento nº 140/2019 [Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista]). Assim, decidiu-se fazer um estudo de investigação que, a partir da reflexão de enfermeiros especialistas nesta área, permita perceber que competências valorizam e que na sua perspetiva, distinguem a sua prática profissional dos restantes colegas.

Este capítulo é dedicado a esta investigação, encontrando-se dividido em três subcapítulos. No primeiro é feito um enquadramento teórico à temática. No segundo são definidos os objetivos do estudo e é explorada a metodologia usada. No terceiro é feita a apresentação de resultados, que por sua vez será submetida a discussão. Após estes subcapítulos é feita a conclusão ao relatório com as conclusões consideradas pertinentes.

2.2 - Enquadramento teórico

Segundo o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2017), tendo em conta uma tendência crescente de necessidades de cuidados à população infantil, é grande o campo de intervenção da enfermagem especializada em Saúde Infantil e Pediátrica. Pode ser chamada a intervir em variados contextos onde se encontrem crianças/jovens que necessitem de cuidados especializados nos domínios da promoção da saúde, da prevenção de complicações, do bem-estar e do autocuidado.

O que distingue os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é o “desenvolvimento de competências técnicas e/ou relacionais, de forma a cuidar da criança/jovem em situação de doença bem como da criança/jovem saudável, quando a

família não possua as competências e/ou capacidades para um resultado eficaz” (OE, 2017, p. 5). Têm ainda que demonstrar conhecimentos ou habilidades no contexto de vigilância de saúde infantil (onde avaliam o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, recorrendo a competências técnicas e/ou relacionais). Devem antecipar situações de urgência/emergência, dando-lhes resposta adequada. Para o desenvolvimento destas competências, torna-se imprescindível que haja formação.

A finalidade da formação será o desenvolvimento profissional. Deve ser continuada e deve integrar o enfermeiro na natureza dos cuidados de enfermagem na área de atuação profissional, com o fim de garantir uma prestação de cuidados de qualidade (OE, 2017).

A formação de enfermeiros especialistas possibilita que muitos profissionais se possam qualificar, conferindo-lhes aptidões para prática dos cuidados especializados e, simultaneamente, trazendo ganhos ao desenvolvimento do ensino da enfermagem (Silva, Luz, Fernandes, Silva, Cordeiro, Mota, 2018). Segundo estes sautores, citando Pedrosa (2001), a criação de cursos de estudos especializados em enfermagem veio promover o desenvolvimento de enfermagem enquanto disciplina autónoma, quer científica quer pedagogicamente, o que também se repercutiu no reconhecimento social da profissão.

Os cursos de especialização são criados como resposta à evolução da ciência, do conhecimento e das técnicas na área da saúde. Contudo, num estudo em Portugal realizado por Silva *et al* (2018), os enfermeiros especialistas (contexto médico-cirúrgico) não veem mudanças na sua trajetória profissional – por não haver nem alterações na carreira profissional, nem nas funções que desempenham. Em contraste, consideram que o curso contribuiu para o seu percurso pessoal e profissional na medida em ampliou o conhecimento e alterou a forma de “olhar” os utentes, com sequente aumento de competência profissional. Os enfermeiros tomaram consciência de que ocorreram mudanças na forma como exerciam as suas funções. Mudanças essas motivadas pela aquisição de novos conhecimentos e competências com tradução na qualidade da prestação de cuidados, pela maior segurança na tomada de decisão e por uma visão holística das necessidades dos utentes.

É também pela mesma perceção deste “olhar” diferente sobre o utente e da mudança na forma de prestar de cuidados que surgiu o interesse por um estudo que aborde essas diferenças do cuidar por parte dos enfermeiros especialistas em ESIP num ponto de vista das competências por eles adquiridas e que sentem que distingue a sua prática profissional, da prática tida por enfermeiros generalistas.

Para Benner (2001), a aquisição de competências pelos enfermeiros está intimamente ligada à prática de enfermagem, distinguindo contudo, conhecimento prático de conhecimento

teórico. O teórico é mais preditivo e procura estabelecer ligações entre a causa e o resultado, dando origem ao “saber”. Há, contudo, muitas competências que temos e que foram adquiridas sem “saber” e que corresponderão a outro tipo de conhecimento, o “saber fazer (habilidades)”. O desenvolvimento do conhecimento prático assentará em investigações fundadas sobre a teoria mas também no registo do “saber fazer” desenvolvido durante a experiência clínica (com o tempo e com a aprendizagem pela experiência). Para Benner (2001), a experiência é então necessária para a perícia. Tanto que considera que a resposta dada a um mesmo problema por uma enfermeira sem experiência será diferente da solução encontrada por uma enfermeira com vasta experiência.

Com base nesta diferença e no desenvolvimento do conhecimento prático, adquirido com o tempo, Benner (2001) identificou cinco níveis de competência distintos: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Descrevem-se em seguida estes níveis/estados partindo de uma caracterização já previamente resumida/interpretada por Pinto (2015).

O Iniciado nunca experienciou anteriormente as situações com que se depara na prática, aplicando apenas conhecimentos e normas de atuação adquiridas em contexto académico. Não consegue fazer um uso do contexto nem consegue estabelecer prioridades, limitando-se a cumprir normas e regras.

O enfermeiro Iniciado Avançado caracteriza-se por possuir um comportamento considerado aceitável. Isto porque já vivenciou situações reais, tendo tido a oportunidade de identificar fatores significativos das experiências vividas. Ainda assim, escapam-lhe pormenores e continua a ter dificuldade em estabelecer prioridades.

No terceiro estado, pressupõe-se que o enfermeiro Competente já trabalhe no mesmo serviço há dois ou três anos. Ele já é capaz de planejar as intervenções de forma dirigida aos objetivos que pretende atingir e define prioridades através da análise das situações com que se depara. Ainda precisa de desenvolver rapidez e maleabilidade de decisão/ação para dar resposta a imprevistos.

O Proficiente (enfermeiro no estado 4) ao longo da sua experiência foi adquirindo capacidade para visualizar as situações no seu todo, reconhecendo os acontecimentos típicos a acontecer em determinada situação. Com esta melhor compreensão é capaz de otimizar o seu processo de decisão. Ainda assim, tem dificuldade em descrever ou explicar situações mais complexas ou novas.

No quinto e último estado, o enfermeiro Perito já é detentor de grande experiência, pelo que a compreensão de cada situação no seu todo já é intuitiva, não estando limitada por protocolos, regras ou normas. Age rapidamente e em conformidade perante qualquer

situação, sabendo relativizar aspetos menos relevantes e focar-se na questão dominante. Esta postura é visível na postura e forma notável de gerir situações complexas, sendo facilmente reconhecido como perito quer pelos doentes quer pelos outros profissionais.

2.3 Metodologia

No percurso percorrido pela enfermagem até à importância que tem hoje, terão contribuído não só a formação, mas também o investimento na investigação (Martins, 2008). Os estudos de investigação na área de enfermagem foram sobretudo impulsionados pelos cursos de especialização.

Segundo Martins (2008), a necessidade de aprofundar o conhecimento científico é progressivamente maior e os enfermeiros encontram-se cada vez mais conscientes do impacto da investigação no desenvolvimento da profissão. A Ordem dos Enfermeiros definiu quatro eixos prioritários sobre os quais deve incidir a investigação em enfermagem: “adequação dos cuidados gerais e especializados às necessidades do cidadão, educação para a saúde na aprendizagem de capacidades, estratégias inovadoras de inovação/liderança e formação em enfermagem no desenvolvimento de competências” (Martins, 2008, p. 63).

Através da investigação promove-se o desenvolvimento da disciplina por se conseguir uma atitude mais reflexiva e maior capacidade de análise crítica, onde o enfermeiro é obrigado a refletir e questionar os seus modelos e práticas profissionais (Martins, 2008). Também Fortin (2009) diz que a investigação em enfermagem aumenta os seus saberes, ajudando a criar uma base científica que suporte a prestação de cuidados. A investigação em enfermagem centra-se em duas abordagens principais, a quantitativa e a qualitativa. A qualitativa (Martins, 2008) ganhou progressivamente relevo pela proximidade da enfermagem às ciências sociais, uma vez que a quantificação dos fenómenos sociais se mostrou muitas vezes redutora. A investigação qualitativa, para Sparkes e Smith (2014), procura perceber de que forma as pessoas interpretam e dão significado às suas experiências (*cit.* Resende 2016). Nesta linha, optou-se por este tipo de investigação (qualitativa) para o presente estudo, uma vez que o seu domínio também está relacionado com uma experiência subjectiva dos enfermeiros, a forma como percebem e interpretam o objeto de estudo.

2.3.1 Métodos

Como já abordado, à luz da mesa do colégio da especialidade de saúde infantil e pediátrica (OE, 2017), os Enfermeiros Especialistas em ESIP devem distinguir-se dos enfermeiros generalistas pelo desenvolvimento de competências (quer do domínio técnico, quer do relacional) para cuidarem de crianças ou jovens (doentes ou saudáveis) nas situações em que a sua família não tenha competências e/ou capacidades para o fazer sem a parceria

com os enfermeiros. Será necessário terem conhecimentos e/ou habilidades para conseguirem mobilizar essas competências nos mais diversos contextos, desde consultas de vigilância de saúde até à antecipação ou resposta às situações agudas, crónicas ou de urgência/emergência.

Estas competências estão regulamentadas pela OE através do Regulamento nº 422/2018 (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica). Regulam-se desta forma, como competências específicas que o enfermeiro especialista: assista a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuide da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; preste cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Na prática, estas competências podem ser difíceis de avaliar. Assim, partindo da reflexão de enfermeiros especialistas nesta área, espera-se que os resultados deste estudo ajudem a compreender, na perspetiva dos enfermeiros especialistas, quais as características e competências que possuem que os distinguem enquanto especialistas, no seu exercício profissional dos enfermeiros generalistas.

A partir da questão de investigação: **“Que competências os enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica valorizam e que, na sua perspetiva, distinguem a sua prática profissional?”** foram definidos como objetivos:

- Conhecer, do ponto de vista dos enfermeiros especialistas, quais as características e competências que possuem que os distinguem enquanto especialistas no seu exercício profissional:

* _ Descrever a perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica sobre as competências que distinguem o seu exercício profissional especializado;

* _ Compreender o processo de desenvolvimento e mobilização de competências específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que lhes permitem atuar de forma diferenciada;

* _ Refletir sobre a valorização da prática clínica/profissional especializada.

Para atingir os objetivos foi importante definir uma estratégia metodológica. No que diz respeito à tipologia do estudo, optou-se, tal como referido, por realizar um estudo de natureza qualitativa de carácter exploratório e descritivo, dado que se pretende entender de que forma

os enfermeiros interpretam e dão significado às suas experiências profissionais enquanto especialistas.

Para a sua consecução, a colheita de dados foi efetuada recorrendo a entrevistas sob a forma de *focus group* (grupo focal), assumindo-se, tal como defendido por Kind (2004), que com os grupos focais podem obter-se dados que dificilmente seriam obtidos fora do grupo, recorrendo à interação grupal.

Nery, 1997 (*cit* Kind, 2004) listou as principais indicações/finalidades para o uso do *focus group*. Destacam-se no contexto deste trabalho: a exploração inicial com pequenas amostragens da população; a compreensão das perspetivas de um grupo; e a obtenção de informações sobre um contexto específico. Na escolha desta técnica, também importa perceber se a interação pode estimular respostas mais interessantes ou novas ideias; se o tema a discutir não é delicado para o grupo e se facilita a reflexão e a exposição de opiniões distintas e se todos os participantes têm a possibilidade de discutir o tema. Estas características ajudaram a escolher esta técnica para esta investigação. A desvantagem apontada a esta técnica será o facto de não permitir a generalização dos resultados (o que, de qualquer forma, não era objetivo do estudo).

Segundo Kind (2004) a quantidade de grupos focais não é tão relevante como a qualidade das discussões. Ainda assim, estabelece-se que devem existir pelo menos dois grupos distintos. Relativamente ao número de elementos por grupo, os autores consultados por Kind (2004) são muito divergentes, e essa divergência parece relacionar-se com os objetivos do *focus group*. Há autores que chegam a sugerir grupos até 15 pessoas, mas sugerindo que grupos pequenos, de 5 a 7 pessoas, permitem mais facilmente que todos participem. Também são defendidos mini-grupos quando as questões exigem uma abordagem em profundidade.

2.3.2 - Participantes

Neste trabalho, na constituição da amostra, foi decidido formar-se grupos de 5 a 7 pessoas. A homogeneidade dos participantes foi garantida pelos critérios de inclusão e de exclusão.

Foi critério de inclusão os participantes serem Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Já como critérios de exclusão optou-se por não se incluir na amostra enfermeiros que, ainda que sendo Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, não se encontrem a exercer funções no âmbito da sua especialização.

A técnica de amostragem a utilizar foi não probabilística e intencional, dado que se recorreu a Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica conhecidos pelos investigadores ou indicados por outros enfermeiros. Optou-se por esta técnica pela facilidade de acesso aos participantes e maior probabilidade de adesão ao estudo. Permitiu também que, na seleção de participantes para os diferentes grupos, se incluíssem características comuns entre grupos: pelo menos um enfermeiro especialista há mais de 12 anos, pelo menos um enfermeiro especialista há menos de 2 anos – com o intuito de promover uma maior diversidade de experiências e opiniões para o debate. Sendo um estudo de carácter exploratório amenizam-se algumas desvantagens das amostras não probabilísticas, não se pretendendo uma generalização de resultados, mas sim que surjam novas ideias e perspetivas e, eventualmente, novos focos de investigação.

Foram então realizadas duas entrevistas em grupo. Tendo-se verificado a saturação dos dados, optou-se por não se realizar mais nenhuma entrevista. Foram seguidos os critérios de inclusão e exclusão na constituição dos grupos. Adicionalmente, para maior diversidade de experiências procurou-se que houvesse em cada grupo pessoas com formação de pós-licenciatura de especialização realizada em pelo menos duas escolas diferentes e que cada grupo tivesse um enfermeiro em funções de gestão (no segundo grupo este não compareceu, não comprometendo, contudo, os critérios de inclusão). Neste caso, os participantes trabalhavam todos em serviços hospitalares pediátricos (públicos ou privados).

Para a primeira entrevista foram convidados 7 participantes, com pós-licenciatura de especialização realizadas em duas escolas distintas da zona centro. A caracterização destes participantes é apresentada mais abaixo em tabela (Tabela 1).

Pela análise dos dados apresentados, verifica-se que dois participantes têm o curso de especialização há mais de 12 anos (E2 e E6). Com experiência entre os dois e 12 anos de especialização participaram quatro elementos (E1, E3, E5 e E 10), podendo-se verificar que a experiência de trabalho no contexto de pediatria é muito díspar entre eles, varia entre os 4anos de E3 e os 32 anos de E5. O último elemento (E4) é o único elemento do sexo masculino e fez a sua especialização em ESIP há menos de dois anos. Neste primeiro grupo, apenas 1 elemento desempenhava funções de gestão (E6) (cf. Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do primeiro grupo focal

Grupo 1	Sexo	Anos em pediatria	especialista < 2 anos	especialista 2-12 anos	Especialista > 12 anos	Funções de gestão
E1	F	19		X		
E2	F	37			X	
E3	F	4		X		
E4	M	8	X			
E5	F	32		X		
E6	F	31			X	X
E7	F	10		X		

Para a segunda entrevista foram convidados 6 participantes, tendo só comparecido 5. Os participantes fizeram a sua formação de especialização em três escolas de enfermagem diferentes (da região centro). A caracterização destes participantes é apresentada mais abaixo em tabela (cf. Tabela 2).

Pela análise dos dados apresentados, verifica-se que dois participantes têm o curso de especialização há mais de 12 anos (E9 e E12), que têm 18 e 17 anos de experiência (respetivamente). Depois, entre os 2 e os 12 anos de especialização participaram dois elementos, E10 com 18 anos de experiência e E8 com 5 anos de especialização, mas já com 30 anos de experiência. O último elemento (E11) é o único participante que fez a sua especialização em ESIP há menos de dois anos. Neste segundo grupo não compareceu a enfermeira que desempenhava funções de gestão. Os participantes foram todos do sexo feminino (cf. Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização dos participantes do segundo grupo focal

Grupo 2	Sexo	Anos em pediatria	especialista < 2 anos	especialista 2-12anos	Especialista > 12 anos	Funções de gestão
E8	F	30		X		
E9	F	18			X	
E10	F	18		X		
E11	F	12	X			
E12	F	17			X	

2.3.3 - Planeamento

Segundo vários autores consultados (onde se inclui Kind, 2004), apesar da duração de cada *focus group* ser muito variável, a duração média de cada *discussão* costuma ser de 90 a 120 minutos. Destes, 60 a 90 minutos serão de interação entre o grupo. No entanto há outros autores que destacam também um eventual ajuste do tempo de duração aos objetivos ou ao número de participantes por grupo (que no presente estudo é reduzido). Assim, Leal e Henriques (2021) defendem que a duração não deve ultrapassar uma hora, e no relato de experiência de Soares, Camelo e Resck (2016), entre 45 a 65 minutos.

No presente estudo, o planeamento do *focus group* considerou estes aspetos. A primeira entrevista teve uma duração total de uma hora e cinco minutos e a realizada ao segundo grupo durou uma hora. Em ambas, a interação de grupo teve a duração de aproximadamente 45 minutos.

O local onde decorre o *focus group* deve ser tranquilo e privado (Kind, 2004), pelo que a sala escolhida para as entrevistas foi uma sala de reuniões (em edifício hospitalar de fácil acesso a todos os participantes), com mesa central que permitia que todos se pudessem observar entre si, sem lugares privilegiados para qualquer participante ou para o moderador. O moderador dever promover a discussão em grupo e permitir que todos falem (Kind, 2004).

2.3.4 – Instrumento de recolha de informação

No planeamento do *focus group*, foi elaborado um guião semi-estruturado, que se apresenta em **Anexo I**, com o propósito de servir de ferramenta para o moderador da entrevista (considerando que simultaneamente permitia a sua consulta aos participantes que o desejassem fazer).

Na estruturação do guião após identificação clara do título do estudo e dos objetivos, ficaram representados os três momentos da entrevista (transversais aos vários autores consultados, mas sem nomenclatura rígida ou específica). O primeiro momento representado foi a introdução onde está pressuposto um acolhimento aos participantes e onde se prepararam os tópicos que ajudaram o moderador a explicar os motivos e intenções dos investigadores. Para o segundo momento, aqui considerado como fase narrativa, foram formuladas questões orientadoras da entrevista, elaboradas diretamente a partir dos objetivos definidos para o estudo. O terceiro momento corresponde a uma fase de balanço, onde se explora a existência de conteúdos que os entrevistados considerem importantes abordar e onde encerra a entrevista, acordando futuro contacto de validação.

Após elaboração do guião, foi feita uma primeira entrevista teste só com três participantes (não considerada para os resultados do presente estudo) que permitiu estudar a percetibilidade/clareza e adequação das questões formuladas, bem como treinar o moderador (nos conteúdos a abordar em cada momento da entrevista, na condução fluente da entrevista, na identificação de questões ou intervenções indutoras de respostas desejadas).

2.3.5 - Procedimentos éticos e legais

A legislação em vigor na União Europeia sobre a proteção de dados (Diretiva 95/46/CE) confere às pessoas singulares direitos sobre os seus dados pessoais, tal como o Regime Geral de Proteção de Dados que vigora em Portugal. Desta forma, o convite à participação foi precedido de esclarecimento e de toda a informação sobre o estudo, sendo entregue a cada um o consentimento informado (**Anexo II**).

O participante foi inteiramente livre de aceitar ou recusar a sua participação no estudo. A informação foi novamente dada no início do grupo focal, reforçando a liberdade de participação e a possibilidade de a qualquer momento poder abandonar o grupo focal, mesmo após o seu início, sem qualquer prejuízo ou dano.

Na defesa da confidencialidade dos participantes foi garantido que os dados obtidos pelo estudo, se destinavam estritamente à investigação académica, não constituindo qualquer

forma de avaliação pessoal ou profissional. Após as reuniões dos grupos focais, as gravações de áudio foram imediatamente transcritas para texto pelo investigador, sendo eliminadas findo o estudo. A transcrição ficou armazenada no computador pessoal do investigador, sendo partilhada apenas com a Investigadora Responsável do trabalho de investigação. Concluída a investigação e a discussão do trabalho, esta transcrição também foi eliminada. A cada participante foi atribuído um código (de E1 a E8) só conhecido pelo investigador.

Salvaguarda-se o direito dos participantes à sua privacidade e à proteção dos seus dados pessoais, não sendo transcritos nem publicados dados que os permitam identificar.

Segundo Martins (2008) a salvaguarda dos interesses dos participantes deve ser uma preocupação central do investigador ao longo de toda a investigação, devendo por isso ser apresentado um pedido de parecer a uma comissão de ética. Assim, ainda na salvaguarda dos participantes, foi submetido um pedido de parecer para a realização deste estudo à comissão de ética do Instituto Politécnico de Viseu, que emitiu parecer favorável (parecer n.º 63/SUB/2021), com recomendações, que foram aceites e implementadas, clarificando na declaração de consentimento informado que o *focus group* seria gravado e que esta gravação seria exclusivamente feita em áudio.

2.3.6 - Procedimento logístico, e de tratamento e análise dos dados

Após a fase de planeamento dos *focus group*, acordou-se com os participantes uma data e local para a entrevista. Estas foram realizadas durante o mês de Janeiro, com um intervalo de duas semanas entre elas (tendo sido a transcrição da primeira realizada nesse intervalo para perceber a que questões exploratórias adicionais se tinha recorrido). O local acordado em ambas as entrevistas foi um edifício hospitalar acessível a todos, onde foi reservada uma sala de reuniões que garantisse a privacidade, o conforto e a equidistância de todos os participantes entre si e entre o moderador.

Previamente à chegada dos participantes foi preparada a sala para estar mais acolhedora (luminosidade, aquecimento). Também foi preparado um pequeno lanche na mesa para facilitar o à-vontade dos participantes. Antes da fase narrativa (do questionamento) foi feita uma introdução onde o moderador e os participantes se apresentaram, se apresentou a investigação e se explicou o desenho da entrevista, como os objetivos, a duração, e a função do entrevistador. Explicou-se ainda o que era pretendido dos participantes, que poderia haver interação e exposição de ideias complementares ou contrárias, sempre respeitando a opinião e resposta de cada um. Informaram-se os participantes sobre a gravação da entrevista sob a

forma de áudio e sobre os procedimentos éticos. Recolheu-se o consentimento informado (entregue previamente à entrevista para dar oportunidade de leitura e análise em casa).

Depois iniciou-se a fase narrativa, onde foram enunciadas as questões, dando liberdade de resposta e interações (no contexto de entrevista semi-estruturada) mas recentrando se necessário no tema em discussão. Foi promovida a intervenção de todos os participantes. Como nota adicional, pelos objetivos do estudo e natureza do assunto a abordar não havia particular interesse em registar linguagem ou interações não verbais, pelo que se optou por não usar registo de imagem nem ter a presença de um segundo moderador com função de observador, assumindo o entrevistador essa função no decorrer da entrevista, quando significativo.

