



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por
Inês Filipa da Cunha Rodrigues

Porto – maio de 2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PRACTICUM REPORT

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

Por
Inês Filipa da Cunha Rodrigues

Sob a orientação de Professora Doutora Constança Festas

Porto – maio de 2021

RESUMO

As crianças devem ser assistidas por enfermeiros com um profundo conhecimento sobre o seu desenvolvimento e os processos de saúde e doença que as afetam, competentes na prestação de cuidados holísticos centrados na criança e família, ao mesmo tempo que são sensíveis aos seus direitos, necessidades e desejos, numa efetiva parceria de cuidados. Este relatório pretende refletir o percurso formativo de aquisição, desenvolvimento e integração de saberes e competências especializadas na assistência de enfermagem avançada à criança, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa. Através de uma metodologia descritiva e critico-reflexiva, alicerçada numa robusta fundamentação teórica, abordam-se as várias atividades desenvolvidas num estágio realizado em contexto de internamento hospitalar e de cuidados de saúde primários, que concretizaram os objetivos específicos delineados para desenvolver as competências exigidas. Estas agruparam-se em quatro domínios de atuação que se complementam: Prestação de cuidados, Gestão, Formação e Investigação. Foram trabalhadas e analisadas diversas áreas do campo de ação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, como a comunicação com o binómio criança/família; assistência especializada em situações de especial complexidade; gestão da dor; promoção da parentalidade e parceria de cuidados; vigilância da saúde infantil e juvenil; promoção da inclusão escolar de crianças com necessidades de saúde especiais; entre outras. Também foi discutido o papel do especialista na gestão de cuidados e recursos, formação pessoal e profissional contínua e do grupo de pares e ainda como promotor de processos de investigação para o exercício de uma prática baseada na evidência, na procura pela excelência dos cuidados. Conseguiu-se com este trabalho responder aos objetivos propostos e desenvolver com sucesso as competências previstas no ciclo de estudos do mestrado. Neste relatório referem-se ainda as implicações deste percurso formativo para a prática profissional.

Palavras-Chave: Competências; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Criança; Família

ABSTRACT

Children should be assisted by nurses who have in-depth knowledge of their development and the health and disease processes that affect them, competent in providing holistic care focused on the child and family, while being sensitive to their rights, needs and wishes, in an effective partnership of care. This report aims to reflect the formative path of acquisition, development and integration of knowledge and specialized skills for advanced nursing care to children, within the scope of the Master of Nursing course with specialization in Paediatric and Childcare Nursing at the Universidade Católica Portuguesa. Through a descriptive and critical-reflexive methodology, based on a robust theoretic grounding, the various activities developed in a practicum carried out in a hospital ward and primary health care settings are addressed, which achieved the specific objectives outlined to develop the required skills. These were grouped into four areas of action that complement each other: Provision of care, Management, Education and Research. Several areas of the field of action of the Specialist Nurse in Paediatric and Childcare Nursing were worked on and analyzed, such as communication with the child / family binomial; specialized assistance in situations of special complexity; pain management; parenting and care partnership promotion; child and youth health surveillance; promoting school inclusion of children with special health needs; among others. The role of the specialist in the management of care and resources, continuous personal and professional training and the peer group was also discussed, as well as a promoter of research processes for the exercise of an evidence-based practice, in the search for excellence in care. With this work, the proposed objectives were achieved, and it was possible to successfully develop the skills foreseen in the master's study cycle. This report also refers to the implications of this training path for the professional practice.

Keywords: Skills; Paediatric and Childcare Nursing; Child; Family

Nursing is a progressive art such that to stand still is to go backwards.

Florence Nightingale

Agradecimentos

A todos aqueles que contribuíram para este meu percurso, o meu mais sincero Obrigada!

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ASCJR	Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco
BO	Bloco operativo
CESIJ	Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil e Juvenil
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção-Geral da Saúde
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EEESIP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ELI	Equipa Local de Intervenção
ESIP	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
MEESIP	Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
NACJR	Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
NSE	Necessidades de Saúde Especiais
PEWS	<i>Paediatric Early Warning Score</i>
PNPSO	Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
PNSIJ	Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNSV	Programa Nacional para a Saúde da Visão
PNV	Programa Nacional de Vacinação
RN	Recém-nascido
RSVI	Rastreio de Saúde Visual Infantil

SIJ	Saúde Infantil e Juvenil
SNIP	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCP	Universidade Católica Portuguesa
USF	Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

Introdução	15
1. O início de uma aprendizagem progressiva.....	17
2. Contextualização do Estágio Final	19
3. O percurso de desenvolvimento de competências especializadas	21
Domínio da Prestação de Cuidados	21
Domínio da Gestão	59
Domínio da Formação	63
Domínio da Investigação	68
4. A continuidade da aprendizagem - Implicações do percurso formativo para a prática profissional	71
Conclusão	73
Referências Bibliográficas.....	75
Apêndices	93
Apêndice I – Reflexão sobre o uso de Oxigenoterapia de Alto Fluxo	95
Apêndice II – Trabalho sobre o Rastreio de Saúde Visual Infantil	105
Apêndice III – Atividade de Formação: Atualizações do PNV 2020.....	121
Apêndice IV – Atividade de Formação: PEWS	157

INTRODUÇÃO

O presente documento apresenta-se no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, inserida no 13º curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MEESIP), da Escola de Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa (UCP), no Porto. De acordo com o plano de estudos, esta unidade de ensino contempla 750 horas, 360 das quais de contacto direto em contexto clínico, num estágio de natureza profissional, 20 horas de seminários, até 20 horas de orientação tutorial e as restantes de trabalho autónomo e estudo individual, no qual se inclui a elaboração deste relatório.

No sentido de desenvolver conhecimentos e competências específicos e diferenciados, fundamentais para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP), torna-se indispensável a exposição a experiências variadas em diferentes contextos da prática clínica nesta área de especialização. Consequentemente, no decorrer da unidade curricular, tive a oportunidade de completar dois módulos de estágio, ao longo de 15 semanas, um de 180 horas num serviço de internamento hospitalar pediátrico e outro, também de 180 horas, no contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP).

De facto, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) trabalha com a criança e família em qualquer contexto assistencial (Regulamento n.º422/2018 de 12 de julho). Para efeitos do presente documento, a criança deve ser entendida como incluindo todas as crianças desde os 0 dias aos 18 anos de idade e a família como seus pais, cuidadores e/ou pessoas significativas. A criança e sua família compõem o binómio beneficiário dos cuidados do EEESIP.

Este relatório, para além de se constituir uma exigência académica e instrumento de avaliação da supracitada unidade de ensino, pretende refletir o percurso de aprendizagem e de desenvolvimento de competências conduzido ao longo do estágio realizado. Deste modo, analisa-se de forma crítica o cumprimento dos objetivos delineados, de acordo com as circunstâncias, experiências e dificuldades vivenciadas na concretização das atividades que, no seu conjunto, orientaram o processo de desenvolvimento de competências verificado no estágio, aqui agrupadas em quatro domínios de atuação: Prestação de cuidados, Gestão, Formação e Investigação. Estas competências, visadas no plano de estudos do curso, vão de encontro às preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para o EEESIP.

Adicionalmente, este relatório será ainda objeto de apreciação e discussão pública, ambicionando a estudante a obtenção do grau de mestre em ESIP pela UCP, que lhe será reconhecido se demonstrar:

- Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundada na área de ESIP;
- Saber aplicar os seus conhecimentos e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de ESIP;
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Capacidade de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara sem ambiguidades;
- Competências que lhe permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Este trabalho segue uma metodologia descritiva e critico-reflexiva, com base numa fundamentação teórica pertinente e atual, imprescindível a este nível de formação académica. Estruturalmente, é constituído por quatro capítulos, que se seguem a esta introdução, de forma a promover a sua organização e compreensão do percurso nele refletido. Assim, no primeiro capítulo, aborda-se de forma sucinta as competências adquiridas num estágio anterior à supradita unidade curricular, realizado no 1º ano letivo do curso; no segundo capítulo, apresenta-se uma breve caracterização dos contextos clínicos do estágio final, que enquadram o subsequente percurso percorrido; num predominante terceiro capítulo, analisa-se o processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, conforme objetivado, estando subdividido em quatro secções, coerentes com os domínios de atuação acima mencionados; e no quarto e último capítulo, consideram-se as implicações deste percurso formativo para a prática profissional da mestranda. Finalmente, apresenta-se a conclusão deste relatório, seguida das referências bibliográficas, de acordo com a *American Psychological Association*, e os respetivos apêndices.

1. O INÍCIO DE UMA APRENDIZAGEM PROGRESSIVA

No decorrer do 2º semestre do curso de MEESIP, após a conclusão das respetivas componentes curriculares teóricas, realizei o estágio pertencente à unidade de ensino “A Saúde da Criança e Família: vigilância e decisão clínica” que me proporcionou, desde logo, oportunidades de desenvolvimento de competências especializadas em ESIP, numa perspetiva académica e profissional avançada. Este estágio desenvolveu-se ao longo de 8 semanas, de 7 de setembro a 01 de novembro de 2020 e correspondeu a cerca de 300 horas de trabalho, conforme previstas no plano de estudos: 180 horas de contacto direto em contexto clínico, divididas equitativamente em dois módulos de 90 horas – um realizado num serviço de neonatologia e o outro num serviço de urgência pediátrica (SUP), ambos no Grande Porto; 12 horas de orientação tutorial; e as restantes de trabalho e estudo individual.

A assistência ao recém-nascido (RN), em particular o pré-termo e/ou com condição complexa de doença, representa uma situação de especial exigência que requer cuidados de enfermagem especializados para responder às necessidades singulares do RN e para apoiar a transição para a parentalidade dos pais, que é inevitavelmente afetada pela separação forçada das duas partes do binómio. Por outro lado, o atendimento à criança e família num SUP é acompanhado de uma elevada carga emocional por ambas as partes, que exige do MEESIP competências específicas para uma assistência segura e de qualidade, especialmente na abordagem à criança gravemente doente em situações de urgência e emergência.

Assim, neste processo de aprendizagem, mantendo uma postura crítico-reflexiva e mobilizando diversas fontes bibliográficas, fundamentais para o exercício de uma prática baseada na evidência, reconheci e demonstrei conhecimento sobre a complexidade dos problemas de saúde da criança e família, específicos a cada contexto assistencial, e executei e priorizei intervenções adequadas de forma a responder às necessidades do binómio. Estas foram detetadas através de uma colheita e análise de informação, com posterior capacidade de diagnóstico e juízo clínico, características do processo de enfermagem intrínseco à prática. Para isso, foi essencial compreender a organização e funcionamento dos serviços, conhecendo as suas dinâmicas e integrando as diferentes metodologias de trabalho.

No serviço de neonatologia fui capaz de identificar as diversas formas de comunicar do RN e responder apropriadamente às suas necessidades, privilegiando, entre outros: os cuidados individualizados centrados no desenvolvimento, segundo a filosofia do NIDCAP®

(*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*); as estratégias de promoção do conforto e alívio da dor, incluindo as não farmacológicas; e a promoção do aleitamento materno e da vinculação e ligação pais-filho. A comunicação com a família e a promoção da parentalidade foram inevitavelmente condicionadas pela condição clínica do RN e pela fragilidade emocional dos pais, intensificada pelo ambiente tecnicista de uma unidade de cuidados intensivos neonatais e pelas restrições inerentes à pandemia de COVID-19, que limitaram substancialmente o contato entre as duas partes do binômio.

Já o SUP ofereceu-me diferentes oportunidades e obstáculos a uma assistência eficaz, onde pude utilizar diversas estratégias comunicacionais, adaptadas ao estágio de desenvolvimento de cada criança, às características da sua família e ainda considerando a fase de atendimento, desde o acolhimento e triagem, até à alta para o domicílio. Percebi que mesmo que a condição clínica da criança não constitua uma verdadeira urgência ou emergência pode ser assim encarada pelos pais, que experienciam uma tensão emocional que reconheci e valorizei no processo comunicacional e na promoção da parentalidade.

Compreendi também que, independentemente do contexto, o EEESIP deve encarar os pais como parceiros nos cuidados e, simultaneamente, foco de atenção, fortalecendo a sua capacitação e uma parentalidade positiva, promovendo cuidados centrados na família e garantindo uma efetiva negociação dos cuidados à criança e gestão de sentimentos.

Nesta experiência fui ainda capaz de identificar áreas determinantes para a gestão de equipas e serviços, nas quais o EEESIP desempenha um papel único e preponderante, reconhecendo a importância do trabalho em equipa. No SUP isso foi particularmente evidente, pois o especialista assume o papel de líder da equipa, participando nas decisões multidisciplinares e gerindo conflitos; assegura a supervisão do fluxo de utentes, desde a sua triagem, salvaguardando o atendimento e prestação de cuidados em tempo útil, conforme a condição de saúde/doença da criança; e atesta a segurança e funcionalidade da sala de emergência, responsabilizando-se pela sua reposição e operacionalidade.

A realização deste estágio permitiu, assim, uma consciencialização e aprendizagem gradual do papel e das competências do EEESIP. No final da supradita unidade curricular, elaborei um portefólio que, para além de se constituir um instrumento de avaliação, me permitiu comunicar de forma adequada as minhas conclusões e fundamentar o meu raciocínio clínico, o que facilitou a incorporação e reflexão sobre as aprendizagens assumidas, que não foram mais do que um ponto de partida para o percurso subsequente e progressivo desenvolvimento de competências especializadas em ESIP, que pretendo espelhar de seguida, nos próximos capítulos deste relatório.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

Antes de iniciar a reflexão sobre o meu percurso formativo de desenvolvimento de competências em ESIP, parece essencial debruçar-me primeiramente na contextualização do estágio que o permitiu. De facto, o desenvolvimento de competências de um enfermeiro relaciona-se com fatores intrínsecos ao profissional, com variáveis sociodemográficas e organizacionais (Flinkman, et al., 2016), não podendo ser desconectado do contexto em que se desenrola, dependente do sistema de organização de cada país, região, instituição ou até mesmo departamento e serviço. Por esta razão, faz sentido caracterizar, mesmo que de forma breve, o enquadramento da prática do estágio, para uma melhor percepção das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos.

O primeiro período do estágio decorreu de 02 de novembro de 2020 a 06 de janeiro de 2021 no serviço de internamento médico-cirúrgico pediátrico, de um hospital do Grande Porto. Este serviço é composto por duas unidades, localizadas em diferentes pisos do hospital. Com capacidade para admitir 20 crianças, até aos 17 anos e 364 dias de idade, a unidade onde estagiei admite maioritariamente e preferencialmente utentes do foro cirúrgico. Não obstante, com frequência, recebe também crianças com doença aguda ou crónica.

Apesar de cada unidade ser provida de uma equipa de enfermagem própria, partilham a restante equipa multidisciplinar, composta por pediatras de diversas subespecialidades, assistentes operacionais, pessoal administrativo, assistentes sociais, entre outros. Alguns enfermeiros da equipa prestam ainda apoio à unidade de nefrologia pediátrica da instituição, no âmbito da hemodiálise e diálise peritoneal. Esta unidade admite, semanalmente, em regime de ambulatório, crianças com insuficiência renal crónica sob hemodiálise.

O segundo período do estágio, de 07 de janeiro a 27 de fevereiro de 2021, desenrolou-se no contexto de CSP, em duas unidades funcionais de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do distrito do Porto, nomeadamente numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e numa Unidade de Saúde Familiar (USF). Das 180 horas de contacto direto em contexto clínico programadas para este módulo do estágio 140 foram realizadas na UCC e cerca de 42 na USF.

De forma a garantir a prestação de CSP à população geográfica que cobre, o ACES, através da implementação de vários programas e projetos, desenvolve atividades de promoção de saúde e prevenção de doença, bem como de prestação de cuidados, articulando-

se com outros serviços e recursos da comunidade. É responsável ainda por atividades de formação contínua de diversos grupos profissionais, vigilância epidemiológica e investigação em saúde.

A UCC em questão fomenta a sua ação através de uma abordagem multidisciplinar, contando com 8 enfermeiros, um deles EEESIP, nutricionista, assistentes sociais, entre outros profissionais. Estes desenvolvem atividades por diferentes equipas e projetos, dos quais destaco a Saúde Escolar e os Cuidados Continuados Integrados, com os quais pude contactar. Já a USF presta cuidados personalizados a indivíduos e famílias nela inscritos de forma acessível, equitativa e continuada, ou seja, ao longo do seu ciclo vital. Assenta numa equipa profissional constituída por enfermeiros, médicos, secretários clínicos, entre outros. Do enorme leque de atividades desta unidade, saliento as consultas de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil (SIJ) em que tive oportunidade de participar.

Importa ainda referir o contexto de pandemia de COVID-19 em que vivemos atualmente, que influenciou indubitavelmente as experiências e oportunidades vivenciadas ao longo do estágio. Mais do que isso, em todo o mundo, modificou a vida em comunidade e vários aspetos dos serviços de saúde, incluindo no Serviço Nacional de Saúde (SNS) português, alterando a própria dinâmica das unidades e dos cuidados.

No serviço de internamento, destaco as alterações no processo de admissão, já que tanto crianças como acompanhantes tinham de fazer teste para SARS-CoV-2 pré-admissão, independentemente do motivo de hospitalização. Também as normas de visitas foram afetadas, encontrando-se até hoje suspensas por tempo indeterminado.

Nos CSP, entre outras mudanças, atribuiu-se à consulta não presencial, nomeadamente a telefónica, especial relevância. As atividades da USF e UCC e a implementação de programas até então em vigor foram sendo progressivamente afetadas pelos vários constrangimentos decorrentes da pandemia, principalmente com os confinamentos impostos e consequente encerramento das escolas. As atividades de vigilância epidemiológica assumiram particular importância e prioridade.

3. O PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

O desenvolvimento de competências é descrito como um processo que ocorre ao longo do tempo, que implica uma variedade de atributos e atitudes pessoais, bem como todo um percurso de aprendizagem de conhecimentos e habilidades (Guedes, et al., 2019). Sendo a competência um atributo crítico para cuidados de enfermagem seguros, éticos e de alta-qualidade (Flinkman, et al., 2016), o reconhecimento de um enfermeiro como especialista em ESIP, dotado de competências específicas, publicadas em Diário da República (Regulamento n.º422/2018 de 12 de julho), pressupõe a observação e avaliação do seu percurso de aprendizagem, que aqui tenciono espelhar.

Assim, é com base nos diferentes domínios de atuação do enfermeiro, conforme previstos no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro), que organizo este capítulo do relatório, onde apresento as competências que desenvolvi no âmbito do curso de MEESIP, concretizadas por uma série de objetivos específicos, particularmente delineados para esse efeito. Para cada agrupamento de objetivos, descrevo e reflito sobre as diversas atividades empreendidas durante o estágio, adequadas a cada contexto assistencial. Os aspetos mais relevantes da intervenção encontram-se destacados a negrito ao longo da reflexão e concretizaram os objetivos específicos a que me propus atingir, de forma a desenvolver as competências necessárias a um titular do grau de mestre e especialista em ESIP.

DOMÍNIO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

No exercício da sua atividade, os enfermeiros contribuem para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem (Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro) que visam, primariamente, assistir as pessoas na adaptação aos seus processos de saúde e doença (Vieira, 2017). Qualquer que seja o contexto da prática, o EEESIP assiste a criança e família, na maximização da sua saúde, cuida do binómio nas situações de especial complexidade e presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança (Regulamento n.º422/2018 de 12 de julho). Deve, assim, evidenciar cuidados especializados e diferenciados, com ênfase nas interações e processos

comunicacionais (Colégio da Especialidade de ESIP, 2017), atendendo sempre à mais recente evidência científica. Este domínio de competências afigura-se como central no percurso de aprendizagem e aquisição de competências de um mestre em ESIP, cuja performance se irá depois traduzir numa prestação de cuidados de nível avançado à criança, especialmente dirigida para a promoção do desenvolvimento e adaptação aos processos de saúde e doença, com segurança e satisfação do referido binómio.

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

Objetivo específico: Compreender a organização e funcionamento das unidades de saúde.

Nos diferentes contextos clínicos, as atividades previstas contribuíram para a integração nas unidades funcionais onde decorreu o estágio, condição fundamental para o sucesso de aprendizagem e desenvolvimento de competências que se pretendeu atingir.

Conhecer as instalações, estrutura, recursos, normas, protocolos e dinâmica assistencial de cada serviço foi elementar para compreender a sua organização e funcionamento, bem como para a autonomia e prestação de cuidados. Mesmo com experiência profissional em contexto pediátrico, conhecer diferentes realidades da do meu local de trabalho foi fator enriquecedor do meu desenvolvimento, pessoal e profissional.

A arquitetura e design de uma unidade condiciona a atividade assistencial e operacionalização do trabalho de equipa, molda o fluxo dinâmico de profissionais, utentes e visitantes, e influencia a comunicação entre estes intervenientes (Gharaveis, Hamilton, & Pati, 2018; Halawa, Madathil, Gittler, & Khasawneh, 2020), correlacionando-se também com a qualidade dos serviços prestados (Mahmood, Kareem, Rashid, & Abdulla, 2017). Este aspeto tem particular relevância na área da pediatria já que, mesmo durante processos de hospitalização, as crianças devem encontrar ambientes que correspondam às suas necessidades físicas, afetivas e educativas (Instituto de Apoio à Criança, 2017) e que promovam o seu desenvolvimento (Cassemiro, Okido, Furtado, & Lima, 2020). No serviço de internamento onde estagiei encontrei um espaço de tetos e paredes monocromáticas, com a ausência de quaisquer decorações ou motivos infantis, para além da sala de actividades (de momento fechada pela situação pandémica). Esta realidade contrasta com a que conheci no Reino Unido, em que os serviços pediátricos do hospital onde trabalhei estavam repletos de animações/figuras alusivas, papéis de parede e luzes coloridas, mobiles visuais pendurados

no teto e até cortinas representativas de diferentes ambientes (cidade, praia, selva, etc.). O próprio corredor tinha um áudio constante, muito discreto, de sons de animais. Este tipo de espaços, criativos e imaginativos, minimizam os efeitos negativos da hospitalização, reduzindo sentimentos de ansiedade e medo das crianças, promovendo o seu conforto e bem-estar (Bosch & Lorusso, 2019; Tavares P. P., 2020). Verifiquei, por isso, um potencial de melhoria da dinamização do espaço observado no internamento pediátrico, que foi discutido com a equipa. Tal também foi constatado na USF onde estagiei, cuja sala de espera e gabinetes, de enfermagem e médicos, não se encontram adaptados à população pediátrica.

As normas e protocolos de um serviço permitem uma certa uniformização da prática, guiando a prestação de cuidados de qualidade, com segurança e baseados na evidência. São também essenciais na integração de novos profissionais aos serviços e dinamizadores da aprendizagem de alunos em formação, pré ou pós-graduada, que possam fazer parte do seu percurso na dita unidade. Os enfermeiros, em especial especialistas, contribuem para a elaboração de tais documentos e posteriores revisões e atualizações. De facto, tendo em conta o carácter evolutivo da profissão e os avanços na investigação, é fundamental que normas e protocolos institucionalizados sejam sujeitos a reavaliações, que acompanhem os avanços e os mais atuais conhecimentos da área em questão. O facto de ter estagiado numa unidade da mesma instituição em que trabalho revelou-se vantajoso, pois muitas das normas/protocolos eram já do meu conhecimento. Optei por me focar nos referentes ao doente cirúrgico pediátrico, área à qual não tenho tanta exposição e em que procurei, por isso, desenvolver mais conhecimentos e competências.

Conhecer e utilizar os sistemas informativos nos diferentes contextos foram actividades essenciais. Mais do que proporcionarem informação sobre os utentes e permitirem a documentação dos cuidados prestados, eles permitiram otimizar o fluxo e eficácia do trabalho multidisciplinar, promovendo a continuidade, segurança e qualidade dos cuidados, através de uma permanente atualização da informação, que auxilia o processo de tomada de decisão (Fernandes & Tareco, 2016; Silva, et al., 2016; Miranda, et al., 2019).

Tanto em contexto de internamento como em CSP pude **conhecer os mecanismos de articulação entre as diferentes unidades de saúde e outros recursos**, de forma a identificar e mobilizar aqueles que podem ser suporte importante para a criança e família, respondendo às necessidades específicas deste binómio. Em particular, conheci a articulação do serviço de internamento com o bloco operatório (BO) e **acompanhei o percurso da criança e família desde a unidade até ao BO e no sentido inverso**. Só conhecendo esta coordenação e o próprio trajeto efetuado pude compreender e ser dinamizadora do processo

de assistência a estas crianças e suas famílias. No contexto de CSP foi importante conhecer os vários recursos, como medidas de apoio social, medidas legislativas, grupos de auto-ajuda, entre outros, no sentido de informar e orientar as pessoas nos seus direitos, garantindo maior equidade no acesso à saúde e cuidados mais integrados, de maior qualidade e proximidade com as populações, sendo também eles mais significativos para as pessoas.

Conhecer a equipa de enfermagem e multidisciplinar facilitou a minha integração nas dinâmicas dos diferentes serviços e a execução das restantes atividades planeadas. A constituição das equipas variou consoante os contextos assistenciais. **Observar e integrar a dinâmica e metodologia de trabalho dos serviços e equipas** foi essencial para compreender a orientação da prática empregue, bem como o relacionamento estabelecido entre enfermeiros, clientes e organização (Ribeiro, Martins, & Tronchin, 2016).

Pude constatar que no serviço de internamento a metodologia empregue manifesta a responsabilidade e autonomia do enfermeiro no planeamento, execução, avaliação e coordenação dos cuidados de enfermagem, assegurando a sua continuidade através de planos de cuidados, alicerçados num processo de enfermagem individualizado para cada criança. Na USF identifiquei a metodologia de Enfermeiro de Referência, mais especificamente a de Enfermeiro de Família, em que este profissional assume o planeamento e prestação de cuidados aos membros de uma família, em todas as fases da vida. Na UCC, considero ter observado uma metodologia de trabalho de equipa, onde a assistência de enfermagem é decidida por reuniões em que se discutem as necessidades e opções de intervenção. Tanto na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) como na equipa de saúde escolar, os elementos projetam em conjunto as operações a desenvolver, podendo depois atribuir diferentes atividades aos vários elementos da equipa no seu momento de implementação.

Efetivamente, para responder às necessidades dos sistemas de saúde é essencial que os enfermeiros estejam capacitados para trabalhar em parceria com outros profissionais, num modelo de interação multidisciplinar, que tem contribuído para tratamentos mais eficazes, prevenção de complicações, menor duração de internamentos e melhores resultados em saúde, colmatando numa melhor qualidade de vida para crianças e famílias (Gracanin, 2020). Este trabalho exige, por isso, não só colaboração, mas interação e negociação (Neves, 2012), sendo o desafio compreender a diversidade de conhecimentos e competências de todos os seus constituintes, de modo a conseguir uma avaliação holística do binómio criança-família e um planeamento de intervenções que se interligam e complementam em seu benefício. **Participar em discussões da equipa multidisciplinar** foi, desta forma, uma atividade potenciadora e promotora do meu desenvolvimento de competências.

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

Objetivo específico: Desenvolver competências de comunicação com a criança e família.

Comunicar com a criança e família de forma apropriada é uma competência do EEESIP que deve demonstrar um reportório de habilidades e técnicas comunicacionais que lhe permita assistir e comunicar eficazmente com a criança tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento e relacionar-se com ela e família respeitando as suas crenças e cultura (Regulamento n.º422/2018 de 12 de julho). De facto, a comunicação é um elemento integrante básico e crucial na prestação de cuidados em enfermagem (Martinez, Tocantins, & Souza, 2013), independentemente do contexto da interação ou da prática.

As crianças têm diferentes formas de comunicar, que variam consoante o seu estágio desenvolvimental, e uma compreensão das características dos processos de pensamento e linguagem decorrentes do seu desenvolvimento típico é fundamental para conseguir estabelecer uma comunicação eficaz (Hockenberry M. J., 2014). Por isso, **identificar as diversas formas de comunicar da criança** foi essencial para **adequar a comunicação ao seu estágio de desenvolvimento**. Desta forma, com o RN, por exemplo, adotei sempre uma postura tranquila, aproximação não abrupta, toque suave, seguro e de aconchego, com tom de voz baixo e calmo. Estas estratégias são neuroprotetoras, defendendo o desenvolvimento harmonioso do RN, em particular se pré-termo (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020). Por sua vez, com crianças em idade pré-escolar e escolar, demonstrei interesse pelas suas atividades, dialoguei de forma compatível com seu o nível de desenvolvimento/capacidade cognitiva e, sempre que possível e aplicável, negocie e promovi a sua participação nos cuidados. Neste âmbito, a brincadeira terapêutica constituiu-se uma ferramenta primordial de comunicação, particularmente útil como meio de transmissão de informação ou explicação de procedimentos, ao facilitar o entendimento da criança e a aproximação do enfermeiro (Martinez, Tocantins, & Souza, 2013).

Tendo em conta que na comunicação com crianças, independentemente da idade, a comunicação não verbal é de suprema importância (Hockenberry M. J., 2014), seja a nível proxémico, cinésio ou paralinguístico, tive sempre atenção, entre outros aspetos, à minha postura, distanciamento, gestos e atitude. Atentei também ao facto de que ao usar equipamento de proteção individual, nomeadamente a máscara, agora uma constante,

elementos não verbais da comunicação ganham importância acrescida, como é o caso do contacto visual e tom de voz utilizado.