Finalizou-se a entrevista agradecendo a participação e disponibilidade de todos. Houve um feedback positivo da participação na entrevista. Proposto contacto posterior para validação da análise, mas foi manifestado desinteresse nesta solução em ambos os grupos, acordando-se enviar a discussão da análise por correio eletrónico.

Após cada entrevista foram transcritas as intervenções para análise. O tratamento dos dados obtidos foi feito recorrendo à Análise dedutiva dos dados de acordo com Laurence Bardin (Bardin, 2014). Segundo a autora, através da análise dos discursos consegue-se representar a informação colhida através de procedimentos de transformação, armazenando os dados de uma forma que facilite o seu acesso ao observador para que este consiga o máximo de informação e o máximo de pertinência.

Fez-se então uma primeira leitura, flutuante, das transcrições. Depois uma exploração mais longa, onde se agregaram os dados em unidades que representassem o conteúdo dos discursos e foi feita a categorização desses dados. Por fim, foram interpretados os dados obtidos de forma a serem significativos, confrontando-os com bibliografia e resultados de outros estudos.

2.4 - Análise e discussão de resultados

O uso de grupos focais na colheita de dados neste trabalho permitiu que os participantes dessem a sua opinião, discutissem ideias entre si, se influenciassem, e complementassem ou reformulassem as suas próprias ideias e as dos outros participantes. Este formato de entrevista, permite, portanto, uma evolução da “conversa” e das opiniões que enriquecem os dados colhidos e que foram alvo de análise.

No geral, embora algumas dinâmicas do decorrer das entrevistas tenham sido diferentes entre os dois grupos, os resultados foram muito frequentemente sobreponíveis.

Neste capítulo irá ser feita a análise e discussão dos discursos, em articulação com a apresentação dos resultados obtidos com as duas entrevistas em *focus group*.

Na construção do guião para as entrevistas (Anexo I), as perguntas foram elaboradas em estreita ligação aos objetivos específicos da investigação, o que de certa forma pré-definiu as categorias a analisar (validadas depois durante a análise de conteúdo), identificando-se assim três temas principais: características diferenciadoras pela prática; desenvolvimento de competências específicas; e reconhecimento da prática especializada. Através da análise de conteúdos, emergiram para cada uma das categorias as respetivas subcategorias e unidades de análise, exploradas nos subcapítulos seguintes.

2.4.1 - Características diferenciadoras pela prática

Nas entrevistas, a anteceder o pedido de descrição de funções diferenciadoras da prática, foi questionado se a prática clínica de um enfermeiro especialista difere da exercida por um enfermeiro generalista, sendo que em ambos os grupos se considerou que sim:

“É assim, têm que ser diferentes, não é, em termos de competências.” (E1)

“A forma como nós, na nossa prática clínica atuamos, de certa forma distingue-se...” (E8)

Depois, procurou fazer-se uma análise no âmbito deste subcapítulo à luz do objetivo específico: descrever a perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica sobre as competências que distinguem o seu exercício profissional especializado.

Partindo da análise das respostas dadas procurou-se perceber que domínios e conteúdos foram abordados como diferenciadores da prática especializada para a criação de subcategorias a analisar. Emergiu uma primeira dimensão, marcadamente cognitiva, onde era destacada a existência de conhecimentos (E1 - *“leque de conhecimentos maior e mais pormenorizado”*). Depois uma dimensão mais funcional e dirigida à prática clínica (E8 - *“A forma como nós, na nossa prática clínica atuamos, de certa forma distingue-se...”*). Adicionalmente, em ambas as entrevistas houve uma outra dimensão explorada e com bastante expressividade sobre o que é ser especialista, o que é que o torna distinto. Perante estas três áreas, optou-se categorizar as dimensões encontradas em paralelismo à classificação de competências pelos domínios de aprendizagem (segundo a taxonomia de Bloom, conforme Ferraz e Belhot, 2010).

Um domínio cognitivo, um domínio psicomotor e um domínio afetivo, aos quais se atribuíram respetivamente os nomes: Conhecimentos; Habilidades; e Identidade e distinção.

- Conhecimentos

Um aspeto que os entrevistados consideraram que distingue o enfermeiro especialista são conhecimentos mais aprofundados sobre conteúdos específicos da pediatria:

“Acho que maiores conhecimentos em determinados conteúdos específicos”
(E1)

“O enfermeiro especialista no meu serviço em pediatria tem de ter um leque de conhecimentos maior e mais pormenorizado de aspetos específicos da pediatria” (E1)

Quando se referiram ao conhecimento, pelo menos quando abordada de forma direta, referiram-se quase exclusivamente a conteúdos específicos da pediatria, onde se está a incluir a presença da família/parentalidade, mas onde o desenvolvimento infantil foi o conteúdo mais referido (em ambas as entrevistas), quer no contexto do saber teórico, quer no contexto da aplicabilidade dos conhecimentos. Surgiram também outras áreas de conhecimento que pretendiam dar respostas a situações específicas como a prestação de cuidados (identificação de diagnósticos e prescrição de intervenções):

“Assim como no desenvolvimento da criança, não é, nós acabamos por ter outra noção, se calhar, do desenvolvimento da criança, das várias fases do desenvolvimento.” (E9)

“o enfermeiro especialista deve ter estudos mais aprofundados e conhecimentos mais aprofundados em relação a diversas áreas, como o desenvolvimento, o facto de a família estar presente, definição de diagnósticos e intervenções.” (E6)

Nesta linha de pensamento, surgiu a ideia de que o enfermeiro especialista com o seu conhecimento tem maior capacidade crítica e de fazer juízos clínicos e conseqüentemente para tomar decisões (tomada de decisão), distinguindo-se por saber fundamentar as suas intervenções:

“mais capacidade de fazer juízos clínicos sobre mais situações, poder de decisão, mais conhecimentos para poder tomar as minhas decisões” (E1)

“refletir e criticar as coisas de outra maneira” (E12)

“É aquilo a que nós chamamos tomada de decisão. Eu acho que a tomada de decisão vai muito de quem já tem essa capacidade e todo esse conhecimento.” (E8)

“E tu tens que estar preparada para assumir e para tomar essa decisão, porque tu tens que ter formação, por isso é que somos licenciados, por isso é que somos mestres, por isso é que somos especialistas, porque nós temos que ter conhecimento, pensamento crítico, temos que ter conhecimento científico para tomar a decisão. É a tomada de decisão em enfermagem. E é o que se pretende para a melhoria contínua.” (E8)

“eventualmente o enfermeiro generalista que já cá está há... que já tem experiência de 15 anos, por exemplo, imaginem, pode saber que se faz desta maneira, mas o enfermeiro especialista tem de saber porque é que o está a fazer [E2 – E assumir isso]” (E7)

“A diferença é sobretudo na parte da fundamentação e o porque é que estamos a fazer daquela maneira e não de outra que acho que faz mais diferença.” (E4)

“E fundamentar as suas decisões, essencialmente.” (E4)

Estas afirmações vão ao encontro do defendido pela Ordem dos Enfermeiros (2001, citada por Chicória, 2013) quando refere que a tomada de decisão orienta o enfermeiro no exercício profissional autónomo, segundo uma abordagem sistémica e sistemática. Nesta tomada de decisão, e posterior implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora na

prática os resultados da investigação. Da lógica destes discursos emerge a consciência da necessidade do conhecimento que fundamenta a ação. Os enfermeiros fazem uso de um determinado conjunto de saberes decorrentes da experiência, designado de conhecimento privado, mas o enfermeiro especialista utiliza também o conhecimento da disciplina, as teorias e as evidências científicas, que constituem o conhecimento público. Tal como afirma Jesus (2006) citado por Chicória (2013), com a experiência, o enfermeiro desenvolve a sua capacidade de se centrar no utente, de conhecê-lo, escutar ativamente e a equacionar um maior número de intervenções, individualizando os cuidados. Porém, anos de experiência não significa perícia. Um profissional experiente acumulou um corpo de conhecimentos experienciais derivado de muitos anos de prática, contudo, este conhecimento pode ser aplicado de modo inadequado ou pouco inteligente. O que distingue um enfermeiro experiente de um competente é a utilização inteligente e competente do conhecimento experiencial. Para Benner (2001, p.58) o enfermeiro perito “tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema ...” é capaz de articular a sua formação teórica com a sua experiência prática (Pinto, 2015)

Santos (2009) também explorou a competência cognitiva no âmbito do desenvolvimento de competências profissionais. Da pesquisa bibliográfica feita por Santos (2009), numa perspetiva conceptual, a competência resulta da experiência – prende-se à capacidade de concretizar uma função/tarefa que é depois validada pelo desempenho; pressupõe uma capacidade de seleção, reunião e aplicação dos conhecimentos, das habilidades e dos comportamentos perante determinada situação. Assim, no estudo feito é explorada como dimensão desta competência a “mobilização de conhecimentos”. No presente estudo esta mobilização é perceptível quando os participantes nos dizem “*porque nós temos que ter conhecimento, pensamento crítico, temos que ter conhecimento científico para tomar a decisão*” (E8), ou seja, quando nos dizem que mobilizam conhecimento para fazer juízos clínicos, tomar decisões e fundamentar as suas intervenções.

Confrontando com as ideias de Patricia Benner expostas no enquadramento teórico, pode-se inferir que os participantes pretendem dizer que usam tanto a dimensão “saber” (ao imediatamente referirem os conhecimentos aprofundados) como a dimensão do “saber fazer” (ao conseguirem aplicar esses conhecimentos na prática, baseando-se nas competências já adquiridas, para interpretar as situações, tomarem decisões e agirem de forma fundamentada).

A par disso, o conhecimento que o enfermeiro especialista tem e que vai adquirindo deve ser partilhado e traduzido na uniformização de práticas:

“[...] andar sempre à procura da melhor evidência e o facto de, por exemplo, estar agora num contexto de acreditação do serviço, implica uma pesquisa agora para mudança de comportamentos e para procurar e ter sempre a melhor evidência científica... é isso que estamos a uniformizar agora... conceitos e práticas.” (E7)

De facto, dos discursos também sobressai um papel de dinamizador de mudanças e facilitador de aprendizagem que o enfermeiro especialista deve ter e que o distingue, pelo investimento em investigação...

“Eu acabei a especialidade há pouco tempo e tentei mudar o chip de enfermeiro generalista para enfermeiro especialista, que foi ganhar ou passar a ter um papel mais ativo na parte de investigação, para poder fundamentar mais. E na parte da dinâmica do serviço, acho que, o termos que fundamentar, obriga-nos a pesquisar mais e isso também nos permite que o serviço fique mais dinâmico à conta do enfermeiro especialista.” (E4)

...pela participação em grupos de trabalho e satisfação das necessidades formativas do serviço...

“Uma outra função do enfermeiro especialista que está agora regulamentada pela ordem, que talvez agora não se observe tanto porque estamos neste período de creditações e toda a equipa está envolvida, também se prende com participar em grupos de trabalho científicos, formação em serviço, etcetera.” (E5)

...e pela orientação de alunos (que no caso surgiu de forma periférica e apenas na primeira entrevista):

“Há uma diferença aqui, os alunos da especialidade que vêm ter estágio ao meu serviço, bem como a maioria dos alunos do 4º ano do curso base, são entregues a especialistas.” (E1)

Não havendo referência à integração de novos colegas no serviço, as declarações deixam antever a responsabilidade acrescida do enfermeiro especialista na formação dos pares. Tal como defendido pela OE (2011) constitui dever dos enfermeiros especialistas a participação nas atividades de aprendizagem e formação dos enfermeiros e estudantes de enfermagem, com vista à elevação da dignidade da profissão e no sentido da excelência do exercício da profissão e da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Estes últimos discursos apresentados levam a inferir que conhecimento não foi entendido como estático, algo totalmente adquirido. Consideraram ser necessário manter atitude proativa de pesquisa e investimento na investigação. No mesmo sentido, Santos (2009), no estudo do desenvolvimento de competências profissionais, também concluiu que no domínio das competências cognitivas, para além do apoio formativo que os enfermeiros tiveram, sentiram necessidade de complementar os conhecimentos adquiridos com um investimento próprio na procura de saber.

Pelos resultados obtidos, esta procura de conhecimento, por um lado, é entendida num plano individual e complementarmente é abordada num contexto de dinâmica do serviço no seu processo de acreditação.

A perspetiva individual, é ilustrada pela intervenção de E8 quando refere que o assumir-se enquanto especialista (realidade recente, inferior a 2 anos) passou por ter que assumir um papel mais ativo na investigação.

Simultaneamente, é ilustrado um outro papel atribuído ao enfermeiro especialista, como o de participação em grupos de trabalho científico. Estas duas atividades de âmbito claramente cognitivo, habitualmente associadas a atividades científicas e de investigação enriquecem a dinâmica da equipa no seu todo, pela partilha de saberes e simultaneamente criam oportunidades de melhoria e uniformização das práticas, salientando/diferenciando o papel do especialista na equipa.

Estes resultados também podem ser confrontados com os regulamentos das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019) e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento nº 422/2018). Esta dimensão cognitiva explorada nos grupos focais envolve competências regulamentadas em ambos os documentos, que dão suporte e validam as áreas mencionadas. Relativamente às competências comuns destacaram-se as relacionadas com necessidade de fundamentar a sua prática clínica especializada em evidência científica, com o desenvolvimento de práticas de qualidade e a colaboração em programas de melhoria contínua (através do uso de evidência científica), bem como a otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Já relativamente às competências específicas, os conhecimentos abordados nas entrevistas estão mais intimamente ligados à prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. Sendo que a procura de evidência científica é um comportamento esperado noutras competências regulamentadas e que

permite ao enfermeiro cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade.

- Habilidades

Os enfermeiros entrevistados também descreveram, num domínio já mais metodológico, outro tipo de competências que os distinguem enquanto especialistas:

“Mas é evidente que um especialista é alguém que tem um rigor diferente, e tem um conhecimento e uma capacidade diferente, para depois implementar medidas de qualidade, de gestão até, tudo isso é... é dum especialista... eu acho que melhorei bastante: os métodos, a organização dos cuidados, tudo isso.” (E8)

A intervenção remete, de facto a um domínio mais dedicado à dimensão do “fazer”. Neste campo de ideias surge uma primeira ideia central – a gestão de cuidados, para a qual consideram que o enfermeiro especialista terá mais competência (quer em planos individuais quer no plano da equipa):

“[...]que realmente se diferenciam na parte de gestão e de organização dos cuidados. Revejo-me muito nessa parte. Acho que, sendo uma pessoa mais experiente, acho que acaba por conseguir organizar e planear os cuidados de uma forma diferente.” (E11)

“ou seja, é expectável que o enfermeiro especialista saiba gerir situações mais complexas que não é expectável (ou pode não ser) num generalista.” (E1)

“Uma das competências do enfermeiro especialista prende-se com gestão de recursos, de recursos quer humanos quer materiais adequados à melhor prestação de cuidados, a uma prestação de cuidados excelente” (E5)

“[...], estratégias de gestão de conflitos... entre equipas e pais...” (E1)

“A gestão da equipa, nalguma emergência, e isso eu acho que é uma função muito importante do enfermeiro especialista.” (E1)

Pode-se ver que a gestão de cuidados foi uma função muito valorizada, enquadrada como essencial ao especialista e necessária para *“uma prestação de cuidados excelente”* (E5).

Sobre esta gestão e esta qualidade do cuidar (e no mesmo sentido), o regulamento de competências comuns estipula que o enfermeiro especialista tem a competência de adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da

qualidade dos cuidados. Diz ainda o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista que este deve gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa em articulação com a equipa de saúde; e que deve otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. E todos estes aspetos foram sendo referidos: “*gestão de recursos, de recursos quer humanos quer materiais*” (E5), “*gestão de conflitos... entre equipas e pais*” (E1), “*gestão da equipa nalguma emergência*” (E1), “*trabalhamos muito em equipa*” (E9).

A própria capacidade de trabalhar em equipa é vista como uma característica que o enfermeiro especialista deve apresentar:

“acho que nós trabalhamos muito em equipa em relação a equipas de adultos, [...] Je eu acho que nos devemos ajudar uns aos outros... e lá está... acabamos por ser dependentes uns dos outros no trabalho em equipa [...] acho que é assim que nós devemos trabalhar, e eu acho que é uma característica do enfermeiro de pediatria, sem dúvida.” (E9)

“Nós trabalharmos com pessoas que têm uma forma de estar diferente da nossa, nós temos que o saber fazer também, temos que o fazer. Portanto, ... E uma enfermeira especialista também deve ter essa capacidade, ser capaz de funcionar com a equipa [...]” (E8)

A gestão da equipa também passa por uma preocupação em gerir os sentimentos e emoções dos elementos da equipa:

“Aqui a falar do enfermeiro especialista, estou-me a lembrar (por causa da nossa formação) também a relação com a equipa, quando há uma situação pior, mais grave ou complicada [[emergência]], também temos que nos preocupar com os colegas que nos acompanham, como é que eles ficam depois, como é que trabalhámos como equipa... é mandatório o enfermeiro especialista pensar nisso. Pensar... pensar como é que a equipa geriu, como é que a equipa está em termos psicológicos e físicos.” (E3)

Como visível, esta competência de otimização do trabalho da equipa também foi muito expressiva nos dois grupos focais. Inicou-se com uma ideia de procura pelo trabalho em equipa, mas integrou depois outras dimensões como a capacidade para trabalhar com pessoas diferentes e com práticas diferentes, a gestão das funções de cada elemento da equipa em situações de emergência e a gestão dos sentimentos dos elementos da equipa

após situações de emergência com impacto emocional. Está em linha com atitudes esperadas do enfermeiro especialista segundo o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – reconhecer os diferentes papéis e funções da equipa, fomentar um ambiente positivo e favorável à prática, aplicar estratégias de motivação da equipa – e ainda em linha com a competência de deter consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro no sentido de mais facilmente identificar fatores que possam interferir no relacionamento com a equipa ou com as crianças/pais. Alguns destes elementos presentes no Regulamento estão também intrincados à liderança (onde se destaca a atitude de adaptar o estilo de liderança de forma a favorecer a melhor resposta do grupo e indivíduos). E de facto esta é outra dimensão que assomou nas entrevistas.

A liderança surge então nas entrevistas, vista como outra competência diferenciadora...

“[...] ou porque lidera; ou porque muitas vezes, sei lá, implementa medidas; e que se diferenciam da experiência e do conhecimento que tem um enfermeiro que não é especialista.” (E8)

“É o conseguir ser líder perante situações que se...” (E8)

... frequentemente associada à função de responsável de turno

“acréscimo de responsabilidade, o ser responsável de turno e teres uma prática mais especializada nos cuidados” (E12)

“quando és o responsável de turno tens de saber tudo o que se passa no serviço e que foge ao normal, quando não és estás um pouco mais descansado do que é normal. Com situações de crianças e de gestão do serviço. Mas se for eu a responsável, eu tenho que saber o que se passa, eu quero saber o que se passa. No fundo eu sou o ponto final de decisão.” (E1)

Neste contexto foi ainda abordada a questão da escolha do responsável de turno. Na primeira entrevista perante a ideia de que *“antigamente o que contava era ter mais anos de serviço” (E1)* / *“aí é o tal ponto que eu acho que se calhar ter mais anos de serviço...” (E3)*, a enfermeira que desempenha funções de gestão presente na primeira entrevista diz que a escolha para este tipo de funções deverá recair sempre num especialista (contando como critério adicional o número de anos no serviço concreto):

“Quando se faz a distribuição dos enfermeiros e se escolhe o responsável, tem-se em conta quem é especialista e os anos de serviço. Mas será sempre um enfermeiro especialista.” (E6)

Na segunda entrevista, reconheceu-se que o ser sempre um enfermeiro especialista a assumir as funções de responsável de turno é cada vez mais uma realidade (que ainda não acontece em todos os serviços) sobretudo por uma questão regulamentar:

“É assim, por exemplo para definir um responsável de turno, a ordem obriga a que assim seja” (E8)

“Sim, isso caba por ser um dos critérios da ordem.” (E12)

No fundo, a questão que surgiu era se este papel de liderança era exclusivo do enfermeiro especialista. A primeira resposta é baseada na realidade prática concreta da enfermeira em funções de gestão e a segunda resposta remete-se o critério para a OE. Procurando analisar melhor este resultado, recorreu-se ao parecer nº 01/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica 2016-2019 (2017). E de facto a função de responsável de turno deve ser exercida por um enfermeiro especialista, com o fundamento da já abordada competência comum do enfermeiro especialista: gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. Não é descuidado neste parecer que a realidade de cada serviço possa não permitir a existência de um enfermeiro especialista em cada turno, devendo procurar noutro enfermeiro este tipo de competências.

Também surgiu a ideia de que ao enfermeiro especialista é exigido um olhar diferente:

“Era-lhes exigido em termos... um pensamento um bocadinho mais alargado e mais crítico, e em busca de... de facto olhar para uma situação e procurar... os detalhes...” (E3)

Este olhar foi uma dimensão muito expressiva encontrada nos enfermeiros especialistas no estudo de Silva *et al* (2018), na área de especialização médico-cirúrgica, já abordado no enquadramento teórico: os enfermeiros consideraram que após a especialização a sua competência profissional ficou aumentada na medida em que alterou a forma de “olhar” os utentes. Simultaneamente, também na classificação de Benner (2001), igualmente abordada no enquadramento teórico, os enfermeiros com mais experiência são detentores desta capacidade de visão global, nomeadamente o proficiente e o perito (quarto e quinto estados). Estas ideias reforçam a importância deste “olhar” – com suporte nestes dois autores, infere-se que é este olhar que permite ao enfermeiro especialista reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, permitindo a prestação de cuidados de enfermagem adequados (unidade de competência específica do especialista em saúde infantil e pediátrica – Regulamento nº 422/2018).

Este olhar diferente é traduzido posteriormente na valorização da criança e da presença das famílias...

“Pois, para nós a criança e a família são inseparáveis.” (E9)

“Eu acho que nós nos diferenciamos em várias vertentes, como sendo que tornamos inseparável o binómio criança família – na nossa prestação de cuidados.” (E9)

...na comunicação com a criança e família de forma apropriada...

“Não é só de ser enfermeiro da pediatria, é aquilo que eu sentia muitas vezes, era fazer diferença no estar, na forma como ensinava, na forma como falava com os pais ou as crianças...” (E10)

... avaliação de alterações de desenvolvimento e na sua referenciação ...

“[...] conseguimos perceber “ai aquela criança tem qualquer coisa”, de acordo com a idade e com a fase de crescimento e desenvolvimento conseguimos perceber ou detetar algum problema. E até falar com o médico “olhe que se calhar, veja esta situação, olhe que, ou a linguagem ou o desenvolvimento...” (E9)

... e na promoção de uma alta precoce.

“procuramos sempre evitar que o internamento hospitalar (isto em termos práticos) passe muito mais do que aquilo que seja necessário, ou seja, fazemos tudo quando as crianças estão internadas para que elas não... para que elas estejam o menos tempo possível.” (E9)

“passamos logo a informação ao médico: “pronto, esta criança já não precisa de oxigénio”; é um bocadinho: “já não precisa de internamento hospitalar, já não precisa dos nossos cuidados”. Isto tudo em equipa [multiprofissional], procuramos sempre que o internamento hospitalar seja o mais curto possível.” (E9)

Estas intervenções transmitem que para além de um “olhar clínico”, emergiu outro tipo de olhar, uma preocupação em valorizar a presença da família e de integrá-la na prestação de cuidados: *“tornamos inseparável o binómio criança-família” (E9)*. Esta visão é suportada pelos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2017), que chegam mesmo a definir no conceito único

“pessoa” tanto a criança/jovem como a família. Diz ainda que o exercício profissional especializado do enfermeiro especialista em ESIP deve evidenciar os cuidados centrados na família. Também o regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em ESIP lhe reconhece a competência de assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. O estudo de Sousa (2012), concluiu que na valorização da presença da família, para a existência de uma parceria de cuidados têm que existir intervenções dirigidas diretamente aos pais e não exclusivamente para as crianças, tornando visível a tomada de decisão dos enfermeiros focalizada na parentalidade e parceria estabelecida entre pais e criança. Esta dimensão da parceria de cuidados não foi abordada ou não foi tão evidente no decorrer dos grupos focais. Numa visão global das entrevistas, deve-se provavelmente ao facto de a “conversa” ter fluído noutras direções e não numa desvalorização deste campo de intervenções.

Santos (2009), usou no seu estudo uma categorização de competências diferente (de Graveto, 2005) e a que mais se assemelha à dimensão do “fazer”, que tem vindo a ser explorada nesta categoria é *competências técnicas e funcionais*. Embora a abordagem seja num âmbito diferente e para níveis profissionais diferentes, o principal achado funcional foi a valorização da gestão de cuidados, à semelhança deste estudo, como já vimos. Já na questão das competências técnicas (excluindo o uso de instrumentos) o principal resultado foi a valorização da comunicação e da adequação da linguagem a cada pessoa. Há um paralelismo ao presente estudo notado na valorização da adequação da comunicação à criança e família (*“forma como falava com os pais ou as crianças”*, E10) e na intencionalidade dessa comunicação (*“fazer diferença no estar, na forma como ensinava”*, E10). Pelas particularidades próprias da pediatria – etapas de desenvolvimento das crianças, necessidade de promoção da parentalidade – a comunicação é uma presença central dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ESIP (OE, 2017) (exercício profissional com ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhe estão subjacentes) e presença também no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em ESIP (Regulamento nº 422/2018) (comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento).

Dos últimos resultados, os relativos à avaliação de alterações de desenvolvimento e sua referenciação estão de novo em consonância com o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em ESIP (capacidade de diagnosticar necessidades especiais e referenciação para cuidados especializados) e ainda com o regulamento de competências comuns (reconhecer quando deve “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde). E os relativos à valorização da promoção de uma alta precoce pelo

enfermeiro especialista podem aqui relacionar-se de certa forma com a gestão de cuidados (já abordada acima) e com a promoção da satisfação da criança/jovem, vinculada nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ESIP (OE, 2017).

- Identidade e distinção

Nesta subcategoria é explorado um domínio mais afetivo, onde é abordado o sentido/sentimento de propriedade do título de especialista: o que é ser especialista?, (a que é que isso obriga?, e) o que torna o especialista distinto?

Uma primeira abordagem a esta subcategoria pode ser baseada nas competências identitárias. Graveto (2005, citado por Santos, 2009), desenvolve o conceito de competências identitárias, tornando-o dependente dos comportamentos, da consciência e do conhecimento profissional. Para Abreu (2001, citado por Santos, 2009) a formação de uma identidade profissional por um lado é influenciada por processos sociais e por interações nestes processos; por outro, pela formalização trazida pela conclusão do percurso formativo profissional. Transpondo para o contexto deste estudo, competências identitárias seriam aquelas em que o enfermeiro detentor do título de especialista se sente membro de uma categoria especializada, adotando comportamentos e responsabilidades para com a mesma.

Ao tentar definir funções e competências específicas do enfermeiro especialista em ESIP, numa fase inicial da entrevista ao primeiro grupo houve uma comparação marcada (colocando-os ao mesmo nível de competências e funções) entre o enfermeiro especialista (ESIP) e o enfermeiro generalista com experiência na área da pediatria:

“Bem, as funções no serviço que um faça e que o outro não faz, especificamente não existe, sabemos, (...)” (E1)

“Eu acho que as competências definidas pela ordem são um bocadinho... não digo redutoras, mas um bocadinho gerais para o que é exigido ou pode ser exigido para um enfermeiro especialista. Por exemplo fala da complexidade da criança, da doença do bem-estar... fala assim nomes muito abrangentes... e por isso mesmo é que pode abranger as competências que um enfermeiro generalista com um largo tempo de experiência tem.” (E3)

Também visível nas interações entre participantes que ia havendo ao longo da entrevista, como é visível nesta questão feita por um dos entrevistados ao grupo:

“Lanço aqui também uma pergunta: e será que um enfermeiro generalista com uma larga experiência não consegue também ter essas competências?” (E4)

No segundo grupo, esta ideia de igualdade de competências e de funções também surgiu (apesar de o discurso dominante não ter sido este):

“Quando são trabalhos muito específicos, ao final de muitos anos, é mais difícil diferenciar o enfermeiro especialista do generalista. [...] . Na minha opinião, é difícil encontrar diferenças entre uns e outros num contexto tão específico, e daí a validade deste estudo, mas claro que há diferenças, como todas referiram, mas eu acho que com o tempo e com a experiência, o enfermeiro generalista acaba por adquirir competências e chega-se a uma altura que não se consegue bem diferenciar bem esta parte. E no meu serviço acabo por ter colegas com muitos anos de experiência, até responsáveis de turno e que têm as competências do enfermeiro especialista, apesar de não lhe ser o título reconhecido” (E11)

“Mas sinceramente, eu acho que o fator “ter competências”, independentemente de ter especialidade ou não, deveria ser um critério a ter em conta perante a responsabilidade de ser um chefe de turno” (E12)

Na origem destas verbalizações os enfermeiros parecem ser influenciados pela realidade dos seus serviços, em que lhes são distribuídos os mesmos doentes, as mesmas responsabilidades, etc, não conseguindo perceber diferenças e por isso identificar-se com elas. Infere-se isto pelas ideias já expostas, onde se reforça a intervenção de não existirem funções no serviço que o especialista faça e o generalista não, mas também com a ideia verbalizada de que provavelmente noutras especialidades já haverá papéis diferentes, onde será mais fácil de distinguir o papel do especialista, mas que no caso da ESIP isso não ocorre:

“Eu acho que na nossa especialidade é... um bocadinho difícil por isso, a experiência acaba por dar um leque enorme que se calhar é... é um bocadinho diferente.” (E1)

“Há especialidades que são muito técnicas e em que não há dúvida de quais os papéis e diferenciação deles. Em pediatria, realmente...” (E5)

De facto, regressando ao enquadramento teórico, Benner (2001) diz que a experiência é necessária para a perícia, sendo a experiência que vai influenciar a resposta dada perante determinada situação. E é com base no desenvolvimento do conhecimento prático com o tempo que depois vai distinguir os cinco níveis de competência dos enfermeiros. Isto suporta a verbalização feita de que o enfermeiro com muita experiência tenha competências do

enfermeiro especialista (não suportando, porém, que consiga ter todas). Apesar deste “suporte” dado pela teoria de Benner, esta visão acaba por retratar uma perda de identidade do que é ser especialista e do que lhe compete, uma desvalorização das funções e competências específicas do enfermeiro especialista. Uma desvalorização que parece ocorrer de forma inconsciente.

Adicionalmente, também contribuindo para esta desvalorização inconsciente da identidade de especialista, surgiram intervenções em que os enfermeiros especialistas mostraram esperar do enfermeiro generalista o mesmo tipo de competências específicas:

“Estamos a comparar o enfermeiro especialista com um generalista mais ou menos com o mesmo tempo de serviço, não é? Porque também pode acontecer o contrário. Se o enfermeiro generalista já lá está há 20 anos se calhar esperas mais do de vinte do que do especialista de dois.” (E1)

“porque de resto o generalista também deve saber... porque todos os generalistas também têm que saber justificar o ato. Todos! “Estou a fazer isto assim porque” – então porquê?; então e se há outra maneira? – isso todos têm, que saber.” (E1)

E de facto, mesmo em termos teóricos, não é fácil fazer-se uma distinção: por exemplo, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2017), quando identificam os elementos diferenciadores da prática especializada fazem-no em comparação com o enfermeiro de cuidados gerais descontextualizado do exercício em pediatria. No fundo não existe um conceito facilmente acessível de “enfermeiro generalista de pediatria”, que também trabalha com crianças e famílias e precisa de lhes prestar cuidados e de comunicar com elas.

Com o decorrer das entrevistas em *focus group*, começaram a surgir também dados no sentido contrário, dados que constataam sentimentos de identidade de especialista – com um perfil, comportamentos e responsabilidades próprias. Esta divergência de dados obtidos não resultou de disparidades de opinião entre participantes, mas mais de uma evolução no processo de reflexão dos vários participantes (promovido pela interação grupal propiciada por este método de colheita de dados) que levou a opiniões mais ponderadas. Infere-se que existem simultaneamente estes sentimentos contraditórios: por um lado esta indiferenciação entre especialista e generalista que parece ser uma ideia mais generalizada e verbalizada no dia a dia, tendo por isso sobressaído facilmente na entrevista; por outro, um sentimento menos trabalhado ou menos verbalizado, mas presente, de que de facto o enfermeiro especialista tem uma identidade e um perfil próprio (aos quais os entrevistados pertencem). Por isso,

provavelmente não teríamos estes novos dados de forma tão expressiva/frequente com entrevistas individuais.

Assim, no primeiro grupo, partindo da intervenção...

“Isto a propósito de me parecer que não havia alguma concordância relativamente às funções específicas do especialista – temos uma ordem que as regula. As diferenças de funções existem e se calhar até há algum tempo notava-se alguma diferença nesses aspetos, agora talvez não tanto. É que de facto elas estão regulamentadas e diferenciam-nos do generalista.” (E5)

...o primeiro grupo focal pareceu concordar que de facto existiam diferenças, definiu-as melhor e identificou aspetos que melhor traçam o perfil do enfermeiro especialista. O segundo grupo também trabalhou muito a questão de o que é ser enfermeiro especialista e do que o torna distinto (muito influenciado pela primeira intervenção que surgiu na entrevista, mas não limitado a essa intervenção, como já vimos) recorrendo muito ao termo perito.

“O que me parece que diferencia, primeiro que tudo, é o facto de que um especialista é considerado um perito, não é? [...] não só pela formação mas também pela experiência [...] E acho que um especialista é sempre um perito. E um perito também é alguém que sobressai, não é?, e que de certa forma a sua prática é diferenciada, sei lá: ou porque lidera; ou porque muitas vezes, sei lá, implementa medidas; e que se diferenciam da experiência e do conhecimento que tem um enfermeiro que não é especialista.” (E8)

“[...] especialista – pessoa com experiência, com capacidade, com conhecimento – [...]” (E8)

“A forma como nós, na nossa prática clínica atuamos, de certa forma distingue-se... se a nossa experiência e o nosso conhecimento nos dão alguma coisa, é isso mesmo: é saber funcionar e saber atuar, saber intervir em situações (no nosso caso em pediatria) que nos diferenciam daquele que é o enfermeiro que não é especialista. Eu penso que sim, que N (E8)

“Procuramos a melhoria da qualidade [de cuidados prestados]!” (E8)

Como visível, quem trouxe para primeiro plano na discussão este perfil distinto de especialista no primeiro grupo focal foi a Enfermeira E5 (*“As diferenças de funções existem [...] elas estão regulamentadas e diferenciam-nos do generalista.”*) e no segundo grupo foi a Enfermeira E8 (*“A forma como nós, na nossa prática clínica atuamos, de certa forma distingue-*

se [...] há diferenças que se notam bem entre uns e outros.”). Curiosamente, estas duas enfermeiras têm 32 e 30 anos (respetivamente) de experiência em pediatria. Segundo Benner (2001) já consideradas peritas há vários anos, pelo que é interessante constatar que foram elas a centrar ou recentrar a discussão nas distinções existentes entre especialistas e generalistas (ainda que com experiência). Por outro lado, foi precisamente com o termo “perito” que o segundo grupo focal primeiramente definiu o que era ser especialista.

Das ideias gerais apresentadas, o especialista é então um perito, alguém que sobressai e tem uma prática diferenciada (onde se incluem a liderança, a implementação de diferentes métodos de organização do trabalho). É um profissional com experiência, capacidade e conhecimento, que sabe atuar e intervir em diversas situações. Esta descrição efetuada é muito próxima à de enfermeiro perito encontrada no enquadramento teórico. Este conceito dizia-nos ainda que a postura do perito é visível na forma notável de gerir situações complexas. Esta ideia também surgiu nas entrevistas:

“O enfermeiro especialista é um perito naquela área, tem de ser uma pessoa que nós olhemos para ela e saibamos que tem capacidade, que tem competência e em quem nós saibamos que temos confiança para desenvolver uma determinada atitude, ou pedir ajuda para uma determinada situação. E mesmo quando os restantes elementos da equipa olham para um enfermeiro especialista, eles também têm que reconhecer esse tipo de competências e de capacidades a um nível muito superior do que um enfermeiro que não seja especialista.” (E10)

“Tendo um enfermeiro especialista como modelo, a segurança na forma/ e tendo segurança, nós ao interagirmos com ele e na prática de cuidados, temos uma segurança diferente na prestação de cuidados porque temos ali alguém... um líder que nos orienta na nossa prática, e eu acho que isso é muito importante.” (E11)

Outra característica identitária que surgiu nas entrevistas foi a *“intervenção mais direcionada, mais focada”* (E10), a atuação de alguém que *“é perito naquilo que está a fazer, sabe o que está a fazer e está a fazê-lo com essa segurança”* (E8). No fundo, que está a fazê-lo com essa intencionalidade:

“Aquilo que eu senti foi que a formação me deu ferramentas extra, que eu não tinha, e que me deu também uma tomada de consciência daquilo que era a minha responsabilidade enquanto enfermeira e sobretudo a responsabilidade dos conhecimentos que eu tinha e da prática que eu tinha, de fazer mais e

melhor, de ter a obrigação de fazer mais e melhor, de ter uma intervenção mais direcionada, mais focada, não tão geral como era antes.” (E10)

“(...) é uma atuação de alguém que é especialista e que é perito naquilo que está a fazer, sabe o que está a fazer e está a fazê-lo com essa segurança.” (E8)

Esta intencionalidade não foi assim diretamente chamada ou abordada, mas emergiu na entrevista. E parece ser importante o facto de esta dimensão ter surgido. Segundo Sousa (2012) esta intencionalidade pode estar ligada a melhores padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. A intencionalidade surge de um processo planeado (no fundo o processo de enfermagem) que ajuda o enfermeiro na tomada de decisões. A intencionalidade terapêutica está mais ligada aos objetivos das intervenções de enfermagem, centrando-se nos resultados esperados, carecendo por isso dum juízo clínico prévio e cuidado durante a atividade diagnóstica (Sousa 2012). Ainda assim, a intencionalidade não esteve muito presente nas respostas dadas, com poucas abordagens de intervenções com vista à obtenção de resultados esperados, mas sobretudo ligada a algumas intervenções relacionadas com o juízo clínico e a justificação de intervenções de enfermagem.

Outra característica que emergiu e que definia o enfermeiro especialista foi a responsabilidade. Aqui será algo distinto das dimensões de competência/funções já abordadas, aproximando-se mais de um “sentido de responsabilidade” ou de uma “ética de responsabilidade” enquanto característica própria de um perfil de um enfermeiro especialista

“Eu acho que há uma grande diferença entre ser especialista e generalista que é haver um acréscimo de responsabilidade, um acréscimo de dever teu [[enfermeiro especialista]] enquanto detentor de maior conhecimento.” (E12)

Recapitulando, relativamente às competências identitárias (sentir-se membro de uma categoria especializada, adotando comportamentos e responsabilidades para com a mesma), já tinha sido abordado no perfil de perito no qual os enfermeiros sentem que se enquadram e também foram abordados os comportamentos especializados adotados, nomeadamente pela intencionalidade. Por fim, emerge a dimensão da responsabilidade.

Curiosamente esta não foi o único sentido de “responsabilidade” a surgir. Assomou neste contexto de identidade de especialista, referido como um acréscimo de responsabilidade profissional, mas surgiu em mais dois contextos, na vertente ética e na de desenvolvimento pessoal. Estes contextos também emergiram no estudo de Santos (2009):

competências éticas e competências de desenvolvimento pessoal (nomenclatura baseada em Graveto, 2005), sendo competências do domínio comum do enfermeiro especialista.

As competências éticas prendem-se com especial preocupação para com a pessoa de quem se está a cuidar. As referidas no estudo de Santos (2009) prenderam-se sobretudo à relação de empatia. Já no contexto do presente estudo, surgiram sobretudo ligadas à responsabilidade (perante crianças, família e colegas de trabalho):

“Tem de ter responsabilidade perante o doente e a família.” (E7) “E perante o alvo dos nossos cuidados e da equipa também.” (E5)

“acho que isso é que é um enfermeiro especialista, é pensar além do que temos à frente, é pensar em quem nos acompanha... pensar também nos pais...” (E3)

“Tem que assumir responsabilidade perante as crianças e famílias. Tem de assumir responsabilidades perante os colegas – que tens uma responsabilidade acrescida em os ajudar a crescer e a formar e esclarecer algumas dúvidas que vêm ter contigo (e tu nem sempre sabes responder, não é?, até tens que ir à procura de quem os consiga ajudar). E também responsabilidades para com as chefias, quando te nomeiam responsável de turno” (E12)

“fazes aquilo que é correto para a melhoria da qualidade de vida daquela criança e daquela família” (E8)

Ainda segundo Santos (2009), as competências de desenvolvimento pessoal referem-se a competências baseadas em atitudes (ou seja, aplicadas à prática do quotidiano) e que podem interferir no bom desempenho da profissão de enfermagem. Nos resultados desse estudo houve grande dificuldade em distinguir entre o que eram competências identitárias e competências de desenvolvimento pessoal, sendo que as informações obtidas nesta última categoria também foram analisadas com base na responsabilidade. Sendo a responsabilidade aqui entendida aqui como obrigação de responder por atos próprios e o dever de executar ações para as quais se tem a capacidade e o dever de realizar. No âmbito do nosso estudo este tipo de responsabilidade também surge:

“[...] quando nós assumimos alguma coisa ou tomamos uma decisão sobre alguma coisa, sobre alguma intervenção, seja na organização da prestação de cuidados, seja diretamente na criança, seja na equipa... essa é a responsabilidade de um enfermeiro especialista, [...] tu tens que estar

preparada para assumir e para tomar essa decisão, porque tu tens que ter formação [...]” (E8)

Tanto as competências éticas como as competências de desenvolvimento pessoal são competências mais abrangentes e que podem referir-se e englobar outras competências e habilidades do âmbito dos três domínios aqui abordados – cognitivo, psicomotor e afetivo). Há uma sexta competência que Santos (2009) estudou e que é igualmente muito abrangente, sendo transversal às outras: competências relacionais ou interpessoais. Apesar de não ter sido previamente abordada, ela esteve presente nos discursos, provavelmente o momento mais exemplificativo (e condicente com os resultados do estudo realizado por Santos, 2009) foi na ligação com o trabalho em equipa, nas relações de trabalho e na adaptabilidade aos outros elementos da equipa (explorados na subcategoria habilidades).

- Considerações adicionais à categoria

Foram abordadas pelos enfermeiros várias competências que na sua opinião valorizam e distinguem a sua prática, quer cognitivas, psicomotoras ou afetivas. Santos (2009) concluiu que os indivíduos podem ser reconhecidos como competentes quando mobilizam as várias habilidades nos vários contextos e penso que também neste estudo os enfermeiros especialistas conseguiram ser espelho desta ideia. A análise dos resultados está espelhada num diagrama abaixo (ver figura 1).

Nos discursos não são abordadas todas as competências, nem tal era esperado ou significativo para os objetivos do estudo, mas no âmbito em que o estudo foi desenvolvido esperava-se maior expressividade das competências específicas do enfermeiro especialista em ESIP. Por exemplo, uma abordagem mais expressiva à parentalidade e à parceria de cuidados, ou seja, um entendimento mais aprofundado da pessoa (criança/família) central aos cuidados em contexto pediátrico e aos focos prioritários para uma prática de qualidade. Nalguns contextos as competências comuns dos enfermeiros especialistas pareceram sobrepor-se às específicas, por exemplo (e sem intencionalidade analítica no exemplo escolhido), na abordagem às situações de emergência, onde se referiu uma preocupação com as emoções dos elementos da equipa, podia também ter sido abordada a dignificação da morte da criança, o apoio aos processos de luto dos pais, a aplicação de conhecimentos ao bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança e jovem. Esta constatação pode ser justificada pelo argumento da dificuldade em diferenciar o que são competências específicas

de um enfermeiro especialista em ESIP em comparação com um enfermeiro generalista e que trabalhe em serviços pediátricos.

Outras áreas de competências não terão sido abordadas pela amostragem escolhida (os participantes eram todos de contextos hospitalares). Eventualmente se as entrevistas fossem realizadas noutros contextos (como os Centros de Saúde) as competências mais valorizadas poderiam ser outras.

Numa perspetiva interessante para o estudo, Trevithick (2006), categoriza as habilidades em três níveis: básico, intermediário e avançado (traduzido do inglês “basic skills”, “intermediate skills” e “advanced skills”). Mas a mesma autora aborda ainda outra categorização, genérica, que divide as habilidades em generalistas e especializadas (traduzido do inglês “generalist skills” e “specialist skills”). Todos os profissionais usam habilidades generalistas, podendo elas pertencer a qualquer dos três níveis, de básico a avançado, dependendo da habilidade, experiência e formação. Geralmente usam habilidades generalistas para uma prática mais genérica, recorrendo a uma visão mais ampla (consequentemente menos aprofundada). Enquanto que antigamente a prática era maioritariamente mais generalista, hoje tende a ser mais especializada. A prática especializada exige conhecimento e competências superiores, que por sua vez implicam formação adicional. Será interessante no contexto do trabalho perceber do ponto de vista dos enfermeiros especialistas como é feita a aquisição de competências e habilidades próprias dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: a desenvolver na abordagem à próxima categoria.