Concomitantemente, **comunicar com a família, utilizando linguagem adequada ao seu nível socioeconómico e respeitando as suas características, crenças e cultura** foi outra atividade desenvolvida. Neste processo, procurei identificar o nível de interesse e preocupações específicas da família, características sociodemográficas, formação educacional, crenças culturais e atitudes, e ter conhecimento dos significados, da preparação, dos conhecimentos e habilidades da família em relação a comportamentos de saúde. Assim, comunicar com a criança e família respeitando as suas características permitiu-me **responder adequadamente às necessidades expressas pelo binómio**.

Um processo de comunicação eficaz permite um envolvimento seguro, construtivo e compreensivo para que a criança mantenha as capacidades próprias da sua fase desenvolvimental e para proporcionar experiências que estimulem o seu crescimento (Martinez, Tocantins, & Souza, 2013). Inversamente, uma comunicação ineficaz é prejudicial à satisfação da pessoa, adesão ao tratamento, compreensão da informação fornecida e, em última análise, aos resultados de saúde (Ramos A. , 2020). Tendo isso em consideração, foi importante **reconhecer os desafios à comunicação eficaz**.

Um dos desafios na comunicação foi manter a intencionalidade terapêutica do processo, permitindo a liberdade de expressão ao mesmo tempo que centro o discurso nas necessidades que pretendo atender. Direcionar o foco do diálogo foi uma importante estratégia para atingir esse efeito (Hockenberry M. J., 2014). Por sua vez, a transmissão de informação excessiva pode aumentar a ansiedade e constituir um bloqueio à comunicação (Hockenberry M. J., 2014), pelo que procurei sempre um equilíbrio entre o que transmitia (e como) e o que o recetor estava capaz ou disposto a receber, centrando-me na informação necessária, de forma tranquilizadora e simultaneamente assertiva.

Na UCC, o processo comunicativo teve uma particularidade muito própria devido à tipologia de consulta adotada: a teleconsulta. Sendo não presencial, a comunicação envolve características e desafios específicos, principalmente pela dificuldade de percepção da componente não verbal do processo (Barbosa & Silva, 2017). Assim, dei particular importância à forma e conteúdo da mensagem que transmitia, procurando comunicar sempre de forma clara, com entoação e tom de voz tranquilo, pausado, adaptando a minha linguagem e interação ao discurso e reação do recetor.

No contexto do internamento, percebi que sentimentos de angústia, medo e ansiedade, tanto por parte da criança como da família, somados ao ambiente estranho do

hospital podem constituir desafios à comunicação eficaz. Por isso, adotei estratégias no sentido de diminuir esse estado emocional e conquistar uma relação de confiança e empatia com o binómio, ao mesmo tempo que considerei os diversos elementos que influenciam a comunicação, como a dinâmica do serviço, tecnologia utilizada, condição de saúde/doença da criança, etc. (Martinez, Tocantins, & Souza, 2013).

A hospitalização da criança pode estar associada à comunicação de más notícias, seja no diagnóstico de doenças agudas/crónicas, agravamentos clínicos, complicações pós-operatórias, entre outras. Zanon, Cremonese, Ribeiro, Padoin e Paula (2020) definem má notícia como informação que suscita modificação intensa e negativa na perspetiva futura. Referem ainda que a comunicação deste tipo de notícias é um processo complexo, especialmente no contexto de pediatria, e a sua eficácia depende do vínculo entre os envolvidos e da sensibilidade dos profissionais. A transmissão adequada de más notícias é uma competência difícil de desenvolver e pode falhar quando é estabelecida por profissionais não especializados ou quando a abordagem não é multidisciplinar (Zanon, Cremonese, Ribeiro, Padoin, & Paula, 2020). Sendo que compete ao EEESIP cuidar da criança e família nas situações de especial complexidade (Regulamento n.º422/2018 de 12 de julho) é expectável que participe no processo de comunicação de más notícias. As dificuldades inerentes justificam a necessidade de desenvolver competências para encarar este processo com inteligência e humanização, assegurando a privacidade e respeitando os sentimentos de todos os intervenientes. Neste sentido, quando oportuno, procurei **participar na comunicação de más notícias**. Percebi que adotar uma abordagem estruturada (por exemplo o modelo SPIKES) e assegurar um ambiente propício à comunicação são fatores importantes para a sua eficácia (Ethier, 2014). É necessário que os serviços disponham de áreas próprias, silenciosas, reservadas às atualizações e eventuais más notícias a ser transmitidas à família (Marshall, et al., 2017). A não existência de tal recurso constitui um desafio e obstáculo adicional a uma comunicação eficaz nestes casos.

Competências desenvolvidas:

- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de ESIP;
- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área de ESIP;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito de ESIP;

- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área de ESIP;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;

Objetivos específicos:

- Desenvolver competências na assistência especializada de enfermagem à criança e família em situação de especial complexidade;
- Desenvolver competências relativas à promoção da adaptação da criança e família à doença e ao processo de hospitalização;
- Promover a saúde e bem-estar da criança e família.

A assistência especializada de enfermagem a crianças e famílias envolve um processo dinâmico de identificação e resolução de problemas, identificado como o processo de enfermagem (Hockenberry & Barrera, 2014). Este implica uma tomada de decisão clínica, que tanto é diagnóstica como terapêutica (Carvalho, Oliveira-Kumakura, & Morais, 2017), que permite escolher as intervenções que melhor respondem aos diagnósticos identificados. Assim, **identificar os principais focos e diagnósticos de enfermagem, subjacentes à prática de cada contexto assistencial**, foi uma atividade concretizada no meu desenvolvimento de competências, permitindo-me **atender às necessidades específicas da criança e família no planeamento de cuidados**, de forma segura e eficaz. Descrever neste relatório todos os focos e diagnósticos que identifiquei ao longo da minha aprendizagem é praticamente impraticável e algo que não ambiciono. Não obstante, ambas as atividades foram desenvolvidas tanto no contexto de internamento hospitalar como nos CSP, com particularidades específicas a cada um deles.

Colaborar no processo de admissão, acolhimento e acompanhamento da criança e família foi, por sua vez, uma atividade trabalhada essencialmente no serviço de internamento. Considerando a admissão um processo mais administrativo e burocrático, pode dizer-se que é no acolhimento que se inicia o processo de prestação de cuidados de enfermagem. Segundo Tavares (2011; 2020), esta etapa, que se prossegue e consolida no dia-a-dia, tem especial importância porque vai influenciar a atitude da criança e família face à equipa de saúde e ao desenrolar da doença e vivência da hospitalização, constituindo-se

uma oportunidade de diminuir sentimentos de ansiedade e medo, que podem afetar negativamente o estabelecimento de confiança do binómio no enfermeiro. A mesma autora defende que é também o momento ideal para abordar os hábitos e comportamentos da criança para, na medida do possível, assemelhar os cuidados aos prestados em casa, tornando-os mais terapêuticos. Esta avaliação inicial significativa da criança vai permitir um planeamento de cuidados holístico e individualizado (Sanders, 2014).

Constrangimentos de tempo, volume de tarefas e ratios desadequados podem interferir com o sucesso deste processo, para o qual é essencial demonstrar disponibilidade. Neste sentido, encarei o acolhimento como um momento privilegiado de comunicação, que não deve ser apressado nem realizado de forma impessoal ou rotineira, mas sim adaptado à criança, contribuindo para uma prática de cuidados humanizados e atraumáticos. Acolher também os pais, incentivando a parentalidade durante a hospitalização, é um reconhecimento do seu importante papel como parceiros nos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015) e não foi por mim descurado.

Portanto, em estágio, acolhi e apresentei o serviço à criança e família, de forma a diminuir a sua ansiedade, desmistificar questões e ainda informar sobre aspetos do funcionamento da unidade e hospitalização, promovendo a integração e segurança dos acolhidos. A acompanhar a informação transmitida disponibilizei sempre o guia de acolhimento do serviço, um instrumento de orientação que auxilia o profissional a expor as informações e a diáde a relembrar o que lhes foi transmitido mais tarde (Tavares P. , 2011). Apontaria apenas a sugestão de disponibilizar este guia noutras línguas pois, apesar de relativamente incomum, a admissão de crianças/famílias de língua não portuguesa pode ocorrer, dificultando-se a comunicação pela barreira linguística presente.

Tavares (2011; 2020) indica que independentemente da hospitalização ser ou não programada os princípios do acolhimento são os mesmos, podendo haver diferenças em termos de timings e informação a transmitir, que devem respeitar a idade e desenvolvimento cognitivo da criança, que responde melhor quando está devidamente informada acerca do que lhe vai acontecer. Cardoso et al. (2019) referem que, efetivamente, o desconhecimento do ambiente hospitalar pode gerar sentimentos de medo e ansiedade na criança e família, principalmente se for uma primeira admissão. Os mesmos afirmam ainda a necessidade por parte dos familiares de um processo de acolhimento organizado e humanizado, onde devem participar os diferentes membros da equipa multidisciplinar. A lógica de preparar as crianças para a experiência de hospitalização assenta no facto que diminuir os elementos que lhe são desconhecidos resulta em menos medo (Sanders, 2014).

O medo e ansiedade pré-operatória têm particular relevância no contexto assistencial que vivenciei em estágio, onde ajudar as crianças e família a lidar com o stress da cirurgia constitui-se uma das maiores responsabilidades dos enfermeiros (Carmo, Rocha, Bentes, & Soares, 2020). Neste sentido, programas de preparação pré-operatória, dirigidos às crianças e pais, têm benefícios demonstrados como meio de diminuir esses sentimentos negativos, facilitar a adaptação, reduzir o tempo de hospitalização, prevenir complicações pós-operatórias, facilitar a recuperação e aumentar a satisfação dos utentes (Sanders, 2014; Bartik & Toruner, 2017; Aranha, Sams, & Saldanha, 2018; Dai & Livesley, 2018; Carmo, Rocha, Bentes, & Soares, 2020). Dada a inexistência deste tipo de programa na unidade, denotei aqui uma relevante oportunidade de intervenção do EEESIP. Um projeto neste âmbito tinha, aliás, sido recentemente apresentado por duas especialistas do serviço.

Apesar de maioritariamente cirúrgica, a unidade admite crianças com uma variedade de patologias que exigem cuidados de enfermagem especializados, pelo que procurei **cuidar da criança e família em situações de particular exigência, nomeadamente no âmbito da doença crónica, doença rara e final de vida**. Este tipo de doenças exige cuidados de enfermagem de particular complexidade, que têm de ser individualizados tendo em conta não só a doença, mas a própria criança e família, de forma a suportar ambos nos inúmeros desafios que enfrentam.

Apesar de não ter tido, em estágio, a experiência de cuidar de crianças em final de vida, esta é uma temática sobre a qual não poderia deixar de refletir. A perspetiva de fim de vida de uma criança é algo desestruturante e causador de enorme sofrimento para a família, agudizado, nas sociedades ocidentais, pela completa ausência de uma cultura de educação para a morte (Martins & Ramos, 2020). Segundo o Colégio de Especialidade de ESIP (2017, p. 2), *o aumento da doença crónica e da esperança de vida suscitam a necessidade de cuidados continuados e paliativos pediátricos*. Os cuidados paliativos pediátricos são cuidados centrados na família, não apenas sobre a morte e o morrer, mas que ambicionam afirmar a vida em plenitude da criança e família, com qualidade, enquanto enfrentam uma situação clínica complexa (Martins & Ramos, 2020). Apesar de todas as crianças portadoras de doenças crónicas complexas, limitantes ou ameaçadoras da vida, independentemente do diagnóstico ou estágio da doença, terem o direito de usufruir destes cuidados, dados europeus sugerem lacunas e uma grande desigualdade na prestação de serviços neste âmbito (Fraser, Bluebond-Langner, & Ling, 2020). Reconheço que uma maior formação e treino nesta temática é essencial para continuar a desenvolver competências que me permitam identificar e responder eficazmente às necessidades paliativas em idade pediátrica,

principalmente na comunicação com a díade e no acompanhamento e apoio da família no subjacente processo de luto.

Responder às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados é uma competência específica do EEESIP (Regulamento n.º422/2018 de 12 de julho), que implica não só demonstrar conhecimentos sobre as referidas condições, mas também procurar evidência científica para responder às necessidades da criança e família, encaminhando-a, se necessário, para outros recursos específicos. Na doença crónica, o EEESIP procura ainda melhorar as respostas adaptativas do binómio, nas diferentes dimensões afetadas.

A realidade de cuidar de crianças com doença crónica ou rara cria oportunidades únicas de aprendizagem, não só pela singularidade da condição em si, mas também pelos próprios tratamentos, muitas vezes inovadores e/ou não convencionais, nem sempre disponíveis em qualquer unidade hospitalar. Exemplo disso foi a assistência que prestei a uma adolescente de 16 anos com fibrose quística que, por agudização da sua condição respiratória, foi hospitalizada e submetida a oxigenoterapia de alto fluxo. O aumento do uso desta terapia fora do contexto de cuidados intensivos/intermédios torna imperativo o conhecimento e competências adequadas de todos os profissionais envolvidos, não só para garantir cuidados eficazes, mas também seguros e de qualidade. O seu uso corrente em crianças parece ser ainda largamente baseado em experiências clínicas individuais (Hosheh, Edwards, & Ramnarayan, 2020), com uma clara escassez de diretrizes nacionais ou internacionais. Esta particularidade é ainda mais evidente em tempos de pandemia, com dúvidas a surgirem sobre a segurança do método neste contexto. Perante a necessidade de analisar em maior pormenor esta matéria, durante o estágio, e após uma formação em serviço, elaborei uma reflexão que pode ser consultada no apêndice I deste relatório.

Independentemente do tipo de tratamento, o diagnóstico de doença crónica ou rara é um evento que altera por completo a vida da criança e, por consequência, da sua família, em especial dos pais que acrescentam ao papel parental o de prestador de cuidados. A cronicidade da doença implica que esta se estende ao longo da vida pelo que a criança, à medida que cresce, vai debater-se com os desafios característicos do seu desenvolvimento (como por exemplo a entrada na escola) com o acréscimo de uma adaptação constante à doença e à forma como esta influencia, por vezes de forma extremamente limitativa, a sua condição de saúde e qualidade de vida. Crianças dependentes de equipamentos e/ou tecnologia complexa para sustentar as suas vidas experienciam restrições mais extensivas (Glasper, Coad, & Richardson, 2015). É o caso de crianças com insuficiência renal crónica dependente de hemodiálise ou diálise peritoneal, tratamentos que, para além de imporem

restrições no que respeita à ingestão de fluidos e alimentação, são altamente perturbadores do estilo de vida da criança e da família (Glasper, Coad, & Richardson, 2015).

Na unidade de nefrologia pediátrica, mais do que trabalhar competências técnicas (o que seria infrutífero tendo em conta a quantidade de turnos efetivamente realizados na unidade), compreendi o papel do EEESIP em ajudar as crianças sob hemodiálise e famílias na consciencialização das suas capacidades e forças, na identificação de problemas e no desenvolvimento de estratégias de *coping*. Efetivamente, mais do que um local de execução de tratamentos, neste espaço estabelece-se uma relação de empatia, confiança e parceria inigualável entre enfermeiros e o binómio. Além disso, o contacto entre as famílias das crianças durante a hemodiálise proporciona uma partilha de experiências e suporte adicional que podem ser extremamente benéficas no processo de aceitação e adaptação à doença (McElfresh & Merk, 2014), bem como na promoção da esperança (Charepe, 2020).

Assim, durante o estágio e sempre numa perspectiva de parceria de cuidados, **promovi a adaptação da criança e família à doença crónica**, prestando apoio emocional, informativo/formativo e instrumental, tanto às crianças como aos pais, já que a intervenção e o empoderamento destes últimos se constitui uma oportunidade promotora e protetora da saúde dos primeiros que, a longo prazo, se pode traduzir na redução de complicações, redução de custos em terapêutica prolongada, aumento da esperança média de vida, entre outros ganhos em saúde (Charepe, 2020). Nos jovens em particular o ensino acerca da autogestão da doença crónica, a promoção da resiliência (Figueiredo, Lomba, Loureiro, & Backes, 2020) e a promoção da esperança (McElfresh & Merk, 2014) são intervenções de enfermagem fundamentais para o sucesso da adaptação. Neste sentido, e considerando que é competência do EEESIP demonstrar na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança (Regulamento n.º422/2018 de 12 de julho), adotei estratégias individualizadas à criança com doença crónica ou rara e família, conforme recomendadas pela Ordem dos Enfermeiros (2011).

Ao participar num workshop no âmbito da criança com doença renal crónica pude perceber que iniciativas como campos de férias para estas crianças têm demonstrado um impacto positivo e benefícios no processo de adaptação à doença. Tais eventos promovem o contacto com os pares e atividades que melhoraram o auto-conceito da criança e incrementam o seu conhecimento e capacidade de autogestão da doença, acabando por melhorar a adesão à terapêutica, o desempenho funcional, a autonomia e a perceção de qualidade de vida da criança (Silva, Fernandes, Silva, & Duarte, 2017).

Na realidade, o aumento da prevalência da doença crónica ou incapacitante na população pediátrica e os seus efeitos na qualidade de vida das crianças e famílias (McElfresh & Merk, 2014) justifica a importância que estas assumem para o EEESIP. Estas situações impõem necessidades especiais de saúde às crianças, que ficam em maior risco de alterações desenvolvimentais, comportamentais e/ou emocionais (Charepe, 2020). O estigma associado à condição de saúde, com frequência vinculado ao grau de incapacidade da criança, deve ser previsto pelo EEESIP, que deve promover a integração dos pares, educadores, professores e da comunidade, garantindo o sucesso do processo terapêutico, com implicações na gestão do regime terapêutico da criança e na aceitação gradual da sua condição e/ou limitações (Charepe, 2020). Pude trabalhar neste sentido durante o estágio na UCC, no âmbito do projeto de Necessidades de Saúde Especiais (NSE), sobre o qual irei refletir mais adiante neste relatório.

Apesar da hospitalização da criança ser considerada um último recurso, ou seja, quando não é possível prestar os cuidados necessários no domicílio ou em contexto de consulta ou hospital de dia (Instituto de Apoio à Criança, 2017), nem sempre se consegue evitar. Mesmo que por curtos períodos, a doença e a hospitalização, associados a sentimentos negativos (como ansiedade, insegurança, incerteza) e a inúmeros estímulos e fatores de stress (separação do resto da família, perda de controlo e autonomia, alteração de rotinas, diferenças de alimentação, restrição de atividade, medo da lesão corporal e dor, etc.), têm efeitos adversos na criança e na dinâmica familiar, que podem constituir um verdadeiro trauma e fonte de sofrimento (Sanders, 2014; Cardoso, et al., 2019; Dal’Bosco, Barancelli, Gobatto, & Schmidt, 2019). **Compreender o impacto da doença e hospitalização na criança e família** foi, por isso, uma atividade central no meu desenvolvimento de competências, que me permitiu implementar cuidados especializados e intencionais, dirigidos às necessidades do referido binómio. Esta compreensão e o uso de estratégias para tornar o ambiente hospitalar promotor do bem-estar são facilitadores do processo de adaptação das crianças e famílias (Barros, Lourenço, Nunes, & Charepe, 2021).

Ainda neste âmbito, e considerando a importância de cuidados atraumáticos, **implementei estratégias de minimização do impacto da doença e hospitalização na criança e família**. A concretização de tais atividades está contemplada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESIP (Colégio da Especialidade de ESIP, 2017). Uma recente *scoping review* (Barros, Lourenço, Nunes, & Charepe, 2021) destaca uma série de intervenções (brincadeira terapêutica, informação antecipatória, técnicas de relaxamento, distração, humor, musicoterapia, acesso à internet, suporte emocional e espiritual, entre

outras) com vista à diminuição da ansiedade e stress da díade criança/família, aumentando a sua capacidade para receber informações e participar nos cuidados e decisões. Tendo em conta que o desenvolvimento da criança influencia o modo em como esta comunica e se adapta ao meio (Sanders, 2014), a minha escolha de estratégias foi sempre intencional e individualizada, adaptando-se e evoluindo em função da própria reação da criança.

Ao cuidar de crianças em idade pré-escolar e escolar, por exemplo, a brincadeira terapêutica constituiu-se um verdadeiro instrumento de intervenção. Sendo o brincar uma atividade básica essencial na vida de uma criança, esta estratégia proporciona uma comunicação eficaz; permite que a criança extravase os seus sentimentos e preocupações, permitindo-nos identificar as suas necessidades e receios; e diminui a visão negativa do ambiente hospitalar e os efeitos de uma má experiência, aumentando a confiança da criança no profissional e melhorando o seu sentimento de segurança e bem-estar (Tavares P. , 2011; Caleffi, et al., 2016; Dal’Bosco, Barancelli, Gobatto, & Schmidt, 2019; Paula, et al., 2019; Godino-Iáñez, et al., 2020; Kapkın, Manav, & Muslu, 2020; Tavares P. P., 2020). Permite ainda uma melhor compreensão da criança sobre a sua condição de doença, necessidade de hospitalização e de procedimentos a realizar – algo essencial para a sua cooperação e aceitação do tratamento, contribuindo positivamente para o processo de recuperação (Caleffi, et al., 2016; Paula, et al., 2019). De destacar que esta estratégia só é terapêutica se for planeada e dotada de intencionalidade, não devendo ser encarada apenas como atividade recreativa (Godino-Iáñez, et al., 2020).

Do mesmo modo, utilizei música, escolhida pela criança, como estratégia para diminuir a sua ansiedade, principalmente em situações potenciadoras de desconforto ou constrangimento, como a prestação de cuidados de higiene. Esta intervenção é considerada acessível, segura e uma alternativa eficaz para controlar a ansiedade durante a hospitalização (Johnson, et al., 2021).

A presença dos pais/pessoa significativa, para além de um direito da criança (Instituto de Apoio à Criança, 2017) é também uma estratégia que diminui a ansiedade e minimiza o impacto da hospitalização em ambos (Tavares P. , 2011; Sanders, 2014), pelo que foi por mim promovida. A ansiedade parental pode transparecer-se nos filhos (Tavares P. , 2011) e deve por isso ser também alvo de atenção do EEESIP. Um estudo prospetivo (Rosenberg, et al., 2017) que objetivou identificar fatores preditores de ansiedade parental e compreender o seu efeito na dor de crianças de idade inferior a 18 meses, no período pós-operatório da hospitalização, concluiu que fracos mecanismos de *coping* e o sentimento de diminuta autoeficácia dos pais estão associados com o aumento de ansiedade parental que, por sua

vez, pode estar correlacionado com um risco aumentado de dor pós-operatória dos seus filhos. Justifica-se, assim, a importância de envolver os pais nos cuidados aos filhos durante todo o processo de hospitalização. Na unidade cirúrgica onde estagiei isso inclui a possibilidade dos pais puderem acompanhar a criança ao BO e lá permanecerem até ao momento de indução anestésica, estando também presentes depois no recobro.

Tanto as doenças como a hospitalização, especialmente a prolongada, podem influenciar significativamente o crescimento e desenvolvimento harmonioso da criança (Menzani, Regueiro, & Leiva, 2017; Cardoso, et al., 2019). A restrição que ocorre nas relações e convivência em comunidade tem particular relevância e impacto na criança em idade escolar e nos adolescentes (Menzani, Regueiro, & Leiva, 2017). Tendo isso em conta, **implementei estratégias de promoção e maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança**, procurando maximizar os benefícios potenciais da hospitalização, transformando esta situação numa chance de aprendizagem e desenvolvimento. Efetivamente, a hospitalização proporciona uma possibilidade de aproximação entre a criança e acompanhante, usualmente um dos pais, pelo que fomentei a promoção de relações e vínculos afetivos neste sentido. Ao mobilizar os pais para uma perceção mais crítica das necessidades da criança, a hospitalização constitui-se ainda uma excelente oportunidade para trabalhar a literacia em saúde, não só sobre a condição de doença, mas também explorando a temática de promoção da saúde e aprendizagem dos pais sobre o crescimento e desenvolvimento do seu filho (Sanders, 2014). Assim, trabalhei a capacitação e promovi a mestria dos pais no desempenho do seu papel parental. Procurei ainda facilitar os sentimentos de mestria das próprias crianças, enfatizando os aspetos de competência pessoal (como por exemplo cumprirem o regime terapêutico) e não valorizando o comportamento negativo ou não cooperante.

O acesso à internet demonstrou-se uma ferramenta poderosa para minimizar o impacto da hospitalização no aproveitamento escolar. O acesso gratuito permitiu que as crianças, se disponíveis e dispostas a tal, participassem nas aulas online a ser providenciadas pelas escolas (um dos efeitos da pandemia em que vivemos) e interagissem com os pares em momentos de lazer, como para jogar videojogos. Incentivei e respeitei tais momentos, tentando organizar os cuidados em torno dos mesmos. Ainda neste âmbito, pude apreciar o trabalho das educadoras e professora do serviço, que tentam acompanhar as crianças e adolescentes durante longos períodos de hospitalização, com o objetivo de minimizar prejuízos e interrupções na sua vida escolar, algo que contribui positivamente para o seu desenvolvimento físico, cognitivo e emocional (Menzani, Regueiro, & Leiva, 2017).

Considerando que o EEESIP *trabalha em parceria com a criança e família (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível* (Regulamento n.º422/2018 de 12 de julho, p. 19192) e que os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde (Lei n.º48/90 de 24 de agosto), torna-se essencial empoderar o binómio como agente ativo na gestão e promoção da sua saúde. Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2019) a curiosidade natural característica da infância potencia a que informação de saúde transmitida nesta fase induza a aquisição de hábitos e estilos de vida saudáveis. Todavia, mudanças de comportamento a este nível podem ser difíceis de adotar se não se compreender o seu verdadeiro impacto. É por isso fundamental que o EEESIP impulse a consciencialização das crianças, famílias e, no contexto escolar, da comunidade educativa, para a importância de hábitos saudáveis que promovem a saúde e previnem doenças. Contudo, cabe a estes intervenientes colocar em prática o que aprendem e modificar os seus comportamentos para que se verifique uma verdadeira transformação individual e coletiva com ganhos em saúde e uma melhoria na qualidade de vida de toda a comunidade.

Independentemente do contexto, integrar atividades de promoção da saúde na prática clínica é um requisito para o exercício profissional do enfermeiro que, ao capacitar a pessoa a tomar conta e melhorar a sua saúde, está automaticamente a promovê-la (Freire, Landeiro, Martins, Martins, & Peres, 2016). Assim, tanto no serviço de internamento como no contexto de CSP, sempre que aplicável e de forma ajustada às necessidades identificadas, **promovi a capacitação da criança no seu processo de saúde**, o que implicou não só transmitir informação, mas também ajudar a criança a apreendê-la e utilizá-la, transformando-a em conhecimento significativo (Ramos A. , 2020). Esta capacitação é eixo prioritário em programas como o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (DGS, 2013) e o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (DGS, 2015).

Da mesma forma, procurei **responsabilizar a criança nas suas decisões quanto ao seu projeto de saúde**, incentivando e negociando uma decisão partilhada, permitindo a sua autonomia e incluindo as suas preferências no processo de tomada de decisão na gestão dos cuidados. Estas são algumas das estratégias promotoras do empoderamento da criança (Ramos A. , 2020) que foram adaptadas a cada situação e ajustadas ao nível de desenvolvimento e capacidade cognitiva de cada criança. Por exemplo, ao administrar medicação oral a uma menina de 5 anos, permiti a escolha entre fazê-lo por uma colher ou por uma seringa, responsabilizando-a na sua tomada de decisão, ao mesmo tempo que a envolvi nos cuidados, permitindo o estabelecimento de uma relação de parceria. Na adolescência estas estratégias assumem particular importância, sendo competência do

EEESIP promover a autoestima e autodeterminação do adolescente nas escolhas relativas à saúde, negociando o contrato de saúde e reforçando a tomada de decisão responsável (Regulamento n.º422/2018 de 12 de julho).

Foi interessante comparar e perceber a diferença de dinâmicas nas práticas de promoção da saúde entre o contexto hospitalar e os CSP. Esta distinção foi relatada por Freire, Landeiro, Martins, Martins e Peres (2016), que verificaram que enquanto que os enfermeiros no hospital tendem a identificar o problema e dirigir-lhe as suas intervenções, supervisionando de forma meticulosa as atividades dos cuidados, no contexto dos CSP o foco está nas estratégias de promoção de estilos de vida saudáveis e na vigilância sistemática da saúde, com deteção e consequente referenciação de situações problemáticas ou de risco.