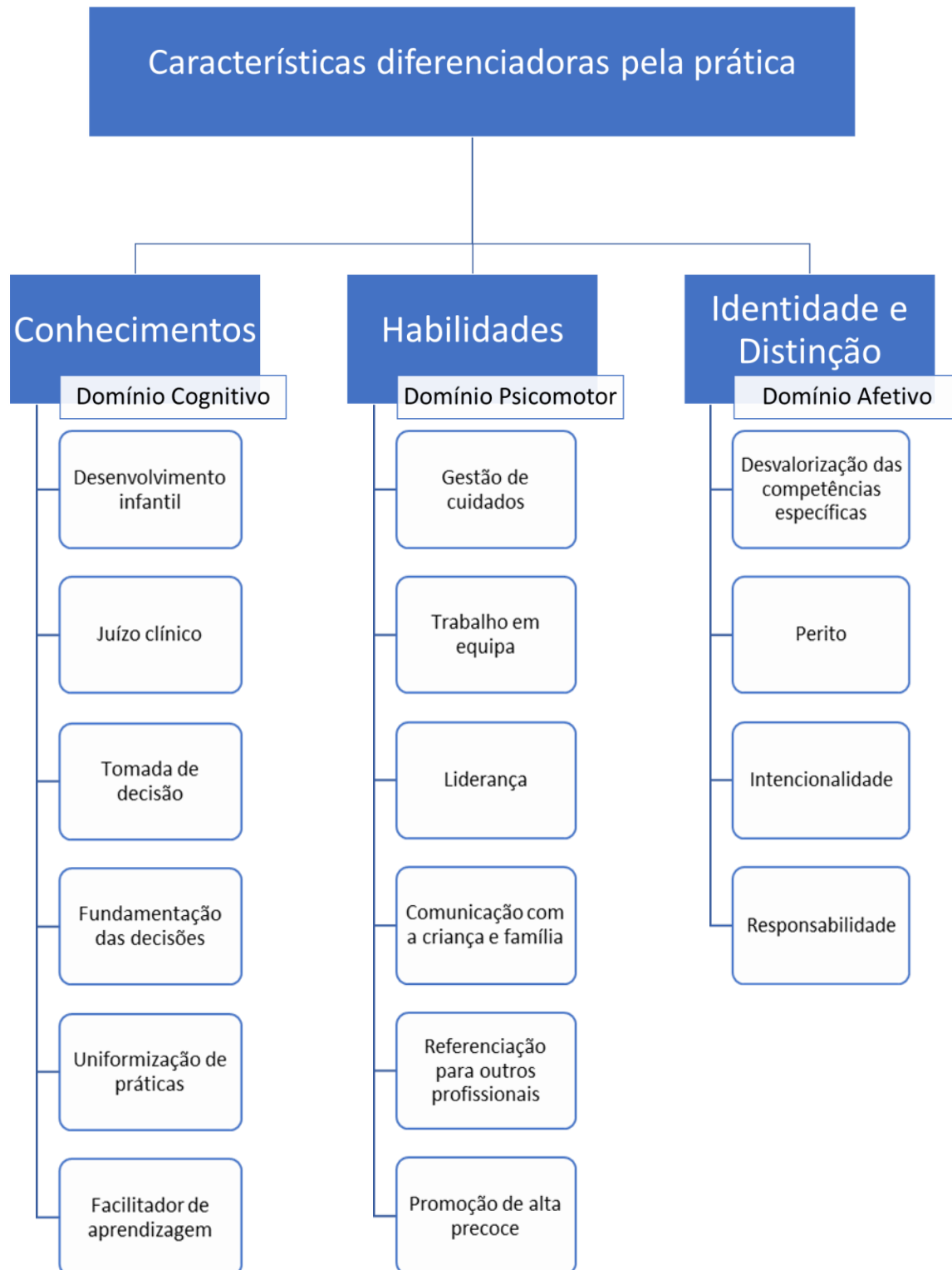


Figura 1 – Diagrama representativo dos resultados obtidos na categoria: características diferenciadoras pela prática

2.4.2 - Desenvolvimento de competências específicas

Da exploração desta temática (centrada numa questão sobre a forma como os entrevistados percebem que adquiriram competências específicas de enfermeiros especialistas) emergiram muito intuitivamente duas subcategorias – experiência e formação. No entanto, numa análise mais aprofundada surge uma terceira ideia (“*não é só a experiência, não é só a formação, mas também é um pouco aquilo que também é o teu perfil enquanto enfermeiro*”, E10) que motivou a criação de três subcategorias nesta temática: Experiência, Formação e Características pessoais. Foram de novo usados os domínios da aprendizagem da taxonomia de Bloom (conforme Ferraz e Belhot, 2010) como suporte à sub-categorização: a “experiência” no âmbito do domínio psicomotor (saber-fazer), a “formação” no âmbito do domínio cognitivo (saber-saber), e ainda “características pessoais” enquadradas no domínio afetivo (saber-estar/ser/attitudes).

- Experiência

A experiência foi surgindo ao longo de toda a entrevista de cada grupo, e de forma consensual, como fonte de competências.

“E sobretudo a experiência, que é isto que nos permite adquirir as competências.” (E11)

Este resultado já era esperado pela pesquisa efetuada no contexto do enquadramento teórico Benner (2001) refere que há um conjunto de competências que são adquiridas durante a experiência clínica; a experiência é então necessária para a perícia.

Kolb (1984), citado por Pinto (2015), refere que a aprendizagem pela experiência é um processo no decorrer do qual a experiência se transforma e para dar lugar à construção do saber.

Os participantes valorizaram de facto este desenvolvimento de competências específicas do especialista pela experiência enquanto processo, considerando por isso que também é importante o tempo de experiência que os enfermeiros têm:

“Em pediatria pela especificidade, não precisamos de um papel da escola a dizer que é especialista na área, porque o tempo de exercício profissional nesta área vai-nos dar essa especialização.” (E5)

“No meu serviço, no caso da prática da pediatria, num hospital pediátrico, muitas vezes ao longo da experiência profissional as pessoas vão adquirindo essas competências.” (E6)

“Se calhar uma pessoa que trabalha há dois anos e tem a especialidade e uma pessoa que não tem a especialidade mas que trabalha há 15 ou 20 nesta área, essa pessoa tem maior capacidade de decisão do que a que acabou de tirar o curso.” (E5)

“Se calhar mais anos de experiência te fornece uma amplitude de conhecimentos e alguma atenção [1- experiência na área de pediatria]. Acho que é um bocadinho transversal a todas as especialidades, também, o facto de teres mais anos de experiência traduz-se também noutras coisas que podem vir ao encontro... que o especialista pode acrescentar, mas que também não...” (E3)

De facto, “as experiências de cuidados não se constituem vivências isoladas no momento e no tempo em que ocorrem” (Correia, 2012, p. 132). Comportam experiências tidas em tempos anteriores e fazem parte de um contínuo da experiência da pessoa (*idem*).

Esta ideia de que com mais anos de experiência se terão maiores competências é validada por Benner (o saber é desenvolvido pelo tempo e com a aprendizagem pela experiência). Aliás, segundo a autora, é através deste confronto continuado com diversas situações no contexto da prática clínica que o enfermeiro vai adquirindo competências, evoluindo de iniciado para perito. Daí que quem tem mais tempo de experiência dará uma resposta diferente a um mesmo problema que a dada por alguém menos experiente. A perícia vai tornar possível a interpretação das situações clínicas. Sendo a aquisição de competências um processo, também é importante que as práticas sejam realizadas no mesmo serviço, por exemplo, para chegar ao nível de competente o enfermeiro deve estar há dois ou três anos no mesmo serviço, e alguns enfermeiros proficientes trabalham há cinco anos na mesma população (Benner, 2001).

Nas entrevistas os participantes também evidenciaram a importância do local da experiência (contexto pediátrico) para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em ESIP (pela intervenção de E1 – “*experiência na área de pediatria*”). Esta ideia é reforçada por outra intervenção que reforça o papel da experiência neste contexto mesmo para quem já é especialista:

“Tu fazes a especialidade, mas se não trabalhares em pediatria dificilmente tens todas as competências.” (E6)

Também a OE (2017) considera que (mesmo em contexto formativo) deve haver uma integração do enfermeiro na natureza dos cuidados de enfermagem na área específica de atuação profissional.

Outro resultado da entrevista foi a importância da equipa para este processo de desenvolvimento de competências. No fundo, descreveram uma modelagem pela equipa, um conhecimento construído de forma informal, e que surge da interação entre colegas em contexto de trabalho. Esta ideia foi trabalhada de forma mais concreta e expressiva no segundo grupo focal:

“O enfermeiro generalista, com a experiência, acaba por captar competências do próprio enfermeiro especialista.” (E11)

“As pessoas fazem-se umas com as outras. Nós também sabemos que a equipa se constrói (e todos nós temos a nossa personalidade, o nosso perfil) mas é evidente que se aprende muito em trabalho de equipa e... nós aprendemos com os outros, e aprendemos a fazer muita coisa com os nossos colegas e a ver as coisas de outra forma diferente também pelos olhos dos outros. Eu acho que é um bocadinho também o trabalho de equipa.” (E12)

“Pela nossa personalidade há bons enfermeiros e há maus enfermeiros, há menos bons, há pessoas com qualidades diferentes, mas, sem dúvida nenhuma que se nota que as pessoas também se constroem umas com as outras e fazem-se.../ as pessoas são muito próximas umas das outras em termos de dar resposta a alguma coisa, não é?, o pensamento acaba por ser muito próximo.” (E8)

“Sim, mas nós até entendemos que a forma como lidamos com os pais e com as crianças é muito semelhante, porque todas juntas fomos crescendo assim, não é? Crescer a nível profissional, porque... como se lida com as famílias, se calhar lida-se com uma forma diferente das dos adultos, porque não estão habituados a lidar com a família diretamente, mas sim só com o doente. Nós é a família e a criança” (E8)

“É mesmo a ideia de que nós de facto trabalhamos muito pelo mesmo caminho, trabalhamos muito da mesma forma, e acabamos por adquirir uns dos outros algumas características que são as mesmas, apesar do nosso perfil, da nossa

personalidade... mas há características em todos nós, que não as reconhecíamos antes, mas que ao juntarmo-nos numa equipa adquirimos e temos todos as mesmas características.” (E8)

Segundo Serrano, Costa e Costa (2011), no contexto da saúde verifica-se uma aprendizagem no local de trabalho por transferência de conhecimentos e assimilação (o que ocorrerá também na dimensão interdisciplinar). Constataram depois nos resultados da sua investigação que havia uma forma de pensamento e ação coletiva que determinam o modo como se cuida e que se traduzem na visibilidade do desempenho profissional. Referem também a existência de um processo de desenvolvimento de competências coletivas pela transferência de conhecimentos entre os níveis individuais, grupais e organizacional. Um estudo de Ferreira (2012, citado por Viana, 2013) também mostra que os indivíduos se inspiram de forma deliberada com colegas com maior experiência e com quem viram uma oportunidade de aprendizagem. Por sua vez, Benner (2001) diz que há aprendizagens que só podem ser feitas quando os enfermeiros comparam os seus pontos de vista durante a prestação de cuidados.

Outra ideia que surgiu nas duas entrevistas foi a de que o treino e a prática continuada do exercício profissional também vai ajudando a desenvolver competências, mesmo após a formação no âmbito da especialidade (não tendo o enfermeiro especialista adquirido todas as competências simultaneamente à aquisição do título profissional):

“Isso também pela nossa prática, não é?, não é logo que tiramos a especialidade. Eu tirei a especialidade quase a seguir ao curso, 4 ou 5 anos depois, mas depois de muito treino acho que nós conseguimos ter essa noção.” (E9)

“Claro, mas não se adquire [competências que promovem a qualidade dos cuidados] a seguir à especialidade, adquire-se com a especialidade e com algum... treino?” (E9)

“E não é só isso, é a questão da formação e a questão também do pensamento crítico, que as pessoas também têm que ir treinando e têm que ir afinando também, porque também é importante.” (E10)

“Lá está, não foi a especialidade que...: a partir do momento em que eu fiz a especialidade “aí, que eu já sou especialista” mas na prática, tive que ir adquirindo com algum investimento também próprio, não é?” (E9)

“Tens que as desenvolver. Porque tu até podes ter o conhecimento teórico, mas na realidade não tens a prática, não desenvolves essas competências na prática e isso faz toda a diferença.” (E7)

Este treino pode ser interpretado em duas perspetivas. Uma primeira, já abordada, que é a da aprendizagem pelo tempo – tendo já sido referido que confronto continuado com diversas situações no contexto da prática clínica que o enfermeiro vai adquirindo competências (Benner 2001). A outra perspetiva é que a aprendizagem teórica (feita por exemplo em contexto formativo) pode não nos conferir competências se não for aplicada e desenvolvida na prática experiencial. Neste sentido, Benner (2001) diz que experiência não é só “deixar passar o tempo” e cita Gadamer (1970) para explicar que é antes um aplicar das teorias em numerosas situações reais (que posteriormente também acrescentarão nuances ou diferenças subtis à teoria). Esta ideia de Benner é importante porque, apesar de centrar o seu modelo na experiência, no fundo diz também que a experiência não é autossuficiente, também pré-necessita das teorias. Benner (2001) afirma que o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina consiste em desenvolver a prática (saber-fazer) fundada na teoria (estudos científicos e investigações) e pelo registo da vivência experiencial.

Apesar deste reconhecimento do valor da experiência no desenvolvimento de competências, também emergiu das intervenções algum limite formativo à mesma – a ideia de que a experiência também ensina coisas erradas, de que há práticas nos serviços que podem não ser condizentes com a última literatura:

“Eu lembro-me por exemplo que dentro da especialidade eu tive que fazer um trabalho [...] que era sobre o uso de talas. A nós nos pequenos parece que não há outra forma de fixar a não ser usarmos a tala. Pois o trabalho que eu fiz na altura veio dizer precisamente o contrário, que não há vantagem em usar tala, com vários motivos a suportar esta ideia. E há uns anos era impensável não pôr tala. E isto acho que é o que a especialidade traz. Mas é assim porquê? Será que pode ser de outra maneira? Se calhar até podia ser melhor se fosse diferente.” (E1)

“Exatamente, porque o tempo também ensina coisas mal. É preciso investir na formação. Por isso é que a especialidade, tarde ou cedo faz muito bem.” (E8)

Esta última intervenção de E8 foi muito expressiva no segundo grupo focal, sobretudo porque alterou a dinâmica do grupo. Também é relevante referir que a participante E8 tem 30 anos de experiência em pediatria – uma enfermeira com muitos anos de aprendizagem e desenvolvimento de competências pela experiência e que recorda que há outras dimensões a considerar para se ter a melhor prática (no caso, a pós-licenciatura de especialização). Até

este momento estava a centralizar na experiência o desenvolvimento de competências. Depois deu valor a esta intervenção, refletiu sobre ela e deu também expressão (voltou a dar expressão) ao papel e peso que a formação tem no desenvolvimento ou aprimoramento de competências.

- Formação

Assim, a formação surge como complementar à experiência no desenvolvimento de competências, bem como fator essencial nesse desenvolvimento.

“Agora, realmente um especialista faz-se com a experiência e com o conhecimento. A formação é fundamental porque o conhecimento e o nosso pensamento científico é muito importante.” (E9)

Numa primeira abordagem ao valor da formação no desenvolvimento de competências, a principal referência formativa foi a pós-licenciatura de especialização:

“Traz outro tipo de conhecimentos. Outro tipo de conhecimentos que nós não obtemos no curso base, não é?” (E1)

“O especialista para além da prática que tem ao longo dos anos, se tiver especialidade, ele fica muito mais rico, por isso tem muito mais capacidades, entre aspas; já o enfermeiro generalista que também já tem uns anos de serviço, também já tem experiência e tem também conhecimentos, pode é depois também não ter os conhecimentos específicos que lhe confere a especialidade.” (E2)

“que se calhar o generalista que está há tantos anos... se calhar muitos deles sem uma contínua formação... que muitas vezes estão desligados daí. E o especialista teve isto reavivado há menos tempo.” (E1)

“Bem, quanto mais não seja durante o período em que estão a tirar a especialidade! Bem, mas pelo menos nesse período andam mais à procura [de conhecimento científico].” (E6)

“Eu sou especialista há pouco tempo e também coincidiu com a minha passagem para a pediatria, [...] É assim, a mim levou-me a focar nalguns aspetos que eu acho que valorizo [...] a mim a especialidade ajudou-me a relevar alguns... sei lá, o papel da família, [...] ajudou a focar alguns aspetos

que eu se calhar antes não tinha em tão grande atenção, [...] na questão do papel parental e dos registos” (E3)

“Por outro lado, se tens muitos anos de prática na pediatria mas sem a especialidade, talvez também não tenhas todas as competências porque não procuraste” (E6)

“És especialista, até pode ser ainda com pouca experiência, mas depois a formação na especialidade até nos dá estas noções. A ideia é essa, pelo menos. É que nos prepare.” (E8)

“A formação na especialidade vai-nos dar muitas coisas” (E8)

“Mesmo que... eu fiz a especialidade muito tarde e... mas trouxe-me sempre alguma coisa; as pessoas perguntavam-me “ao fim destes anos todos já és especialista?” – “claro, a experiência dá-nos essa especialidade, mas aprendemos sempre alguma coisa, dá-nos sempre qualquer coisa”. E isso é muito importante. [...] A formação é fundamental porque o conhecimento e o nosso pensamento científico é muito importante.” (E8)

No enquadramento teórico víamos que a finalidade da formação será o desenvolvimento profissional (OE, 2017). Globalmente, as respostas dadas atribuem à formação sobretudo a aquisição de conhecimentos, conferem-lhe um domínio essencialmente cognitivo, um “saber-saber”, sobretudo associado ao conhecimento científico. É interessante observar que fazem a descrição da importância da componente formativa quase sempre em articulação com a experiência, o que está em conformidade com a análise feita na subcategoria anterior (experiência). Acresce uma nuance diferente: fica a ideia de que esta formação especializada beneficia da existência prévia de prática e experiência clínica; e que posteriormente tem repercussões na prática clínica. No fundo não apenas a aplicação e interpretação da teoria na prática (como abordado na análise da experiência), mas uma interpretação das práticas e experiências prévias em contexto formativo. Fica uma ideia precursora de um percurso cíclico.

A Ordem dos Enfermeiros (2003, citada por Correia, 2012) preconiza que o enfermeiro faça uma revisão regular das suas práticas; se responsabilize pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências. Para se conseguir uma prestação de cuidados de qualidade, a formação dos enfermeiros especialistas deve ser continuada (OE, 2017). Também na entrevista ao segundo grupo focal foi dado este destaque à formação contínua:

“Mas também não é só o tempo, não é? Convém mesmo que haja algum investimento em termos de formação e não estou a falar só de formação pós-graduada, estou a falar de formação contínua, porque não é esperar que o tempo passe que...” (E10)

“Se me perguntarem “achas que a especialidade te ensinou alguma coisa de novo?”: alguns conhecimentos, mas poucos, foi o que eu achei, vai muito do teu conhecimento em termos de formação posterior.” (E12)

“Eu acho que já todos os colegas foram falando um bocadinho, aquela parte da formação contínua, [...]” (E11)

Do estudo de Cunha, Vieira e Macedo (2018) resulta que a formação no contexto prático (estágios/ensinos clínicos) é importante para criar esta relação entre a formação e o contexto prático e para promover a futura construção de competências de forma fundamentada e com continuado aperfeiçoamento. Numa metassíntese sobre a aprendizagem ao longo da vida (Mlambo, Silén e McGrath, 2021) é relatado que a formação profissional contínua dos enfermeiros eleva os padrões profissionais através das competências adquiridas, aumentando assim o desempenho profissional.

Tojal (2011) concluiu que a formação contínua (em contexto de formação de serviço): contribui para a atualização de conhecimentos; motiva à investigação com vista ao aperfeiçoamento teórico-prático; e fomenta a partilha de saberes e promove a reflexão conjunta sobre os problemas sentidos.

Segundo Abreu (2007, citado por Serrano *et al*, 2011), a formação pode ser indutora de transformações identitárias: dá legitimidade a novas formas de identidade pela alteração ao corpo de saberes. Esta ideia também parece estar patente no presente estudo quando verbalizada a importância que a formação pode ter na valorização do papel do enfermeiro especialista, na valorização das intervenções que tem:

“Eu acho que a especialidade nos ajuda a direcionar... mesmo tendo vários anos de experiência há coisas [E1—a repensar] que nunca sequer pensaste ou nem sequer valorizaste e que com a especialidade acabas por valorizar mais, não é que não soubesses, mas se calhar não valorizavas o teu papel naquela situação [...] ajuda-te é a focar nalguns pontos... que se calhar até já fazias mas que não estavas desperto, fazias e não valorizavas essa tua ação; e acho que a especialidade ajuda mais a focar nesse nosso papel.” (E3)

A este propósito, Nunes (2013) refere que o ato de enfermagem se assemelha ao desempenho de um papel. E papel do enfermeiro vai sendo construído. Isto porque a competência profissional é multidimensional e vai sendo modificada por vivências e reflexões.

Também neste estudo foi valorizada a reflexão – surgiu nas entrevistas a ideia de que o processo formativo também estimula a aprendizagem pela reflexão e a aprendizagem pela pesquisa:

“E isto acho que é o que a especialidade traz. Mas é assim porquê? Será que pode ser de outra maneira? Se calhar até podia ser melhor se fosse diferente.”
(E1)

“[...] – as ferramentas que a escola durante a formação da especialidade deu para refletirmos agora de uma forma diferente sobre a nossa prática.” (E11)

“Mas há uma que eu acho que ela trouxe e que se calhar isso é que vai fazer diferença: é que ajudou a estimular e trabalhar o pensamento crítico – como nos obriga a ir pesquisar, a ir pensar sobre aquilo que sabemos que é assim, “então mas é assim porquê? e porque não de outra forma?”.” (E1)

“Mas obrigou-me a desenvolver isto, a ir procurar.” (E1)

Para Cunha *et al* (2018), a própria formação deve ter (e promover) um carácter reflexivo para a promoção de competências para a ação. Nesta construção de construção baseada na reflexão sobre a ação reforçam a importância da formação em contexto clínico. No estudo que realizaram com estudantes de enfermagem em formação, Cunha *et al*, (2018) apuraram que 94,56% dos participantes consideraram que a reflexão sobre a prática hospitalar os ajudava a compreender e a resolver problemas (53,26% concordaram e 41,30% concordaram totalmente). E ainda, 95,65% dos participantes concordaram que a reflexão sobre a prática hospitalar os motivava a expandir o seu conhecimento teórico (42,39% concordaram e 53,26% concordaram totalmente). Esta necessidade de procura de conhecimento teórico e evidência científica, segundo Medina (1999, citado por Chicória, 2013), prende-se com a história da Enfermagem, pela reivindicação da identidade e autonomia profissional; e a partir dos anos 30, na legitimação como disciplina, começou a ser a pedagogia a centrar-se no conhecimento e fundamento científico como forma de resolver os problemas provenientes da prática. Chicória (2013) refere várias vezes que os enfermeiros procuram frequentemente a melhor evidência e a investigação clínica relevante (na busca de uma prática baseada na evidência) – assim, infere-se nas palavras de alguns participantes deste estudo que foi a formação de especialização que trouxe esta necessidade/capacidade.

A formação acaba por ser percebida frequentemente ao longo da entrevista como algo que dá ferramentas:

“Exatamente, a especialidade ajuda e no fundo, dá-nos ali qualquer coisa que nos vai ajudar a desenvolver essa capacidade de, essa experiência. Dá-nos as ferramentas e os utensílios... todo esse material.” (E8)

“Exatamente, para depois mais tarde, conseguirmos essas competências, sem dúvida.” (E9)

“Eu já fui fazer a especialidade com mais de 10 anos de serviço), aquilo que eu senti foi que a formação me deu ferramentas extra, que eu não tinha.” (E8)

“O curso dá-nos essas ferramentas que nós falávamos. Não só nos valida perante a Ordem, dá-nos essas ferramentas, que eu acho que é importantíssimo.” (E8)

Inferese desta perspectiva que há uma noção de que a formação prepara o enfermeiro: que não constitui por si só uma fonte de competências novas, mas que o prepara para conseguir ir desenvolvendo continuamente competências no contexto da sua prática profissional.

- Características pessoais

Esta subcategoria foi a última a ser abordada. Apesar de até ter surgido uma interpelação por um dos entrevistados ao grupo ...

“Pegando nisto, mas abordando a competência técnica, por exemplo a comunicação com a criança acham que se adquire em formação, ou já parte de cada enfermeiro?” (E4)

...em nenhum dos grupos surgiu nenhuma opinião a favor da existência de competências pré-adquiridas, mas sim características pessoais que favorecem a aprendizagem e o desenvolvimento de competências.

Para Flaming (2001, citado por Chicória, 2013), a prática de enfermagem não pode ser analisada partindo da pré-conceção de que a relação entre a teoria e a prática é direta. Na verdade, a teoria e a prática estão efetivamente interligadas, mas esta relação é influenciada por características pessoais e situacionais.

Abreu (2001, citado por Correia, 2012) afirma que para o desenvolvimento de competências é preciso recorrer a diversos comportamentos profissionais e sociais, como capacidades criativas, relacionais e transformativas do indivíduo: o seu comportamento, a sua personalidade, a sua identidade e a sua afetividade.

Também num projeto desenvolvido por Tabari-Khomeiran *et al.* (2007, citado por Correia 2012) relativo ao estudo de competências entre enfermeiros, um dos fatores encontrados para o desenvolvimento da competência profissional foi o das características pessoais.

Nos dois grupos focais foram então apontadas várias características pessoais (que se interpretam não como geradoras de competências, mas como promotoras da construção e desenvolvimento dessas competências). Uma das características que surgiu foi a iniciativa,

...

“As tuas competências pessoais, eu acho que também têm que ter alguma coisa diferenciadora. Por exemplo quando eu penso na questão da iniciativa, por exemplo, [9 - e criatividade] é uma coisa muito pessoal. E se tu não a tiveres da tua personalidade, também dificilmente serás capaz de ir buscar a outro lado.” (E10)

...também foi destacada a curiosidade/interesse pessoal, ...

“Tive que ir adquirindo com algum investimento também próprio, não é? Ir passando um bocadinho o que aprendi para a prática e é a fusão de tudo, e também do nosso interesse próprio.” (E9)

“Tem também a ver com a curiosidade pessoal: em querer trabalhar mais, em querer procurar mais.” (E3)

“[...] depende também do teu interesse pessoal... de procurar o conhecimento mais atualizado sobre determinados assuntos.” (E6)

“Sim, também tem que ser a pessoa que ao longo dos anos tem de ter a capacidade de ir procurar, não é só por seres especialista ou por teres mais anos de carreira que um dia não te vais encostar e deixar de procurar o saber. Acho que isso depende também da pessoa e do ela querer saber mais, do ir procurar.” (E4)

...e o perfil da pessoa enquanto enfermeiro também surgiu como factor influenciador:

“Portanto, há traços de personalidade que também... [dão competências diferenciadoras].” (E10)

“Não é só o tempo, não é só a experiência, não é só a formação, mas também é um pouco aquilo que também é o teu perfil enquanto enfermeiro daquela área em particular que te traz aquilo que é necessário [para ser especialista].” (E10)

Sendo a enfermagem uma disciplina prática humana, a prática que sustenta o seu conhecimento é moldada tanto pela disciplina, como pelos profissionais individualmente (Kim, 2010, citado por Chicória, 2013). Burnard (1997, 1999, citado por Correia 2012) diz que a aprendizagem social resulta do cruzamento de experiências pessoais; e propõe que a aprendizagem a partir da experiência resulta da riqueza pessoal da experiência de cada um, à qual o olhar e reflexão de cada um, faz surgir novos modos de entendimento.

Também neste estudo foi considerado o peso que tem a forma como cada pessoa vivencia e interpreta as informações obtidas nos contextos da experiência e da formação:

“[...] são desenvolvidas numa ou noutra direção consoante a experiência e o que cada um leva da experiência que tem. Uma pessoa pode ter a mesma experiência que eu e para mim serve-me para uma coisa e para ela... porque eu desenvolvo as coisas de uma maneira e ela de outra. Por isso é que as pessoas são tão diferentes, mesmo tendo percursos semelhantes retiram da mesma experiência informações diferentes.” (E1)

“E o partido que também cada um de nós retira da formação, não é, porque depois também cada um de nós... Há um bocadinho que retiramos, quer da formação quer da prática, e é a junção disso.” (E9)

“A mim a especialidade ajudou-me a [...] focar alguns aspetos que eu se calhar antes não tinha em tão grande atenção, mas acho que... claro, foi o que me ajudou a mim, não quer dizer que outro colega especialista tenha exatamente a mesma...” (E3)

Serrano *et al* (2011), diz que o enfermeiro em formação se abre ao conhecimento e para esta abertura integra novas formas de interpretar a experiência.

- Considerações adicionais à categoria

Santos (2009) constatou que “aprender” é o elemento fundamental do desenvolvimento de competências profissionais. Esta também é a ideia transmitida pelos

resultados desta categoria, em que os enfermeiros consideram que adquiriram competências através da aprendizagem pela experiência e aprendizagem pela formação. A formação e a experiência estão ligadas entre si e a aprendizagem que daí deriva resulta da relação e interpretação que cada enfermeiro faz dos conhecimentos e experiências vivenciadas. A análise dos resultados está espelhada num diagrama abaixo (ver figura 2).

Segundo Medina Moya (2008, citado por Chicória, 2013, p. 32), “deve ser abandonada a crença de que o conhecimento teórico é por si mesmo um meio para a ação profissional, ou que os saberes do tipo procedimental contêm em si mesmo a chave para a resolução das situações de forma e momento oportunos”. Pelo discutido, é uma interação dos dois, à luz também de uma intencionalidade pessoal: Serrano *et al.* (2011) constata que, para existir aprendizagem pela experiência é necessário que exista essa intencionalidade por parte dos enfermeiros nas situações de trabalho (para dar significado à sua interação com essa situação).

Segundo a teoria das expectativas de Vroom (1967, citado por Correia, 2012) de um ponto de vista cognitivo, o comportamento e o desempenho são resultado de uma escolha consciente. Não tendo sido uma abordagem deste estudo, poderá ser também interessante perceber que motivações é que levaram à escolha da formação pós-licenciada.

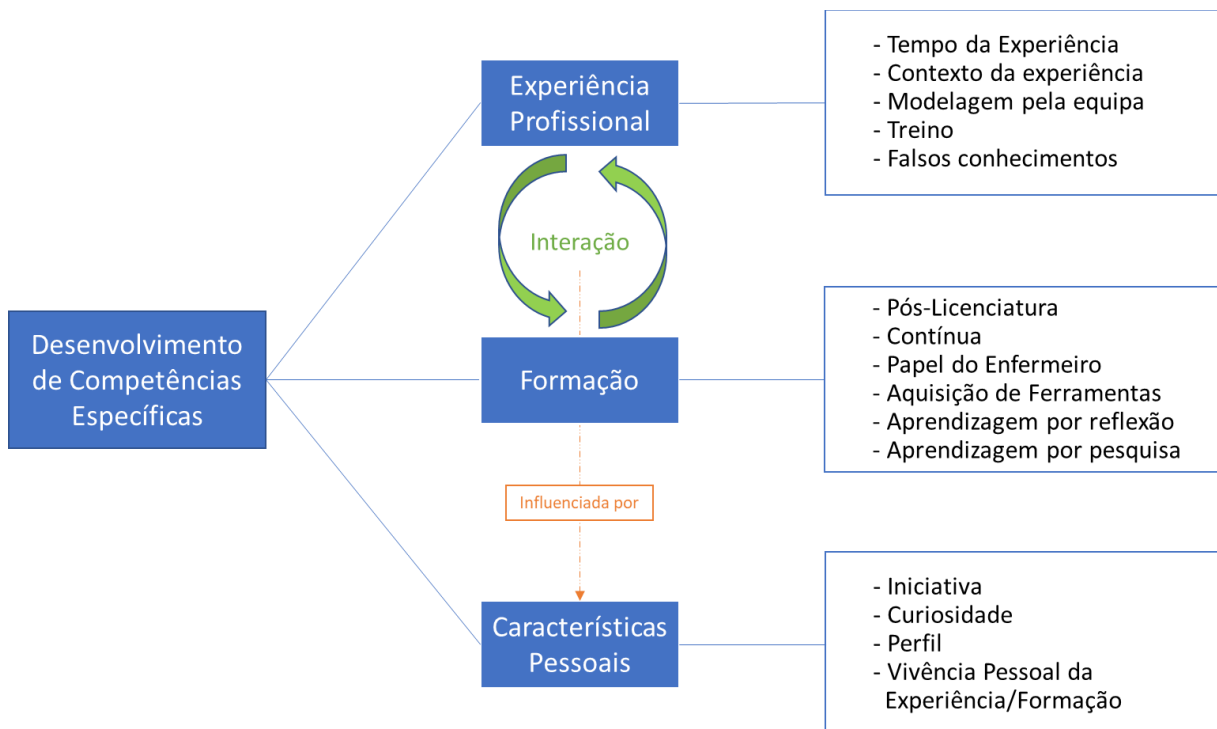


Figura 2 – Diagrama representativo dos resultados obtidos na categoria: desenvolvimento de competências específicas

2.4.3 - Reconhecimento da prática especializada

Na aquisição de competências, para além dos processos de formação inicial e contínua de competências também estão envolvidos os processos de construção e evolução enquanto enfermeiro e o processo de reconhecimento das competências pelos pares e pela sociedade (Pinto, 2015).

Partindo da análise das respostas à questão sobre quem é que os entrevistados entendiam que dava mais valor ao facto de serem especialistas (no seu contexto de trabalho, pessoal ou social), resultaram duas subcategorias: sentimento de desvalorização e sentimento de valorização.

- Sentimento de desvalorização

No primeiro grupo focal perante a questão colocada houve uma gargalhada geral (com um adicional “*essa é para rir!*” de E7), manifestando logo um primeiro resultado – sentimento generalizado de que o facto de serem especialistas não é valorizado pelos outros.

A observação das reações no 2º grupo vão no mesmo sentido, embora com manifestações menos efusivas: após a pergunta houve um momento de silêncio, em que dois dos participantes sorriam (E9 e E12) e após interpelação do moderador – “isto está a gerar sorrisos!” – obtiveram-se as respostas:

“Sim, é difícil, eu acho que essa é a pergunta mais difícil” (E9)

“Não sei se alguém dá!” (E3)

Pela sua trajetória histórica, a própria importância da profissão de Enfermagem segundo Avila, Silveira, Lunardi, Fernandes, Mancia e Silveira (2013) não é conhecida pela população, que de forma geral acaba por não a valorizar como fundamental nos cuidados de saúde. Nas conclusões do estudo visam que a reduzida visibilidade da Enfermagem parece ter impacto negativo no contexto de trabalho pela insatisfação e ausência de motivação, podendo comprometer a qualidade dos cuidados prestados.

Ao desenvolverem esta questão manifestaram perceções que parecem representar desinteresse tanto das crianças e famílias como da equipa disciplinar em saber quem é especialista:

“Os pais e crianças não sabem [E5 – eles não sabem], [E1 – procuram mais saber nos médicos].” (E6)

“A equipa médica também pouco se preocupa em saber” (E6)

De acordo com Carrijo (2012, citado por Avila *et al.*, 2013), a desvalorização por parte de outros profissionais da área da saúde também contribui para reduzir progressivamente a visibilidade da profissão (causando sofrimento aos enfermeiros e dificultando as suas relações com a equipa multiprofissional). O estudo que depois efetuaram (Avila *et al.*, 2013) veio confirmar que esta falta de reconhecimento da profissão quer pela equipa multiprofissional de saúde, quer pelos pacientes, dificulta a criação de laços de confiança, com impacto na prestação de cuidados.

Concluíram ainda que este “desinteresse” está ligado ao percurso histórico da profissão: os estereótipos negativos sobre a Enfermagem também resultam de uma postura de submissão e de indefinição da importância da prática do enfermeiro. Postura que muitas vezes não procura promover os seus ganhos. Talvez por isso também tenha surgido no decorrer das entrevistas a ideia de que os enfermeiros especialistas não são reconhecidos, mas que também não há essa intenção de reconhecimento, ou pelo menos essa expectativa, no momento em que se faz a especialização:

“Sim, aliás, quem tira a especialidade agora é para crescimento pessoal e enriquecimento pessoal, não é por reconhecimento atual ou futuro.” (E3)

Apesar da análise feita anteriormente, a própria especialização dos enfermeiros já será uma forma de valorização da profissão perante os outros profissionais de saúde e perante a população. Avilas *et al.* (2013) reconhece essas mudanças ocorridas na trajetória profissional da Enfermagem e que começa a haver uma tendência de mudança com constantes tentativas de conquistar a visibilidade profissional e conclui que no contexto de trabalho pode ser perceptível o modo de agir do enfermeiro, a sua competência e conhecimento. Mas acrescenta que além do compromisso profissional dos enfermeiros (na prática clínica) também é preciso marketing pessoal para transformar a imagem social do enfermeiro.

Das respostas dadas, também o enfermeiro especialista “precisará de um pouco de marketing”: surgem dados que mostram a perceção de que há uma invisibilidade do especialista, os pais não sabem que existe uma diferenciação...

“É assim: porque os pais... quem nos... eles vêem-nos todos da mesma forma.” (E9)

... e a indiferenciação mantém-se mesmo podendo os pais aperceberem-se de competências diferentes, ao não identificarem o profissional como especialista:

“Eu acho que sim, os pais até podem reconhecer que tu és diferente dos outros grupos que passaram, mas não sabem que tu és especialista. Às vezes

acontece eles até agradecem “obrigado senhora enfermeira, nunca me tinham alertado para isso”, mas elas não sabem porque é que a enfermeira está a ter este papel e os está a fazer isso.” (E5)

Esta invisibilidade, interpretada à luz do estudo de Avila et al. (2013) está associada ao desconhecimento acerca das competências e das funções próprias do especialista e ainda da dificuldade do próprio enfermeiro em realizar o marketing pessoal. Avila et al. (2013) concluem que cultura da profissão dificulta o quebrar o silêncio e passar a destacar qualidades, bem como a inexistência de competências de marketing. Desenvolver habilidades em marketing pessoal poderia ajudar a construir uma identidade profissional mais fortalecida. Isto também envolve o uso dos media para dar a conhecer os resultados e avanços profissionais, os ganhos em saúde.

Transpondo os resultados abordados de Avilas et al. (2013) para o presente estudo, emerge uma necessidade de reflexão de qual o papel que os enfermeiros especialistas poderão ter na sua própria visibilidade, quer no contexto clínico quer fora dele. Mesmo dentro deste contexto profissional, as crianças e famílias (e a própria equipa multidisciplinar) não chegam a saber que o enfermeiro que têm à sua frente é especialista. Importa também refletir sobre isto, por exemplo pode-se refletir sobre a importância da identificação como especialistas em contexto de trabalho. A este propósito, Santos (2011, citado por Esteves 2012) diz que o processo identitário no contexto profissional é sustentado por relações sociais que se concretizam na interação social através da sua identificação ao outro.

- Sentimento de valorização

Apesar da verbalização mais imediata de que não se consideravam valorizados, depois foram reconhecendo que havia pessoas/grupos ou contextos em que eram valorizados (a própria pergunta, já formulada na afirmativa – quem é que entendem que dá mais valor – querendo explorar esta vertente).

Benner (2002, citada por Correia, 2012) diz que enquanto seres humanos nós somos interdependentes e por isso, a nossa existência social vai depender da nossa personalidade e ainda da capacidade que temos para sermos reconhecidos e compreendidos pelos outros.

No presente estudo, as primeiras repostas sobre quem os participantes entendem que valoriza a sua prática especializada incidiram sobre a família e sobre a chefia.

A família:

“O marido.” (E1)

“Marido? Bem, sim, família...” (E?)

A Chefia:

“A chefia.” (E4)

“No meu serviço a chefia valoriza, e consegue atribuir papéis diferentes.” (E4)

“É difícil... São os chefes?, será? Porque...” (E9)

“É o que acontece muitas vezes quando os chefes de serviço nos dizem “faz a especialidade por favor, que eu preciso de ti para certos lugares”. Isso não acontece muitas vezes nos serviços?” (E8)

A abordagem à valorização pelos chefes não foi nem muito expressiva (resume-se às transcrições apresentadas) e na primeira entrevista a referência a “chefia” foi alvo de interjeições interrogativas, levando E4 a esclarecer a sua intervenção. No entanto, Esteves (2012) valoriza a ideia da identificação com o chefe na construção de uma identidade profissional – as relações laborais estabelecidas podem ajudar ao reconhecimento.

A Ordem dos Enfermeiros, não referida nos grupos focais, ao atribuir o título de especialista está a valorizar um conjunto de competências e funções especializadas que reconhece no enfermeiro especialista (OE, 2018). É uma primeira valorização (regulamentar) que ganha sentido quando (nas palavras de E4) o chefe consegue atribuir funções específicas para as competências existentes.

A referência à família surgiu no primeiro grupo focal e é de difícil interpretação, não tendo havido uma exploração sobre a forma como manifesta essa valorização. Pode enquadrar-se num contexto identitário, em que (segundo Santos, 2011, citado por Esteves, 2012) o processo identitário é influenciado por um processo de socialização pelas vivências comumente partilhadas. É um processo inacabado, permanente e dependente do percurso de vida do indivíduo.

Nos resultados dos grupos focais também há referência uma valorização pessoal do próprio enfermeiro especialista (a que teve maior expressividade e concordância nas entrevistas):

“Eu acho que somos nós próprios.” (E1)

“Acabamos por ser nós próprios.” (E3)

“Muitas vezes é sobretudo nós próprios.” (E4)

“Quem nos valoriza somos nós, eu acho que o importante é sermos mesmo nós a valorizar-nos, e a partir do momento em que tu estás/ em que tu sentes mesmo que és especialista: tu sentes isso, que és especialista, és tu que te

tens que valorizar (isso é que também faz com que os outros nos valorizem). A forma como tu trabalhas, como tu demonstras essas competências de especialista e te dás valor a ti vai fazer com que os outros te valorizem.” (E8)

“Para mim isso era fazer a diferença, e mesmo que não me dissessem, eu sabia que aquilo que tinha feito tinha tido impacto de forma positiva [8 - exatamente].” (E10)

“Concordo com a E8 quando diz que temos de ser nós a valorizar, porque se não formos nós a valorizar o facto de sermos especialistas, ninguém te reconhece isto, porque não andas com nada a dizer “sou enfermeira especialista”, não é? [...] eu acho que os pais quando nos agradecem, nos agradecem pela atuação e não pelo teu título profissional.” (E12)

Esteves (2012) relaciona a identidade profissional com a valorização. Dubar (1997, citado por Esteves 2012) diz que apesar da construção da identidade profissional não ser feita de forma unilateral, encontra-se, contudo, muito influenciada pelo percurso profissional que cada indivíduo faz. Faz então sentido esta “auto-valorização” encontrada nas transcrições do estudo, uma vez que apesar da possibilidade de percursos comuns a identidade é individual e o percurso individual. Dubar (1997, citado por Esteves 2012) diz ainda que a identidade não se limita a uma biografia, sendo antes um processo relacional de investimento no “eu”.

Santos (2011, citado por Esteves 2012) refere a importância do reconhecimento dos pares, fundamentalmente pela partilha de vivências comuns. E nas entrevistas também se evidenciou este reconhecimento da prática especializada pela equipa de enfermagem:

“Todos.” (E1)

“Todos, entre equipa” (E7)

“Por isso eu penso que é difícil... [E? - provavelmente entre pares, entre a equipa]. Sim, provavelmente entre pares.” (E5)

Na apreensão da multidimensionalidade da identidade profissional pesa a relação construída no âmbito da socialização profissional (Lemos, 2008, citado por Esteves, 2008).

Como abordado em resultados anteriores, aparentemente a criança e família não têm consciência de que o prestador de cuidados é especialista. Mesmo mantendo esta premissa, surgem intervenções em que alguns entrevistados referem sentir que a sua prática especializada é valorizada:

“Nem sempre, nem sempre; agora se tu fores uma boa enfermeira e as tuas competências de especialista - pessoa com experiência, com capacidade, com conhecimento – fazes aquilo que é correto para a melhoria da qualidade de vida daquela criança e daquela família e eles vão valorizar-te sempre. Não te vão dizer “ai que rica especialista”, não, mas vão dizer que és boa enfermeira.” (E8)

“E nós percebemos isso quando os pais... Quando os pais nos dizem muito obrigada, eu acho que também nos estão a valorizar. E tu aí é porque foste uma especialista, é porque soubeste estar...” (E8)

“Efetivamente nenhum de nós tem escrito que somos enfermeiros especialistas, mas isso reflete-se na prática, e o agradecimento dos pais neste contexto e das próprias crianças, não é?, satisfação!, satisfação pela prática que foi prestada, neste caso pelo enfermeiro especialista, sim.” (E11)

Na mesma linha e premissa, também surge uma perceção de valorização pela equipa médica

“E depois aquilo que eu acho também, e eu também sinto isso com algumas pessoas, é o virem ter contigo e perguntarem-te / por exemplo os médicos, virem ter contigo e perguntarem-te “o que é que tu achas?”, por isso eles também valorizam aquilo que é a tua visão [E9 – sim, mas isso não é por causa de ser especialista, não é?], e a tua experiência na decisão... na decisão e naquilo que é...” (E10)

O contexto institucional em que os entrevistados trabalham (o facto de pertencerem a serviços hospitalares pediátricos) é percecionado também como fator que contribui para a sua valorização (indiferenciada) pelas famílias que acolhem:

“A instituição também dá peso, o facto de estar num hospital pediátrico...” (E1)

“Eles [familiares] não consideram, mas por exemplo: relativamente aos enfermeiros do Centro de Saúde eles acham que nós somos “os especialistas das crianças”.” (E7)

“Não, isso é aquilo que eu estou a dizer, eu acho que elas acham sempre... eu acho que elas nos valorizam sempre por sermos enfermeiros da pediatria: “ai eu não era capaz, eu não era capaz, como é que vocês conseguem?” pelo menos eu vejo pelos meus amigos, “ ai tu fazes uma coisa que eu não era capaz de fazer”.” (E9)

Estes últimos resultados (valorização pelas crianças e famílias, pela equipa médica ou pelo contexto hospitalar pediátrico) não traduzem uma valorização baseada numa diferenciação real. Desconhecem-se as categorias profissionais. Confrontando com a discussão da subcategoria anterior, percebe-se que continua a haver uma necessidade de visibilidade das competências profissionais especializadas, pelo menos uma verbalização identitária. No entanto, Santos (2011, citado por Esteves, 2012) diz que a interação social no percurso de definição de identidade é um processo inacabado, pelo que podemos inferir que há um caminho que já está a ser feito, há já alguma visibilidade do resultado dos cuidados (e que é valorizada nos agradecimentos dos pais e nas interpelações da equipa médica) e na continuidade da interação outras construções irão ser formadas.