Assim, outra atividade que desenvolvi foi **detetar precocemente, acompanhar e encaminhar situações que pudessem afetar negativamente a saúde e o bem-estar da criança e família**. Nos CSP, onde uma das prioridades é a saúde individual e coletiva das crianças, esta actividade assume particular importância, constituindo-se um objetivo das consultas de vigilância de SIJ (DGS, 2013). Na USF, o EEESIP encontra-se num lugar privilegiado para detetar e encaminhar tais situações pois acompanha o binómio nas diferentes fases e transições da sua vida. Na UCC tal também é aplicável, nomeadamente através dos vários programas implementados em concordância com o PNSIJ, como é o caso do Programa Nacional para a Saúde da Visão (PNSV). Neste âmbito, durante o estágio pude **compreender a dinamização e participar na aplicação do Rastreio de Saúde Visual Infantil (RSVI)** a um grupo de crianças de 2 anos, convocadas para esse efeito. Em Portugal, cerca de 20% das crianças sofre de erros refrativos visuais significativos, défices que, não diagnosticados e tratados precocemente, podem ter repercussões graves no crescimento e desenvolvimento infantil, diminuindo a qualidade de vida da criança e impactando o seu futuro, com efeitos negativos a nível pessoal, familiar e profissional, com elevados custos sociais (DGS, 2016). O rastreio permite responder a essa problemática, estando a ser um sucesso desde a sua implementação, e contribui, por inerência, para a promoção da saúde e prevenção da doença nestas crianças.

O enfermeiro em CSP com frequência coordena e articula-se com os diversos recursos na comunidade de forma a dar resposta às necessidades do utente, referenciando-o e encaminhando-o para outros serviços ou profissionais, de forma a garantir a continuidade e complementaridade dos cuidados (Guedes, et al., 2019). Numa das teleconsultas efetuadas na UCC, no âmbito do projeto de NSE, a mãe de uma criança de 7 anos com perturbação fonológica, sob terapia da fala, informou-me que a terapeuta teria aconselhado uma consulta

de medicina dentária, por considerar que parte do problema da criança estaria relacionado com a sua dentição e estrutura maxilar. Averigui que o cheque-dentista, medida prevista no PNSIJ e no Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), a ser atribuído nesta idade, ainda não teria sido recebido e que a mãe desconhecia a sua aplicabilidade. Assim, pude **informar sobre os recursos da comunidade**, de forma a promover a saúde da criança.

Considerando que compete ao EEESIP referenciar, se necessário, crianças com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e cuidados de especialidade (Regulamento n.º422/2018 de 12 de julho), procurei **conhecer o processo de sinalização da criança com NSE em cada contexto assistencial**.

No serviço de internamento, está envolvida neste processo a equipa multidisciplinar que depois se articula com diferentes recursos, no sentido de garantir a assistência e promover a inclusão destas crianças na comunidade, após a alta hospitalar. Um desses recursos é a Unidade Móvel de Apoio Domiciliário, uma equipa multidisciplinar que presta apoio à criança e família em que seja conveniente uma vigilância mais apertada e assistência diferenciada, seja por necessidade desenvolvimental, doença, otimização dos cuidados parentais ou mesmo casos de risco social. Neste projeto, conjunto com a Fundação do Gil, e na própria referenciação estão envolvidos EEESIP, já que são suas competências diagnosticar precocemente situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e promover a adaptação desta e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (Regulamento n.º422/2018 de 12 de julho). Esta referenciação e participação célere, em conformidade com o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), é fundamental para maximizar o crescimento e desenvolvimento da criança, potenciando a sua autonomia futura.

No contexto de CSP, nomeadamente na UCC, tive oportunidade de **explorar a dinâmica de intervenção das Equipas Locais de Intervenção (ELI)**, no âmbito do SNIPI. Estas equipas pluridisciplinares, da qual fazem parte os enfermeiros, identificam crianças e famílias elegíveis que lhes podem ser referenciadas, de forma não exclusiva, por profissionais de saúde que contactam com a criança, educadores de infância ou os próprios pais. Como o SNIPI abrange apenas crianças dos 0 aos 6 anos de idade (Decreto-Lei n.º281/2009 de 6 de Outubro), após este timing é necessário o encaminhamento destas crianças a outras entidades ou recursos, se a ELI considerar que ainda precisam de vigilância e intervenção ativa. Neste seguimento, a intervenção das equipas de saúde escolar pode ser fundamental. Efetivamente, estas equipas podem acompanhar crianças sinalizadas e/ou referenciadas pela ELI, médico ou enfermeiro de família, pelo contexto hospitalar e ainda

pelo contexto escolar onde a criança se insere, atuando no âmbito do PNSE. Esta é uma temática de tal forma relevante para o EEESIP que mereceu a criação de objetivos específicos neste meu percurso de desenvolvimento de competências, pelo que irei abordar as atividades desenvolvidas em conformidade mais à frente neste relatório.

Outra problemática pertinente são os maus-tratos a crianças, um fenómeno à escala mundial e um grave problema de saúde pública (Skarsaune & Bondas, 2016; Pádua, Silva, & Contreiras, 2020). O EEESIP pode deparar-se com estes casos em qualquer contexto da sua prática, pelo que lhe compete diagnosticar precocemente e intervir em situações de risco, identificando e assistindo crianças vítimas de maus-tratos, incluindo negligência, abuso e comportamentos de risco (Regulamento n.º422/2018 de 12 de julho). Esta assistência pode compreender a hospitalização da criança, de forma a garantir a sua proteção imediata se em situação de perigo. Neste sentido, pude **conhecer o processo de sinalização da criança em risco**, no âmbito da Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR), em particular na UCC, onde **explorei a dinâmica de intervenção do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR)**, do qual o EEESIP pode fazer parte. Apesar de não ter estabelecido contacto com esta equipa, pude clarificar e compreender o seu âmbito de intervenção na promoção dos direitos das crianças, garantindo a sua proteção aquando de situações de risco ou perigo, assim como a referenciação para os demais níveis superiores de intervenção, nomeadamente a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e entidades judiciais. Percebi que, para além de uma função de consultoria, estando em contacto permanente com as redes de suporte da comunidade, o NACJR tem um papel importante na formação sobre esta temática a profissionais de saúde e de educação.

Na realidade, a escola é um espaço de excelência para o desenvolvimento de crianças que estabelecem com os profissionais deste contexto laços de confiança, que acarretam uma responsabilidade acrescida no que concerne à prevenção, deteção, notificação e encaminhamento da criança em risco (Guimarães, Machado, & Ormeño, 2020; Gaspar, Alcoforado, Santos, & Pereira, 2021). A sensibilização e envolvimento dos agentes educativos é, por isso, fundamental e deve ser alvo do EEESIP a quem compete sensibilizar *pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção* (Regulamento n.º422/2018 de 12 de julho, p. 19193).

Não obstante, reconhecer situações de risco na assistência à criança não se alude apenas a maus-tratos ou NSE, podendo também referir-se à deteção de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, com consequente prestação de cuidados apropriados. Como esta é também competência do EEESIP (Regulamento n.º422/2018 de

12 de julho), **reconhecer situações de risco, urgência e emergência na assistência à criança** foi atividade por mim desenvolvida, especialmente no contexto de internamento.

De facto, todo e qualquer utente em idade pediátrica que se encontre hospitalizado apresenta risco de deterioração súbita, que pode resultar em paragem respiratória ou cardiopulmonar e, em última instância, em morte (Akre, et al., 2010). O seu reconhecimento precoce e tratamento atempado permitem evitar esses resultados (Maconochie, Aickin, Hazinski, & Atkins, 2020). Em estágio, detetei a degradação do estado clínico e progressiva instabilidade hemodinâmica de uma criança no pós-operatório de uma inserção de cateter venoso central, colaborando no seu encaminhamento urgente para a unidade de cuidados intensivos, onde se confirmou o diagnóstico de derrame pleural. Tal experiência reforçou a importância de mobilizar conhecimentos e habilidades de forma a detetar precocemente os sinais de alerta, que me permitiram intervir antecipadamente, travando a degradação do estado clínico da criança, evitando complicações e otimizando o seu prognóstico.

Contudo, mudanças subtis nos pacientes podem ser difíceis de detetar e articular e nem sempre a experiência profissional e “olho clínico” são suficientes para a garantir. Modelos de predição que sejam capazes de identificar o risco de deterioração podem facilitar uma avaliação e intervenção atempadas, potencialmente melhorando a sobrevivência e os resultados a longo prazo. É o exemplo da *Paediatric Early Warning Score* (PEWS), uma escala amplamente disseminada em países como o Reino Unido, Estados Unidos da América ou Canadá, a qual já apliquei na minha experiência profissional num serviço de urgência em Inglaterra. Tive oportunidade de partilhar esse conhecimento e experiência com a equipa de enfermagem do serviço numa sessão de formação de pares. Esta atividade irá ser abordada em maior pormenor no domínio da Formação deste capítulo.

Objetivo específico: Desenvolver competências na gestão e controlo da dor da criança.

A dor é um fenómeno multidimensional, complexo, com efeitos nefastos na saúde e desafiador para os profissionais de saúde dada a sua frequência de aparecimento (Batalha, 2010, p. XIII). A experiência da dor em crianças é influenciada por diversos fatores, nomeadamente idade, nível de desenvolvimento, causa e natureza da dor, entre outros (Jacob, 2014). Se não tratada, para além de fonte de angústia para a família, prolonga a resposta de stress da criança, afeta negativamente a sua recuperação e, a longo prazo, pode ter consequências a nível fisiológico, psicossocial e comportamental, resultando numa perda significativa de qualidade de vida (Batalha, 2010; Jacob, 2014; Valeri, et al., 2016). Não

obstante, a dor pediátrica é um problema crítico que prevalece na assistência a crianças, sendo a sua subestimação e subtratamento uma realidade tipicamente associada à dificuldade na sua medição pelos profissionais, verificando-se uma inconsistência na gestão da dor, com implicações na saúde e custos para a sociedade (Batalha, 2010; Smeland, et al., 2019). Desta forma, é essencial que o EEESIP seja competente na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança (Regulamento n.º422/2018 de 12 de julho).

Sendo a dor o 5º sinal vital, a sua avaliação e registo sistemático faz parte da boa prática dos serviços de saúde, independentemente do seu contexto (DGS, 2003). Efetivamente, saber quantificar a dor é o primeiro passo para o seu correto tratamento (Batalha, 2010). Neste sentido, no serviço de internamento **avaliei a dor da criança através da aplicação de instrumentos de avaliação da dor pediátrica**. Um fator facilitador na aquisição de competências a este nível foi o facto de já ter experiência na aplicação das escalas em vigor na unidade, pois são as mesmas que utilizo na minha prática profissional. A principal diferença foi o enquadramento temporal desta intervenção já que, no âmbito do doente cirúrgico, a regularidade da avaliação está protocolada na admissão, de 4/4 horas nas primeiras 8 horas pós-operatório, passando depois para 6/6 (ou sempre que necessário). Esta é uma variação do defendido por Glasper, Coad e Richardson (2015), que argumentam que a dor da criança deve ser avaliada de hora a hora nas primeiras 6 horas do período pós-operatório e, uma vez controlada, de 4/4 horas, para garantir a sua deteção e sucessivo tratamento. Mesmo assim, como um dos obstáculos ao controlo efetivo da dor em pediatria é a não queixa da criança (Batalha, 2010; Smeland, et al., 2019), avaliei sempre a dor na presença de sinais sugestivos ou alteração dos sinais vitais, depois de cada intervenção dolorosa e ainda após tratamentos efetuados, para avaliar a eficácia dos mesmos. Para isso, de acordo com a faixa etária e capacidade cognitiva de cada criança, apliquei os instrumentos parametrizados no serviço, que estão em conformidade com o recomendado pela DGS (2010). Como a dor é um fenómeno subjetivo, sempre que possível privilegiei escalas de auto-avaliação. Para crianças com incapacidade de se autoavaliar, utilizei regular e periodicamente escalas de heteroavaliação.

O controlo eficaz da dor é um direito da pessoa que sofre e dever do profissional de saúde que a assiste (DGS, 2003). O EEESIP desempenha um papel primordial nesta gestão, adotando medidas terapêuticas tendo em conta o tipo e intensidade da dor e as características da criança em causa. Assim, outra atividade por mim desenvolvida foi a **implementação de medidas farmacológicas e não-farmacológicas no controlo da dor da criança**.

A dor é um diagnóstico de enfermagem comum numa unidade cirúrgica, onde frequentemente crianças no período pós-operatório reportam níveis de dor moderados a severos (Smeland, et al., 2019). O seu tratamento precoce é mais seguro e eficaz que o tardio, sendo claro que a prevenção da dor pressupõe uma antecipação à sua ocorrência (Batalha, 2010; Fernandes A. , 2020). No pós-operatório a analgesia preventiva é a base para um bom controlo da dor (Jacob, 2014), o que foi por mim observado no serviço de internamento onde a administração de analgésicos nas primeiras 48 horas pós-operatórias está fortemente instituída. Neste contexto, tive também oportunidade de constatar o recurso a analgesia controlada pelo paciente, no pós-operatório de uma adolescente sujeita a cirurgia de correção de escoliose, como forma de responder ao difícil controlo da dor por ela experienciado. Apesar do seu uso pouco frequente (Batalha, 2010), este método é particularmente vantajoso no controlo da dor pós-operatória em crianças que conseguem entender o seu conceito (Jacob, 2014). A sua aplicação no serviço envolve a referenciação da criança para a equipa da dor do hospital, que fornece o equipamento e instrui o paciente na sua utilização.

Também procedimentos invasivos são fonte recorrente de dor na criança hospitalizada (Batalha, 2010). Conforme recomendado pela DGS (2012), anestésicos locais, neste caso o EMLA[®] é no serviço rotineiramente utilizado, tanto na preparação pré-operatória da criança para o cateterismo venoso periférico, como noutros procedimentos invasivos simples da pele (por exemplo a venopunção ou punção lombar). Contudo, a sua aplicação no RN pode ser controversa, sendo mesmo contraindicada no pré-termo com idade gestacional inferior a 37 semanas (Infarmed, 2017). Uma revisão sistemática da Cochrane (Foster, Taylor, & Spence, 2017) reportou que a evidência quanto ao uso de analgésicos tópicos como o EMLA[®] no RN é insuficiente para suportar a sua recomendação clínica. Além disso, uma recente meta-análise demonstrou que o efeito do EMLA[®] no controlo da dor durante a venopunção a crianças com idade inferior a 3 meses é inferior à amamentação ou uso de sacarose (Shahid, Florez, & Mbuag, 2019).

Torna-se portanto evidente a importância das estratégias não-farmacológicas para a gestão da dor na criança, sobre as quais o EEESIP deve demonstrar conhecimentos e habilidades (Regulamento n.º422/2018 de 12 de julho). Assim, em função do estágio de desenvolvimento e da própria condição clínica da criança, apliquei este tipo de medidas conforme recomendado por Batalha (2010), pela DGS (2012) e Ordem dos Enfermeiros (2013): técnicas comportamentais – como o reforço positivo, elogiando a criança e, por exemplo, no fim de um procedimento, atribuindo-lhe como prémio autocolantes; técnicas cognitivas – nomeadamente através de informação preparatória; e ainda técnicas cognitivo-

comportamentais – como a distração e a modelação, usando bonecos para demonstração de uma dada intervenção. No RN e latente, priorizei o suporte emocional através do toque e técnicas de conforto como: embalar; contenção manual ou com lençol; uso de chupeta para sucção não nutritiva; uso de sacarose a 24% ou glicose a 30% (ambas disponíveis no serviço de internamento, mas não na USF); e ainda, se aplicável e mãe disponível, a amamentação.

Efetivamente, mesmo no controlo da dor pós-operatória, técnicas não-farmacológicas como posicionamento, distração de áudio (Atak & Ozyazıcioglu, 2021) e brincadeira terapêutica (Yayan, Zengin, Düken, & Dağ, 2020) têm-se demonstrado eficazes. No sentido de gerir a dor associada ao tratamento de feridas e/ou realização de pensos, privilegiei a distração ativa com brinquedos interativos ou jogos, já que parece ser mais eficaz que a distração passiva, como o áudio de música (Wu, et al., 2021).

Por último, incentivei sempre a presença e participação da família como medida de suporte emocional para a criança. Mesmo sem estudos que comprovem a sua eficácia quanto ao alívio direto da dor, é reconhecido que a presença dos pais reduz eficazmente o stress da criança, acabando por contribuir para o seu bem-estar e controlo da dor (Batalha, 2010; Ordem dos Enfermeiros, 2013; Smeland, et al., 2019). O seu envolvimento foi, assim, negociado e integrado na parceria de cuidados que objetivei estabelecer.

Objetivos específicos:

- Desenvolver competências que facilitem a parceria de cuidados;
- Desenvolver competências na promoção do processo de parentalidade.

Cuidados Centrados na Família e Parceria de Cuidados são conceitos comuns em ESIP que se complementam e assentam na premissa de que as famílias e profissionais de saúde são parceiros nos cuidados a prestar à criança (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020). Os cuidados são planeados em função das capacidades e desejo de envolvimento dos pais, com negociação e partilha de decisões entre estes e os profissionais, ambos se reconhecendo mutuamente como peritos nos cuidados à criança (Casey, 1995; Casey & Mobbs, 1988; Monteiro & Cerqueira, 2020). Ou seja, o enfermeiro é o profissional especializado nos cuidados diferenciados de enfermagem, enquanto os pais são os especialistas no comportamento do seu filho e nos cuidados familiares de suporte às suas necessidades básicas. Independentemente do contexto da prática, o EEESIP deve negociar com os pais e criança a responsabilidade e participação nos cuidados, partilhando-os de acordo com as necessidades e preferências do binómio (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Respeitando estes princípios, foi assim que em estágio **cuidei da criança em parceria com a família**. Beneficiando do conhecimento dos pais sobre o seu filho consegui responder de melhor forma às necessidades da criança. Paralelamente, procurei capacitar e empoderar os pais nos cuidados a prestar, dentro dos limites da sua aptidão, disponibilidade e vontade, respeitando também, sempre que aplicável, o desejo da criança. O nível de participação e envolvimento nos cuidados variou tendo em conta o contexto da prática, mas principalmente a singularidade de cada criança e respetiva família, tendo sido um processo negociado e individualizado, de forma a responder às necessidades não só da criança, mas sim do binómio – pois este é o cliente e o beneficiário dos cuidados do EEESIP (Regulamento n.º422/2018 de 12 de julho).

Nesta relação de parceria *é enfatizada a importância dos pais para o desenvolvimento integral da criança*, assim como *é valorizada a parentalidade no processo de cuidar* (Mendes & Martins, 2012, p. 120). Na realidade, a parceria entre enfermeiro e família é essencial para uma parentalidade mais segura e um desenvolvimento infantil mais saudável (Bento, Ferreira, & Amendoeira, 2020).

O nascimento de um filho e a sua incorporação na unidade familiar é um momento de transição especialmente crítico nas famílias que exige mudanças no desempenho dos papéis e nas próprias relações familiares (Hockenberry M. , 2014). Contudo, o processo de parentalidade não incide nem se desenvolve apenas neste início de vida da criança. Ele acompanha-a ao longo do seu ciclo vital e modifica-se de acordo com o seu crescimento e desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2015), adaptando-se às sucessivas necessidades específicas da criança, ao mesmo tempo que procura corresponder positivamente às expectativas familiares, sociais e culturais atribuídas aos pais (Nunes, 2020).

Neste sentido, nos diferentes contextos assistenciais, procurei **apoiar a transição para a parentalidade**, oferecendo o suporte necessário para os pais compreenderem o desenvolvimento dos seus filhos, de forma a melhorá-lo e a evitar possíveis riscos ou problemas. Para isso, consoante a etapa de desenvolvimento da criança, promovi cuidados antecipatórios sobre diferentes domínios (padrão alimentar, eliminação, higiene, sono e repouso, segurança, entre outros), aconselhando os pais sobre os cuidados a ter de forma a potenciar o desenvolvimento saudável dos seus filhos, satisfazendo as suas dúvidas e elogiando-os pelo bom cuidado demonstrado.

Neste aspeto, tive em consideração os princípios do Modelo de *Touchpoints* de Brazelton (1999), que introduziu o conceito de *Touchpoints* como períodos nos primeiros anos de vida durante os quais os surtos de desenvolvimento da criança resultam numa

perturbação pronunciada no sistema familiar. A sua identificação e antecipação pelos pais vai fortalecer e potenciar a relação com a criança, reduzindo interações negativas que podem prejudicar o desenvolvimento e resultar em problemas nos seus diferentes domínios. Atento que transmitir estas orientações antecipatórias às famílias não consistiu somente em fornecer informação, mas sim estabelecer um diálogo partilhado sobre como os pais se vão sentir e como podem reagir perante os previsíveis desafios futuros, promovendo a confiança em si mesmos e nos seus filhos (Brazelton, 1999).

No exercício da parentalidade será, então, razoável presumir que, perante a alteração incessante das necessidades da criança, decorrentes do seu crescimento e desenvolvimento, o papel parental transforma-se, requerendo uma adaptação e certamente aprendizagem de novos conhecimentos e competências para responder às exigências de forma eficaz. Para facilitar e potenciar este processo, **promovi a capacitação dos pais no desempenho do seu papel parental** ao incentivar a expressão e consciencialização das suas necessidades, capacidades e dificuldades. Avaliar as necessidades, forças e fragilidades dos pais deve ser parte integral do processo assistencial porque possibilita intervenções capazes de mobilizar e potenciar competências parentais existentes e ainda sustentar e promover a aquisição de outras (Santos, 2011). Através de estratégias de educação para a saúde, aumentei, fortaleci e aprimorei os conhecimentos e capacidades dos pais para responder às necessidades da criança, promovendo a autonomia parental. De facto, *a educação para a saúde é uma atividade vital na capacitação dos pais no seu papel parental, permitindo uma partilha de saberes, dúvidas, expectativas e medos*, que vai contribuir para a sua autoconfiança e tranquilidade (Ramos, Vilaça, & Mendes, 2020, p. 132).

Perceber a parentalidade como parte normal da vida, desfrutar do crescimento da criança, estar preparado, ter conhecimentos e receber suporte profissional e informações sobre recursos, são alguns dos fatores facilitadores da transição para a parentalidade (Barimani, Vikstrom, Frykedal, & Berlin, 2017) que o EEESIP deve favorecer.

Na assistência ao RN e família em particular, tanto no contexto de internamento como na USF, **implementei estratégias favorecedoras da vinculação e ligação mãe/pai-filho**. Efetivamente, o EEESIP deve ser competente na promoção da vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais (Regulamento n.º422/2018 de 12 de julho). Neste sentido, para além de orientar os pais quanto às competências esperadas do seu bebé (para promover o seu comportamento interativo e o ajuste dos pais às suas necessidades), promovi a sua participação nos cuidados, a amamentação e o contacto físico entre RN e pais, nomeadamente o contacto pele-a-pele.

Tais intervenções beneficiam tanto a família como a criança (Naef, et al., 2020) e promovem a coesão familiar (Logan & Dormire, 2018), objetivando a promoção do processo de parentalidade e do crescimento e desenvolvimento da criança.

O contacto pele-a-pele é uma medida mundialmente recomendada e reconhecida como benéfica para o RN e para a saúde emocional e mental dos pais (Jones & Santamaria, 2018), promovendo a vinculação e a ligação mãe/pai-filho. Deve ser tomada o mais precoce e frequentemente possível, dentro das limitações da condição do RN e do desejo dos pais, pelo que foi uma atividade promovida no internamento, principalmente com o RN pré-termo, quando transferido da unidade de neonatologia para o serviço.

O aleitamento materno tem sido associado a inúmeros benefícios de saúde, sendo considerado a melhor opção disponível que garante um crescimento adequado e um ótimo desenvolvimento do RN (Pecoraro, Agostoni, Pepaj, & Pietrobelli, 2018), incluindo o pré-termo (Poulimeneas, et al., 2020). A amamentação proporciona momentos únicos de relacionamento (Vilaça & Ramos, 2020) que favorecem a vinculação e a ligação mãe-filho, pelo que foram por mim incentivados e protegidos.

Ainda neste âmbito, na USF tive oportunidade de **realizar uma visita domiciliária a um RN na sua primeira semana de vida e seus pais**. Um dos objetivos foi a avaliação da mamada no seu contexto natural, o que me permitiu também orientar quanto à técnica de amamentação e informar sobre os seus benefícios. De facto, a adaptação a casa é um período particularmente sensível no que respeita ao sucesso da amamentação, sendo a visita domiciliária uma estratégia na sua promoção (Galvão & Cardoso, 2017). Além disso, esta atividade facilitou a expressão de sentimentos e dificuldades por parte do casal, que se sentem mais confortáveis no seu ambiente familiar, e permitiu uma adequação dos cuidados, dirigida tanto à mãe como ao pai do RN, constituindo-se uma estratégia de suporte que contribui para uma melhor adaptação à parentalidade (Almeida, Nelas, & Duarte, 2016).

Tendo em conta que a filosofia que sustenta os cuidados pediátricos é assente na parceria de cuidados centrados na família, o que inclui mãe e pai, a temática de inclusão da figura paterna na assistência de enfermagem à criança não é propriamente recente. O papel do pai não é passivo e o enfermeiro deve considerar as suas necessidades, identificando e afirmando os seus pontos fortes e áreas de melhoria (Ferguson & Gates, 2015). É necessário envolver esta figura desde o período neonatal (aliás, até mesmo pré-natal) de forma a promover o vínculo e coesão da família, em particular em situações de hospitalização (Logan & Dormire, 2018). Esta intervenção em estágio foi dificultada pelas restrições impostas pela

pandemia, tanto a nível dos CSP, na consulta, como no hospital, onde apenas é permitido um acompanhante, sendo maior parte das vezes a mãe o cuidador designado.

A doença e a hospitalização são fenómenos inesperados para as famílias que podem dificultar a adaptação à parentalidade, podendo provocar inclusive uma crise de identidade parental (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Nestas situações, os pais experienciam sentimentos de ansiedade, medo, frustração, inquietação, impotência, culpa e insegurança, que podem ser diminuídos através do estabelecimento efetivo de uma parceria de cuidados (Monteiro & Cerqueira, 2020). Até conseguirem a sua adaptação, os pais vão precisar de uma equipa para os orientar ou, se necessário, substituir no papel de cuidador da criança. Neste contexto, o exercício da parentalidade fica vulnerável ou em risco, devendo ser foco da atenção dos enfermeiros (Sousa, 2014), em particular do EEESIP. Sousa (2014) refere que a condição clínica da criança determina a condição das suas necessidades, que por sua vez influencia a condição da parentalidade. A mesma autora alude para o facto de que quando a criança hospitalizada passa a ter de lidar com necessidades especiais/complexas permanentes inicia-se uma transição da parentalidade; se as necessidades forem transitórias, geram mudanças temporárias no processo da parentalidade. A participação e capacitação dos pais nos cuidados de maior complexidade, como no caso da criança com doença crónica, é um processo que exige tempo e disponibilidade do EEESIP, que deve ter uma ação de orientação, supervisão, aconselhamento, apoio (físico e psicológico) e favorecimento de um ambiente propício à parceria de cuidados (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Neste sentido, **implementei estratégias de facilitação da adaptação à parentalidade** durante a hospitalização. Na escolha destas estratégias tive em conta as necessidades dos pais, expectativas e desejos de envolvimento nos cuidados ao filho. Efetivamente, os pais da criança hospitalizada apresentam inúmeras necessidades que devem ser identificadas de forma a implementar intervenções que as satisfaçam (Santos, 2011; Andrade, et al., 2015; Rodrigues, Fernandes, & Marques, 2020). Tendo isso em consideração: partilhei informação completa e honesta para facilitar as decisões e promovi uma tomada de decisão informada – os pais reportam frequentemente a necessidade de informação e de compreensão dessa informação, assim como de confiar nos profissionais e de ter a garantia da qualidade dos cuidados (Santos, 2011; Andrade, et al., 2015); incentivei a presença e participação dos pais, envolvendo-os nos cuidados à criança – os pais identificam a necessidade de estar junto da criança e de participar nos cuidados habituais, transmitindo-lhe segurança e mantendo a sensação de controlo da situação (Andrade, et al., 2015); negocieei com os pais os cuidados e o seu papel parental, respeitando a sua vontade e

competência, partilhando os cuidados sem os sobrecarregar – os pais carecem de conhecer e manter o seu papel no hospital (Andrade, et al., 2015), sendo importante que não se sintam *desconfortáveis no desenvolvimento da sua parentalidade, com as responsabilidades que lhes são exigidas, evitando confusões e insegurança sobre o que deles é esperado e podem ou não fazer* (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 17); ensinei, instruí e treinei os pais sobre como tomar conta de necessidades específicas da criança, conforme a sua condição clínica – os pais carecem de suporte e orientação sobre como lidar com a situação (Santos, 2011) e os enfermeiros devem habilitá-los para atender às necessidades de saúde da criança, pois *uma família bem orientada quanto aos diagnósticos e cuidados necessários possibilita uma melhor adesão ao tratamento* (Dal’Bosco, Barancelli, Gobatto, & Schmidt, 2019, p. 1176); apoiei a iniciativa dos pais e promovi a autonomia parental, simultaneamente supervisionando os cuidados – os pais necessitam de restabelecer o seu papel parental (Ordem dos Enfermeiros, 2015) com intervenção mínima dos profissionais, de forma a promover a participação total no cuidado à criança; reconheci a competência parental e promovi sentimentos de segurança, utilidade e confiança – os pais precisam de sentir que os profissionais confiam em si e de gerir as suas emoções (Andrade, et al., 2015) para se adaptarem; informei e orientei sobre recursos sociais, como, por exemplo, sobre legislação de proteção da parentalidade – potenciar as famílias a otimizar os seus recursos pessoais e sociais ajuda-as a gerir o seu projeto de saúde (Ramos A. , 2020); e disponibilizei tempo para escutar e apoiar os pais, considerando as suas preocupações, não só relacionadas com a criança, mas também com outros fatores externos como gestão da vida profissional, questões financeiras, entre outros – que podem gerar preocupações e ansiedade suplementares (Rodrigues, Fernandes, & Marques, 2020), prejudicando o bem-estar da família.