- Considerações adicionais à categoria

A competência profissional assume características multidimensionais e aquilo que cada um espera (e considera que os outros valorizam na sua acção) vai sendo modificado pelas experiências vividas e reflectidas. E este é um processo individual pois a dimensão do ser e tornar-se, desenvolve-se de uma forma singular em cada um, ainda que reconhecendo a influência dos outros nesse processo. (Nunes, 2013, p. 2)

De acordo com Lopes (2001, citado por Esteves, 2012), na construção da identidade profissional podemos encontrar três ideologias distintas: vocação, profissionalismo e profissionalização. O conceito de vocação centra as competências profissionais nas características individuais. O conceito de profissionalismo centra-se na renovação da imagem da profissão: valoriza a especialização, os saberes formalizados (e mais técnicos), a insubstituibilidade do conhecimento da enfermagem. A profissionalização demarca-se do campo médico e técnico e procura a melhoria da relação com o doente (centra-se por exemplo na promoção para a saúde).

No seguimento, a recomposição das dimensões nucleares da identidade dos enfermeiros, traduz-se numa dualidade ideológica e identitária que divide a profissão (*idem*). A influência destas várias ideologias foi aparecendo ao longo dos resultados das entrevistas. Provavelmente por isso é que emergiu simultaneamente um sentimento generalizado de desvalorização da prática especializada e um conjunto de momentos em que é constatado que há (pelo menos alguma) valorização. Espelha também a divergência das competências e percepções identitárias encontradas e discutidas na primeira categoria (subcategoria identidade e distinção).

A dualidade de sentimentos relativos ao reconhecimento da prática especializada também foi encontrada nos resultados da investigação de Silva *et al.* (2018), utilizado no enquadramento teórico do presente estudo. Os enfermeiros sentiram que não era reconhecida a sua prática especializada por não verem mudanças nas funções que desempenham. Em contraste, valorizam neles próprios as competências adquiridas e as mudanças na forma como exerciam as suas funções (traduzida na qualidade da prestação de cuidados, maior segurança na tomada de decisão e por uma visão holística das necessidades dos utentes). De facto, esta investigação está em concordância com os resultados obtidos nesta categoria. Um sentimento de desvalorização das suas competências pelos outros, mas um reconhecimento e auto valorização do seu percurso pessoal. Ainda assim este estudo teve um resultado não se encontrado na investigação de Silva *et al.* (2018) – o do reconhecimento da prática especializada pelos pares/colegas da mesma equipa. O que é um resultado positivo, o facto de o contexto de trabalho entre enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas ser frequentemente o mesmo (trabalham nos mesmos serviços, nos mesmos horários, com as mesmas patologias e distribuição de crianças e famílias semelhante) pode dificultar a identificação dos especialistas pelos profissionais ou pelas pessoas cuidadas, mas continua a permitir um reconhecimento e valorização pelos colegas.

A análise desta categoria encontra-se espelhada num diagrama abaixo (ver figura 3).

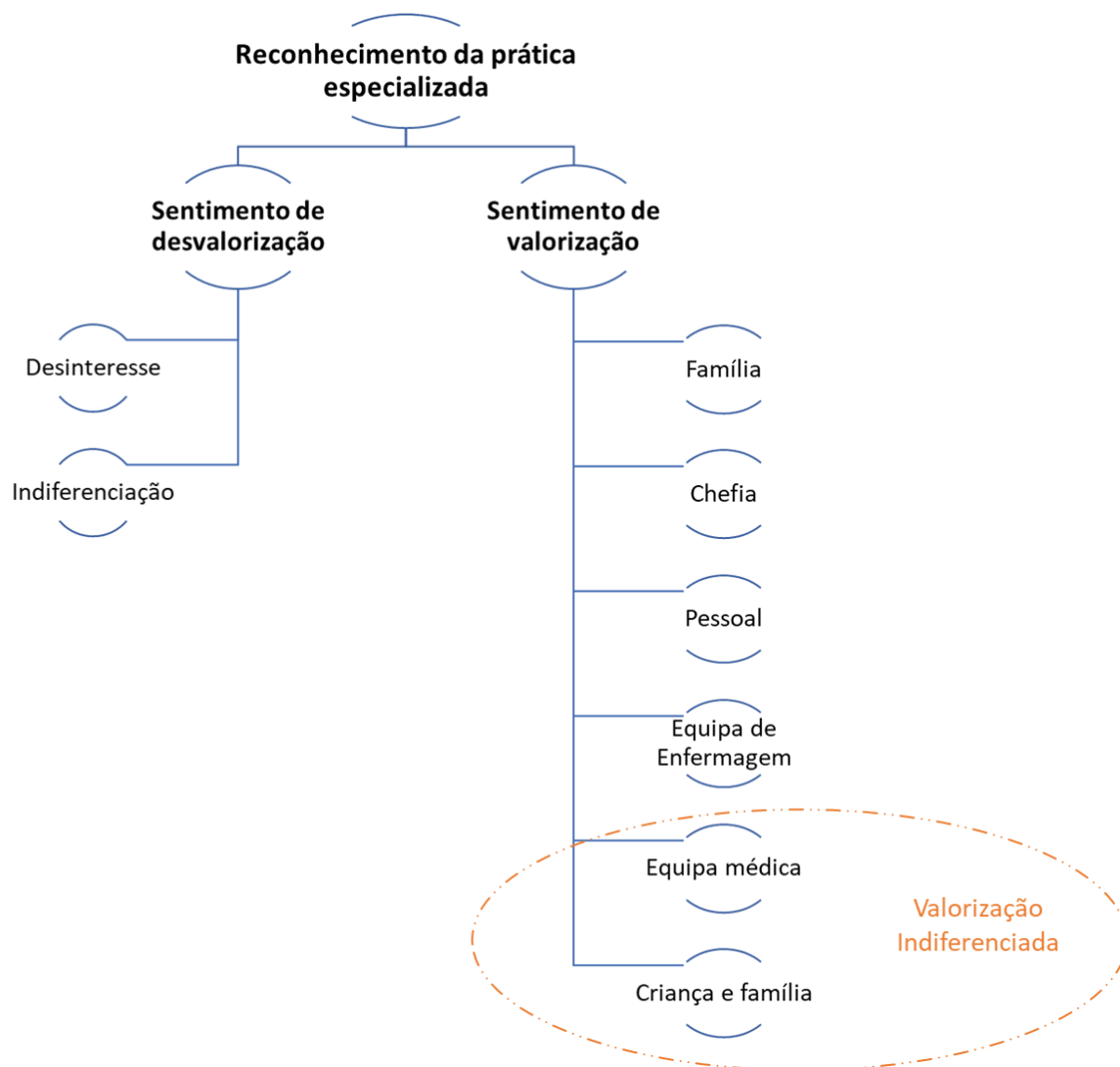


Figura 3 – Diagrama representativo dos resultados obtidos na categoria: reconhecimento da prática especializada

3 - Conclusão

O presente relatório espelhou o percurso académico de desenvolvimento pessoal e profissional vivenciado.

Os estágios realizados foram encarados como uma oportunidade privilegiada para o desenvolvimento de competências pessoais quer na mobilização de conhecimentos no percurso de formação especializada, quer na articulação desses conhecimentos para o contexto atual de trabalho profissional. Foram aproveitadas as oportunidades de desenvolver competências no estabelecimento de relações de parceria com a criança/jovem e família e com intervenção na otimização da sua saúde ao longo do ciclo vital.

Terão sido atingidos os objetivos gerais e específicos delineados para os estágios. E as aprendizagens e reflexões feitas promoveram um crescimento de habilidades que suscitaram um maior interesse na procura de conhecer que competências os Enfermeiros Especialistas em ESIP possuem e que na sua perspetiva distinguem o seu exercício profissional. Este interesse deu origem a um estudo de investigação que completou este percurso académico, tanto no desenvolvimento de competências de investigação, como nos ganhos obtidos pela oportunidade de reflexão e de esclarecimento sobre o tema em estudo, resultante da discussão dos resultados e conclusões obtidas no estudo.

Para este estudo optou-se por uma investigação qualitativa, de carácter exploratório, que desse resposta à pergunta “que competências os enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica valorizam e que, na sua perspetiva, distinguem a sua prática profissional?”. Com a concretização da análise aos dados obtidos conseguiram atingir-se os objetivos resultantes da questão, obtendo-se conclusões que, não podendo ser encaradas como verdades definitivas (não é o carácter nem o objetivo do estudo), contribuem com dados e pistas para a reflexão da temática em estudo. Assim, através da análise das entrevistas encontraram-se três categorias distintas que dão resposta aos três objetivos específicos do estudo. São elas: características diferenciadoras pela prática, desenvolvimento de competências específicas e reconhecimento da prática especializada.

Da primeira categoria (características diferenciadoras pela prática) conclui-se que os enfermeiros valorizam no seu exercício profissional especializado competências dos domínios: cognitivo (como juízo clínico, fundamentação de decisões, conhecimentos específicos); psicomotor (como a gestão de cuidados, o trabalho em equipa e a liderança); e afetivo (perfil de perito e intencionalidade das intervenções). Nesta categoria foi ainda

evidente uma desvalorização inconsciente da identidade e competências do enfermeiro especialista quando comparadas às do enfermeiro generalista com experiência em pediatria.

Da segunda categoria encontrada conclui-se que os enfermeiros especialistas atribuem o desenvolvimento de competências específicas à experiência prática (pelas vivências e modelagem pelos colegas da equipa), à formação formal especializada e às características pessoais do próprio especialista.

Na terceira categoria foi possível refletir sobre a valorização da prática clínica/profissional especializada, onde emergiram sentimentos de valorização essencialmente pelos próprios enfermeiros especialistas (autovalorização) e pelos restantes elementos da equipa de enfermagem. Simultaneamente, os enfermeiros especialistas descreveram sentimentos de desvalorização por parte das crianças/família por desconhecerem a categoria profissional.

A principal limitação encontrada no estudo foi a inexperiência do investigador em conduzir entrevistas em grupo (reduzida pela realização de uma primeira entrevista teste) e em fazer análise qualitativa de dados, tendo sido um primeiro contacto com a metodologia de Bardin. Procurou-se, contudo, rigor e objetividade nas técnicas, estratégias e metodologias usadas, pelo estudo prévio e continuado das mesmas, pela análise de outros estudos que seguiram a mesma metodologia, e pela articulação com a orientadora da investigação.

Adicionalmente, a opção por incluir apenas enfermeiros de serviços hospitalar limita o estudo a este contexto e não a outras realidades em que o enfermeiro especialista em ESIP atua e onde as experiências vividas poderão ser, naturalmente diferentes.

Dada a natureza exploratória desta investigação, optou-se pela inclusão de variedade de experiências em cada grupo focal realizado. Para outro tipo de estudos possíveis no futuro sugere-se optar pelo controlo de variáveis como o tempo decorrido desde a especialização, e/ou a função desempenhada (ex: prestação de cuidados, gestão) e/ou outros contextos de trabalho (como o Centro de saúde, por exemplo). Considerar também a possibilidade da inclusão da perceção dos enfermeiros generalistas. Sugere-se ainda para estudos futuros uma exploração dos benefícios/ganhos para a equipa de enfermagem pela presença de enfermeiros especialistas em ESIP no seu corpo de trabalho (tendo surgido ideias periféricas nestas entrevistas como a vertente formativa, a segurança com que se interage com ele na prática de cuidados e a liderança).

Esta investigação contribui para uma clarificação das perspetivas dos enfermeiros especialistas em ESIP sobre as competências diferenciadoras da sua prática especializada, abrindo espaço à formulação e exploração de novas hipóteses de estudos neste âmbito.

Referências bibliográficas

- Avila, L. I.; Silveira, R. S.; Lunardi, V. L.; Fernandes, G. F. M.; Mancia, J. R.; Silveira, J. T. (2013). Implicaciones de la visibilidad de la enfermería en el ejercicio profesional. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 34 (3), 102-109. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000300013>
- Bardin, L. (2014, Setembro). *Análise de Conteúdo*. 5ª Edição. Coimbra: Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carvalho, V. M. P. (2022). *Perceção dos pais sobre o papel do enfermeiro de referência nos cuidados à criança submetida a transplante hepático* (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu.
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). (2016). *Organização dos Cuidados de Enfermagem - Método Enfermeiro de Referência: implementação CHUC*. Coimbra.
- Chicória M.I.G (2013). *Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência*. [Relatório Final, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica 2016-2019 (2017). *Atribuição de responsável de turno: parecer conjunto nº 01/2017*. Lisboa: CE e MCEEMC. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf
- Correia, M. C. B. (2012). *Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI*. [Tese de Doutoramento não publicada]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Cunha, C. M. S. L. M.; Vieira, I. F. G. F. F.; Macedo, A. P. M. C. (2018). A construção de competências profissionais no contexto do estágio em enfermagem. *Campo Abierto*, 37 (1) 93-106
- Direção Geral da Saúde (DGS). (2017, Agosto). *Norma 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa: DGS. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>

- Escola Superior de Saúde de Viseu (2021). Guia Orientador: Estágio de Urgências Pediátricas e Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia. Viseu.
- Esteves, A. M. T. (2012). A construção da Identidade Profissional do Enfermeiro em Bloco Operatório. [Dissertação de mestrado não publicada]. Escola Superior de Ciências Empresariais, Instituto Politécnico de Setúbal
- Ferraz, A. P. C. M.; Belhot, R. V. (2010). Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objectivos instrucionais. *Gestão & Produção*, 17 (2), 421-431. Recuperado em <https://www.scielo.br/j/gp/a/bRkFgcJqbGCDp3HjQqFdqBm/?format=pdf&lang=pt>
- Fortin, M. (2009). O processo de investigação, da concepção à realização. 5ª edição. Lusociência.
- Kind, L. (2004, Junho). Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*, 10 (15), 5-14. Recuperado em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/202>
- Leal, L. A. ; Henriques, S. H. (2021). Guia norteador para condução de grupo focal na identificação de competências gerenciais: Relato de experiência *New trends in qualitative research*. (8) 890-897Disponível em <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.890-897>
- Martins, J. C. A. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*. 12 (2), 62-66. Recuperado em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23998/1/2008_12_2_62-66.pdf
- Mlambo, M.; Silén, C.; McGrath, C. (2021). Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. *BMC Nursing*, 20 (62). Disponível em <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00579-2>
- Nunes, L. (2013). Competências morais dos profissionais de enfermagem. VIII Encontro Enfermagem Centro Hospitalar Leiria-Pombal
- Ordem dos enfermeiros (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Lisboa: Ordem dos enfermeiros
- Ordem dos enfermeiros (2011). Orientação de alunos em estágio. Parecer CJ 319/2011. Recuperado em

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer319_2011_CJ.pdf

Ordem dos Enfermeiros, Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa: OE. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2021, Abril 1). Cuidados de Saúde Primários. Recuperado de: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>

Pinto, T.G. (2015). De iniciado a perito um percurso a construir na promoção da parentalidade. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/16413>

Regulamento nº 140/2019 (2019, fevereiro 6). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. [Portugal]. Diário da República, 2(26), pp. 4744-4750.

Regulamento nº 422/2018 (2018, julho 12). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. [Portugal]. Diário da República, 2(133), pp. 19192-19194.

Resende, R. (2016). Técnica de investigação qualitativa: ECTI. *Journal of Sport Pedagogy&Research*, 2 (1), 50-75.

Santos, M. N. P. (2009). Desenvolvimento de competências profissionais com a educação pelos pares: estudo de caso. [Dissertação de mestrado não publicada]. Universidade do Porto

Serrano, M. T. P.; Costa, A. S. M. C.; Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (3), 15-23

Silva, R. M. O.; Luz, M. D. A.; Fernandes, J. D.; Silva, L. S. ; Cordeiro, A. L. A. O.; Mota, L. S. R. (2018, Janeiro-Março). Tornar-se especialista: expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(16): 147-152. ISSN: 2182.2883; ISSNp: 0874.0283 Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV17076>

Soares, M. I., Camelo, S. H. H., & Resck, Z. M. R. (2016). Technique of focus group in qualitative data collection: experience report. *Revista Mineira de Enfermagem*, 20, 1-5. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160012>

- Sousa, P. C. M. M. (2012). O exercício parental durante a hospitalização do filho: intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. [Tese de doutoramento não publicada]. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde – Porto
- Tojal, A. M. A. F. (2011). Percepção dos Enfermeiros sobre a formação em serviço. [Dissertação de Mestrado não publicada]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Trevithick, P. (2006). Social work skills: a practice handbook. 3ª edição. Open University Press
- Viana, V. A. (2013). Aprendizagem transformadora e social entre indivíduos que exercem atividades voluntárias. [Dissertação de pós-graduação, Universidade Presbiteriana Mackenzie]. Resgatada de <https://fdocumentos.tips/document/universidade-presbiteriana-mackenzie-centro-de-tede-testimonial-of-15-volunteer.html?page=1>

Apêndices

Apêndice I – Projeto de Estágio _ Estágio de Neonatologia

Objectivos pessoais e atividades:

Integrar a equipa na dinâmica de prestação de cuidados ao RN de risco.

- Integração no espaço físico através de uma primeira visita guiada pela Enfermeira Chefe do Serviço, bem como nova visita com Enfermeira Tutora.
- Leitura do guia de acolhimento/integração de novos enfermeiros ao Serviço.
- Acolhimento pela enfermeira tutora ao espaço, ao equipamento, às rotinas de cuidados.
- Conhecimento e compreensão da articulação deste Serviço com outros (sala de partos, puerpério, cuidados intensivos pediátricos, centros de saúde,...)

Conhecer uma realidade de prestação de cuidados que permita o desenvolvimento de competências de enfermagem para intervir na assistência ao RN de risco

- Acolhimento pela Enfermeira Tutora à filosofia de cuidados.
- Pesquisa de evidência científica que permita dar resposta a situações raras ou saber encaminhá-las
- Reflexão sobre os cuidados, reflexão sobre o processo de tomada de decisão.
- Integração (baseada na reflexão feita) de novas ideias nos modelos de enfermagem que uso e que possam melhorar a minha prática noutros contextos, nomeadamente no meu contexto atual de prestação de cuidados (urgência pediátrica).

Desenvolver conhecimentos (promovidos pelo próprio, pela situação clínica ou pelas enfermeiras tutoras) para uma prática clínica especializada baseada em evidência científica.

- Consulta de protocolos do serviço.
- Realização de pesquisas com base nas realidades e necessidades encontradas e na orientação dada pela Enfermeira Tutora ou Professora Orientadora
- Apresentação de novos conhecimentos à Enfermeira tutora e discussão dos mesmos com vista à implementação na prática clínica.

Gerir cuidados de enfermagem em articulação com a equipa de enfermagem e equipa de saúde em articulação com as mães(/acompanhantes) dos bebés internados.

- Apresentação e integração na equipa de saúde
- Construção de estratégias de resolução de problemas em articulação com a equipa de saúde.
- Adequação dos contributos à equipa. Observação (e reflexão) dos contributos feitos pelos enfermeiros à equipa de saúde.
- Aceitação dos contributos da equipa para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão.
- Reflexão sobre os processos de tomada de decisão.
- Construção de estratégias promotoras da resolução de problemas em parceria com a mãe.

Conhecer estratégias de promoção do desenvolvimento do prematuro (por exemplo, aplicação do NIDCAP).

- Pesquisa teórica direcionada ao NIDCAP.
- Observação de práticas relacionadas com a promoção do desenvolvimento do prematuro.
- Consolidação de conhecimentos sobre desenvolvimento.
- Implementação dos conhecimentos adquiridos na prática.

Compreender como é estimulado o vínculo entre o bebé e a mãe (sobretudo num contexto em que o bebé pode estar ventilado ou confinado a uma incubadora e em que o contacto físico até possa estar restringido pela imaturidade e fase de desenvolvimento).

- Observação das práticas existentes no serviço
- Questionamento e reflexão conjunta com a Enfermeira tutora.
- Conhecimento de projetos existentes no serviço nesta área.
- Avaliação do desenvolvimento da parentalidade.
- Promoção de estratégias facilitadoras da vinculação
- Utilização de estratégias promotoras da amamentação e do contacto físico.

Perceber de que forma o vínculo está a ser promovido com os pais neste contexto de pandemia em que o pai provavelmente não pôde acompanhar a mulher grávida nas consultas e agora fica impedido de entrar no serviço.

- Conversa e reflexão com a Enfermeira Tutora sobre esta questão. Comparação com o que era feito num contexto prévio ao de pandemia.

Prestar cuidados dirigidos ao estado de desenvolvimento do prematuro, respeitando o seu descanso, promovendo o conforto e reduzindo a manipulação e a manipulação traumática.

- Avaliação do estado de desenvolvimento.
- Identificação de necessidades especiais.
- Planeamento e gestão antecipada de cuidados.
- Promoção de ambiente adequado às necessidades do bebé (em equipamento necessário, em condições de ruído, luminosidade, etc.)
- Aplicação de escalas de avaliação da dor adequadas à idade.
- Intervenção não farmacológica direcionada ao alívio da dor.

Adquirir competências na capacitação das mães para os cuidados ao bebé e preparação para a alta.

- Comunicação empática com a mãe.
- Negociação contínua de cuidados com crescentes ensinamentos à mãe e sequente crescente capacitação.
- Transmissão de orientações antecipatórias à mãe.

Adquirir competências na utilização de equipamento específico (de fototerapia, incubadoras, ventiladores...), assegurando a prestação de cuidados (de segurança, vigilância, conforto) aos neonatos neste contexto.

- Aprendizagem direta com a Enfermeira tutora na vertente técnico-prática.
- Leitura de protocolos.
- Implementação de medidas de prevenção, promotoras da segurança e identificação de práticas de risco.

No decorrer do estágio fui confrontado com grandes alterações no Serviço, com a redução do número de vagas de internamento e a redução da equipa de enfermagem, bem como da equipa médica e das assistentes operacionais. Foi uma situação inesperada para a equipa, com grandes implicações para a gestão do serviço. Passou a ser também central para este estágio outro objetivo:

Reconhecer a importância que a gestão de uma equipa de enfermagem tem no funcionamento enquanto equipa e na qualidade e segurança da prestação de cuidados.

- Reflexão sobre gestão (horários, de dinâmicas, de recursos humanos, de emoções, etc).

- Reflexão sobre a necessidade de valores e normas deontológicas nas tomadas de decisão relacionadas com gestão de um serviço de internamento.

Apêndice II – Saúde mental no trabalho em tempos de pandemia

Saúde mental no trabalho em tempos de pandemia.

Vivências em contexto de confinamento e resistência progressiva ao 2º confinamento

Estamos a viver um segundo confinamento. Há uma mudança neste 2º confinamento que afeta mais as pessoas. Segundo o psiquiatra Vítor Cotovio (membro do Conselho Nacional de Saúde Mental e diretor clínico do hospital psiquiátrico Casa de Saúde do Telhal), na altura do primeiro confinamento, a pandemia era uma coisa nova e tinha uma escala global, pelo que as pessoas ativaram o seu instinto de sobrevivência através de medo e ansiedade. *“O medo é uma resposta emocional a uma ameaça iminente, que é real e percebida por nós como uma ameaça à sobrevivência. E, portanto, quando as pessoas se começaram a aperceber da dimensão do problema e da existência de variáveis que não se controlam, acionaram o medo.”* A ativação de respostas ansiosas foi acionada pela crise sanitária e pela ameaça de crise económica. Perante as notícias que nos chegaram de outros países, revelou-se mais fácil para a população abdicar um pouco da sua liberdade para garantir maior segurança e maior possibilidade de sobrevivência.¹

Por outro lado, com o passar do tempo, o ser humano passa a vulgarizar a ameaça. E neste segundo confinamento há já uma maior resistência às medidas em vigor por uma nova realidade de *“fadiga ou exaustão pandémica”*.

Contribui também para a vulgarização o facto de a comunicação ser toda feita em números. *“Se nos baseamos na divulgação sistemática de estatísticas, os números ficam frios e crus, não têm rosto, são vulgarizados, e as pessoas habituam-se a 200 mortes diárias como se fosse uma coisa prosaica.”*¹ O psiquiatra Vítor Cotovio defende que os números têm de ter rosto (para assimilar melhor uma narrativa, como forma de o ser humano dar sentido à sua vida e aos seus sentimentos). Os números não têm a capacidade de modificar comportamentos, habituamo-nos a eles, precisamos de narrativas/histórias.^{1,2}

Impacto da pandemia na saúde mental das pessoas

Na mesma linha de ideias já mencionada, o psiquiatra Vítor Cotovio é da opinião que se está a viver uma *“angústia existencial pandémica permanente”*: há sempre um medo presente perante a ameaça de infetar ou ser infetado e ainda uma ansiedade mantida relacionada com o sentimento de ameaça futura (por ex., crise económica).²

Esta ansiedade vai condicionar as nossas respostas naquilo que é a nossa relação com os outros. Podemos ficar também mais desconfiados uns dos outros, ou mais obsessivos (com limpezas por ex.).

Este conjunto de situações (afetando mais numa pessoa que outras) pode trazer uma desarmonia, um desequilíbrio mental. Iremos estar numa situação em que as pessoas mais obsessivas ficam ainda mais obsessivas; ou as pessoas mais paranoicas e desconfiadas mais paranoicas, ou mais hipocondríacas ou com mais stress pós-traumático, ou mais fóbicas ou com mais inquietações de pânico.^{1,2}

Um estudo da Universidade de Oxford diz que três meses depois de estarem infetadas, uma em cada cinco pessoas tem uma doença mental identificada. Outro estudo do Instituto Ricardo Jorge aponta que sete em cada dez pessoas que viveram este sofrimento pandémico ligado à quarentena têm sofrimento psicológico.

Impacto da pandemia na saúde mental dos enfermeiros

Segundo um estudo do CINTESIS (Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde), fatores diretamente ligados à pandemia deixaram os enfermeiros portugueses mais ansiosos, com mais sintomas depressivos e com maiores níveis de stress (conclusões preliminares).^{3,4,5}

- Houve um aumento de cerca de 40% nos níveis de ansiedade (os enfermeiros estão mais nervosos, mais inquietos, mais inseguros, mais tensos e mais preocupados com o futuro).³
- Os resultados foram consistentemente associados a sintomas depressivos, de ansiedade e de stress nos enfermeiros, como o medo de infetar outras pessoas e o medo de ser infetado.⁴
- Os sintomas depressivos, ansiedade e stress são mais elevados quando os enfermeiros entendem que os equipamentos de proteção individual não são os mais adequados, quer em quantidade, quer em qualidade³ (e por ex., 45% insatisfeitos com quantidade de máscaras e 52% insatisfeitos com qualidade delas⁵)
- Agravamento dos sintomas depressivos nos enfermeiros que tiveram de se deslocar de casa para proteção da família.^{3,5}
- Também se encontrou relação entre o aumento dos níveis de ansiedade, stress e sintomas depressivos e o aumento do número de horas de trabalho³
- Sono classificado como mau ou muito mau por 57% dos enfermeiros; e 48% classificam a sua qualidade de vida como má ou muito má.³
- Apesar deste impacto na saúde mental, apenas 1,4% dos enfermeiros procurou algum tipo de serviço de apoio (consultas online ou linhas telefónicas de apoio). Esta baixa procura parece revelar alguma desvalorização dos sintomas, mesmo quando em níveis patológicos.³

Importância da gestão de pessoas no contexto da gestão de recursos humanos

A gestão de pessoas é um conceito que nasce da psicologia organizacional ao perceber a importância das pessoas para os resultados da empresa, ao perceber que o modo como os profissionais são tratados faz toda a diferença a uma organização. A gestão de pessoas valoriza o “capital” humano, envolve e capacita os profissionais mostrando a cada um a sua importância na equipa. Para implementar este conceito é necessário investir em:

- **Motivação** – um profissional desmotivado não produz resultados, ou não se empenha neles

- Comunicação – para o fortalecimento de uma equipa é necessário um diálogo assente em informações claras e acessíveis, sendo essencial a quebra de hierarquias.
- Trabalho em equipa – facilitar o apoio uns aos outros por parte dos profissionais⁶

Neste contexto de grandes mudanças e de grandes incertezas trazido pela pandemia, a saúde mental dos trabalhadores ganha destaque como uma das principais preocupações dos dias que vivemos. Trabalhadores saudáveis são mais produtivos. É responsabilidade dos recursos humanos tomar diligências no sentido de promover um ambiente saudável e promotor da saúde mental. Cada pessoa é única. Tratando cada um nesse pressuposto ajuda a compreender as dificuldades específicas. As necessidades de uma pessoa e o que funciona bem para ela, pode não ser realidade para os outros. No fundo, a promoção da saúde mental dos profissionais pode resumir-se a uma valorização do ser humano acima da de funcionário. Por isso, na gestão de recursos humanos, é essencial manter como foco a preocupação com a vida de cada pessoa antes de olhar para elas como força de trabalho.⁷

Também as demissões têm impacto no ambiente de trabalho. Por mais que possa ser positivo ter mantido o posto de trabalho, os que ficam perderam pessoas próximas da sua equipa de trabalho (e até mesmo amigos). Há um processo de luto que é preciso respeitar.

Quando não há este cuidado com a promoção de um ambiente saudável, sofre tanto o trabalhador como a entidade empregadora. O trabalhador sofre porque trabalhar é uma necessidade intrínseca do ser humano e através do trabalho o ser humano pode-se sentir realizado e desenvolver-se nas dimensões psicológica, social e económica. Logo, quando o trabalho deixa de cumprir esse papel, deixa consequentemente de promover a saúde e passa a ter influência negativa sobre a pessoa. O “trabalho deixa de ser saudável quando perde o significado para o trabalhador, quando não favorece seu desenvolvimento, quando exige uma capacidade de adaptação incompatível com a realidade do indivíduo, enfraquece os vínculos coletivos, quando não lhe é dado chance de expressão, e é realizado sob condições materiais e psicológicas inadequadas”.⁸ Os principais problemas mentais daqui decorrentes são a depressão, a ansiedade, o *stress* pós-traumático e o *burnout* (este resultando do prolongar no tempo da situação negativa).

Futuro

O psiquiatra Vítor Cotovio lembra que perante o medo que a pandemia provoca e a ansiedade perante a ameaça futura existem pessoas que vão com as suas ferramentas passando pela pandemia de uma forma mais saudável e pessoas que com as suas fragilidades e com as suas suscetibilidades se deixam envolver pela “angústia existencial pandémica”.⁹ Esta diferença entre todos implica que todos tenhamos que ter um compromisso de responsabilidade solidário.² O não haver rede de suporte social faz com que a probabilidade da doença também aumente muito.⁹

O psiquiatra diz que a pandemia é um desafio à comunicação não-verbal, sendo importante os regates do olhar e da comunicação não-verbal”; e ainda a importância da palavra na forma como é dita e na emoção que carrega. Devemos ter a sensatez de não deixarmos as pessoas isoladas: se não vivermos a vida, isto também é uma doença da qual podemos morrer.² O distanciamento físico não pode corresponder a um distanciamento afetivo ou social. Sem esquecer que, também nas instituições, além de tratar os utentes que necessitam de cuidados, existem também muitos profissionais que também precisam de ser cuidados.⁹

Para o futuro (em que “o país não será resgatado da crise se não se acudir desde já aos problemas de saúde mental”¹) importa ter equipas a pensar, a criar soluções, a antecipar... Importa que “as

lideranças antecipem, sejam éticas e empáticas para que o colaborador perceba que está com ele e que se percebe as angústias das pessoas”.⁹

Recomendações da Ordem dos Enfermeiros para os profissionais

A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica diz-nos que apesar do stress e a ansiedade serem reações normais a situações de crise, isso não significa que devam ser ignorados ou desvalorizados. Para tal, propõe as seguintes atitudes (considerando que um enfermeiro que não está bem não está apto a tomar conta dos outros)¹⁰:

- Dormir (períodos de sono de 6h, 7h30m ou 9h, cumprindo assim entre quatro a seis ciclos de sono). Procure relaxar antes de adormecer;
- Manter uma alimentação saudável (em intervalos regulares, evitando alimentos processados, com elevado teor calórico e pobres em nutrientes, e mantendo uma ingestão hídrica de cerca de 2 litros por dia);
- Realizar atividade física (existem diversos vídeos e tutoriais online disponíveis para o efeito) e/ou procure momentos relaxantes;
- Manter o contacto (telefónico e/ou online) com a família e amigos;
- Evitar o recurso a substâncias psicoativas, tabaco, álcool, e outras drogas.
- Estar preparado para o medo e/ou estigma.

A quem lidera equipas ou serviços de saúde propõe que procure comunicar de forma eficaz, lembrando-se de que a comunicação escrita formal nem sempre é aquela que mais eficazmente chega aos colaboradores. A criatividade e o uso de formas alternativas de comunicação evitam a frustração de não se conseguir transmitir a mensagem que pretende.¹⁰

Por fim lembrem que mesmo período de crise, a saúde mental continua a ser ainda alvo de estigma. Por isso, no caso de algum enfermeiro se sentir mais ansioso, exausto, mais preocupado ou assustado, com maior irritabilidade ou intolerância, dificuldade em dormir, mais triste, e/ou com diminuição da autoestima, etc., este não deve hesitar em contactar os recursos disponíveis.¹⁰

Referências Bibliográficas:

- (1) FARIA, Natália. **A crise de saúde mental está instalada. Ignorá-la será um erro “de dimensões catastróficas”**. Acedido em <https://www.publico.pt/2021/02/04/sociedade/noticia/crise-saude-mental-instalada-ignorala-sera-erro-dimensoes-catastroficas-1947579>
- (2) **A COVID-19 agravou a sua saúde mental? Estes são os sinais de alerta.** <https://tvi24.iol.pt/aominuto/5e56645d0cf2071930699ff6/a-covid-19-agravou-a-sua-saude-mental-estes-sao-os-sinais-de-alerta/5f8231990cf2649b90475e3b>
- (3) CINTESIS. **Estudo CINTESIS revela: COVID-19 está a afetar a saúde mental dos enfermeiros.** <http://cintesis.eu/pt/estudo-cintesis-revela-covid-19-esta-a-afetar-a-saude-mental-dos-enfermeiros/>
- (4) UFP. **Estudo revela efeitos da pandemia na saúde mental dos enfermeiros.** <https://www.ufp.pt/estudo-revela-efeitos-da-pandemia-na-saude-mental-dos-enfermeiros/>
- (5) Observador. **Covid-19 afetou saúde mental dos enfermeiros. Receio de infetar outros e percepção de falta de bom equipamento contribuíram, diz estudo.** <https://observador.pt/2020/04/20/covid-19-afetou-saude-mental-dos-enfermeiros-receio-de-infetar-outros-e-percecao-de-falta-de-bom-equipamento-contribuiram-diz-estudo/>
- (6) **O que é gestão de pessoas e como fazê-la?** Atualizado em 29 de Dezembro de 2020. Acedido em <https://blog.solides.com.br/gestao-de-pessoas/>
- (7) **Qual o papel do RH na saúde mental dos colaboradores na quarentena?** Atualizado em 3 de Fevereiro de 2021. Acedido em <https://blog.solides.com.br/saude-mental-na-quarentena/>
- (8) SANTOS, Daniela e CORRÊA, Dalila. **A saúde mental no trabalho e a gestão de pessoas: uma proposta de aproximação interdisciplinar.** Acedido em <http://www.unimep.br/phpg/mostracademica/anais/4mostra/pdfs/123.pdf>
- (9) ECCLESIA. **Saúde Mental: «Pessoas que não via há 10, 15 anos retomam as consultas», afirma o psiquiatra Vítor Cotovio.** <https://agencia.ecclesia.pt/portal/saude-mental-pessoas-que-nao-via-ha-10-15-anos-retomam-as-consultas-afirma-o-psiquiatra-visor-cotovio/>
- (10) Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. **Estratégias de promoção da saúde mental e prevenção da doença mental para enfermeiros durante a pandemia do COVID-19.** <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17934/estrat%C3%A9gias-de-promo%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-mental-e-de-preven%C3%A7%C3%A3o-da-doen%C3%A7a-mental-para-enfermeiros-covid-19.pdf>

Apêndice III – Projeto de Estágio _ Estágio de Pediatria

Objectivos pessoais e atividades:

-Integrar a equipa na dinâmica de prestação de cuidados do serviço.

- Integração no espaço físico através de uma primeira visita guiada pela Enfermeira Enfermeira Tutora;
- Acolhimento pela enfermeira tutora ao espaço, ao equipamento, às rotinas de cuidados;
- Conhecimento da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar;
- Conhecimento e compreensão da articulação deste Serviço com outros (Serviço de Urgência, Bloco Operatório, Unidade de Cuidados Intensivos, serviços de consultas...);
- Colaboração com a equipa na prestação de cuidados.

-Conhecer uma realidade de prestação de cuidados distinta do meu contexto atual de prestação de cuidados (urgência pediátrica) mas que me dê competências de enfermagem para intervir de forma especializada e apropriada a situações diferentes.

- Acolhimento pela Enfermeira Tutora à filosofia de cuidados.
- Pesquisa de evidência científica que permita dar resposta a situações raras ou a saber encaminhá-las
- Reflexão sobre os cuidados, reflexão sobre o processo de tomada de decisão.
- Integração (baseada na reflexão feita) de novas ideias nos modelos de enfermagem que uso e que possam melhorar a minha prática noutros contextos, nomeadamente no meu contexto atual de prestação de cuidados (urgência pediátrica).

-Desenvolver conhecimentos (promovidos pelo próprio, pela situação clínica ou pelas enfermeiras tutoras) para uma prática clínica especializada baseada em evidência científica.

- Consulta de protocolos do serviço.
- Realização de pesquisas com base nas realidades e necessidades encontradas e nas orientações dadas pelas Enfermeiras Tutoras ou Professora Orientadora

- Apresentação de novos conhecimentos às Enfermeiras tutoras e discussão dos mesmos com vista à implementação na prática clínica.

-Gerir cuidados de enfermagem em articulação com a equipa de enfermagem e equipa de saúde.

- Apresentação e integração na equipa de saúde
- Construção de estratégias de resolução de problemas em articulação com a equipa de saúde.
- Adequação dos contributos à equipa. Observação (e reflexão) dos contributos feitos pelos enfermeiros à equipa de saúde.
- Aceitação dos contributos da equipa para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão.
- Reflexão sobre os processos de tomada de decisão.

-Elaborar um plano de cuidados centrado na criança/jovem e sua família.

- Estabelecimento de relação terapêutica com a criança/jovem e com o acompanhante;
- Colheita de dados e identificação de focos de atenção;
- Identificação de diagnósticos de enfermagem;
- Reflexão sobre os processos de tomada de decisão.
- Prescrição de intervenções de enfermagem;
- Execução de intervenções com envolvimento da criança/jovem e cuidador (promoção da parceria de cuidados);
- Avaliação das intervenções;
- **Promoção da continuidade de cuidados através da utilização dos sistemas de informação (SClínico);**
- **Aquisição de competências na prescrição de cuidados direcionados ao papel parental;**
- Aprendizagem direta com enfermeiros do Serviço.

-Adequar os cuidados à fase de desenvolvimento da criança/jovem.

-Gerir os cuidados de forma respeitar o seu descanso, a promover a manipulação atraumática e o conforto.

- Avaliação do estado de desenvolvimento.
- Identificação de necessidades especiais.
- **Planeamento e gestão antecipada de cuidados.**

- Promoção de ambiente adequado ao contexto e necessidades da criança internada (em condições de ruído, luminosidade, etc.)
- Avaliação da história de dor e Aplicação de escalas de avaliação da dor adequadas à idade.
- Intervenção não farmacológica direcionada ao alívio da dor.

-Adquirir competências na capacitação dos pais para a prestação de cuidados e preparação para a alta.

- Comunicação empática com o prestador de cuidados.
- Negociação contínua de cuidados com crescentes ensinamentos ao prestador de cuidados e sequente crescente capacitação.
- Transmissão de orientações antecipatórias ao prestador de cuidados.

-Adquirir conhecimentos sobre patologias do foro cirúrgico

- **Pesquisa bibliográfica sobre patologias cirúrgicas (tendo em conta as situações clínicas que se apresentem e as oportunidades, e com algum foco também nos doentes queimados e nos doentes de hepatologia).**
- Pesquisa das principais necessidades relacionadas com as referidas patologias.
- Leitura de protocolos.
- Aprendizagem direta com as enfermeiras tutoras na vertente técnico-prática.

Apêndice IV – Projeto de Estágio _ Estágio de Saúde Infantil e Familiar

Objetivos pessoais e atividades:

-Integrar a equipa de saúde na dinâmica de prestação de cuidados.

- Integração no espaço físico e equipamento através de uma primeira visita guiada pela Enfermeira Tutora;
- Conhecimento da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar;
- Conhecimento e compreensão da articulação desta Unidade com outros recursos e serviços de saúde.
- Colaboração com a equipa na prestação de cuidados.
- Realização de consultas em articulação (ou com presença) da equipa médica.

-Educar para a Saúde e Prevenção da Doença da criança na área específica da obesidade

- Realização de ensinios à criança e família.
- Aplicação da metodologia recomendada pela Childhood Obesity Task Force da European Association for the study of Obesity
- Envolvimento da criança/jovem e da família nas metas a estabelecer
- Promoção da autoestima e autodeterminação
- Sensibilização da equipa de enfermagem (e médica?) através de formação sobre obesidade e entrega de documentação científica e metodológica.

-Providenciar cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde.

- Colaboração na realização de Consultas de Saúde Infantil sob orientação.
- Utilização de técnicas de comunicação adequadas ao desenvolvimento da criança/jovem e adequada aos pais/cuidadores.
- **Recurso a escalas para avaliação do desenvolvimento da criança (Mary Sheridan).**
- Valorização dos cuidados antecipatórios enquanto fator promotor de saúde.
- Recurso ao Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e ao sistema informático para orientação dos cuidados antecipatórios a desenvolver em cada consulta.
- Recurso ao Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

- **Realização de ensinamentos sobre cuidados antecipatórios (nomeadamente nas áreas da alimentação, saúde oral, acidentes, brincadeiras e jogos, atividade física, sono, etc.)**
- **Promover o Boletim de Saúde infantil e Juvenil enquanto ferramenta a usar pelos pais entre as consultas para esclarecimento de dúvidas e para antecipar cuidados e necessidades desenvolvimentais próprias de cada idade.**
- Aprendizagem direta com a Enfermeira Tutora e restantes Enfermeiras da Unidade

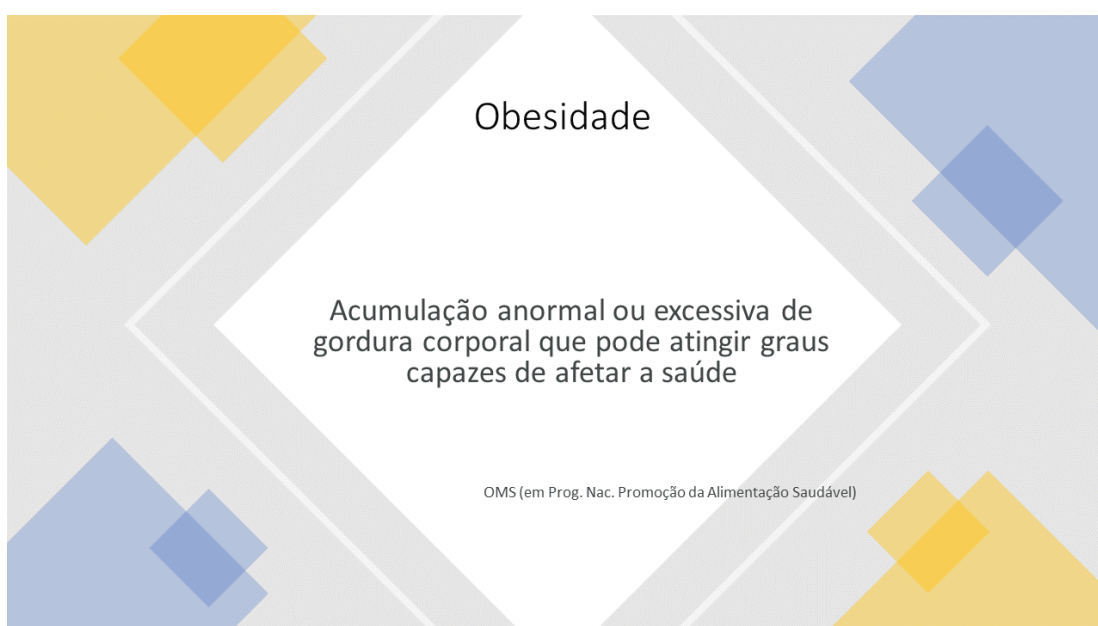
-Colaborar na consulta do adolescente

- Colaboração na realização de consulta sob orientação
- Aplicação do acrónimo HEEADSSS
- Respeito pela privacidade do adolescente
- Facilitação da comunicação de emoções
- Promoção da autoestima do adolescente
- Apoio à responsabilização progressiva e promoção da autodeterminação das escolhas relativas à saúde
- Promoção dos Serviços de Saúde enquanto recursos disponíveis para o adolescente e afetos às suas necessidades e preferências.

-Perceber a importância que um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem numa equipa de uma Unidade de Saúde Familiar

- Observação e reflexão conjunta com a Enfermeira Tutora.

Apêndice V – Apresentação sobre obesidade em idade pediátrica



Obesidade

A obesidade tem revelado uma elevada estabilidade ao longo da vida quando se inicia em idade pediátrica (sobretudo se persiste até à adolescência)

European Association for the Study of Obesity, 2010

Obesidade

A única estratégia de controlo é a prevenção...
e a única estratégia de prevenção é a deteção precoce dos indivíduos de risco e a intervenção precoce.

European Association for the Study of Obesity, 2010

Obesidade

Para esta vigilância podemos obter a classificação através do percentil de IMC

Percentis IMC	Classificação estado nutricional
<3	Baixo peso
3-85	Peso normal
85-97	Risco de sobrepeso
97-99,9	sobrepeso
>99,9	obesidade

Segundo a OMS, até aos 5 anos, a partir do percentil 85 a criança apresenta risco de sobrepeso. Se mantido a partir dos 5 anos já é considerado sobrepeso e acima do percentil 97 é considerado obesidade.