Estas estratégias facilitaram não só a adaptação à hospitalização, mas também a continuidade de cuidados após a alta, com pais mais confiantes, competentes e empoderados. De facto, uma parceria de cuidados promotora do exercício parental durante a hospitalização proporciona um regresso a casa com os pais a sentirem-se mais seguros e eficazes no cuidado à criança (Sousa, 2014). **Assistir na preparação do regresso a casa da criança com necessidade de cuidados** foi, por isso, também uma atividade desenvolvida no serviço de internamento. A alta hospitalar para muitas crianças não significa a sua recuperação completa mas uma estabilidade que permite que os cuidados que necessita possam ser continuados no domicílio, o que implica a adaptação e o desempenho eficaz do papel parental, que deve ser favorecido durante todo o processo de hospitalização (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Neste âmbito, a elaboração da carta de alta de enfermagem foi um

aspeto que não descurei, pela importante articulação que proporciona entre a equipa de enfermagem hospitalar e a dos CSP (ou outras) que acompanharão a criança e família no domicílio, garantindo a continuidade de cuidados.

Tanto no processo de hospitalização como nos cuidados no domicílio, o apoio da família alargada, da comunidade e dos serviços de saúde é indispensável para que se constitua uma família resiliente. Efetivamente, o papel essencial das redes de apoio deve ser reconhecido e valorizado (Cardoso, et al., 2019). Todavia, a pandemia atual impôs restrições que podem comprometer esse suporte. A prática do distanciamento social, por exemplo, reduziu a assistência que novos pais procuram dos avós e família alargada e o isolamento provocado aumenta o risco de ansiedade e depressão pós-parto (McKegney, 2021).

Se por si só a hospitalização de uma criança afeta as dinâmicas familiares e separa a criança e acompanhante do resto da família, em plena pandemia acresce as limitações e restrições impostas às visitas nos serviços de internamento. Em tempos difíceis e incógnitos como estes, é fundamental sermos criativos para contornar e enfrentar os obstáculos encontrados na prática. O uso de tecnologia pode atenuar os efeitos das restrições impostas (Tscherning, Sizun, & Kuhn, 2020), permitindo a interação e o apoio entre a criança e outras pessoas significativas, pelo que foi por mim promovido no contexto de internamento.

Objetivos específicos:

- Desenvolver competências no âmbito da vigilância da SIJ;
- Desenvolver competências na aplicação do PNSIJ e outros programas associados;
- Desenvolver competências na aplicação do PNSE, em particular no projeto de NSE.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é um elemento basilar das políticas de saúde em Portugal, traçando o rumo estratégico para a intervenção no quadro do sistema de saúde, que assenta em quatro eixos: equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde, qualidade em saúde, cidadania e políticas saudáveis (Ministério da Saúde, 2015). É operacionalizado através de uma série de programas e projetos, dirigidos a necessidades ou temas específicos, que procuram promover e proteger a saúde das populações. Estes programas fundamentam grande parte da assistência do EEESIP nos CSP, *contexto privilegiado para a promoção dos determinantes de saúde e da sua influência no cliente individual – criança e jovem – e de grupo – família, grupos escolares* (Fernandes & Andrade, 2020, p. 87). Neste sentido, os objetivos supramencionados e as consequentes atividades planeadas foram especialmente projetados para o período do estágio que decorreu na UCC e na USF.

Desta forma, **colaborei na aplicação dos programas e projetos de saúde implementados nas unidades**, através dos quais pude **implementar estratégias de vigilância e promoção da saúde, bem como de prevenção de doenças, com apoio a programas nacionais de saúde de relevância no âmbito da SIJ**. Dos que pude trabalhar na USF, destaco o PNSIJ e o Programa Nacional de Vacinação (PNV). Na UCC, saliento o PNSE e o PNSV, do qual faz parte o RSVI, também compreendido no PNSIJ. Enfatizo ainda a importância de programas e estruturas de suporte como o SNIPI e a ASCJR, sobre os quais também aprofundei conhecimentos e competências, já refletidos neste relatório.

A pandemia de COVID-19 levou ao adiamento de serviços não urgentes em diversas instituições de saúde e alterou as dinâmicas funcionais das unidades e das equipas, o que influenciou a implementação/execução de diversos programas e projetos em vigor. Este aspeto repercutiu-se nas experiências e oportunidades de aprendizagem durante o estágio no contexto de CSP, tendo adequado os meus objetivos e atividades em consequência disso.

Não obstante, na USF tive oportunidade de **realizar consultas de vigilância de SIJ com base no PNSIJ**, uma das medidas que a DGS (2020) determinou como não podendo ser adiada, mesmo tendo em conta a situação pandémica do país. De facto, a criança é um ser em crescimento e desenvolvimento, pelo que o seu percurso ao longo da infância deve ser vigiado, de modo a detetar precocemente sinais de alarme ou perturbações de saúde que possam comprometer a sua qualidade de vida, sucesso educacional e integração social (Festas, Quelhas, & Braga, 2020). Concomitantemente, esta vigilância planeada, prevista no PNSIJ, preconiza cuidados antecipatórios, que privilegiam comportamentos de saúde e promovem o crescimento e desenvolvimento saudáveis (DGS, 2013).

A Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil e Juvenil (CESIJ), mais do que um ato, deve constituir-se um instrumento do processo terapêutico onde, de forma autónoma, o enfermeiro aplica o processo de enfermagem dirigido à criança e família, organizando os elementos necessários para a tomada de decisão, que deve considerar a parceria de cuidados como facilitadora da negociação dos compromissos de saúde assumidos pelo binómio (Fernandes & Andrade, 2020). O EEESIP pode, assim, utilizar a CESIJ como estratégia de vigilância e promoção da saúde, pois através dela consegue avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança, detetar potenciais sinais de alarme e reconhecer as necessidades prementes do binómio, identificando os consecutivos diagnósticos de enfermagem sobre os quais vai intervir (Fernandes & Andrade, 2020), enquanto *transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil* (Regulamento n.º422/2018 de 12 de julho, p. 19194).

Desta forma, nas consultas que realizei segui as orientações do PNSIJ para o exame físico da criança e para empregar a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada nas idade-chave aplicáveis, estando atenta aos potenciais sinais de alarme, de forma a identificar e intervir nas situações de risco. Numa consulta a um latente de 6 meses, por exemplo, ao efetuar o exame físico denotei uma assimetria das pregas cutâneas entre uma coxa e outra. Apesar de um sinal menor, pode estar relacionado com uma possível displasia da anca (Sant'Anna, 2009), pelo que a criança foi encaminhada para o médico de família para avaliação adicional. Ainda nesta consulta, congratulei a mãe pelo aleitamento materno exclusivo que agora poderia ser complementado com o início da diversificação alimentar (DGS, 2013). Esta temática foi abordada com calma e esclarecendo as dúvidas da cuidadora, comunicando de forma acessível, de forma a permitir a sua compreensão e promover a consciencialização e autoconfiança nesta nova etapa do crescimento e desenvolvimento do filho. Como a informação transmitida deve ser continuada para além da consulta presencial (Fernandes & Andrade, 2020), disponibilizei o folheto da USF sobre diversificação alimentar. Se devidamente elaborado, este recurso permite facultar a informação de forma detalhada e credível, facilitando o seu acesso à posteriori e a sua retenção, pois a informação transmitida verbalmente pode rapidamente ser esquecida (Glasper, Coad, & Richardson, 2015).

Intervenções relacionadas com a educação para a saúde contribuem para incrementar a literacia em saúde e capacitação para a tomada de decisões mais saudáveis, gerando sociedades mais competentes e tendencialmente prósperas. O enfermeiro assume-se, assim, como agente educador indispensável, com funções de orientação à criança e família de forma a responder às suas necessidades (Silva, Gondim, Henrique, Fonseca, & Mello, 2018). Efetivamente, durante as consultas na USF, pude **identificar necessidades de educação para a saúde de crianças e família no âmbito da SIJ**. Numa delas, detetei que uma criança de 12 meses ainda não estaria a escovar os dentes. Como agravante, já consumia bebidas açucaradas. Identifiquei aqui uma oportunidade de educação, dirigida à mãe da criança, que aproveitei. Simultaneamente, consegui **promover comportamentos saudáveis e prevenir comportamentos de risco**. Nesta relação de parceria, foi importante perceber os níveis de literacia em saúde da mãe de forma a ajustar a minha intervenção e empoderá-la no cuidado ao seu filho, assegurando a continuidade de cuidados. Considerando que os conhecimentos sobre saúde são fundamentais para assegurar a adoção de comportamentos saudáveis, promover a literacia em saúde apresenta-se como uma prioridade de saúde pública para a promoção da saúde, prevenção da doença e utilização eficaz e eficiente dos serviços (DGS,

2019), sendo uma responsabilidade e simultaneamente um desafio para o EEESIP, que a deve utilizar como estratégia no seu âmbito de intervenção.

Ainda na USF, e como já foi referido neste relatório, tive a oportunidade de **realizar a primeira visita domiciliária a um RN**, na sua primeira semana de vida. Esta estratégia, contemplada no PNSIJ, é fundamental na vigilância e promoção da saúde do RN, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade (DGS, 2013), e está associada a uma diminuição da mortalidade neonatal (WHO/UNICEF, 2009). A visita em questão possibilitou momentos de educação para a saúde com pai e mãe – algo que não teria sido possível em consulta na USF, onde é permitida a presença apenas de um acompanhante da criança (restrição imposta por causa da pandemia) – em que foram abordados necessidades e cuidados ao RN como a amamentação, higiene, precauções de segurança, entre outros.

Para evitar deslocações desnecessárias e no sentido de reforçar as medidas de controlo da pandemia, sempre que aplicável, as CESIJ foram programadas e harmonizadas com a calendarização da vacinação, respeitando assim o preconizado pela DGS (2020). Desta forma, pude **contribuir para o cumprimento do PNV**. Este é o programa mais custo-efetivo implementado em Portugal ao permitir o controlo, redução e erradicação das doenças-alvo, o que contribuiu para o decréscimo da mortalidade e morbilidade infantis (Fernandes, et al., 2016), sendo por si só uma estratégia de promoção da saúde e prevenção de doenças. As elevadas taxas de cobertura vacinal em Portugal devem-se muito ao trabalho dos enfermeiros, principalmente ao nível dos CSP (Fernandes, et al., 2016). O esquema vacinal recomendado incide maioritariamente no período de infância pelo que deve ser do conhecimento do EEESIP, para quem a vacinação constitui uma oportunidade de relação com a criança e família ao complementar o ato de vacinar com uma observação deliberada da dinâmica familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Diferente estratégia de vigilância de saúde é o RSVI, que tem por objetivo identificar crianças, entre os 2 e 5 anos de idade, com alterações oftalmológicas capazes de provocar ambliopia, um problema de saúde pública que se urge combater (DGS, 2016). Na UCC tive oportunidade de constatar parte da organização, estrutura e aplicação deste projeto, bem como **participar na execução do exame de foto-rastreio do RSVI**. Esta foi mais uma atividade que me permitiu desenvolver competências no âmbito da vigilância da SIJ e na aplicação do PNSIJ e outros associados, nomeadamente o PNSV. Perante a necessidade de ampliar os meus conhecimentos e situar as intervenções de enfermagem associados ao RSVI, no decorrer do estágio, elaborei um trabalho sobre a sua aplicação no contexto de CSP, que pode ser consultado no apêndice II deste relatório.

Outro programa de predominante impacto na promoção da saúde e prevenção da doença nas crianças é o PNSE, um instrumento orientador das políticas nacionais neste âmbito em meio escolar, que preconiza uma intervenção organizada e sistemática, sendo um dos seus eixos estratégicos a capacitação não só das crianças mas de toda a comunidade educativa (incluindo pais, encarregados de educação, docentes e não docentes), no sentido de promover estilos de vida saudáveis e elevar o nível de literacia para a saúde (DGS, 2015). A escola está, sem dúvida, numa posição ideal para esse efeito, não só por ser o lugar onde as crianças passam maior parte do seu tempo, mas também por ser um espaço privilegiado para a aquisição de conhecimentos que tendem a perpetuar-se e a influenciar as atitudes na vida adulta (Galvão & Silva, 2011). Uma escola promotora da saúde, para além de garantir educação, assegura aprendizagens que reforçam os níveis de literacia em saúde determinantes para a tomada de decisões nesta matéria, de forma a capacitar e responsabilizar toda a comunidade educativa quanto ao seu projeto de saúde.

Assim, a promoção da saúde é operacionalizada através de processos de educação para a saúde adequados ao público-alvo, em torno de programas estratégicos com o objetivo de melhorar conhecimentos em saúde que conduzam à adoção de comportamentos e atitudes mais saudáveis (Festas, Quelhas, & Braga, 2020). Parte da relevância destes programas é o seu carácter preventivo, intencional e contínuo, pois ações educativas únicas, isoladas e sem seguimento podem ser pouco eficazes. Exigem, por isso, um planeamento a longo prazo, adaptação a cada comunidade educativa e avaliação periódica da efetividade dos seus objetivos e ganhos em saúde (DGS, 2015). A operacionalização do PNSE está a cargo, a nível local, dos ACES ou unidades locais de saúde, nomeadamente das suas equipas de saúde escolar (DGS, 2015). Aos enfermeiros que trabalham nestas equipas, onde se inclui o EEESIP, exige-se o domínio de técnicas de ensino-aprendizagem adequadas às especificidades das populações que assistem (Festas, Quelhas, & Braga, 2020).

Consequentemente, planear e realizar ações de educação para a saúde, integradas em programas/projetos próprios, de acordo com necessidades identificadas em contexto escolar, são responsabilidades da equipa de saúde escolar (DGS, 2015) e atividades que gostaria de ter desenvolvido neste meu percurso de aprendizagem. Contudo, a pandemia não só alterou as dinâmicas da equipa como levou ao encerramento das escolas, o último a 21 de janeiro de 2021, o que fez com que as supraditas atividades não fossem passíveis de execução no tempo útil do estágio. Ainda assim, consegui desenvolver competências no âmbito da aplicação do PNSE, ao **conhecer as dinâmicas relacionadas com a saúde escolar fora do contexto da pandemia e na situação presente.**

No que respeita à capacitação da comunidade educativa da sua área de abrangência, a UCC onde estagiei trabalha e desenvolve programas/projetos em variadas áreas de intervenção, dos quais destaco: o PNPSO e o projeto SOBE+ (Saúde Oral Bibliotecas Escolares), que objetiva a redução da incidência e prevalência das doenças orais nas crianças, melhorando os seus conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral; o Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE), que apoia a implementação da educação sexual nas escolas de forma estruturada e sustentada, envolvendo o trabalho conjunto dos profissionais de educação e de saúde escolar; o “Eu e os Outros”, um programa de prevenção universal dos problemas ligados ao consumo de substâncias e comportamentos aditivos, abordados com temáticas ligadas à adolescência, como a sexualidade, pressão de pares, entre outras; e o Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE), que trabalha a alimentação e outros determinantes de saúde como saúde mental, atividade física, saúde oral e consumerismo. Este último programa está alinhado com o PNSE e o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), procurando contribuir para uma das metas do PNS: controlar a incidência e prevalência do excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar (Ministério da Saúde, 2015).

Na conjuntura atual, as prioridades dos serviços de saúde alteraram-se e na UCC algumas das intervenções em contexto escolar foram interrompidas. A equipa de saúde escolar foi incluída no planeamento das respostas das escolas à pandemia e, no início do ano letivo, subdividiu-se essencialmente em três tarefas: rastreio e monitorização de casos – de forma a manter a vigilância de saúde; identificação dos estudantes em risco – para prevenir/diminuir contágios; e educação da comunidade escolar a respeito da pandemia.

Por outro lado, esta fase excecional de isolamento social acentua a vulnerabilidade das crianças aos efeitos e restrições impostos pela pandemia, em especial daquelas com NSE, pelo que a intervenção dos profissionais de saúde na deteção e apoio a estas crianças é crucial e prioritário (DGS, 2020). Desta forma, na UCC tive oportunidade de **colaborar na aplicação do PNSE, através do projeto de NSE**.

Realmente, o apoio à criança com NSE é uma das áreas de intervenção do PNSE em que a equipa de saúde escolar promove a mobilização de recursos e trabalha em parceria com a comunidade educativa, empoderando-a com estratégias que facilitem a integração e socialização da criança na escola. O PNSE prevê ainda um plano de saúde individual que dê resposta às necessidades de saúde da criança, com o objetivo de potenciar o seu desempenho escolar, tendo em conta os fatores ambientais facilitadores ou barreira que possam interferir com a aprendizagem (DGS, 2015). A intervenção do EEESIP integra-se neste quadro, uma

vez que é sua competência intervir em programas no âmbito da saúde escolar e apoiar a inclusão de crianças com NSE (Regulamento n.º422/2018 de 12 de julho).

A referenciação da criança à equipa de saúde escolar pode ser iniciada pelos serviços de saúde, através dos seus profissionais, pela escola, pais ou encarregados de educação (DGS, 2015). No caso de crianças com idade compreendida entre os 4 e 6 anos sinalizadas para o SNIPI, deve haver uma articulação entre a ELI e a equipa de saúde escolar para que, se necessário, se verifique uma continuidade do acompanhamento e cuidados adequados. A nível dos ACES, sempre que é efetuado nos sistemas de informação o diagnóstico médico de “Dificuldade específica de aprendizagem” ou “Problema com a educação” a crianças entre os 4 e os 18 anos de idade, ocorre a sinalização automática da criança como tendo uma NSE. Contudo, essa sinalização não substitui a referenciação. O que se verifica na UCC onde estagiei é uma desproporcionalidade entre o número de crianças sinalizadas e de referenciadas, sendo o primeiro substancialmente superior. Não obstante, uma criança que seja sinalizada como tendo NSE pode deixar de a ter, pelo que deve ser avaliada periodicamente pela equipa de saúde familiar para verificar se existe ou não critério clínico para manter os diagnósticos ativos. Falhas neste processo levam a que crianças já sem NSE permaneçam sinalizadas como tal, o que aumenta o universo a rastrear pela equipa de saúde escolar. Simultaneamente, crianças com NSE não referenciadas podem não estar a ser devidamente acompanhadas, eventualmente comprometendo a sua integração escolar.

Neste sentido, a minha participação no referido projeto consistiu em efetuar consultas telefónicas aos pais/encarregados de educação de crianças da área de abrangência da UCC sinalizadas como tendo NSE, mas sem referenciação para a equipa. O principal objetivo foi identificar as crianças que efetivamente apresentam NSE, perceber o impacto das condições de saúde na funcionalidade da criança e identificar medidas já implementadas ou a implementar. Neste âmbito, pude estabelecer 101 contactos e identificar 74 crianças, das quais: 23 já não apresentam NSE; 29 têm NSE sem necessidade de acompanhamento emergente pela equipa de saúde escolar; e 22 com NSE com necessidade de intervenção. Nestes casos, foram reagendados novos contactos para prosseguir com o processo.

Numa das consultas, por exemplo, identifiquei uma criança de 10 anos com espinha bífida, com necessidade de apoio a vários níveis, incluindo assistência no autocuidado, cateterismo vesical de 3/3 horas e uso de dispositivos para a mobilização, nomeadamente canadianas, andarilho ou cadeira de rodas para distâncias mais longas. Esta criança não estava a ser acompanhada por nenhuma equipa ou profissional de saúde no contexto escolar, sendo que a mãe se dirigia todos os dias à escola para efetuar o cateterismo vesical ao seu

filho. Teria também já instruído duas auxiliares de educação no procedimento. Este é um caso gritante que requer intervenção por parte da equipa de saúde escolar, recurso que a mãe desconhecia. Foi por isso priorizado, agendando-se novo contacto com mãe e escola para proceder à elaboração e consequente implementação do plano de saúde individual. De facto, uma adequada integração na escola é fundamental para a inclusão de crianças com doença crónica (Pinto, et al., 2017). Em Portugal esta problemática é extremamente significativa e premente, contudo ainda algo negligenciada, pelo que tenciono futuramente apresentar uma publicação sobre a mesma, tendo por base e como fundamento o projeto desenvolvido.

Com estas teleconsultas, pude ainda abordar a saúde e bem-estar das crianças durante o encerramento das escolas. Em contexto pandémico, este é um papel crucial do enfermeiro em saúde escolar, podendo continuar a gerir determinados casos, providenciar recursos às famílias e mitigar disparidades de saúde (Rothstein & Olympia, 2020).

O aumento de peso das crianças durante o confinamento foi reportado nalgumas consultas, constituindo-se um fator de preocupação para os pais e para a equipa de saúde. Este problema tem sido assinalado em vários países (Nogueira-de-Almeida, et al., 2020; Rundle, Park, Herbstman, Kinsey, & Wang, 2020; Browne, et al., 2021; Tsenoli, Smith, & Khan, 2021), incluindo Portugal (Rito, Baleia, Pirata, Santos, & Chiote, 2021). De forma semelhante, relatos de aumento dos níveis de ansiedade e medo das crianças foram constatados nas consultas, o que também tem sido reportado a nível internacional (Rodrigues & Lins, 2020; Singh, et al., 2020; Theis, Campbell, De Leeuw, Owen, & Schenke, 2021).

Efetivamente, o efeito da pandemia na saúde e qualidade de vida das crianças é já alvo de diversos estudos (Adibelli & Sümen, 2020; Ashikkali, Carroll, & Johnson, 2020; Christoffell, Gomes, Souza, & Ciuffo, 2020). Todavia, estes têm-se focado no impacto imediato e carecem do distanciamento temporal necessário para investigar e compreender os efeitos a médio e longo prazo da pandemia para a saúde, crescimento e desenvolvimento das crianças, que são mais difíceis de prever e quantificar. Este é um trabalho a ser desenvolvido, em que as equipas de saúde escolar e em particular o EEESIP podem dar um contributo especialmente significativo.

Objetivo específico: Refletir criticamente sobre a assistência especializada do EEESIP.

Neste meu percurso formativo tive oportunidade de **analisar a prática de cuidados especializados em ESIP tendo em conta a evidência científica atual**, tanto no contexto de internamento como nos CSP. Ademais, no decorrer do estágio, **incorporei esta evidência e**

os meus conhecimentos nos cuidados prestados à criança e família, sempre com uma postura crítico-reflexiva, que penso estar refletida neste relatório.

É, sem dúvida, essencial que o EEESIP defenda as boas práticas de enfermagem que, baseadas na evidência científica, garantem a qualidade na assistência à criança e família, promovendo a sua saúde e bem-estar, qualquer que seja o contexto da prática. Esta assistência difere da do enfermeiro generalista na medida em que o EEESIP está munido de um corpo de conhecimentos científicos e um conjunto de competências, devidamente regulamentadas, que lhe permitem identificar precocemente as alterações que podem ocorrer no crescimento e desenvolvimento da criança, que têm um impacto também na sua família. Para responder às necessidades do binómio, o especialista encontra estratégias de forma a implementar cuidados holísticos personalizados e especializados, que devem ultrapassar a prestação de cuidados físicos e o conhecimento de doenças, considerando as necessidades emocionais, sociais e culturais de cada criança e família, utilizando técnicas adequadas de comunicação e relacionamento, numa efetiva parceria de cuidados.

No contexto de internamento, a prestação de cuidados por enfermeiros especialistas é um fator mediador das experiências de hospitalização da criança (Glasper, Coad, & Richardson, 2015). Estes profissionais assumem um papel de cuidadores e de educadores, pois a hospitalização oferece oportunidades para desenvolver medidas não só de tratamento da doença, mas também de promoção da saúde, indispensáveis a um crescimento e desenvolvimento infantil pleno (Mendes & Martins, 2012), que o especialista procura estimular. O EEESIP providencia ainda cuidados centrados na família e cuidados atraumáticos, evitando o sofrimento da criança durante todo o processo de hospitalização.

No que respeita aos CSP, o EEESIP está num lugar privilegiado para efetuar uma vigilância da SIJ e intervir precocemente na promoção da saúde e prevenção da doença, estabelecendo uma relação de proximidade e confiança com a família, ao longo do seu ciclo vital. É um recurso diferenciado, com formação específica, que contribui para uma saudável transição e um exercício harmonioso da parentalidade. Em contexto de saúde escolar, o EEESIP é líder comunitário, mediador entre a saúde e a educação, promotor da literacia em saúde e um referencial de confiança que traz conhecimento do ambiente social e dos sistemas de saúde de modo a mitigar, preparar e responder às necessidades dos alunos e comunidade educativa em geral, para promover melhores resultados em saúde (Flaherty, 2020).

Por outro lado, incumbe ao EEESIP questionar e refletir sobre as práticas quotidianas, de forma a promover, incentivar e impulsionar processos de mudança em prol de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados às crianças e suas famílias.

Tendo isso em consideração, procurei **identificar alguns dos principais desafios e oportunidades colocados ao EEESIP**, tendo em conta a evidência científica atual.

Não há dúvida que a principal responsabilidade do EEESIP é para com a criança e família, devendo trabalhar em parceria, de forma a identificar os seus objetivos e necessidades e planear, em conjunto, um plano de intervenção que responda aos problemas definidos (Hockenberry & Barrera, 2014). Contudo, estudos apontam para uma discrepância entre o discurso dos profissionais e as experiências das famílias, com os enfermeiros a considerarem os cuidados centrados na família e a parceria de cuidados necessária, mas não os aplicando na prática (Mendes & Martins, 2012; Shirazi, Sharif, Rakhshan, Pishva, & Jahanpour, 2015; Naef, et al., 2020). São vários os obstáculos que acabam por dificultar o estabelecimento de uma parceria de cuidados efetiva (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020), sendo um deles o facto dos profissionais não possuírem as competências necessárias para tal. Isto pode ser ultrapassado tendo cada vez mais EEESIP a trabalhar nos diferentes contextos da prática, já que é sua responsabilidade encarar os pais como parceiros e, simultaneamente, foco de atenção, garantindo uma comunicação eficaz, negociação genuína de cuidados e facilitação da gestão de sentimentos, o que otimizará os resultados de saúde.

Retomando a temática da escola inclusiva, esta enfrenta ainda dificuldades em mudar conceções existentes e há muito consolidadas na comunidade escolar (Costa, et al., 2017) e é essencial que os profissionais de saúde internalizem o discurso da inclusão e o efetivem na sua prática (Silveira, Costenaro, & Neves, 2020). É imprescindível que o EEESIP conheça as políticas de inclusão para poder informar as famílias de crianças com NSE dos seus direitos e recursos existentes. Ele é o enfermeiro mais bem preparado para avaliar as condições e necessidades de saúde e trabalhar no planeamento, implementação e reavaliação de intervenções, acompanhando o processo de inclusão escolar destas crianças, viabilizando e potenciando o seu crescimento e desenvolvimento, ao mesmo tempo que promove a sua saúde e previne complicações. Efetivamente, um estudo qualitativo (Melo, Kamada, Dutra, Simões, & Melo, 2017), que procurou compreender a vivência de professores no processo de inclusão de crianças com ostomia, confirmou a importância do enfermeiro em saúde escolar na promoção da saúde de crianças com NSE, advogando a sua presença nas escolas, como profissional habilitado no cuidado integral ao indivíduo.

Em Portugal, não sendo exigida a presença de um enfermeiro nas escolas, a sua atuação processa-se através do PNSE. No futuro, talvez adotemos um modelo de saúde escolar semelhante a países como o Reino Unido, onde a cada escola é atribuído um EEESIP, o *school nurse*. Este garante não só o acompanhamento próximo a crianças com NSE

inscritas na escola, mas também a vigilância de saúde de todas as outras crianças e comunidade escolar em geral, com ações regulares de educação para a saúde. Assegura ainda atividades de assessoria, por exemplo às direções da escola, e o atendimento de enfermagem em contexto de gabinete, com prestação de primeiros socorros e esclarecimento de dúvidas.

DOMÍNIO DA GESTÃO

As organizações de saúde são sistemas complexos que exigem uma gestão competente e profissional, por parte de todos os colaboradores, de forma a assegurar o seu funcionamento de forma eficaz e eficiente (Amaral & Ferreira, 2013; Amaral, Ferreira, Vidinha, & Cardoso, 2013). O enfermeiro destaca-se na gestão dos cuidados e serviços de saúde, esperando dele conhecimentos, habilidades e atitudes adequadas para desempenhar essa função com eficácia (Ferracioli, et al., 2020). Contudo, a falta de formação específica pode constituir-se uma barreira neste processo (Barreto, et al., 2018). Assim, compreende-se a necessidade de desenvolver competências a este nível no meu percurso formativo.

Competências desenvolvidas:

- Gerir os cuidados de enfermagem na área de ESIP;
- Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na área de ESIP;
- Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de ESIP;
- Colaborar no processo de integração de novos profissionais;
- Exercer supervisão do exercício profissional na área de ESIP.

Objetivos específicos:

- Desenvolver competências no âmbito da gestão de cuidados e recursos;
- Refletir sobre o papel do EEESIP na gestão dos cuidados de enfermagem.

No decorrer do estágio procurei **compreender o papel do EEESIP na gestão de cuidados e recursos**, um processo dinâmico e complexo que requer, entre outras habilidades, capacidade de planeamento, organização, análise crítica, tomada de decisão, liderança, supervisão e comunicação (Barreto, et al., 2018). Porque o enfermeiro é reconhecido como o profissional que melhor conhece o funcionamento dos serviços, sendo frequentemente requisitado para esclarecer e resolver situações no decorrer da assistência em saúde (Barreto, et al., 2018), considerei fundamental **conhecer os recursos (humanos e materiais) das diferentes unidades de saúde e a sua articulação com outros serviços**. Só

assim consegui **gerir eficazmente os cuidados a prestar à criança e família**, planeando-os e negociando-os com o binómio, através de uma parceria de cuidados efetiva.

Tanto no contexto de internamento como nos CSP, os sistemas de informação constituíram-se recursos que facilitaram a gestão dos cuidados e o processo de tomada de decisão (Pinheiro, et al., 2016), ao qual está vinculado o processo de enfermagem. Este, refletido na elaboração de planos de cuidados, constituiu-se um instrumento cognitivo e uma ferramenta de gestão que me permitiu aferir, planejar, implementar, avaliar e ainda coordenar os cuidados, permitindo a sua continuidade e uma prática baseada na evidência, utilizando uma linguagem uniformizada (Glasper, Coad, & Richardson, 2015). Assim, fui capaz de hierarquizar prioridades e decisões de intervenção em função das necessidades da criança e família, considerando a magnitude de cada situação e potenciais dilemas, de forma a antecipar dificuldades e desenvolver estratégias que as ultrapassassem. Para isto, foi necessário **gerir os recursos eficientemente, conforme as características dos diferentes contextos assistenciais**, o que me permitiu promover a qualidade dos cuidados com resultados positivos para o binómio e, conseqüentemente, para os serviços e organizações.

De facto, em qualquer contexto, enquanto gestor dos cuidados, o EEESIP desenvolve ações nas relações e interações entre a equipa de saúde e criança/família, respeitando as aptidões e autonomia próprias de cada interveniente, de forma a responder às necessidades identificadas no planeamento de cuidados e mobilizando os recursos necessários para uma assistência de enfermagem segura e de qualidade. No seu papel de gestor, o EEESIP deve disseminar informações claras, de forma objetiva e convincente, compartilhando ideias e proporcionando não só informação, mas também compreensão, necessárias à condução de tarefas e à satisfação e cooperação dos intervenientes (Ferracioli, et al., 2020).

Contudo, não é só na gestão direta dos cuidados que o EEESIP contribui para a sua melhoria e evolução, desempenhando igualmente um papel fundamental na organização e dinamização dos serviços. No exercício da sua atividade, o enfermeiro pode dar o seu parecer técnico sobre as instalações, materiais e equipamentos utilizados (Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro), que influenciam e condicionam a sua ação e, conseqüentemente, a assistência prestada. Pude observar este papel ativo no serviço de internamento, onde duas especialistas em ESIP apresentaram um projeto de remodelação do design da unidade para dinamizar o espaço de forma a diminuir os efeitos negativos associados à hospitalização e promover o desenvolvimento das crianças hospitalizadas. De facto, o impacto positivo de enfermeiros fazerem parte de processos de consultoria para fases de desenho arquitetónico de serviços pediátricos já tem sido aproveitado e reportado (Eagle, 2016; Stichler, 2016)

O modelo de cuidados em vigor no serviço de internamento é o de cuidados integrais, em que um enfermeiro presta todos os cuidados da sua competência a um grupo de pacientes que lhe está destinado para um turno de trabalho (Havaei, Dahinten, & MacPhee, 2019). Esta atribuição está a cargo do EEESIP responsável de turno, que organiza os planos de trabalho conforme os recursos humanos disponíveis, avaliando as necessidades e dependência de cuidados de cada criança e respetiva família, de forma a evitar a sobrecarga para um mesmo colega, para que este consiga responder eficazmente ao que lhe é exigido. Nesta distribuição, que se procura equitativa, considera-se ainda o ratio aconselhado e preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, bem como a experiência e o *skill mix* dos membros da equipa. Assim como no processo de gestão dos cuidados, a tomada de decisão deve escolher a melhor resolução para a satisfação das necessidades do binómio. Neste papel de responsável, o EEESIP participa ainda na gestão de vagas da unidade, o que implica uma coordenação com a equipa médica e articulação com outros serviços, como por exemplo o BO. Fica também responsável por verificar o stock de material clínico, incluindo de medicação, e solicitar a sua reposição, fulcral para manter um bom e seguro funcionamento do serviço.

Na USF o EEESIP organiza o trabalho em módulos de consultas de SIJ. Para evitar deslocações desnecessárias à unidade, agrupa e coordena estes momentos com os agendamentos da vacinação ou com outras consultas da família. O EEESIP tem completa autonomia nestas marcações e é flexível às necessidades e restrições horárias do binómio que assiste. Em estágio, a gestão do tempo da CESIJ foi um desafio que procurei superar, tentando respeitar o período de duração estimado para cada consulta e eficazmente conjugar a avaliação de todos os parâmetros de vigilância necessários com a educação para a saúde, cuidados antecipatórios e o esclarecimento de dúvidas. Para este processo efetuei um planeamento prévio tendo em conta a faixa etária da criança, depois adaptado à individualidade e características específicas de cada binómio. Efetivamente, segundo Ferracioli et al. (2020), a capacidade de planeamento é uma competência importante que exige um processo de racionalização de meios e recursos para que seja possível executar com eficiência o planeado. Pelo contrário, os mesmos autores referem que uma atuação improvisada e insuficientemente sistematizada não reúne condições de eficiência e eficácia para uma assistência adequada que, se bem realizada, apresenta uma série de vantagens que recompensam o tempo e energia despendidos no planeamento.

Na UCC a gestão de cuidados e recursos por parte dos enfermeiros, todos especialistas, é extremamente autónoma, tendo inclusive alguma liberdade de intervenção dentro dos programas e projetos desenvolvidos na unidade. O EEESIP pode desenvolver

ações na equipa de saúde escolar, na ELI, no NACJR e na ECCI, desempenhado um papel ímpar na elaboração dos planos individuais de saúde das crianças com NSE e estabelecendo a ponte entre a criança, família, comunidade escolar e os serviços de saúde.

Outro aspeto essencial para o meu desenvolvimento de competências neste domínio foi **compreender o papel do EEESIP na liderança e supervisão de cuidados**. A liderança é vista como indispensável para o processo de gestão e para a motivação da equipa, promovendo uma melhoria da qualidade e eficiência da assistência de enfermagem (Ferracioli, et al., 2020). Percebi que o EEESIP lidera pelo exemplo, conquistando credibilidade e respeito da equipa, que o vê como uma referência em comportamento, atitudes e conhecimentos, e o procura como consultor especialmente perito na área de ESIP. O especialista, por sua vez, identifica, reconhece e valoriza a contribuição profissional de todos os membros da equipa, incentivando a sua participação na discussão do planeamento de cuidados e nas decisões. Ao coordenar a equipa, o EEESIP incentiva o trabalho coletivo, através do qual se podem atingir elevados níveis de produtividade (Barreto, et al., 2018), aplicando estratégias de motivação para um desempenho diferenciado e adotando o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e contingências situacionais (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro). Isto sem se esquecer que, como gestor e líder, ele é o responsável pelas atividades que dirige, o que inclui a qualidade dos cuidados prestados (Martins, Potra, & Lucas, 2020). Na supervisão que exerce, de forma assertiva e cooperante, o EEESIP tem a responsabilidade profissional e ética de preservar e salvaguardar a criança, família e comunidade, promovendo uma prática eticamente correta e segura, baseada na mais recente evidência científica e na adesão aos códigos da prática profissional.

Efetivamente, segundo Ramos (2020, p. 22), na gestão o EEESIP promove *equipas empoderadas e reflexivas na ação, com resultados positivos para cada elemento e potenciando o desenvolvimento de toda a equipa, em torno de objetivos comuns*. Este empoderamento deve ser iniciado nos processos de ensino e formação, até porque cuidados de excelência só podem ser assegurados com a passagem de testemunho do enfermeiro para o supervisionado (Cunha, et al., 2016), seja ele estudante do ensino pré ou pós-graduado, ou até novo colega em integração no serviço. Neste âmbito, no serviço de internamento tive oportunidade de **conhecer o processo de integração de novos profissionais e alunos**, onde o EEESIP tem um papel preponderante, não só nas atividades de supervisão mas também na facilitação da integração dos formandos, acompanhando e avaliando a sua aprendizagem ao mesmo tempo que potencia o seu desenvolvimento de competências (Ramos A. , 2020).

O EEESIP é constantemente desafiado a lidar com o impacto emocional inerente à sua prática, sendo importante fortalecer a capacidade de gerir situações desafiadoras e potencialmente conflituosas. Como especialista, deve reconhecer e antecipar estes cenários, utilizando adequadamente técnicas de negociação e resolução de conflitos (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro). Tendo isso em consideração, em estágio procurei **observar as estratégias utilizadas pelo EEESIP na gestão de conflitos**. Segundo Osugui et al. (2020), os conflitos podem ser relacionados com problemas de comunicação, estrutura organizacional ou comportamentos individuais e podem levar a angústias e desavenças. Cabe ao EEESIP o papel de mediador que contribui para minimizar insatisfações e desmotivação, através de uma postura ética, mantendo a harmonia e equilíbrio da equipa, o que se manifesta positivamente nos cuidados prestados. Quanto à escolha de estratégias para a resolução de conflitos, o mesmo autor defende que depende de várias situações, como a relevância da questão ou as características dos envolvidos. De um modo geral, uma comunicação eficaz, o saber trabalhar em equipa, ser ético e justo, saber ouvir, ter uma boa postura e reconhecer o seu papel são algumas das estratégias a ser utilizadas pelo EEESIP.

Por último, ainda no domínio da gestão, posso afirmar que durante o estágio **colaborei nos programas de melhoria contínua da qualidade e segurança da prestação de cuidados de enfermagem**. Mais do que um objetivo, a qualidade é uma atitude e o especialista deve adaptar *a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados*, assim como planeia, colabora e lidera programas de melhoria contínua (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4748). Neste sentido, é essencial que o EEESIP reveja as práticas diante dos novos paradigmas na sua área de especialidade e que, perante a evidência científica, repense os processos e metodologias de trabalho. Nestes programas deve ser incluída a formação dos profissionais e equipas, que também é um domínio de competências do EEESIP.

DOMÍNIO DA FORMAÇÃO

A formação em contexto clínico facilita o desenvolvimento de competências clínicas (Abreu, 2007), sendo por isso fundamental que o enfermeiro especialista assuma um papel ativo não só na sua formação pessoal, demonstrando capacidade de autoconhecimento, mas também na de outros profissionais, apresentando-se como um facilitador nos processos de aprendizagem e assegurando *a formulação e implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica* (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4750).

Uma política de formação contínua promotora do desenvolvimento profissional do EEESIP é essencial para a qualidade e eficácia na organização e prestação dos cuidados (Colégio da Especialidade de ESIP, 2017).

Competências desenvolvidas:

- Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua informação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
- Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;
- Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional de outros enfermeiros.

Objetivo específico: Desenvolver competências no âmbito da formação pessoal e profissional.

Na sociedade moderna, a crescente (r)evolução científica e tecnológica tem permitido cuidados de saúde cada vez mais complexos e avançados, com resultados mais significativos para o bem-estar das pessoas e para a qualidade de vida das populações. De acordo com as suas qualificações profissionais, os enfermeiros têm a responsabilidade de acompanhar tal progresso através de uma atualização contínua de conhecimentos, imprescindível para a autonomia do seu exercício profissional e para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem (Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro, 1996).

Em virtude dessa constatação, tornou-se importante **refletir sobre o papel do EEESIP na formação e desenvolvimento pessoal e profissional** (no seu e de outros). Como já referi, o especialista tem um papel ativo no seu próprio desenvolvimento, procurando a aquisição, reforço e atualização de saberes e habilidades que garantam e promovam a qualidade e segurança dos cuidados, independentemente do contexto da prática. O EEESIP deve desenvolver e demonstrar essa competência comum através de um processo de formação contínua que lhe permitirá promover uma prática complexa e especializada na área de ESIP. Além disso, compete-lhe promover e facilitar a aprendizagem em contexto de trabalho, o que implica que, oportunamente, atue como formador e favoreça a aprendizagem e o desenvolvimento de competências de outros enfermeiros, especialmente na sua área de especialização (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro).

Neste sentido, durante este meu percurso, e à semelhança da minha vida profissional, assumi sempre uma atitude atenta, reflexiva e crítica, de forma a inovar e renovar o meu próprio corpo de conhecimentos e elevar a minha prática. Para isso foi essencial **realizar pesquisa bibliográfica de forma sistemática**, fosse para responder a aspetos da prática assistencial ou por simples curiosidade profissional e intelectual. Tive também de **gerir e mobilizar conhecimentos adquiridos, tanto a nível académico como profissional**, de forma a exercer uma prática de qualidade, segura e baseada na mais recente evidência. Os conteúdos lecionados e estudados no decorrer do curso de MEESIP não foram exceção, tendo sido desdobrados nas várias experiências vivenciadas em estágio, que contribuíram para o sucesso da minha aprendizagem e para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Paralelamente, adotei uma postura ativa na procura de oportunidades de formação e instrução, pelo que **participei em formações do grupo de pares e outros eventos formativos, sempre que possível e aplicável**. Estas atividades constituíram-se recompensas motivadoras que me permitiram expandir conhecimentos e refletir sobre as práticas atuais ou mesmo situações clínicas específicas. Foram uma mais-valia para o meu percurso académico enquanto mestrande e para o meu percurso formativo enquanto enfermeira, contribuindo para o meu contínuo e progressivo processo de aprendizagem.

A formação a que assisti sobre a Oxigenoterapia de Alto Fluxo e a sua aplicação no serviço de internamento suscitou a necessidade de uma pesquisa acrescida sobre a temática. Esta terapêutica de suporte respiratório, frequente em contexto de neonatologia, tem sido crescentemente utilizada em crianças de outras faixas etárias e cada vez mais fora do habitual contexto de cuidados intensivos/intermédios (Morris, et al., 2020). Esta realidade e as experiências partilhadas na formação foram impulsionadoras de uma reflexão, que pode ser consultada no apêndice I deste relatório, onde exploro esta matéria confrontando-a com a mais recente evidência científica, essencialmente sobre dois aspetos: primeiro, a aplicabilidade desta terapia em contexto de internamento pediátrico; segundo, o seu uso na conjuntura pandémica em que vivemos, tendo em conta o potencial de geração de aerossóis e risco de dispersão de partículas/gotículas respiratórias associado.

Eventos formativos, especialmente aqueles de carácter nacional ou internacional, também nos levam a conhecer novas realidades e partilhar experiências e conhecimentos. Foi o caso do 2nd *TransplantChild workshop on translational research: "Novel strategies in paediatric transplantation"*, um programa acreditado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros - *International Council of Nurses* (ICN). Foi através de uma das comunicações a que assisti que fiquei a conhecer a iniciativa portuguesa CRESCe, um campo de férias de

verão para adolescentes com doença renal crónica que procura, através da socialização e aprendizagem entre pares, proporcionar diversão e oportunidades educacionais, nomeadamente no que respeita a objetivos comuns como alimentação saudável, hidratação, desporto, gestão medicamentosa, entre outros. A participação neste *workshop* constituiu-se uma experiência de aprendizagem única, que me facultou ainda a obtenção de 3 créditos internacionais de formação contínua em enfermagem pelo ICN.

Os constrangimentos impostos pela pandemia alteraram o formato deste tipo de eventos, configurados agora, maioritariamente, em modo online. Este alinhamento evidencia a capacidade de adaptação demonstrada pelo grupo profissional, que não descurou a importância e necessidade de manter e incentivar a formação contínua dos seus profissionais. A alternativa de assistir a estes eventos em direto, mantendo a possibilidade de intervenção dos participantes, mas sem a limitação da deslocação (por vezes impeditivo da participação) é uma oportunidade que foi por mim bem aproveitada.

De forma semelhante, também as entidades de ensino se adaptaram ao panorama atual, ajustando as suas actividades às restrições impostas. A 17 de dezembro de 2020, **participei no IV Fórum das Especialidades de Enfermagem** com a temática “40 anos de SNS: Contributo dos Enfermeiros Especialistas”, organizado pela Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da UCP, também em formato online. Este evento permitiu momentos de partilha e reflexão, com divulgação de trabalhos e investigações desenvolvidas em diferentes percursos formativos e/ou profissionais, demonstrando a importância dos especialistas nos seus vários campos de atuação e áreas de especialidade. Permitiu ainda a divulgação e disseminação do papel e contributo transversal dos enfermeiros especialistas para o desenvolvimento da ciência, disciplina e profissão de Enfermagem.

Competências desenvolvidas:

- Identificar as necessidades formativas na área de ESIP;
- Promover formação em serviço na área de ESIP;
- Comunicar informação complexa de âmbito profissional a académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara.

Objetivo específico: Desenvolver competências no âmbito da formação de pares.

De forma a contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, a nível individual e coletivo, e objetivando desenvolver competências no âmbito da formação de pares, no serviço de internamento pediátrico procurei **identificar necessidades formativas na área de ESIP**, o que me permitiu **realizar** duas **sessões de formação de pares**. Efetivamente, a realização de formação em saúde implica necessariamente a identificação de necessidades formativas e o enfermeiro especialista deve ser competente nessa atividade e na gestão de programas de formação (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro). No seguimento de algumas discussões informais com a equipa de enfermagem, detetei potencial em duas áreas distintas: uma sobre as recentes atualizações do PNV, em vigor desde outubro de 2020; outra no âmbito da deteção precoce da deterioração da criança hospitalizada, mais precisamente sobre a PEWS, tópico que me desperta pessoal interesse.

Com o intuito de conhecer a experiência profissional do grupo relativamente às referidas problemáticas, utilizei como instrumentos de recolha de dados dois questionários distintos, com recurso ao aplicativo *GoogleForms*. Depois da análise dos resultados, preparei uma atividade de formação para cada temática. No final dessas atividades, apliquei um novo questionário, recorrendo uma vez mais à supradita plataforma, para uma avaliação formal das sessões. Isto porque compete ao especialista avaliar o impacto da formação implementada (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro).

Através da aplicação do questionário sobre o PNV, pude perceber que parte da equipa desconhecia as suas recentes atualizações e que identificavam dificuldades particulares na sua aplicação, sendo a mais reportada referente à lateralidade de administração das vacinas. Perante a questão se considerariam útil uma sessão de formação e/ou a elaboração de um póster sobre a temática, 50% dos inquiridos considerou que as duas opções seriam proveitosas. Assim, realizei uma sessão de formação sobre as atualizações do PNV 2020, abordando ainda outros aspetos em resposta às necessidades identificadas, e **elaborei um póster** sobre o mesmo tópico que, depois de aprovado pela enfermeira chefe e supervisora, foi exposto no serviço. Este tem como principal objetivo constituir-se um fácil meio de consulta para os profissionais quanto ao esquema vacinal atual e aos locais de administração das diferentes vacinas. A informação relativa a esta formação encontra-se no apêndice III.

Relativamente ao tema da deteção precoce da deterioração do estado clínico da criança hospitalizada, mais de 80% dos inquiridos concordou que seria benéfico para a sua prática o uso de uma escala com esse propósito. Por conseguinte, desenvolvi uma sessão de formação neste âmbito, mais propriamente sobre a PEWS, que teve bastante receptividade por parte da equipa de enfermagem que considerou, inclusive, criar um grupo de trabalho

para estudar a sua aplicabilidade e possibilidade de introdução no serviço. A informação referente a esta atividade formativa pode ser consultada no apêndice IV deste relatório.

Em virtude da situação pandémica, estas sessões de formação foram realizadas via online, através da plataforma *Zoom*, utilizando o método expositivo e de participação ativa na sua execução. A primeira registou a presença de 19 enfermeiros e a segunda de 16, num total de 43 elementos. A avaliação global das sessões pela equipa foi extremamente positiva.

Concluindo, penso que as referidas ações de formação me permitiram abordar aspetos atuais e importantes da prática de ESIP, responder às necessidades formativas do grupo de pares e ainda desenvolver competências como formadora. Consequentemente, penso ter contribuído para a melhoria contínua da qualidade e segurança da prestação de cuidados de enfermagem no serviço.

DOMÍNIO DA INVESTIGAÇÃO

É através da investigação que a disciplina e profissão de Enfermagem produzem e renovam continuamente o seu corpo de conhecimentos, permitindo o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência que, por sua vez, melhora a qualidade e segurança dos cuidados, otimizando os resultados em saúde (Vieira, 2017). Assim, o domínio da investigação interliga-se intrinsecamente com outras áreas de actividade da Enfermagem, na medida em que: na prestação de cuidados, permite a adequação dos cuidados, gerais e especializados, às necessidades do cidadão; na área da gestão, possibilita estratégias inovadoras de gestão e liderança; e na formação e educação, proporciona formação no desenvolvimento de competências e educação para a saúde na aprendizagem de capacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2006). O enfermeiro especialista deve, por isso, ser um agente activo no campo da investigação, suportando sempre a prática clínica em evidência científica (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro).

Competências desenvolvidas:

- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- Participar e promover a investigação em serviço na área da ESIP.

Objetivos Específicos:

- Compreender a importância da investigação para a disciplina e profissão de Enfermagem;
- Exercer uma Prática Baseada na Evidência.

Para atingir os supracitados objetivos, **refleti sobre as implicações da investigação na prática baseada na evidência**, já que é o conhecimento adquirido pela primeira que permite desenvolver a segunda. Neste processo, não é suficiente usar informação referenciada – é necessário encorpar a melhor pesquisa e evidência científica disponível numa tomada de decisão fundamentada que, por sua vez, deve também ter em conta os recursos e experiência clínica do enfermeiro, considerando ainda a cultura e necessidades da população-alvo (Maughan & Yonkaitis, 2017) Foi esta noção que norteou a minha prática, sustentando-a em conhecimentos sólidos, fidedignos e atualizados, visando melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde. Isto porque qualquer enfermeiro especialista deve revelar *conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes* (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro, p. 4750).

Deste modo, ao longo do estágio, **efetuei pesquisa bibliográfica de forma sistemática e pertinente**, utilizando diversas plataformas e bases de dados, dirigida às necessidades e oportunidades que verificava em cada contexto e aspeto da minha prática. Só assim pude exercer uma prática de qualidade, segura e baseada na evidência. De facto, encontrar a melhor evidência possível significa pesquisar na literatura pela mais atualizada informação numa temática em particular, usando tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro), o que requer a consulta de múltiplas fontes que levarão a melhores resultados (Yonkaitis & Maughan, 2018). Este aspeto esteve sempre presente no meu percurso de aprendizagem, estando aliás espelhado neste relatório. Um exemplo concreto é o trabalho que elaborei sobre o RSVI (apêndice II), aquando do estágio na UCC. Efetuei-o perante a necessidade de explorar em maior pormenor o enquadramento da ação do EEESIP no RSVI, de modo a situar esta prática na evidência científica que a sustenta.

Em estágio, independentemente do contexto, **integrei os conhecimentos provenientes da evidência científica na prática e partilhei os resultados com a restante equipa**, fomentando uma cultura de investigação. Efetivamente, a qualquer enfermeiro especialista compete um papel ativo neste campo com a responsabilidade de promover, descodificar, disseminar e implementar trabalhos de investigação relevantes e pertinentes para a prática (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro). Realmente, não é possível

mantermos práticas iguais quando as necessidades e exigências das crianças e famílias estão a alterar-se de dia para dia. É por isso fundamental que como EEESIP eu investigue e invista o meu conhecimento e prática profissional enquanto campo de intervenção, de forma a ser mais significativa para as pessoas de quem cuido e para colegas e outros profissionais que possam beneficiar da partilha deste conhecimento. Só através da evidência científica e produzindo conhecimento disciplinar posso contribuir para o desenvolvimento da prática clínica especializada (Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro) e para a evolução da Enfermagem enquanto ciência, disciplina e profissão.

Suportar a minha prática clínica em evidência implicou ser capaz de identificar lacunas do conhecimento e da prática, **identificando áreas de interesse e reconhecendo as consequentes oportunidades de investigação**. Neste sentido, no contexto de internamento, abordei com a equipa de enfermagem o uso da PEWS como instrumento de deteção precoce da deterioração da criança hospitalizada. O reconhecimento e aplicabilidade desta escala em Portugal está pendente de um imprescindível processo de tradução e validação. Este aspeto foi discutido com a equipa sugerindo-se inclusive a criação de um grupo de trabalho para esse efeito, constituindo-se aqui uma relevante oportunidade de investigação que fomentei.

O contexto pandémico atípico em que vivemos teve um impacto incontestável na organização e prestação dos serviços de saúde. As crianças estão numa posição de particular vulnerabilidade e foram inevitavelmente afetadas: equipas de saúde, como as ELI e NACJR, passaram a reunir-se de modo online, influenciando a comunicação entre os vários intervenientes; verificou-se uma limitação no acesso a serviços como terapia da fala, terapia ocupacional e fisioterapia; as restrições levaram ao distanciamento entre famílias e outros grupos de suporte; o encerramento de escolas levou a que vários projetos e atividades, nomeadamente no âmbito do PNSE, fossem temporariamente suspensos; e famílias inteiras viram-se confinadas a casa. O efeito de todas estas restrições nos serviços e na saúde e qualidade de vida das crianças e famílias está progressivamente a ser alvo de investigação. Contudo, a pandemia evoluiu tão rapidamente que rastrear as evidências atuais pode ser um desafio, para além de que vários estudos, pela sua urgência e necessidade, foram lançados antes de serem sujeitos ao processo de revisão por pares (Maughan, et al., 2021). Será com certeza necessário algum distanciamento temporal para poder constituir uma base mais alargada de evidência antes de retirar conclusões concludentes. O EEESIP está, sem dúvida, num lugar privilegiado e de acrescida responsabilidade e competência para responder adequadamente a essa tarefa.

4. A CONTINUIDADE DA APRENDIZAGEM - IMPLICAÇÕES DO PERCURSO FORMATIVO PARA A PRÁTICA PROFISSIONAL

Com a aproximação do final do curso de MEESIP, torna-se imprescindível considerar a continuidade desta aprendizagem progressiva num desenvolvimento de competências permanente, intencional e consistente. Certamente, este percurso preparou-me para transpor toda a formação e esforço numa reflexão constante sobre a prática, encarando os desafios e oportunidades do atual ambiente de cuidados de saúde, tendo em conta as adjacentes condições económicas, sociais e culturais. Despertou-me ainda para a necessidade de reavaliar normas e/ou práticas que não defendam ou garantam o superior interesse da criança, contribuindo para alterações que protejam o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis, consequentemente promovendo o seu futuro e qualidade de vida.

Os frutos e influência deste percurso formativo, em particular das experiências de estágio, já se começaram a sentir na minha prática profissional, num serviço de internamento pediátrico. Efetivamente, as competências desenvolvidas a nível da comunicação, parceria de cuidados, adaptação à doença crónica, minimização do impacto da hospitalização, maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança, entre outras, constituem-se uma mais-valia para a minha prática, já que as posso aplicar diariamente no trabalho desenvolvido com as crianças e famílias que assisto, focando-me não só nas suas necessidades especiais, sejam inaugurais, transitórias ou crónicas complexas, mas também nas necessidades desenvolvimentais da criança e na promoção da parentalidade.

A importância da literacia e vigilância em saúde, dos cuidados antecipatórios, dos programas nacionais de saúde (nomeadamente o PNSIJ e o PNSE) e da identificação e sinalização da criança com NSE ou em risco foi evidenciada e convenientemente trabalhada no estágio em CSP, panorama distinto do meu profissional. Não obstante, o conhecimento e competências adquiridos permitiram-me uma melhor compreensão do papel do EEESIP neste contexto e da sua articulação com a intervenção desenvolvida a nível hospitalar.

Reconheço que competências acrescidas a nível da comunicação de más notícias e assistência à criança em fim de vida exigem uma qualificação especializada, potencialmente direcionada para o campo de acção dos cuidados paliativos, cada vez mais frequentes e necessários em ESIP e, em particular, no meu contexto profissional. Pondero, assim, um futuro investimento em formação específica nesta área.

A dor pediátrica é também outra realidade da minha prática e à qual sou particularmente sensível. O EEESIP tem um papel preponderante para uma gestão cada vez mais adequada e aprimorada da dor, com consequente melhoria e evolução dos cuidados. Todavia, no que respeita, por exemplo, a medidas não farmacológicas, denoto um uso ainda inconsistente que deve ser avaliado e reformulado, em prol da criança e da minimização do seu sofrimento. Ainda neste domínio, gostaria de contribuir para a melhoria da assistência hospitalar a crianças com doenças particularmente agonizantes, como a anemia falciforme. Nestes casos, em que a dor é o principal motivo de admissão, são produtivos protocolos específicos de atuação, que incluam a escalação de analgesia, na qual o uso de opioides é frequentemente necessário (Jacob, 2014). Desta forma, os profissionais têm uma linha orientadora para a gestão da dor destas crianças, o que é particularmente útil para as que são regularmente hospitalizadas no serviço e para as quais se podem conceber planos de tratamento individualizados, numa abordagem multidisciplinar. No Reino Unido, país onde já exerci, é comum a existência de tais protocolos na procura de uma melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados, com uma experiência positiva e não traumática para as crianças e famílias que recorrem aos serviços de saúde. Como futura mestre e EEESIP pretendo tirar proveito dos meus conhecimentos e experiências de forma a desempenhar um papel primordial neste processo, como impulsionadora e promotora de tais iniciativas.