Obesidade

Carta Europeia de Luta contra a obesidade

Necessidade de criar sistema de vigilância da obesidade infantil

COSI

Cosi, 2020

Obesidade

COSI
Childhood Obesity Surveillance Initiative

Cria rede sistemática de

- .recolha
- .análise
- .interpretação
- .divulgação de informação

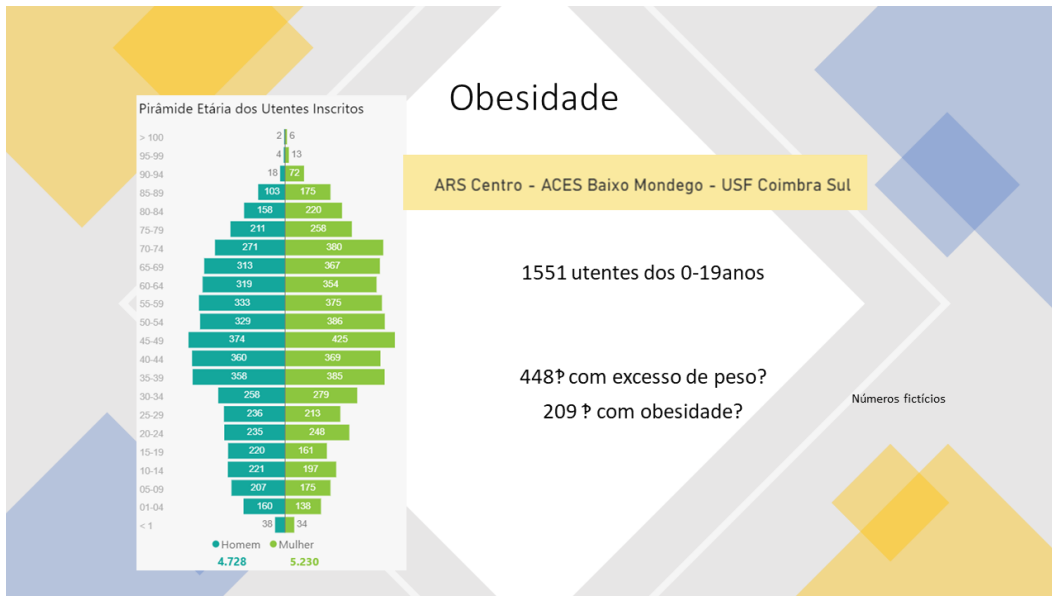
Sobre as características do estado nutricional infantil

Cosi, 2020

Obesidade

Em 2019 a percentagem de crianças com excesso de peso na zona centro era de 28,9%, dos quais 13,5% com obesidade.

Cosi, 2020



Obesidade

Proponho um quizz para abordarmos mais algumas questões sobre a obesidade.

Aceder a:
www.kahoot.it

Obesidade

É nos cuidados de saúde primários que a maioria das crianças são seguidas.

Obesidade

É um local onde as vindas à unidade de saúde em idade pediátrica são frequentes (ex. vacinação, consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil)

Obesidade

Mas de facto, os obstáculos são vários:

- inexistência de especialistas
- tempo curto para consultas
- por vezes dificuldade em abordar o tema com a criança e com a família por não estarem despertas para o problema

European Association for the Study of Obesity, 2010

Obesidade

Importa então recorrer a regras simples e práticas que permitam identificar e tratar crianças em risco de obesidade, ou já com obesidade.

Para os cuidados de saúde primários existe uma *CheckList* criada pela *Childhood Obesity Task Force*

European Association for the Study of Obesity, 2010

Obesidade

A abordagem da *checklist* incide em 4 áreas:

- .História Clínica
- .Exame Físico
- .Comportamentos alimentares
- .Actividade Física

European Association for
the Study of Obesity, 2010

História Clínica

Objectivos:

1. Excluir doença orgânica subjacente
2. Identificar presença de comorbilidades
3. Avaliar risco de desenvolver comorbilidades

Na grande maioria das crianças a causa de excesso de peso ou obesidade é resultante de uma predisposição genética individual (pais/familiares obesos) acrescida de um efeito obesogénico – comportamento sedentário e elevado consumo de alimentos densamente energéticos.

European Association for
the Study of Obesity, 2010

História Clínica

Vulnerabilidade da criança

- | | | | |
|---|---|---|--------------------------|
| { | 1. História da gravidez | } | Identificar complicações |
| | 2. Avaliação das curvas de crescimento | | |
| | 3. Estado nutricional dos pais e irmãos | | |
| | 4. Antecedentes dos pais e irmãos | | |
| | 5. Terapêutica regular da criança | | |
| | 6. Revisão dos diferentes sistemas | | |

European Association for
the Study of Obesity, 2010

Exame Físico

1. Peso, estatura e IMC
2. Perímetro abdominal
3. Dismorfismos
4. Pressão arterial
5. Acantose nigricans ou hiperandrogenismo

European Association for
the Study of Obesity, 2010

Comportamento alimentar

1. Horário das refeições
2. Refeições em família
3. Água vs sumos
4. Alimentos saudáveis

European Association for
the Study of Obesity, 2010

Comportamento alimentar

Sugestões práticas

- .Estruturar um esquema **exequível** de refeições
- .Refeições na cozinha ou sala, com a família, sem televisão
- .Não beber bebidas açucaradas

European Association for
the Study of Obesity, 2010

Comportamento alimentar

Sugestões práticas

- .Promover frutas e vegetais
- .Promover hidratos de carbono complexos
- .Encorajar consumo de alimentos com baixo teor de gordura

European Association for
the Study of Obesity, 2010

Actividade Física

1. Actividades sedentárias
2. Desporto
3. Deslocações para a escola
4. Actividades da família

European Association for
the Study of Obesity, 2010

Actividade Física

Sugestões

- Ir a pé para a escola
- Reduzir actividades sedentárias de forma a não ultrapassarem 2h diárias
- Praticar actividades em grupo
- Mínimo de 1h por dia de actividade física
- Qualquer actividade é importante – promover as divertidas

European Association for
the Study of Obesity, 2010

Actividade Física

Importante

Identificar para aquela criança/jovem quais as modificações a implementar que à partida terão maior sucesso

European Association for the Study of Obesity, 2010

Actividade Física

Pode-se recorrer a objectivos e expectativas realistas para evitar sentimentos de frustração.

Nas crianças com excesso de peso, ainda em crescimento pode bastar a manutenção do peso

Reduções agudas de peso não têm sido eficazes a longo prazo

European Association for the Study of Obesity, 2010

Obesidade

O papel dos pais é muito importante, são eles que compram e preparam os alimentos.

Estão sempre presentes podendo ser um ponto constante de estímulo positivo.

As mudanças na alimentação e actividade física vão promover a saúde de toda a família e não só daquela criança/jovem em particular

European Association for the Study of Obesity, 2010

Conclusão

A obesidade pode ser facilmente diagnosticada e avaliada recorrendo aos recursos que já usamos no dia a dia

O tratamento é essencialmente baseado em mudanças comportamentais (melhor alimentação e aumento da actividade física)

Os prestadores de cuidados primários de saúde desempenham um papel essencial na motivação, educação e manutenção das modificações comportamentais

Referências

A página online da COSI Portugal

Evaluation of the Overweight/Obese Child – Practical Tips for the Primary Health Care Provider

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

Página online da Sociedade Portuguesa para o estudo da obesidade

Página online da OMS dos novos Child Growth Standards

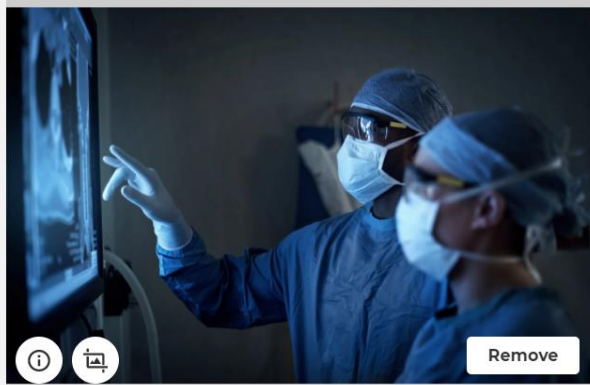
Plataforma contra a obesidade (da DGS)

European Association for
the Study of Obesity, 2010

Quiz introduzido no decorrer da apresentação:

No quiz cada um consegue ir respondendo no telemóvel à medida que as perguntas vão aparecendo no ecrã durante a apresentação

A maioria das crianças obesas tem uma patologia prévia subjacente à obesidade?



▲ Verdadeiro



◆ Falso



Muitas crianças apresentam comorbilidades associadas à obesidade.



▲ Verdadeiro



◆ Falso



O excesso de peso afecta negativamente:



Remove

a saúde física da criança

a saúde psicológica da criança

a saúde futura da criança

todas as respostas

Em Portugal, a prevalência de Excesso de Peso...



Remove

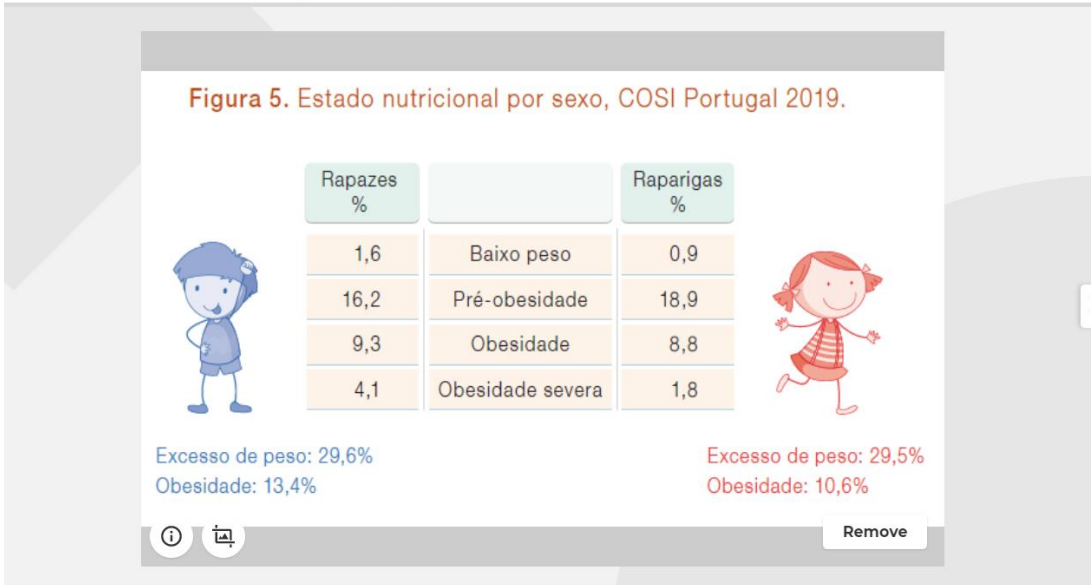
É maior nos rapazes

É maior nas raparigas

É igual em rapazes e raparigas

é insignificante

Em Portugal, a prevalência de Excesso de Peso...



Tanto a obesidade como o baixo peso são mais prevalentes nos rapazes.

Em Portugal, a prevalência de Excesso de Peso...




Add media

Drag and drop image from your computer

▲
aumenta com a idade
✔

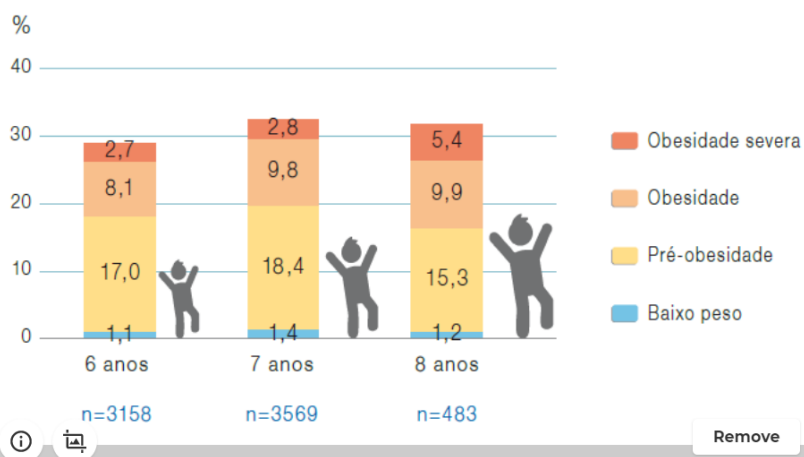
◆
diminui com a idade
○

●
Add answer 3 (optional)

■
Add answer 4 (optional)

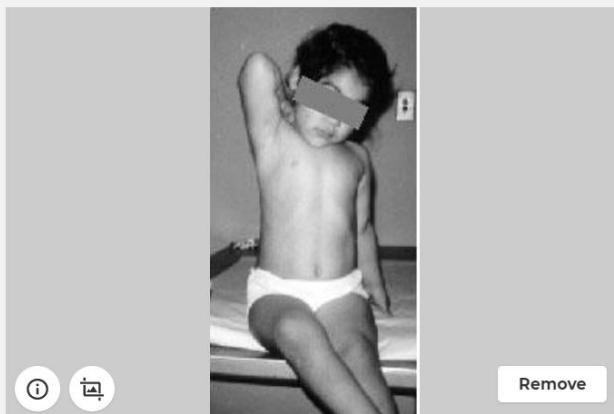
Em Portugal, a prevalência de Excesso de Peso...

Figura 4. Estado nutricional por idade, COSI Portugal 2019.



aumenta com a idade, uma tendência que já se verificava em estudos anteriores

Perceção visual! Esta menina de 4 anos terá?



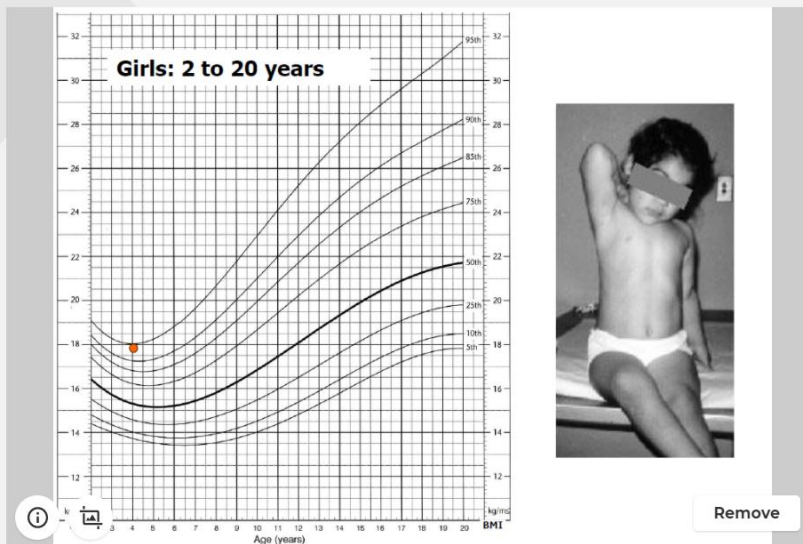
<input type="checkbox"/> Baixo Peso	<input type="checkbox"/> Peso Normal
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de Excesso de Peso	<input type="checkbox"/> Obesidade

Percepção visual! Esta menina de 4 anos e 4 semanas terá?



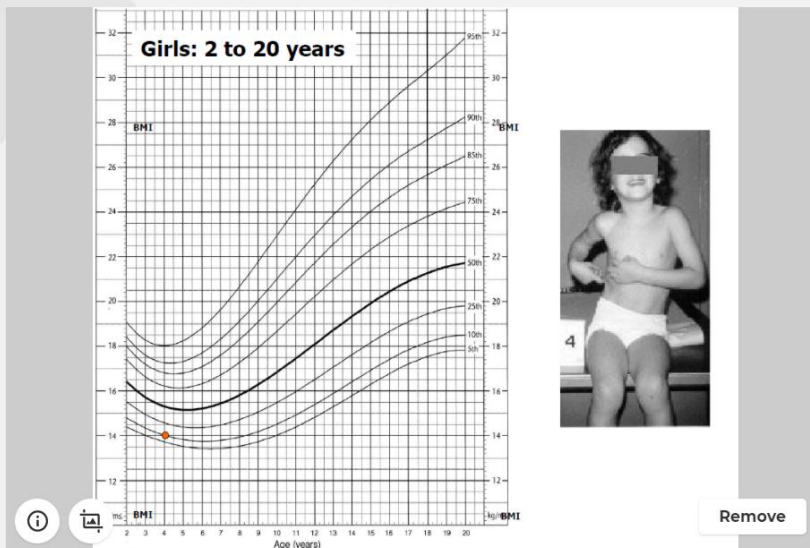
<input type="radio"/> Baixo Peso	<input checked="" type="radio"/> Peso Normal
<input type="radio"/> Risco de Excesso de Peso	<input type="radio"/> Obesidade

Na primeira imagem



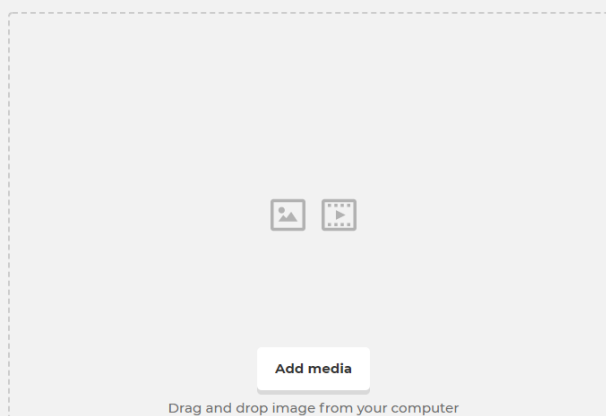
A criança apresenta uma estatura de 99,2cm e um peso de 17,55Kg, correspondentes a um IMC de 17,8. (entre os percentis 90 e 95)

Na segunda imagem



A criança apresenta uma estatura de 106,4cm e um peso de 15,7Kg, correspondentes a um IMC de 13,9. (percentil 10)

Há obstáculos ao acompanhamento da obesidade em consultas na USF?



Sim, as consultas são limitadas no tempo

não, nós é que criamos obstáculos a nós próprios

Sim, muitas vindas ocorrem em contexto de doença aguda

respostas vermelha e amarela correctas

A família também pode dificultar a abordagem da obesidade

Drag and drop image from your computer

Add media

▶

▲ Não, porque a família está lá para ajudar.

◆ Sim, porque muitas vezes não estão conscientes da existência do problema.

Confrontados com os obstáculos, não há muito a fazer...

Drag and drop image from your computer

Add media

▶

▲ Verdade, acresce que não temos especialistas em obesidade

◆ Verdade, acresce que não há pediatras na USF

● Falso, existem ferramentas úteis para os profissionais

■ Add answer 4 (optional)

Anexos

Anexo I – Guião da Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

TÍTULO: COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA: PERSPETIVA DE ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

OBJETIVOS:

Conhecer, no ponto de vista dos enfermeiros especialistas, quais as características e competências que possuem que os distinguem enquanto especialistas no seu exercício profissional.

.Descrever a perspetiva dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica sobre as competências e características que distinguem o seu exercício profissional especializado;

.Compreender como é feita a aquisição de competências do Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;

.Refletir sobre a valorização/visibilidade da prática clínica/profissional especializada;

	OBJETIVOS E QUESTÕES	OBSERVAÇÕES / PONTOS A EXPLORAR
Introdução	<p>Motivos e intenções dos investigadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do entrevistador, observador e participantes • Apresentação da investigação • Explicação da entrevista: <ul style="list-style-type: none"> ○ Objetivos ○ Questões principais ○ O que é pretendido do participante e a possibilidade de interromper a entrevista ○ Função do entrevistador e observador ○ Duração da entrevista ○ Negociar a validação dos dados e da sua análise • Informar sobre questões éticas; gravação de dados 	<p>Apresentação: contexto de trabalho/ exercício profissional; há quantos anos exercem funções de especialista.</p>

<p>Fase Narrativa</p>	<p>Obter informações sobre as competências e características distintas que os enfermeiros especialistas apresentam no exercício das suas funções.</p> <p>Questões:</p> <p>1- A prática clínica de um enfermeiro especialista difere da exercida por um enfermeiro generalista? O que torna especialista um enfermeiro especialista?</p> <p>2- Enquanto enfermeiros especialistas, como é que adquiriram competências específicas?</p> <p>3- Nas vossas interações em contexto de trabalho (ou até pessoais, sociais) quem sentem que dá mais valor ao facto de serem especialistas? 3.1 – As famílias sabem/percebem que estão a ser cuidadas por um especialista/a receber cuidados especializados?</p>	<p>1- O que torna diferente um enfermeiro especialista? Essa diferença existe?, é real? Em quê? Onde se aproxima mais e onde se afasta mais? Onde se distingue na prática clínica? Através de que características ou competências?</p> <p>2 – Qual a fonte das competências/características específicas adquiridas?/Em que momentos adquirem? (curso de especialização?, formação pessoal?, experiência profissional?, competências e características inatas?)</p> <p>3 – Quem reconhece e valoriza mais os cuidados especializados? (chefias, doentes, instituição, colegas de trabalho, o próprio especialista) 3.1 – Os alvos de cuidados sentem diferença no cuidar? Reconhecem que é especializado. É-lhes dito (ou têm a noção) que o serviço tem enfermeiros especialistas? Que os cuidados prestados pela equipa também resultam de protocolos e ensinamentos do especialista?</p>
------------------------------	--	--

Fase de Balanço	Finalização: Existe mais algum aspeto sobre esta temática que considerem importante abordar? Validação: Acordo sobre contatos futuros	Agradecer a participação e disponibilidade dos(as) entrevistados(as) Calendarizar encontro ou formas de validação da análise da informação

Anexo II – Declaração de Consentimento Informado ao Participante

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro(a) Senhor(a) Enfermeiro(a)

No âmbito do Curso 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e 11º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, eu, João Paulo de Matos Neves, sob orientação da Professora Doutora Graça Aparício, estamos a realizar um estudo/investigação com o tema **Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Perspetiva de Enfermeiros Especialistas** e cujo objetivo principal é: conhecer, no ponto de vista dos enfermeiros especialistas, quais as características e competências que possuem que os distinguem enquanto especialistas no seu exercício profissional. A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da sua participação através da participação num grupo focal: integrará um grupo e as perguntas serão feitas a este pequeno grupo promovendo a discussão entre as várias pessoas. Será feita uma gravação do áudio do grupo focal para permitir posterior análise, que será eliminada após transcrição. Os objetivos da investigação e as perguntas serão enunciados no início do grupo focal, podendo aí (ou a qualquer momento) desistir de participar na entrevista sem qualquer prejuízo dos seus direitos.

Asseguramos que neste estudo/investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- *Declaro ter compreendido os objectivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;*
- *Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*
- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;*
- *Declaro que aceito participar voluntariamente neste estudo/investigação, tendo-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;*

Assim, depois de devidamente informado (a) **autorizo a participação** neste estudo:

(localidade), Data:

Nome:

Assinatura do participante _____

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador: João Paulo de Matos Neves

Assinatura _____

Contacto: 968208459