Noutro âmbito, pude constatar no serviço onde trabalho necessidades formativas da equipa de enfermagem semelhantes às da unidade cirúrgica onde estagiei, tendo efetuado semelhantes sessões de formação de pares sobre a atualização do PNV e na temática da deteção precoce da deterioração do estado clínico da criança hospitalizada. Foi-me ainda solicitada a elaboração de sessões adicionais sobre esta última matéria na unidade de cuidados intensivos pediátrica e unidade de atendimento pediátrico do hospital. A relevância da PEWS para a assistência de enfermagem a nível hospitalar constitui--se, na minha opinião, uma importante e pertinente oportunidade de investigação que tenciono explorar.

Assim, no meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional procurarei, sistematicamente, evidenciar os conhecimentos e competências construídos neste percurso formativo não só no decorrer da minha prática, mas também através de trabalhos de investigação e desenvolvimento de projetos de qualidade, de forma a impulsionar mudanças que melhorem e aperfeiçoem a assistência em ESIP e contribuir para novos rumos que garantam a sustentabilidade do papel do EEESIP e uma cada vez melhor qualidade assistencial à criança e família alvo dos seus cuidados, refutando práticas que não protejam o bem-estar do binómio e um ótimo desenvolvimento da criança.

CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório permitiu uma exposição e análise estruturada e intencional das aprendizagens e experiências vivenciadas na unidade curricular “Estágio Final e Relatório” do curso de MEESIP da UCP, que foram cruciais para este meu percurso formativo de aquisição, desenvolvimento e integração de saberes e competências para a assistência de enfermagem avançada à criança e família. Penso que ao longo deste percurso fui capaz de demonstrar conhecimentos e capacidade de compreensão aprofundados na área de ESIP, aplicando-os nos diferentes enquadramentos da prática, nomeadamente no contexto de internamento pediátrico e de CSP, onde pude abordar questões complexas e as suas implicações para os processos de tomada de decisão. Neste processo dinâmico, repleto de oportunidades mas não isento de obstáculos, sobre os quais reflito neste relatório, demonstrei ainda capacidade de adaptação e reajuste de forma a realizar as atividades que orientaram os objetivos específicos que propus atingir, garantindo a aquisição das referidas competências e, simultaneamente, respondendo aos objetivos gerais do supracitado ciclo de estudos.

Assim, pude trabalhar em parceria com a criança e família, preocupando-me com a sua condição de saúde e bem-estar, numa prestação de cuidados holísticos, centrados no binómio. As competências inerentes ao papel do EEESIP enquanto gestor de cuidados e recursos foram desenvolvidas de forma a responder às demandas decorrentes da prática, onde ele é reconhecido como expert, líder e supervisor do exercício profissional na sua área de especialização. Todas estas competências foram promovidas através de uma formação contínua, estratégia fundamental para conseguir uma assistência de enfermagem eficaz e consistente, seja a nível do autodesenvolvimento pessoal e profissional ou a nível da formação de pares, que permite dinamizar soluções que viabilizem a excelência dos cuidados. Por último, as competências de investigação que desenvolvi foram essenciais para o meu percurso académico e sê-lo-ão para a minha prática profissional, permitindo-me atualizar os meus conhecimentos na procura permanente de uma prática de excelência, baseada na evidência, que contribuirá para melhores resultados de saúde.

Ainda durante este percurso, tive oportunidade de contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados nas unidades onde estagiei. Concretamente, destaco as sessões de formação implementadas no serviço de internamento cirúrgico e o trabalho desenvolvido a

nível do projeto de NSE na UCC, empreendimentos com impacto profissional e social que podem continuar a ser desenvolvidos pelas respectivas equipas de enfermagem.

Esta jornada fica marcada pelo contexto pandémico atípico em que vivemos, que impactou a vida em sociedade, a prestação dos cuidados de saúde e, de forma particular, a assistência de enfermagem à criança, consequentemente afetando as minhas experiências de aprendizagem neste projeto académico. A resiliência e criatividade foram essenciais para adotar estratégias adaptativas tanto a nível formativo como profissional, de forma a superar as dificuldades e obstáculos vivenciados, aproveitando ao máximo todas as oportunidades.

A componente teórica do curso foi central para o processo de aprendizagem e, naturalmente, para a prática clínica conduzida em todos os contextos de estágio e na minha actividade profissional. Este documento espelha todo esse percurso e a complementaridade das competências desenvolvidas nos seus diferentes domínios, já que só a investigação e formação contínuas permitirão uma gestão mais eficiente e uma prestação de cuidados mais significativa. Esta articulação reflete a conexão incontestável entre a disciplina, ciência e profissão de Enfermagem, para as quais pretendo contribuir de forma única e excecional, na minha atividade profissional e no meu contínuo desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao longo deste curso de mestrado procurei equipar-me com competências específicas em ESIP, que me habilitam a trabalhar com maior perícia, responsabilidade, segurança e qualidade na assistência de enfermagem avançada à criança e família, promotora da sua saúde e sensível às necessidades do binómio, procurando a sua adaptação aos processos de saúde e doença. A minha autoconfiança e desempenho autónomo irá com certeza refletir-se na minha prática profissional, onde procurarei reconhecer problemáticas e implementar soluções que viabilizem a excelência dos cuidados, potenciando o crescimento e desenvolvimento das crianças em adultos saudáveis e proporcionando uma melhor qualidade de vida para as crianças e suas famílias, fundamentalmente contribuindo para o bem-estar de uma sociedade ativa e saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Adibelli, D., & Sümen, A. (2020). The effect of the coronavirus (COVID-19) pandemic on health-related quality of life in children. *Children and Youth Services Review*, 119, 1-7. Obtido em 01 de 02 de 2021, de <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105595>
- Akre, M., Vanderbilt, L., Finkelstein, M., Liu, M., Erickson, M., & Billman, G. (2010). Sensitivity of the pediatric early warning score to identify patient deterioration. *Pediatrics*, 125(4), e763–e769. Obtido em 20 de 11 de 2021, de <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0338>
- Almeida, E., Nelas, P., & Duarte, J. (2016). Visita Domiciliária no Pós-Parto. *Millenium*, 50, 50, 267-281. Obtido em 14 de 03 de 2021, de <https://doaj.org/article/4022efd945c243ac99a327cf269c5199?>
- Amaral, A., & Ferreira, P. (2013). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2ªSérie(5), 66-74. Obtido em 28 de 12 de 2019, de <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Amaral, A., Ferreira, P., Vidinha, T., & Cardoso, M. (2013). Percepção dos Enfermeiros acerca do Ambiente da Prática dos Cuidados em Quatro Hospitais da Região Centro. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 2ª Série(4), 75-81. Obtido em 28 de 12 de 2019, de <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>
- Andrade, R., Marques, A., Leite, A., Martimiano, R., Santos, B., Pan, R., . . . Nascimento, L. (2015). Necessidades dos pais de crianças hospitalizadas: evidências para o cuidado. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 17(2), 379–394. Obtido em 02 de 03 de 2021, de <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.30041>
- Aranha, P., Sams, L., & Saldanha, P. (2018). Impact of multimodal preoperative preparation program on parental anxiety. *International Archives of Health Sciences*, 5(1), 6-10. Obtido em 03 de 03 de 2021, de https://doi.org/10.4103/iahs.iahs_24_17

- Ashikkali, L., Carroll, W., & Johnson, C. (2020). The indirect impact of COVID-19 on child health. *Paediatrics and Child Health*, 30(12), 430-437. Obtido em 12 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.1016/j.paed.2020.09.004>
- Atak, M., & Ozyazıcıoglu, N. (2021). The Effect of Different Audio Distraction Methods on Children's Postoperative Pain and Anxiety. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 36(1), 75-80. Obtido em 28 de 02 de 2021, de <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.06.028>
- Barbosa, I., & Silva, M. (2017). Nursing care by telehealth: what is the influence of distance on communication? *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 928-934. Obtido em 10 de 03 de 2021, de <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0142>
- Barimani, M., Vikstrom, A., Frykedal, K., & Berlin, A. (2017). Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood - ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 537-546. Obtido em 25 de 10 de 2020, de <https://doi.org/10.1111/scs.12367>
- Barreto, R., Vasconcelos, M., Melo, E., Araújo, M., Lira, R., & Albuquerque, I. (2018). Dimensões gerenciais na formação acadêmica de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 20, 1-17. Obtido em 03 de 01 de 2021, de <https://doi.org/10.5216/ree.v20.47945>
- Barros, I., Lourenço, M., Nunes, E., & Charepe, Z. (2021). Nursing Interventions Promoting Child / Youth / Family Adaptation to Hospitalization: A Scoping Review. *Enfermeria Global*(61), 575-594. Obtido em 02 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.6018/eglobal.413211>
- Bartik, K., & Toruner, E. (2017). Effectiveness of a Preoperative Preparation Program on Children's Emotional States and Parental Anxiety. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(6), 972-980. Obtido em 03 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.09.008>
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Bento, M., Ferreira, R., & Amendoeira, J. (2020). A Criança-Família. Da centralidade dos cuidados à relação de parceria. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 276-282. Obtido em 06 de 10 de 2020, de <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- Bosch, S., & Lorusso, L. (2019). Promoting patient and family engagement through healthcare facility design: A systematic literature review. *Journal of Environmental*

- Psychology*, 62, 74-83. Obtido em 04 de 02 de 2021, de <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2019.02.002>
- Brazelton, T. (1999). How to Help Parents of Young Children: The Touchpoints Model. *Journal of Perinatology*, 19(6), S6-S7. Obtido em 19 de 06 de 2020, de <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7200248>
- Browne, N., Snethen, J., Greenberg, C., Frenn, M., Kilanowski, J., Gance-Cleveland, B., . . . Lewandowski, L. (2021). When Pandemics Collide: The Impact of COVID-19 on Childhood Obesity. *Journal of Pediatric Nursing*, 56, 90-98. Obtido em 12 de 03 de 2021, de <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edo&AN=148310082&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
- Caleffi, C., Rocha, P., Anders, J., Souza, A., Burciaga, V., & Serapião, L. (2016). Contribution of structured therapeutic play in a nursing care model for hospitalised children. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), 1-8. Obtido em 02 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58131>
- Cardoso, T., Oliveira, P., Volpato, R., Nascimento, V., Rocha, E., & Lemes, A. (2019). Vivências e percepções de familiares sobre a hospitalização da criança em unidade pediátrica. *Revista de Enfermagem Da UFSM*, 9(1), 1-14. Obtido em 02 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.5902/2179769231304>
- Carmo, M., Rocha, E., Bentes, M., & Soares, C. (2020). A Criança e o Jovem Submetidos a Procedimento Cirúrgico. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 218-230). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Carvalho, E., Oliveira-Kumakura, A., & Moraes, S. R. (2017). Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(3), 662-668. Obtido em 03 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0509>
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advance Nursing*, 22, pp. 1058-1062.
- Casey, A., & Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times*, 84(44), pp. 67-68.
- Casemiro, L. D., Okido, A. C., Furtado, M. d., & Lima, R. G. (2020). O hospital arquitetado por crianças e adolescentes hospitalizados. *Rev. Bras. Enferm.*, 73(4), 1-9. Obtido em 14 de 02 de 2021, de <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0399>

- Cerqueira, C., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Cuidados Centrados na Família. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 28-31). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Charepe, Z. (2020). A Criança e o Jovem com Doença Crónica ou Incapacitante. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 231-237). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Christoffell, M., Gomes, A., Souza, T., & Ciuffo, L. (2020). A (in)visibilidade da criança em vulnerabilidade social e o impacto do novo coronavírus (COVID19). *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2), 1-5. Obtido em 12 de 03 de 2021, de <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0302>
- Colégio da Especialidade de ESIP. (25 de Novembro de 2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Obtido em 3 de Novembro de 2020, de Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Costa, G., Cardoso, B., Goiano, P. d., Santos, I., Calaça, M., & Costa, E. (2017). Papel Da Enfermagem Na Inclusão Escolar De Uma Criança Com Sequelas De Mielomeningocele E Hidrocefalia: Um Relato De Caso. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, 20(1), 115–117. Obtido em 01 de 02 de 2020, de <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=125427377&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
- Cunha, M., Ribeiro, O., Vieira, C., Pinto, F., Alves, L., Santos, R., . . . Andrade, V. (2016). Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura. *Millenium*(38), 271–282. Obtido em 23 de 03 de 2021, de <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsdoj&AN=edsdoj.fcbcf9ffca404c3991eb0e76174b1653&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
- Dai, Y., & Livesley, J. (2018). A mixed-method systematic review of the effectiveness and acceptability of preoperative psychological preparation programmes to reduce paediatric preoperative anxiety in elective surgery. *Journal of Advance Nursing*, 74, 2022-2037. Obtido em 03 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.1111/jan.13713>
- Dal’Bosco, E., Barancelli, M., Gobatto, M., & Schmidt, C. (2019). Humanização Hospitalar na Pediatria: Projeto "Enfermeiros da Alegria". *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE on line*, 13(4), 1173-1178. Obtido em 03 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a238189p1173-1178-2018>

- Decreto-Lei n.º161/96 de 4 de Setembro. (04 de Setembro de 1996). REPE Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Diário da República n.º 205/1996, Série I-A.*, pp. 2959 - 2962. Obtido de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º281/2009 de 6 de Outubro. (06 de 10 de 2009). *Diário da República n.º 193/2009, Série I*, pp. 7298 - 7301. Obtido em 01 de 03 de 2021, de <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/281/2009/10/06/p/dre/pt/html>
- DGS. (14 de 06 de 2003). A Dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circular Normativa n.º 09/DGCG*, pp. 1-4. Obtido em 27 de 09 de 2020, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- DGS. (14 de 12 de 2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. *Orientação n.º 024/2012 de 14/12/2010*, pp. 1-4. Obtido em 27 de 09 de 2020, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
- DGS. (18 de 12 de 2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). *Orientação n.º 022/2012 de 18/12/2012*, pp. 1-11. Obtido em 27 de 09 de 2020, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- DGS. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. *Norma n.º010/2013 de 31/05/2013*. Obtido em 07 de 01 de 2021, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- DGS. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. Obtido em 01 de 02 de 2021, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015-pdf.aspx>
- DGS. (2016). *Programa Nacional para a Saúde da Visão - Revisão e Extensão 2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Obtido em 15 de 01 de 2021, de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-da-visao-pdf.aspx>
- DGS. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. doi:10.13140/RG.2.2.17763.30243
- DGS. (2020). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil e epidemia de Covid-19. *Informação n.º 008/2020 de 26/03/2020*. Obtido em 26 de 03 de 2020, de

<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/informacoes/informacao-n-0082020-de-26032020-pdf.aspx>

- Eagle, A. (2016). A Nurse's Eye. Hospitals turning to clinicians for insights on facility design. *Hospitals & Health Networks / AHA*, 90(6), 42-44,46,48. Obtido em 14 de 02 de 2021, de <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselc&AN=edselc.2-52.0-84982924055&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
- Ethier, A. M. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Fim de Vida. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª Edição ed., pp. 931-963). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Ferguson, H., & Gates, P. (2015). Early intervention and holistic, relationship-based practice with fathers: evidence from the work of the Family Nurse Partnership. *Child & Family Social Work*, 20(1), 96-105. Obtido em 16 de 03 de 2020, de <https://doi.org/10.1111/cfs.12059>
- Fernandes, A. (2020). Cuidados Atraumáticos e Dor em Pediatria. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 40-55). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Fernandes, A., Mendes, A. d., Leitão, M. d., Gomes, S. L., Amaral, A. S., & Bento, M. S. (2016). A contribuição da enfermagem portuguesa para o acesso e cobertura universal em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(e2671), 1-8. Obtido em 12 de 03 de 2021, de <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0399>
- Fernandes, I., & Andrade, L. (2020). Nas Consultas de Enfermagem em Contexto de Cuidados de Saúde Primários. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 86-94). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Fernandes, S., & Tareco, E. (2016). Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde. Uma revisão de níveis de abordagem. *RISTI - Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação*, 19, 32-45. doi:10.17013/risti.19.32-45
- Ferracioli, G., Oliveira, R., Souza, V., Teston, E., Varela, P., & Costa, M. (2020). Competencias Gerenciais Na Perspectiva De Enfermeiros Do Contexto Hospitalar. *Enfermagem Em Foco*, 11(1), 15-20. Obtido em 03 de 02 de 2021, de <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=144611063&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>

- Festas, C., Quelhas, I., & Braga, M. (2020). A Criança em Idade Pré-escolar (3 aos 6 anos) e Escolar (6 aos 12 anos). Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 159-191). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Figueiredo, Â., Lomba, M., Loureiro, L., & Backes, D. (2020). Resilience in adolescents with chronic illness: the nurses' role in its promotion. *Revista de Enfermagem Referência, Série V*(2), 1-7. Obtido em 04 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.12707/RV20008>
- Flaherty, E. (2020). School Nursing and Public Health: The Case for School Nurse Investigators and Contact Tracing Monitors of COVID-19 Patients in Massachusetts. *NASN School Nurse*, 35(6), 327–331. doi:10.1177/1942602X20950670
- Flinkman, M., Leino-Kilpi, H., Numminen, O., Jeon, Y., Kuokkanen, L., & Meretoja, R. (2016). Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review. (John Wiley & Sons Ltd, Ed.) *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1035-1050. doi:10.1111/jan.13183
- Foster, J., Taylor, C., & Spence, K. (2017). Topical anaesthesia for needle-related pain in newborn infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(CD010331), 1-42. Obtido em 01 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010331.pub2>
- Fraser, L., Bluebond-Langner, M., & Ling, J. (2020). Advances and Challenges in European Paediatric Palliative Care. *Medical Sciences*, 8(20), 1-9. Obtido em 04 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.3390/medsci8020020>
- Freire, R., Landeiro, M., Martins, M., Martins, T., & Peres, H. (2016). Taking a look to promoting health and complications' prevention: differences by context. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 24, 1-9. Obtido em 03 de 02 de 2021, de <http://dx.doi:10.1590/1518-8345.0860.2749>
- Galvão, D. P., & Silva, I. (2011). A amamentação nos manuais escolares de estudo do meio do 1º ciclo do ensino básico. *Revista de Enfermagem Referência*, III(4), 7-16. Obtido em 30 de 01 de 2021, de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn4/serIIIIn4a01.pdf>
- Galvão, D., & Cardoso, C. (2017). Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e pediatria e promoção da amamentação após o regresso ao trabalho. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 153-162. Obtido em 30 de 01 de 2021, de <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v3.984>

- Gaspar, J., Alcoforado, J., Santos, E., & Pereira, D. (2021). O papel dos cuidadores de crianças e jovens em risco, em contexto escolar. *Revista Conhecimento Online*, 1, 112-126. Obtido em 01 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.25112/rco.v1i0.2389>
- Gharaveis, A., Hamilton, D., & Pati, D. (2018). The Impact of Environmental Design on Teamwork and Communication in Healthcare Facilities: A Systematic Literature Review. *HERD Health Environments Research & Design Journal*, 11(1), 119-137. Obtido em 14 de 02 de 2021, de <https://doi.org/10.1177/1937586717730333>
- Glasper, A., Coad, J., & Richardson, J. (2015). *Children and Young People's Nursing*. UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Godino-Iáñez, M., Martos-Cabrera, M., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J., Vargas-Román, K., Membrive-Jiménez, M., & Albendín-García, L. (2020). Play Therapy as an Intervention in Hospitalized Children: A Systematic Review. *Healthcare*, 8(3), 1-12. Obtido em 02 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.3390/healthcare8030239>
- Gracanin, A. (2020). The Importance of the Nurse as Part of a Multidisciplinary Team in Care of Children with Disabilities. *Quality of Life: A Multi-Disciplinary Journal of Food Science, Environmental Science & Public Health*, 12(3/4), 47-57. Obtido em 05 de 02 de 2021, de <https://doi.org/10.7251/QOL2001047G>
- Guedes, V. M., Figueiredo, M. J., Apóstolo, J. A., Silva, M. L., Oliveira, P. M., & Ferreira, M. H. (2019). Práticas de enfermagem em cuidados de saúde primários com base num referencial de competências. *Revista Científica de Enfermagem - RECIEN*, 9(27), 23-32. Obtido em 30 de 01 de 2021, de <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=2a09a08e-dee8-4dba-839c-507260d67a33%40sessionmgr101>
- Guimarães, A., Machado, L., & Ormeño, G. (2020). Conhecimento de educadoras a respeito dos maus-tratos infantis: identificação e notificação de casos. *Dialogia*(36), 518-531. Obtido em 01 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.5585/dialogia.n36.17185>
- Halawa, F., Madathil, S., Gittler, A., & Khasawneh, M. (2020). Advancing evidence-based healthcare facility design: a systematic literature review. *Health Care Management Science*, 23, 453–480. Obtido em 14 de 02 de 2021, de <https://doi.org/10.1007/s10729-020-09506-4>
- Havaei, F., Dahinten, V., & MacPhee, M. (2019). Effect of Nursing Care Delivery Models on Registered Nurse Outcomes. *SAGE Open Nursing*, 5, 1-10. Obtido em 14 de 02 de 2021, de <https://doi.org/10.1177/2377960819869088>

- Hockenberry, M. (2014). A Influência da Família na Promoção da Saúde da Criança. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 49-71). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 122-187). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª Edição ed., Vol. I). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hosheh, O., Edwards, C., & Ramnarayan, P. (2020). A nationwide survey on the use of heated humidified high flow oxygen therapy on the paediatric wards in the UK: current practice and research priorities. *BMC Pediatrics*, 20(109), 1-9. Obtido em 24 de 11 de 2020, de <https://doi.org/10.1186/s12887-020-1998-1>
- Infarmed. (10 de 11 de 2017). *Anexo Emla Creme*. Obtido em 10 de 11 de 2020, de Infarmed: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/infarmed?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=1938172&_101_type=document&inheritRedirect=false&redirect=https%3A%2F%2Fwww.i
- Instituto de Apoio à Criança. (Dezembro de 2017). *Anotações à Carta da Criança Hospitalizada*. Obtido em 12 de Novembro de 2020, de https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2020/10/Anotacoes_2017.pdf-peq.pdf
- Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª Edição ed., pp. 188-239). Loures: Lusociência.
- Johnson, A., Berry, A., Bradley, M., Daniell, J., Lugo, C., Schaum-Comegys, K., . . . Whalen, M. (2021). Examining the effects of music-based interventions on pain and anxiety in hospitalized children: An integrative review. *Journal of Pediatric Nursing*, 60, 71-76. Obtido em 02 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.02.007>
- Jones, H., & Santamaria, N. (2018). Physiological benefits to parents from undertaking skin-to-skin contact with neonate, in a neonatal intensive special care unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32, pp. 1012-1017. doi:10.1111/scs.12543
- Kapkin, G., Manav, G., & Muslu, G. (2020). Effect of Therapeutic Play Methods on Hospitalized Children in Turkey: A Systematic Review. *Erciyes Medical Journal*,

- 42(2), 127-131. Obtido em 02 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.14744/etd.2019.94940>
- Lei n.º48/90 de 24 de agosto. (1990). Lei de Bases da Saúde. *Diário da República n.º 195/1990, Série I de 1990-08-24*, pp. 3452 - 3459. Obtido em 01 de 02 de 2021, de <https://data.dre.pt/eli/lei/48/1990/08/24/p/dre/pt/html>
- Logan, R. M., & Dormire, S. (2018). Finding My Way - A Phenomenology of Fathering in the NICU. *Advances in Neonatal Care*, 18(2), pp. 154-162.
- Maconochie, I. K., Aickin, R., Hazinski, M., & Atkins, D. L. (2020). Pediatric Life Support 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation*, 156, 120-155. Obtido em 26 de 11 de 2020, de <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.09.013>
- Mahmood, O., Kareem, J. H., Rashid, W., & Abdulla, D. (2017). Facility Layout Design and its Impact on the Healthcare Service Quality in Teaching Hospital and Pediatric Teaching Hospital in Sulaymaniyah City. *International Review of Management and Marketing*, 7(2), 174-179. Obtido em 14 de 02 de 2021, de <https://doaj.org/article/4abd3b3ae9bc4ef0b329e4159da36904>
- Marshall, J. C., Bosco, L., Adhikari, N. K., Connolly, B., Diaz, J. V., Dorman, T., . . . Zimmerman, J. (2017). What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *Journal of Critical Care*, 37, pp. 270-276.
- Martinez, E., Tocantins, F., & Souza, S. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 34(1), pp. 37-44.
- Martins, C., Potra, T., & Lucas, P. (2020). Fatores De Motivação Dos Enfermeiros Em Cuidados De Saúde Primários. *Pensar Enfermagem*, 24(1), 27-38. Obtido em 30 de 01 de 2021, de <https://doi.org/10.37548/rpe/1sem2020/3>
- Martins, L., & Ramos, S. (2020). A Criança e o Jovem em Fim de Vida. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 282-292). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Maughan, E., & Yonkaitis, C. (2017). What Does Evidence-Based School Nursing Practice Even Mean? Get a CLUE. *NASN School Nurse*, 32(5), 287–289. Obtido em 01 de 02 de 2021, de <https://doi.org/10.1177/1942602X17724420>
- Maughan, E., Johnson, K., Gryfinski, J., Lamparelli, W., Chatham, S., & Lopez-Carrasco, J. (2021). Show Me the Evidence: COVID-19 and School Nursing in the 21st Century.

- NASN School Nurse*, 36(1), 46–51. Obtido em 01 de 02 de 2021, de <https://doi.org/10.1177/1942602X20974770>
- McElfresh, P., & Merk, T. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença Crónica ou Incapacidade. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 897-930). Loures: Lusociência.
- McKegney, C. (2021). Understanding Child Development in the Assessment of Stress in Children Amidst the COVID-19 Pandemic. *Pediatric Nursing*, 47(1), 48-51. Obtido em 12 de 03 de 2021, de <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=148820883&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
- Melo, M., Kamada, I., Dutra, L., Simões, J., & Melo, E. (2017). Vivência do professor no cotidiano da criança com estomia: abordagem da Fenomenologia Social. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 19, 1-9. Obtido em 01 de 02 de 2021, de <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.43116>
- Mendes, M. S., & Martins, M. F. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: dos discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, III Série* (6), pp. 113-121. Obtido em 09 de 04 de 2020, de <https://doi.org/10.12707/RIII1144>
- Menzani, R., Regueiro, E., & Leiva, J. (2017). Ser Criança Na Classe Hospitalar: A Dimensão Psicológica Na Interface Educação E Saúde. *Revista Brasileira Multidisciplinar - ReBraM*, 20(1), 106-120. Obtido em 02 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2017.v20i1.476>
- Ministério da Saúde. (2015). Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020. Obtido em 04 de 03 de 2021, de <https://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>
- Miranda, G., Rosa, L., Bertoncello, K., Mercês, N., Amante, L., & Alvarez, A. (2019). Sistema Informatizado À Decisão Clínica Em Enfermagem: Uma Construção E Validação Na Oncologia. *Enfermagem Em Foco*, 10(7), 103-108. Obtido em 06 de 02 de 2021, de <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=143655386&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
- Monteiro, A., & Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 33-38). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Morris, L., Cook, N., Ramsey, A., Alacapa, J., Smith, L., Gray, C., . . . Christensen, M. (2020). Weaning Humidified High Flow Oxygen Therapy among Paediatric Patients:

- An Integrative Review of Literature. *Journal of Pediatric Nursing*, 50, 37-45. Obtido em 24 de 11 de 2020, de <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.10.015>
- Naef, R., Kläusler-Troxler, M., Ernst, J., Huber, S., Dinten-Schmid, B., Karen, T., & Petry, H. (2020). Translating family systems care into neonatology practice: A mixed method study of practitioners' attitudes, practice skills and implementation experience. *International Journal of Nursing Studies*, 102, pp. 1-13. Obtido de <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103448>
- Neves, M. A. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(8), 125-134. Obtido em 05 de 02 de 2021, de <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=87354043&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
- Nogueira-de-Almeida, C., Del Ciampo, L., Ferraz, I., Del Ciampo, I., Contini, A., & Ued, F. (2020). COVID-19 and obesity in childhood and adolescence: a clinical review. *Jornal de Pediatria*, 96(5), 546-558. Obtido em 12 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.1016/j.jped.2020.07.001>
- Nunes, L. (2020). Ética no Cuidado à Criança, Jovem e Família. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 65-79). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Ordem dos Enfermeiros. (26 de Abril de 2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Obtido em 2 de Novembro de 2020, de Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 21 de 03 de 2020, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume III*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido em 06 de 09 de 2020, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Cadernos OE, Série I*(Número 6), pp. 1-74.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. *Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série I*(8). Obtido em 06 de 09 de 2020, de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf
- Osugui, D., Henriques, S., Dázio, E., Resck, Z., Leal, L., & Sanches, R. (2020). Negociação de Conflitos como Competência do Enfermeiro. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34, 1-12. Obtido em 30 de 01 de 2021, de <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.36035>
- Pádua, A., Silva, J., & Contreiras, S. (2020). A Criança e o Jovem Vítimas de Maus-tratos. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 273-281). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Paula, G., Góes, F., Silva, A., Moraes, J., Silva, L., & Silva, M. (2019). Play strategies in nursing care for the hospitalized child. *Journal of Nursing UFPE Online*, 13, e238979. Obtido em 02 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.238979>
- Pecoraro, L., Agostoni, C., Pepaj, O., & Pietrobelli, A. (2018). Behind human milk and breastfeeding: not only food. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 69(6), 641-646. Obtido de <https://doi.org/10.1080/09637486.2017.1416459>
- Pinheiro, A., Andrade, K., Silva, D., Zacharias, F., Gomide, M., & Pinto, I. (2016). Gestão Da Saúde: O Uso Dos Sistemas De Informação E O Compartilhamento De Conhecimento Para a Tomada De Decisão. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(3), 1-9. Obtido em 06 de 02 de 2021, de <https://doi.org/10.1590/0104-07072016003440015>
- Pinto, M., Soares, C., Santos, N., Pimenta, E., Reichert, A., & Collet, N. (2017). Perception of Mothers about the School Inclusion of Children with Chronic Disease. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 11(3), 1200-1206. doi:10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201710
- Poulimeneas, D., Bathrellou, E., Antonogeorgos, G., Mamalaki, E., Kouvari, M., Kuligowski, J., . . . Yannakoulia, M. (2020). Feeding the preterm infant: an overview of the evidence. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 72(1), 14-13. doi:10.1080/09637486.2020.1754352

- Ramos, A. (2020). A Criança e o Jovem como Foco de Cuidado: Emponderamento da Criança, Jovem e Família. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 12-24). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Ramos, M., Vilaça, S., & Mendes, G. (2020). O Recém-nascido Pré-termo. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ª Edição ed., pp. 118-134). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.
- Regulamento n.º422/2018 de 12 de julho. (12 de Julho de 2018). Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República, 2ª Série*(133), pp. 19192-19194. Obtido em 07 de 09 de 2020, de <https://dre.pt/application/file/a/115685317>
- Regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro. (06 de 02 de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06*, pp. 4744 - 4750. Obtido em 04 de 11 de 2020, de <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Ribeiro, O. P., Martins, M. F., & Tronchin, D. R. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, serIV*(10), 125-133. Obtido em 14 de 02 de 2021, de <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16008>
- Rito, A., Baleia, J., Pirata, C., Santos, D. O., & Chiote, I. (2021). Excesso de peso e obesidade parental e perceção do aumento de peso infantil, durante o confinamento em contexto da pandemia da COVID-19, em Portugal: Programa MUN-SI Cascais 2019/2020. *Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge - Boletim Epidemiológico Observações*, 9(Supl 12), 46-50. Obtido em 12 de 03 de 2021, de http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/7249/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_NEspecial12-2020_artigo8.pdf
- Rodrigues, J. d., & Lins, A. A. (2020). Possíveis impactos causados pela pandemia da COVID-19 na saúde mental de crianças e o papel dos pais neste cenário. *Research, Society and Development*, 9(8), 1-9. Obtido em 12 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6533>
- Rodrigues, J., Fernandes, S., & Marques, G. (2020). Preocupações e necessidades dos pais de crianças hospitalizadas. *Saúde e Sociedade*, 29(2), 1-14. Obtido em 20 de 03 de 2021, de <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v29n2/1984-0470-sausoc-29-02-e190395.pdf>

- Rosenberg, R., Clark, R., Chibbaro, P., Hambrick, R., Bruzzese, J.-M., Feudtner, C., & Mendelsohn, A. (2017). Factors Predicting Parent Anxiety Around Infant and Toddler Postoperative Pain. *Hospital Pediatrics*, 7(6), 313-319. Obtido em 29 de 01 de 2020, de <https://doi.org/10.1542/hpeds.2016-0166>
- Rothstein, R., & Olympia, R. (2020). Nurses on the Front Lines of Healthcare: The Approach to Maintaining Student Health and Wellness During COVID-19 School Closures. *NASN school nurse*, 35(5), 269-275. doi:10.1177/1942602X20935612
- Rundle, A., Park, Y., Herbstman, J., Kinsey, E., & Wang, Y. (2020). COVID-19-Related School Closings and Risk of Weight Gain Among Children. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 28(6), 1008-1009. Obtido em 12 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.1002/oby.22813>
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. Em M. Hockenberry, & D. Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª Edição ed., pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Sant'Anna, F. (2009). Doença displásica da anca – conceitos básicos e orientações em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25(4), 445-449. doi:<http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v25i4.10649>.
- Santos, O. (2011). *Necessidades dos pais das crianças hospitalizadas: perspectiva dos pais*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. Obtido em 02 de 03 de 2021, de <http://hdl.handle.net/10400.19/1571>
- Shahid, S., Florez, I., & Mbuag, L. (2019). Efficacy and Safety of EMLA Cream for Pain Control Due to Venipuncture in Infants: A Meta-analysis. *PEDIATRICS*, 143(1), 1-14. Obtido em 01 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.1542/peds.2018-1173>
- Shirazi, Z. H., Sharif, F., Rakhshan, M., Pishva, N., & Jahanpour, F. (2015). The Obstacles against Nurse-Family Communication in Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Unit: a Qualitative Study. *Journal of Caring Sciences*, 4(3), pp. 201-216. doi:doi:10.15171/jcs.2015.021
- Silva, A., Oliveira, T., Lima, C., Rodrigues, L., Bellucci, J., & Carvalho, M. (2016). Sistemas de Informação como instrumento para tomada de decisão em saúde: revisão integrativa. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 10(9), 3455-3462. doi:10.5205/reuol.9571-83638-1-SM1009201634
- Silva, E., Fernandes, C., Silva, D., & Duarte, J. (2017). Quality of life in children with kidney disease. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(12), 97-106. Obtido em 04 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.12707/RIV16080>

- Silva, F., Gondim, E., Henrique, N. P., Fonseca, L. M., & Mello, D. (2018). Educational intervention involving Young motheres: gaining knowledge on childcare. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(1), 32-38. doi:http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800006
- Silveira, A., Costenaro, R., & Neves, E. (2020). Adolescentes com necessidades especiais de saúde: desafios da inclusão escolar no discurso de familiares/cuidadores. *Revista de Pesquisa : Cuidado é Fundamental Online*(12), 1290-1295. Obtido em 01 de 02 de 2021, de https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9895
- Singh, S., Roy, D., Sinha, K., Parveen, S., Sharma, G., & Joshi, G. (2020). Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Research*, 293, 1-10. Obtido em 12 de 03 de 2021, de https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113429
- Skarsaune, K., & Bondas, T. (2016). Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse. *Clinical Nursing Studies*, 4(1), 24-32. Obtido em 01 de 03 de 2021, de http://dx.doi.org/10.5430/cns.v4n1p24
- Smeland, A., Rustøen, T., Næss, T., Nybro, L., Lundeberg, S., Reinertsen, H., . . . Twycross, A. (2019). Children's views on postsurgical pain in recovery units in Norway: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 2157-2170. Obtido em 26 de 02 de 2021, de https://doi.org/10.1111/jocn.14788
- Sousa, P. C. (2014). *O exercício parental durante a hospitalizaçãodo filho: intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à perceira de cuidados*. Porto: Universidade Católica Portuguesa. Obtido em 09 de 04 de 2020, de http://hdl.handle.net/10400.14/13972
- Stichler, J. (2016). Nursing's Impact on Healthcare Facility Design. *Health Environments Research & Design Journal*, 9(3), 11-16. Obtido em 14 de 02 de 2021, de https://doi.org/10.1177/1937586716633925
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- Tavares, P. P. (2020). No Contexto do Internamento. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 95-103). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Theis, N., Campbell, N., De Leeuw, J., Owen, M., & Schenke, K. (2021). The effects of COVID-19 restrictions on physical activity and mental health of children and young

- adults with physical and/or intellectual disabilities. *Disability and Health Journal*, 1-8. Obtido em 12 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101064>
- Tscherning, C., Sizun, J., & Kuhn, P. (2020). Promoting attachment between parents and neonates despite the COVID-19 pandemic. *Acta Paediatrica*, 00, 1-7. doi:10.1111/apa.15455
- Tsenoli, M., Smith, J. M., & Khan, M. (2021). A community perspective of COVID-19 and obesity in children: Causes and consequences. *Obesity Medicine*, 22, 1-6. Obtido em 13 de 03 de 2021, de <https://doi.org/10.1016/j.obmed.2021.100327>
- Valeri, B., Ranger, M., Chau, C., Cepeda, I., Synnes, A., Linhares, M., & Grunau, R. (2016). Neonatal Invasive Procedures Predict Pain Intensity at School Age in Children Born Very Preterm. *Clinical Journal of Pain*, 32(12), 1086-1093. Obtido em 27 de 09 de 2020, de <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000353>
- Vieira, M. (2017). *Ser Enfermeiro Da Compaixão à Proficiência* (3ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Vilaça, S., & Ramos, M. (2020). O Recém-nascido. Em A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo, *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 106-115). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda.
- WHO/UNICEF, J. (2009). *Home visits for the newborn child*:. Geneva: World Health Organization. Obtido em 22 de 02 de 2021, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70002/WHO_FCH_CAH_09.02_eng.pdf?sequence=1
- Wu, Y., Zhao, Y., Lin, G., Sharma, M., Wang, Y., Chen, L., & Wu, L. (2021). Measures and Effects of Pain Management for Wound Dressing Change in Outpatient Children in Western China. *Journal of Pain Research*, 14, 399-406. Obtido em 28 de 02 de 2021, de <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsdoj&AN=edsdoj.76d63e2608cc40809812c44004ac314c&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
- Yayan, E., Zengin, M., Düken, M., & Dağ, Y. (2020). Reducing Children's Pain and Parents' Anxiety in the Postoperative Period: A Therapeutic Model in Turkish Sample. *Journal of Pediatric Nursing*, 51, e33-e38. Obtido em 28 de 02 de 2021, de <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.07.004>
- Yonkaitis, C., & Maughan, E. (2018). Finding the Best Evidence to Support Care of Students With Chronic Conditions: CLUE #2: Acquire. *NASN School Nurse*, 31(1), 23-26. Obtido em 01 de 02 de 2021, de <https://doi.org/10.1177/1942602X17743985>

Zanon, B., Cremonese, L., Ribeiro, A., Padoin, S., & Paula, C. (2020). Communication of bad news in pediatrics: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Suppl4), 1-11. Obtido em 17 de 02 de 2021, de <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0059>

APÊNDICES

APÊNDICE I – REFLEXÃO SOBRE O USO DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO

OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUXO

UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE O SEU USO NO CONTEXTO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR PEDIÁTRICO, EM PARTICULAR EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19

Nota Introdutória: Esta reflexão surge no decorrer do estágio em contexto de internamento hospitalar pediátrico, enquadrado na unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, no âmbito do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pela Universidade Católica do Porto. No decurso da assistência prestada na prática clínica, pude constatar o uso de oxigenoterapia de alto fluxo numa adolescente com insuficiência respiratória, no quadro de uma agudização de doença crónica, mais precisamente de fibrose quística. Paralelamente, tive oportunidade de participar numa formação em serviço sobre a referida terapia, na qual surgiram dúvidas e preocupações quanto ao seu uso considerando a atual pandemia. Estas experiências suscitaram a presente reflexão, essencialmente focada em dois aspetos: o recurso a esta terapêutica nas crianças hospitalizadas em serviços de internamento pediátrico e o seu uso em contexto pandémico.

Problemática e Apreciação

A oxigenoterapia de alto fluxo ou terapia com oxigénio de alto fluxo por cânula nasal é um método de suporte respiratório não invasivo que fornece ar aquecido, humidificado e enriquecido com oxigénio, utilizado em pacientes que respiram espontaneamente mas que, pela sua condição de doença, requerem taxas mais elevadas de fluxo de oxigénio. A segurança e eficácia desta técnica consentiu o seu uso cada vez mais frequente como opção de tratamento para uma variedade de patologias, em diferentes grupos etários, inclusive nas crianças (1; 2).

Inicialmente, distinguiu-se como uma alternativa ao CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) – terapia de pressão positiva contínua nas vias aéreas – no suporte respiratório em recém-nascidos prematuros, tendo sido desde então amplamente utilizada numa variedade de condições, reduzindo a necessidade de intubação e de ventilação mecânica invasiva em crianças com falência respiratória (2; 3).

De facto, comparativamente à ventilação mecânica invasiva, a oxigenoterapia de alto fluxo produz menos lesões pulmonares, associadas ao uso do ventilador, e evita complicações nosocomiais associadas à intubação (4).

Contudo, a sua aplicação em contexto pediátrico tem sido cada vez mais associada não só a cuidados intensivos e intermédios, nomeadamente como suporte respiratório pós-extubação (2; 5; 6), mas também nos serviços de internamento médicos, sobretudo como tratamento adjuvante da bronquiolite, sendo nestes casos altamente eficaz na redução do esforço respiratório da criança doente (7), principalmente em comparação com a oxigenoterapia de baixo fluxo convencional (1; 8). No entanto, relativamente ao tratamento de crianças hospitalizadas com bronquiolite, a evidência de estudos de controlo randomizados e de uma análise económica da saúde não sugerem a terapia de alto fluxo como primeira opção de tratamento em contexto de internamento ou mesmo de serviço de urgência, quando comparada com oxigenoterapia convencional (9).

O uso da oxigenoterapia de alto fluxo noutras condições respiratórias, apesar de ainda limitado e menos estudado, é cada vez mais frequente, especialmente em casos de asma ou bronquite obstrutiva severa, apneia obstrutiva e pneumonia (1; 2). Porém, segundo Morris et al. (3), a sua superioridade ou inferioridade em comparação com a terapia de oxigénio de baixo fluxo convencional ainda não foi suficientemente evidenciada. De qualquer modo, os mesmos autores referem que, sendo um método seguro, pelo seu conforto e tolerância superiores, é recomendado como oxigenoterapia de nível intermédio, ou seja, opção entre o uso de oxigénio convencional e a ventilação não invasiva (VNI) tradicional, seja em modo ventilatório de CPAP ou BIPAP (*Bilevel Positive Airway Pressure*) – terapia de dois níveis de pressão positiva nas vias áreas, uma sobre a inspiração e outra sobre a expiração.

A oxigenoterapia de alto fluxo é uma modalidade de suporte respiratório não invasivo que, através de uma cânula nasal própria, providencia um fluxo de ar, com oxigénio suplementar, mais elevado do que o fluxo de demanda inspiratória. Isto leva à redução do espaço morto anatómico e diminui da resistência nasal o que, por sua vez, diminui o volume de ventilação requerida, reduzindo o esforço respiratório e, consequentemente, o cansaço do doente. Fornece ainda pressão positiva nas vias aéreas que induz o recrutamento alveolar de lesões colapsadas e o aumento da capacidade residual funcional (2; 3; 9; 10). Simultaneamente, garante a hidratação/humidificação ativa das vias aéreas, pois providencia uma mistura de ar e oxigénio aquecidos e humidificados, o que evita lesões nas mucosas e o desconforto pelo ar frio e seco (2; 3). Tudo isto promove o conforto do doente, principalmente quando comparado ao uso da ventilação mecânica invasiva, em situações

mais graves, ou ao uso da VNI tradicional, consequentemente promovendo uma maior adesão à terapêutica e, naturalmente, a sua eficácia. De facto, comparada com o CPAP, a oxigenoterapia de alto fluxo é mais bem tolerada, mais facilmente utilizada, pode reduzir o trauma tecidual e nasal e é ainda associada a menores custos (8).

Efetivamente, enquanto mecanismos de VNI tradicional como CPAP ou BIPAP exigem normalmente máscaras justas ou *prongs* nasais fixos por um arnês apertado à volta da cabeça, a terapia de alto fluxo utiliza cânulas nasais finas e cónicas, cujos *prongs* não ocluem a totalidade das narinas, seguras por uma simples tira envolvente. Isto é particularmente relevante nas crianças, já que parece favorecer o seu conforto, aumentando a sua tolerância e cooperação com a terapia o que, consequentemente, reduz a ansiedade dos pais (3; 10). Ademais, os próprios profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, preferem o seu uso pela sua fácil aplicação e manutenção (11).

Esta terapia tem claro algumas limitações e contraindicações, principalmente no caso de obstrução nasal severa, epistaxes não controlada, trauma ou cirurgia nasal, instabilidade hemodinâmica ou pneumotórax (2). Algumas das suas complicações incluem barotrauma, nomeadamente pneumotórax e pneumomediastino, normalmente associados ao uso inadequado de cânulas nasais - demasiado grandes para a criança (2). Como constrangimentos relacionados, reportam-se (2): distensão abdominal, presente também em métodos como a VNI; irritação da mucosa, principalmente no caso de rinorreia; lesão da mucosa nasal, principalmente se tamanho inadequado da cânula; a sua temperatura que pode, dentro de certos limites, ser ajustada; e o ruído que, apesar de ser maior que o ouvido na oxigenoterapia convencional, parece ser menor que o provocado durante o uso de VNI (tanto em modo BIPAP como CPAP).

A escolha do tamanho da cânula nasal é assim de extrema importância. Os tamanhos variam conforme a idade e peso da criança, sendo recomendado que a área da secção transversal da cânula não ultrapasse 50% da área das narinas, pelo risco de elevação de pressão nas vias aéreas e o consequente risco de vazamento de ar (2).

Apesar de ser relativamente segura e bem tolerada e, portanto, um método praticável em contexto de internamento pediátrico, não deixa de requerer monitorização cuidadosa e especial atenção para potenciais complicações ou ineficácia da terapia (2).

Similarmente, o processo de desmame desta terapêutica também é um importante aspeto a considerar. Tradicionalmente segue um modelo de decisão médica, apesar de que cada vez mais os enfermeiros terem um papel mais autónomo neste âmbito de intervenção. Uma recente revisão da literatura (3) concluiu que o desenvolvimento de protocolos de

desmame desta terapia em crianças, a ser iniciados ou conduzidos por enfermeiros, pode conduzir a uma intervenção mais oportuna, reduzindo a necessidade do uso prolongado de oxigénio e contribuindo para uma gestão de recursos mais eficiente.

Tipicamente os hospitais e equipas de saúde confiam nas recomendações dos fabricantes dos dispositivos e, além disso, maior parte dos estudos sobre esta terapia em pediatria são em contexto de unidades de cuidados intensivos (3). Não obstante, investigações recentes confirmam a necessidade e importância de protocolos específicos para o uso desta terapia no contexto de internamento pediátrico, que devem incluir indicações e contraindicações, definições dos parâmetros de fluxo, gestão e manutenção do equipamento, entre outros (1; 2). Isto porque diretrizes, modelos ou protocolos de atuação previnem uma hospitalização prolongada desnecessária (1) e minimizam os riscos de infeções hospitalares (3) e outras complicações, contribuindo assim para uma maior segurança e qualidade dos cuidados, bem como uma gestão mais eficiente não só da condição de doença da criança, mas dos próprios cuidados de saúde prestados.

Com a pandemia COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, cuja transmissão pode ocorrer por inalação de gotículas infetadas ou por contacto direto com superfícies contaminadas (12), voltou a haver alguma preocupação com o uso desta terapêutica, sendo até desencorajada por alguns autores (13), pelo seu potencial de geração de aerossóis e dispersão de partículas e risco de gotículas que se verifica com o seu uso e, consequentemente, o risco de infeção e contaminação dos profissionais de saúde.

Todavia, alguns autores também referem que este risco de dispersão de partículas não é maior do que o verificado em máscaras de oxigenoterapia convencional (14; 15). Na verdade, o risco de contaminação pode ser até inferior ao de outras terapias, visto que a transmissão de partículas/gotículas pode ser reduzida com o uso concomitante de uma máscara cirúrgica por cima da cânula nasal de alto fluxo (15).

Não obstante, apesar desta terapia ser útil no tratamento de doentes com síndrome de dificuldade respiratória aguda (SDRA) secundário a infeções virais, a sua eficácia em doentes com COVID-19 ainda não é totalmente conhecida, não havendo evidência sólida, quer a nível de benefícios como riscos, nem recomendações claras quanto ao seu uso nestes doentes (4). Investigações estão a ser realizadas neste sentido. Um exemplo é de Panadero et al. (4), que conclui que a oxigenoterapia de alto fluxo pode ser a primeira opção de tratamento para doentes com SDRA causada pelo SARS-CoV-2, pela sua eficácia em evitar a intubação e as suas complicações associadas. Todavia, este estudo retrospectivo

observacional tem como limitação o diminuto número de doentes incluídos (apenas 40) e o facto de ter sido realizado num único centro hospitalar em Espanha.

Por sua vez, uma revisão sistemática da literatura comissionada pela Organização Mundial da Saúde (16) concluiu que a oxigenoterapia de alto fluxo por cânula nasal reduz a necessidade de ventilação invasiva e a escalação de terapia quando comparada com a oxigenoterapia convencional em doentes com falência respiratória aguda hipoxémica por SARS-CoV-2.

Sabe-se que no decorrer desta pandemia se tem verificado uma limitação de recursos de saúde e uma sobrecarga sem precedentes nos serviços, pelo desequilíbrio causado pela alta demanda e volume de casos graves detetados (4; 16). A identificação de estratégias terapêuticas seguras e efetivas para combater esta doença é por isso fundamental. O uso desta terapia pode ser uma estratégia segura e eficaz para otimizar os recursos disponíveis, ao reduzir a necessidade de ventilação invasiva e das suas conseqüentes complicações, evitando assim admissões nas unidades de cuidados intensivos, reservando-as para os doentes mais graves, aliviando a tensão nos sistemas de saúde durante a pandemia (4; 16). Os benefícios desta terapia face à pandemia devem ser cuidadosamente balanceados com o risco desconhecido de transmissão de infeção para os profissionais e outros pacientes (16).

É por isso essencial a realização de mais estudos para que se possa compreender claramente os benefícios e limitações desta terapia em doentes com COVID-19 e para que recomendações e protocolos possam ser estabelecidos, de forma a orientar as decisões e gestões terapêuticas dos profissionais de saúde envolvidos.

Uma infeção por SARS-CoV-2 deve ser suspeita em todas as crianças hospitalizadas com doença respiratória aguda severa ou em casos assintomáticos de contacto de alto risco com casos confirmados (12). Uma intubação precoce pode ser preferível à ventilação não invasiva ou à oxigenoterapia de alto fluxo humidificado, pois estas podem gerar aerossóis aumentando o risco de infeção em profissionais de saúde (12). Se se optar pelo seu uso, uma máscara cirúrgica deve ser fixada no rosto da criança, se o tolerar (12).

Conclusão: O aumento do uso da oxigenoterapia de alto fluxo em crianças de várias faixas etárias no internamento pediátrico, fora do contexto de cuidados intensivos/intermédios, torna imperativo o conhecimento e competências adequadas de todos os profissionais envolvidos, nomeadamente dos enfermeiros, não só para garantir cuidados eficazes, mas também seguros e de qualidade. O uso corrente desta terapêutica em crianças parece ser ainda largamente baseado em experiências clínicas individuais (1), com uma clara escassez

de diretrizes nacionais ou internacionais. Esta particularidade é ainda mais evidente em tempos de pandemia, com dúvidas a surgirem sobre a segurança do método neste contexto. Desta breve reflexão, posso salientar a importância de aproveitar e potenciar as experiências e aprendizagens vivenciadas na prática clínica adotando uma postura crítico-reflexiva, no sentido de procurar a melhor e mais recente evidência quanto à temática abordada. O domínio dos cuidados de saúde é sujeito a uma constante reformulação e evolução científica, o que implica por parte dos profissionais uma atenção persistente a esta progressão e formação pertinente e atual relativamente às alterações que possam surgir.

Referências Bibliográficas:

1. *A nationwide survey on the use of heated humidified high flow oxygen therapy on the paediatric wards in the UK: current practice and research priorities.* **Hosheh, Osama, Edwards, Christopher T. e Ramnarayan, Padmanabhan.** 109, 2020, BMC Pediatrics, Vol. 20, pp. 1-9.
2. *High-flow nasal cannula oxygen therapy in children: a clinical review.* **Kwon, Ji-Won.** 1, 2020, Clinical and Experimental Pediatrics, Vol. 63, pp. 3-7.
3. *Weaning Humidified High Flow Oxygen Therapy among Paediatric Patients: An Integrative Review of Literature.* **Morris, Louise, et al.** 2020, Journal of Pediatric Nursing, Vol. 50, pp. 37-45.
4. *High-flow nasal cannula for Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) due to COVID-19.* **Panadero, Carolina, et al.** 1, 2020, Multidisciplinary Respiratory Medicine, Vol. 15, pp. 693-698.
5. *High-flow nasal cannula post-tracheal extubation in a child with upper airway obstruction: case report.* **Junior, José Colleti, Longui, Tâmara Eleamen e Carvalho, Werther Brunow de.** 3, 2018, Revista Paulista de Pediatria, Vol. 36, pp. 372-375.
6. *High-flow nasal cannula as a post-extubation respiratory support strategy in preterm infants: a systematic review and meta-analysis.* **Junior, José Colleti, et al.** 4, 2020, Jornal de Pediatria, Vol. 96, pp. 422-431.
7. *The effect of high flow nasal cannula therapy on the work of breathing in infants with bronchiolitis.* **Pham, Trang M.T., et al.** 7, 2014, Pediatric Pulmonology, Vol. 50, pp. 713-720.

8. *Non-invasive ventilation for the management of children with bronchiolitis (NOVEMBR): a feasibility study and core outcome set development protocol.* **Miert, Clare van, et al.** 1, 2018, *Trials*, Vol. 19, pp. 1-14.
9. *“Rational use of high-flow therapy in infants with bronchiolitis. What do the latest trials tell us?” A Paediatric Research in Emergency Departments International Collaborative perspective.* **O’Brien, Sharon, et al.** 7, 2019, *Journal of Paediatrics and Child Health*, Vol. 55, pp. 746–752.
10. *Uso da oxigenoterapia em pacientes agudos: uma revisão sistemática.* **Silva, Francisca Soraya Lima, et al.** 6, 2019, *Fisioterapia Brasil*, Vol. 20, pp. 809-818.
11. *Patient comfort during treatment with heated humidified high flow nasal cannulae versus nasal continuous positive airway pressure: A randomised cross-over trial.* **Klingenberg, Claus, et al.** 2, 2014, *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition*, Vol. 99, pp. 134-138.
12. *COVID-19 in Children: Clinical Approach and Management.* **Sankar, Jhuma, et al.** 6, 2020, *The Indian Journal of Pediatrics*, Vol. 87, pp. 433-442.
13. *Staff safety during emergency airway management for COVID-19 in Hong Kong.* **Cheung, Jonathan Chun-Hei, et al.** 4, 2020, *Lancet Respir Med*, Vol. 8, p. e19.
14. *Preliminary Findings on Control of Dispersion of Aerosols and Droplets During High-Velocity Nasal Insufflation Therapy Using a Simple Surgical Mask: Implications for the High-Flow Nasal Cannula.* **Leonard, S, et al.** 3, 2020, *Chest*, Vol. 158, pp. 1046-1049.
15. *High-flow nasal cannula for COVID-19 patients: low risk of bio-aerosol dispersion.* **Li, Jie, Flink, James B e Ehrmann, Stephan.** 4, 2020, *European Respiratory Journal*, Vol. 57, pp. 1-9.
16. *High-flow nasal cannula for acute hypoxemic respiratory failure in patients with COVID-19: systematic reviews of effectiveness and its risks of aerosolization, dispersion, and infection transmission.* **Agarwal, Arnav, et al.** 2020, *Canadian Journal of Anesthesia*, Vol. 67, pp. 1217–1248.

APÊNDICE II – TRABALHO SOBRE O RASTREIO DE SAÚDE VISUAL INFANTIL



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA • PORTO

O Rastreio de Saúde Visual Infantil

A sua aplicação no contexto de Cuidados de Saúde Primários

Inês Filipa da Cunha Rodrigues

Orientado por: Professora Doutora Constança Festas

Porto, janeiro de 2021

Universidade Católica Portuguesa - Porto

Instituto de Ciências da Saúde

Escola de Enfermagem

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica / Estágio Final e Relatório

ÍNDICE

Introdução	110
A Saúde e as Perturbações da Visão.....	111
O Papel do Enfermeiro na Avaliação da Saúde Visual da Criança	113
O Rastreio de Saúde Visual Infantil	115
Do Projeto Piloto à Atualidade.....	115
Aplicação e Metodologia.....	116
Conclusão	118
Referências Bibliográficas.....	120

INTRODUÇÃO

O presente documento apresenta-se no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, integrada no 13º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola de Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, no Porto. Durante o estágio no contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), nomeadamente numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Grande Porto, foi possível colaborar na aplicação do Rastreio de Saúde Visual Infantil (RSVI) em vigor. Perante a necessidade de me inteirar sobre este projeto e no sentido de desenvolver competências específicas na supradita área de especialização, decidi elaborar este trabalho.

Diagnosticar precocemente situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem é competência específica do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) (1). Os défices visuais enquadram-se neste cenário, já que podem ter consequências sérias e prejudiciais para o indivíduo no curso da sua vida (2). De facto, défices corrigíveis, quando não diagnosticados atempadamente, constituem um importante problema de saúde pública, que urge combater (3). A ambliopia é uma dessas condições, pois a sua presença aumenta o risco de perda visual e, portanto, o risco de cegueira ao longo da vida (4). A sua prevenção e deteção precoce baseia-se, essencialmente, nos rastreios de saúde visual e posterior diagnóstico oftalmológico precoce (3). O RSVI insere-se neste propósito e tem sido um sucesso desde a sua implementação.

Este trabalho apresenta, de forma sucinta, o enquadramento e aplicação deste rastreio no contexto dos CSP, onde o enfermeiro desempenha um papel fundamental, não só como executor do exame de foto-rastreio, mas também como agente de literacia em saúde e vigilante ativo da saúde das crianças, famílias e comunidade em geral.

A metodologia adotada é maioritariamente descritiva, com uma componente crítico-reflexiva referente ao papel do enfermeiro no âmbito do RSVI nos CSP. Estruturalmente, segue-se a esta introdução um breve capítulo sobre a saúde e as perturbações da visão; um capítulo sobre o papel do enfermeiro, especialmente no contexto de CSP, na avaliação da saúde visual da criança; e um terceiro sobre o RSVI, nomeadamente a concepção do projeto piloto à atual forma de aplicação e metodologia utilizada. Por último, apresenta-se a conclusão. Importa referir que as referências bibliográficas estão de acordo com a norma ISO 609, por sistema numérico.

A SAÚDE E AS PERTURBAÇÕES DA VISÃO

A visão desempenha um papel crítico em todas as vertentes e fases da vida de um indivíduo, representando um meio de comunicação fundamental com o mundo exterior e para a relação entre pessoas, com elevado significado social e importância para a actividade profissional. De facto, é o mais dominante de todos os sentidos, sendo responsável por mais de 70% da informação que recolhemos (5).

A visão é um processo contínuo de aprendizagem que se inicia ao nascimento e que tem um tempo próprio de desenvolvimento, devendo, por isso, ser preservada desde então (4). Para as crianças, reconhecer visualmente e responder aos pais e cuidadores facilita o seu desenvolvimento cognitivo e social, bem como o crescimento e desenvolvimento das suas capacidades motoras, coordenação e equilíbrio. Desde a primeira infância até à adolescência, a visão suporta o desenvolvimento de habilidades sociais, o sucesso educacional da criança e reforça a sua auto-estima e bem-estar, contribuindo para a saúde física e mental, para a construção da sua identidade pessoal e para o processo de socialização (6).

Patologias visuais congénitas não diagnosticadas e tratadas precocemente podem ter repercussões graves no crescimento e desenvolvimento infantil, diminuindo a qualidade de vida da criança e impactando o seu futuro, com efeitos negativos a nível pessoal, familiar e profissional, com elevados custos sociais (3).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2010, cerca de 253 milhões de pessoas em todo o mundo possuíam algum tipo de deficiência visual (2). Em 2019, a mesma organização indica que, globalmente, pelo menos 2,2 bilhões de pessoas têm algum tipo de deficiência visual, 1 bilhão das quais poderia ter sido evitada ou está ainda a tempo de ser corrigida (6). Efetivamente, a OMS (2) aponta que 80% de todas as causas de deficiência visual são evitáveis ou que podem ser tratáveis mediante prevenção adequada.

Os erros refrativos, como a miopia, hipermetropia ou o astigmatismo, são a causa mais frequente de disfunção visual em todas as idades nas sociedades atuais, representando assim um importante problema de saúde pública (4; 6).

Em Portugal, estima-se que cerca de 50% da população sofre de alterações da visão, desde diminuição da acuidade visual até à cegueira. Ademais, 3% da população é portadora de ambliopia resultante de erros refrativos não compensados em tempo útil, de estrabismo ou da associação das duas (3). Nas crianças, 20% sofre de erros refrativos significativos e 3 a 4% apresenta estrabismo (3), estimando-se uma prevalência da ambliopia em 1 a 2,5% nas crianças portuguesas (5).

A ambliopia corresponde a uma disfunção no processamento cortical da informação visual que leva a uma diminuição, usualmente unilateral, da acuidade visual e potencialmente perda visual unilateral, que pode ser irreversível (7). É um importante e reconhecido problema de saúde pública, considerado a causa mais frequente de perda de visão monocular entre os 20 e os 70 anos de idade, com risco de cegueira ao longo da vida (4; 7; 8; 9). Não obstante, sabe-se que as causas desta condição se instalam muito precocemente e que a sua prevalência e gravidade aumentam com a idade (8). Existem essencialmente três causas da ambliopia: a anisometropia (diferença de magnitude do erro refrativo entre os dois olhos), o estrabismo (frequentemente resultado de erros refrativos) e a obstrução do eixo visual, sendo que as duas primeiras causas são responsáveis por cerca de 99% dos casos de ambliopia (4; 9).

Na criança, a ambliopia ou o chamado “olho preguiçoso” pode ser irreversível a partir dos 8 anos de idade (5). Entre os 2 e 5 anos de idade, a prevalência e gravidade desta condição clínica aumentam de forma linear. Ademais, 80% dos casos de estrabismo instala-se durante esta faixa etária (4).

A ambliopia é uma condição que influencia o bem-estar, aprendizagem e autoconfiança do indivíduo, bem como está relacionada com a diminuição da produtividade e custos elevados de tratamento (4). Desta forma, compreende-se que o seu diagnóstico precoce e respetivo tratamento evidencia não só ganhos para a saúde individual, mas também coletiva, com benefícios económicos e sociais.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA AVALIAÇÃO DA SAÚDE VISUAL DA CRIANÇA

O Plano Nacional de Saúde (PNS) tem como um dos seus eixos prioritários a equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde, promovendo a redução da desigualdade e o acesso atempado a cuidados de saúde de qualidade, melhorando a condição da população em geral e protegendo o direito de todos os cidadãos à proteção da Saúde (8; 4).

Concomitantemente, no contexto de CSP, uma das prioridades é a saúde individual e coletiva das crianças e jovens. Estes mudam de dia para dia em termos das suas habilidades, aprendendo novos conhecimentos, adquirindo capacidades e simplesmente crescendo. É desde o seu nascimento que se devem prevenir e evitar doenças. Assim, as avaliações da criança em idades chave do seu desenvolvimento e crescimento representam uma oportunidade indispensável para o reconhecimento de eventuais problemas, estando previstas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), o qual preconiza cuidados antecipatórios que privilegiem comportamentos de saúde e o crescimento e desenvolvimento da criança (10).

Os enfermeiros são profissionais cruciais no que respeita à vigilância da saúde desta população e o enfermeiro EESIP, em particular, tem um papel fundamental e competência específica na deteção e encaminhamento precoces de situações de risco que possam afetar negativamente a vida da criança/jovem (1), como, por exemplo, as perturbações da visão.

De facto, o enfermeiro, sobretudo no contexto de CSP, deve proceder à avaliação da visão das crianças e ao seu encaminhamento quando necessitam de cuidados especializados contribuindo, assim, para a redução da proporção de problemas de saúde visual não diagnosticados nas crianças e jovens - um dos objetivos do Programa Nacional para a Saúde da Visão (PNSV) (3). Os enfermeiros são agentes dinamizadores de tais programas e um importante recurso para as populações que servem, desempenhando um papel essencial através do aumento da literacia em saúde e da capacitação dos indivíduos e famílias para a tomada de decisões mais saudáveis, neste caso em particular, prevenindo doenças visuais.

Nas crianças, a visão é uma das áreas avaliadas aquando da aplicação da Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (EADMSM). Comumente usada nas consultas de vigilância de saúde infantil, a nível dos CSP, este instrumento é recomendado pelo PNSIJ e parametrizado nos sistemas informáticos e de registos utilizados neste contexto. Os enfermeiros, em especial o EESIP, deve deter conhecimentos e competência para a aplicar, desde ao recém-nascido, até a crianças com 5 anos de idade.

Segundo a EADMSM, aos 2 anos, a avaliação da visão pode integrar testagem da visão binocular, por exemplo através da Tabela de Snellen (com correspondências) ou Tabela de Figuras de Kay (Portugal. Direção-Geral da Saúde, 2013) – o que pode ser complicado ou mesmo infrutífero, dependendo da criança alvo de apreciação.

Efetivamente, a acuidade visual infantil pode ser determinada através de uma escala optométrica, sendo considerada uma medida simples e fácil de ser utilizada (11). Contudo, esta depende do reconhecimento de símbolos que formam a escala, desde letras a números, ou até figuras, o que pode ser difícil em crianças com idades inferiores à pré-escolar. A escala Snellen, designadamente, apesar de acessível e eficaz na avaliação de crianças com mais de 4 anos, é aconselhada a ser utilizada para triagem da população escolar, implicando que o profissional explique detalhadamente o que vai fazer e o que pretende que a criança faça, verificando se entendeu bem o que lhe foi pedido (11) – o que pode ser exigente ou até problemático, quanto menor a idade ou nível desenvolvimental da criança.

Na verdade, a idade ótima para a realização das avaliações oftalmológicas não é consensual, em parte pela subjetividade dos testes ou pela dependência no nível colaboração da criança (5). Além disso, como quem nunca viu bem não sabe o que é uma boa visão (5), as crianças podem não perceber e/ou referir ao adulto que têm alguma dificuldade visual, podendo esta passar despercebida e não ser detetada a tempo de intervenção. Não obstante, preconizam-se idades limite para diversas avaliações, sendo aconselhado que, à data de início da escolaridade, a criança reúna as melhores condições possíveis de saúde e funções visuais e esteja, se necessário, já adaptada à correção ótica (5). Depois dos 6 anos, uma grande parte dos problemas sensoriais ligados ao desenvolvimento da visão são de tratamento mais difícil e, frequentemente, não se consegue a recuperação total (5).

O PNSV aconselha uma série de intervenções estratégicas para colmatar o insuficiente acesso a cuidados oftalmológicos, a referenciação demasiado tardia, a insuficiente comunicação entre equipas de saúde e ainda a inexistência de dados epidemiológicos sobre a doença visual em Portugal (8). Algumas destas estratégias são dirigidas à população infantil. Como o desejável é uma avaliação sistemática de todas as crianças antes da idade escolar e, se necessário, o seu tratamento precoce, uma dessas iniciativas é o RSVI.

O RASTREIO DE SAÚDE VISUAL INFANTIL

O RSVI, compreendido no PNSIJ e no PNSV, tem por objetivo identificar todas as crianças com alterações oftalmológicas capazes de provocar ambliopia (9), entre os 2 e os 5 anos de idade. Efetivamente, esta condição clínica cumpre os dez critérios de elegibilidade, definidos pela OMS, para doença objeto de rastreio de base populacional (4; 9).

Os rastreios são um método poderoso de aumentar e garantir a acessibilidade de todos os cidadãos ao direito fundamental de proteção à saúde, constituindo-se um dos pilares estruturais de qualquer política de CSP de uma sociedade justa e equitativa (4). Ao introduzir no sistema de referência novos doentes com necessidades de resposta imediata, os rastreios e o consequente diagnóstico precoce garantem a identificação e tratamento da doença em tempo útil, aumentando a eficiência, os ganhos em saúde e os ganhos sociais (4). Tendo em conta as características da doença a rastrear, os métodos disponíveis devem ser economicamente exequíveis de forma a permitir uma intervenção coletiva de massa com consequentes vantagens para a saúde pública, resultando num eficiente impacto socioeconómico (4; 9).

DO PROJETO PILOTO À ATUALIDADE

Em 2016, para dar resposta ao problema de saúde pública que é a ambliopia e diminuir a sua prevalência, foi desenvolvido um projeto piloto, na região Norte, que envolveu quatro agrupamentos de centros de saúde (ACES) e dois centros hospitalares, de modo a realizar um rastreio de saúde visual a mais de 20 mil crianças com 2 anos de idade (nascidas em 2014). As com rastreio positivo e, portanto, com possibilidade de perturbações, foram referenciadas/encaminhadas para consulta no Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente num centro de referência com capacidade diagnóstica e terapêutica, num prazo máximo de quatro semanas (8). Este projeto, com uma participação global de 68% das crianças elegíveis, veio confirmar a elevada prevalência da ambliopia e/ou dos seus fatores de risco neste grupo etário (4). De facto, 4% de todas as crianças rastreadas iniciaram tratamento ótico, depois de encaminhadas e observadas em consulta de oftalmologia (4).

Em 2017, o rastreio foi alargado a mais oito ACES e quatro instituições hospitalares, na mesma região. O projeto foi de tal forma um sucesso que, em 2018, o Ministério da Saúde decidiu alargá-lo a todas as regiões do país, sob coordenação da Direção-Geral da Saúde (DGS), que teve como responsabilidade o acompanhamento, monitorização e avaliação da

experiência piloto, em estreita colaboração com a Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte (8). Assim, no plano estratégico nacional da saúde da visão (4) contempla-se como proposta a implementação do RSVI a nível nacional em 2020. A partir daí, as ARS ficaram responsáveis pela implementação, organização e verificação dos indicadores locais de rastreio, tendo cada ARS um coordenador regional, com responsabilidade no cumprimento das normas do programa, para garantir a uniformidade do processo a nível nacional (9). A supervisão do programa é da responsabilidade da DGS que nomeia um coordenador nacional para rever e implementar as atualizações técnicas necessárias ao bom funcionamento de todo o processo (4; 9).

APLICAÇÃO E METODOLOGIA

O RSVI é efetuado ao nível dos CSP, nomeadamente nas unidades de saúde definidas para este fim pelo respetivo ACES ou Unidade Local de Saúde (ULS) (9). A população alvo é captada a partir do Registo Nacional de Utentes (RNU), tendo por base os inscritos que, nesse ano, cumprirem os critérios de inclusão: completar 2 ou 4 anos de idade no semestre (9). Crianças já acompanhadas em consulta hospitalar de oftalmologia, com ou sem tratamento, são excluídas deste rastreio (9).

Assim, numa primeira fase, são rastreadas todas as crianças inscritas nestas unidades, no semestre em que perfazem 2 anos de idade. Existe depois um rastreio complementar, entre os 4 e os 5 anos de idade, nas crianças que não realizaram o primeiro rastreio ou que o tiveram negativo. Isto porque este rastreio oftalmológico, oportunístico e sistemático, deve ser um processo contínuo, tendo em conta o caráter evolutivo dos erros refrativos (4). Se a criança teve um primeiro rastreio positivo, mas a causa de ambliopia não se confirmou no exame realizado por oftalmologista, então também é elegível para este segundo rastreio.

Por conseguinte, os objetivos deste seguimento são não só a deteção de novos casos de ambliopia ou em risco de a desenvolver, mas também a aferição da qualidade/sensibilidade do rastreio inicial e a compreensão da evolução temporal dos erros refrativos na população portuguesa (8).

Independentemente do momento, o RSVI utiliza a técnica do foto-rastreio, ou seja, a captação de uma imagem com um auto-refratómetro portátil, o Plusoptix A09®, com a incorporação de um conjunto de parâmetros que incluem a medição simultânea dos erros refrativos dos dois olhos e a observação da centragem dos seus reflexos corneanos, de forma a identificar possíveis casos de estrabismo (9). Permite ainda a deteção de opacidade de

meios apesar de, neste aspeto, apresentar algumas limitações (7). Portanto, o rastreio emprega a fotorrefração como método de deteção de fatores de risco ambliogénicos. Esta tecnologia inovadora, de elevada taxa de exequibilidade e extensamente validada (incluindo para a população pediátrica Portuguesa), emprega uma técnica segura e inócua, não invasiva, de fácil aplicação, que não requer aplicação de fármacos cicloplégicos, demonstrando ter uma boa adesão por parte da amostra populacional (crianças dos 2 aos 5 anos) (7).

Os profissionais das equipas de rastreio recebem formação inicial relativamente à tecnologia utilizada e técnica de realização do exame, formação esta breve e simples, uma vez que a tecnologia e procedimentos são de muito fácil execução (4).

Os dados de cada exame são obtidos de forma automática pelo equipamento e introduzidos numa plataforma digital para avaliação telemática (4). Estes resultados são posteriormente analisados e validados por um médico oftalmologista, por parte dos Serviços de Oftalmologia dos centros hospitalares que fazem parte do projeto (9). São depois disponibilizados no sistema de informação de base de cada Médico e/ou Enfermeiro de Família, bem como são comunicados ao encarregado de educação da criança (9).

O rastreio pode ter quatro resultados possíveis (9 p. 3): *“Negativo” – sem alterações a necessitarem de observação oftalmológica; “Positivo” – com alterações a necessitarem de observação oftalmológica, sendo encaminhados para consulta hospitalar; “Não classificável” – exame de má qualidade ou inadequado, devendo ser repetido; ou “Não mensurável” – em situações excecionais, o equipamento pode não conseguir obter valores da medição de refração, apesar da criança colaborar. Este último deve ser assinalado pelo executor do exame e, nestas circunstâncias, a criança é encaminhada para observação em consulta hospitalar de oftalmologia, para esclarecimento das razões impeditivas da medição do erro refrativo.*

Crianças com rastreio positivo são então referenciadas a um serviço de Oftalmologia local, de acordo com os protocolos estabelecidos na Rede Nacional de Especialidade de Referência Hospitalar, devendo ser observada no prazo máximo de 60 dias (4; 9). A necessidade de tratamento ou vigilância oftalmológica é decidida pelo médico oftalmologista, sendo este acompanhamento em consulta hospitalar. Se as crianças observadas necessitarem de tratamento (seja óculos e/ou oclusão), têm alta definitiva do programa de rastreio (9).

CONCLUSÃO

A visão é essencial para o crescimento e desenvolvimento harmonioso da criança. Erros refrativos e estrabismo são das principais anomalias visuais infantis que têm potencial de desenvolver ambliopia, um verdadeiro problema de saúde pública que, na criança, tem um impacto profundo no seu desenvolvimento, com elevados custos económicos e sociais. O tratamento atempado desta condição, para além de elevadas taxas de sucesso, apresenta assim benefícios significativos a nível económico e importantes ganhos individuais e sociais.

O rastreio precoce destes défices visuais é, por isso, altamente atrativo e recomendável. Neste sentido, surgiu, em 2016, na ARS Norte, o projeto piloto do RSVI, com a finalidade de diminuir a prevalência da ambliopia, identificando os fatores de risco e intervindo nas suas causas em idades precoces. Tal foi o sucesso deste projeto que se propôs a sua extensão a todo o território nacional até 2020.

Apesar deste rastreio ser no âmbito da saúde visual e, por isso, estar contemplado no PNSV, encontra-se também abrangido pelo PNSIJ. Assim, não só é a especialidade de Oftalmologia essencial para a sua concretização, como toda a abordagem multidisciplinar envolvida, que conta com a colaboração de vários intervenientes, incluindo-se os enfermeiros. Ao aplicar o exame de rastreio, estes profissionais respondem a diferentes propósitos dos CSP, nomeadamente o de promover a saúde e o bem-estar das crianças, famílias e, consequentemente, das populações. Garantem também uma vigilância ativa e a defesa de questões de saúde não só individual, mas pública, com potencial de afetar toda a comunidade, sistema social e económico.

Gostaria ainda de observar que a pandemia atual em que vivemos pode desincentivar alguns pais/cuidadores em participar no rastreio, por receios de contágio na deslocação à unidade. Os enfermeiros são fundamentais para assegurar a segurança do ambiente e o processo de rastreio. Além disso, devem promover a literacia em saúde destes cuidadores, alertando-os para a importância do rastreio na vigilância da saúde visual das crianças, para as implicações negativas da sua abstenção e, se necessário, aplicar intervenções relacionadas com a educação para a saúde visual, empoderando-os nas decisões a tomar. Efetivamente, este empoderamento deve ser um dos objetivos primordiais dos CSP, base estruturante dos cuidados providenciados num sistema nacional de saúde como o de Portugal.

A proximidade que se estabelece com as populações é essencial para que se possa trabalhar a epidemiologia dos fenómenos de saúde/doença que as afetam, para intervenções cada vez mais direcionadas aos prementes problemas a resolver e reavaliações significativas,

para obtermos cada vez melhores resultados e ganhos em saúde. Assim, estaremos a contribuir para comunidades mais saudáveis e, naturalmente, mais produtivas e felizes.

Como futura enfermeira EESIP é essencial conhecer os programas existentes para promover a saúde da população infantil e juvenil. Durante o meu estágio na UCC, ao colaborar na aplicação do RSVI, pude constatar parte da organização e estrutura deste projeto e participar na sua execução. Esta atividade contribuiu assim para os meus objetivos de desenvolver competências no âmbito da vigilância da Saúde Infantil e Juvenil e na aplicação do PNSIJ e outros associados, nomeadamente o PNSV. Adicionalmente, ao elaborar este trabalho, pude refletir sobre o papel e a assistência especializada do enfermeiro EESIP, no contexto de CSP; desenvolver competências no âmbito da formação pessoal, ao realizar pesquisa bibliográfica e mobilizar conhecimentos; e exercer uma prática de qualidade, segura e baseada na evidência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Regulamento nº422/2018 de 12 de Julho.** Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República, 2ª Série*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2018, nº 133, pp. 19192-19194.
2. **World Health Organization.** *Universal eye health: a global action plan 2014-2019*. s.l. : World Health Organization, 2013. pp. 1-28.
3. **Portugal. Direção-Geral da Saúde., Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde.** *Programa Nacional para a Saúde da Visão - Revisão e Extensão 2020*. Lisboa : Direção-Geral da Saúde, 2016. pp. 1-10.
4. **Comissão da Estratégia Nacional para Saúde Visão.** *Estratégia Nacional para a Saúde da Visão. (despacho nº 1696/2018, DR nº 35/2018, Série II, de 2018/02/15)*. 15 de Fevereiro de 2018, pp. 1-126.
5. **Direcção de Serviços de Cuidados de Saúde, Comissão de Coordenação do Programa Nacional para a Saúde da Visão.** *Boas Práticas de Oftalmologia 2008 – Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação*. Lisboa : Direção-Geral da Saúde, 2008.
6. **World Health Organization.** *World report on vision*. Geneva : World Health Organization, 2019.
7. **Pereira, Sara Alves, et al.** Rastreio de Saúde Visual Infantil - Dados do 1ºano de rastreio no Hospital Pedro Hispano. *Oftalmologia - Revista da Sociedade Portuguesa SOP*. 24 de Janeiro de 2020, Vol. 44, 1.
8. **Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e Saúde.** Despacho nº5868-B/2016. [ed.] Ministério da Saúde. *Diário da República, 2ª Série*. 2 de Maio de 2016, 84, pp. 1342 (2) - (3).
9. **Direção-Geral da Saúde.** *Norma nº015/2018 de 05/09/2018. Rastreio Saúde Visual Infantil*. Lisboa : Direção-Geral da Saúde, 2018. pp. 1-14.
10. **Portugal. Direção-Geral da Saúde.** *Norma nº010/2013 de 31/05/2013. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. s.l. : Direção-Geral da Saúde., 31 de 05 de 2013.
11. **Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem.** *Parecer nº 248/2010. Assunto: Avaliação da Visão e da Audição*. s.l., Portugal : Ordem dos Enfermeiros, 08 de 01 de 2010.
12. **Fernandes, Ilda e Andrade, Luísa.** Nas Consultas de Enfermagem em Contexto de Cuidados de Saúde Primários. [autor do livro] Ana Lúcia Ramos e Maria do Céu Barbieri-Figueiredo. *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa : Lidel - Edições Técnicas, Lda., 2020, pp. 86-94.

APÊNDICE III – ATIVIDADE DE FORMAÇÃO: ATUALIZAÇÕES DO PNV 2020



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Atividade de Formação

Atualizações do Programa Nacional de Vacinação 2020

Inês Filipa da Cunha Rodrigues

Orientado por: Professora Doutora Constança Festas

Porto, dezembro de 2020

Universidade Católica Portuguesa - Porto

Instituto de Ciências da Saúde

Escola de Enfermagem

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica / Estágio Final e Relatório

ÍNDICE

Nota Introdutória	126
Diagnóstico de situação	127
Planificação da sessão de formação	131
Diapositivos apresentados na sessão de formação	132
Póster apresentado à equipa e exposto no serviço	151
Avaliação da sessão de formação	152
Nota Conclusiva	156

NOTA INTRODUTÓRIA

No decorrer do estágio em contexto de internamento, na unidade cirúrgica do serviço médico-cirúrgico pediátrico de um hospital do Grande Porto, no período entre 02 de novembro de 2020 e 06 de janeiro de 2021, enquadrado na unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, integrada no 13º curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa, tive a oportunidade de desenvolver uma atividade de formação de pares no âmbito das atualizações do Programa Nacional de Vacinação (PNV) de 2020.

O PNV é um programa nacional aplicado, principalmente, no Serviço Nacional de Saúde que tem vindo a ser reforçado nos últimos anos de forma a manter a excelente aceitação e resultados. É coordenado de forma dinâmica pela Direção-Geral da Saúde (DGS), assessorada pela comissão técnica de vacinação e por especialistas que acompanham, avaliam e asseguram a revisão do programa, sempre que necessário, de acordo com os progressos científicos e evolução epidemiológica nacional e internacional.

A última atualização deste programa e do respetivo esquema vacinal recomendado entrou em vigor no dia 01 de outubro de 2020. Este esquema incide em grande parte no período da infância, pelo que deve ser do conhecimento dos enfermeiros que o aplicam, particularmente no contexto da prática de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Por conseguinte, percebe-se a relevância desta atividade de formação de pares, que incluiu o estabelecimento de um diagnóstico de situação quanto às necessidades formativas dos enfermeiros da unidade cirúrgica do supradito serviço, relativamente a esta temática.

Seguiu-se a esta avaliação inicial uma planificação e posterior realização de uma sessão de formação, que foi apresentada não só à equipa de enfermagem da unidade cirúrgica mas também à da unidade médica do serviço, conforme requisitado pela sua enfermeira chefe.

Esta sessão foi depois sujeita a uma avaliação por parte dos participantes.

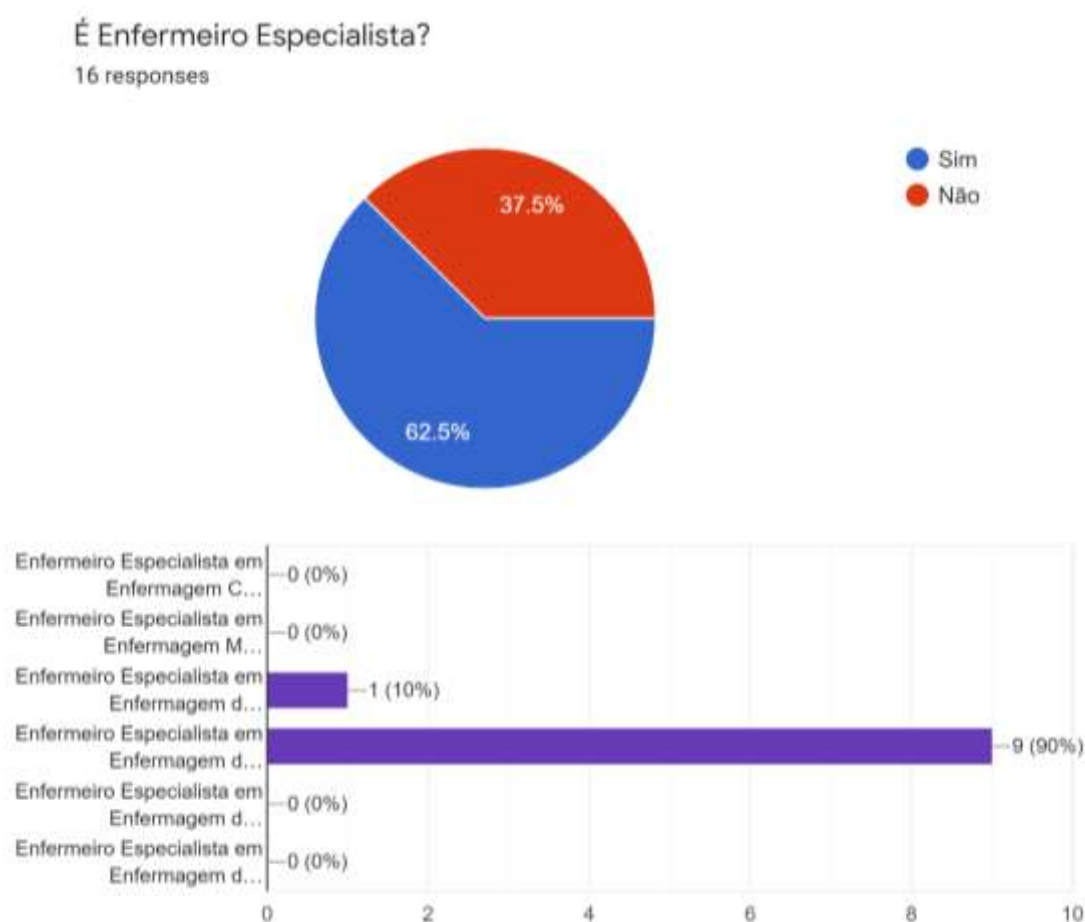
DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Com o objetivo de efetuar um diagnóstico de situação quanto à atual aplicação do PNV em vigor no serviço de internamento pediátrico, realizou-se um questionário, empregue através da plataforma online *Google Forms*, que procurou identificar as eventuais necessidades de formação no âmbito da referida temática.

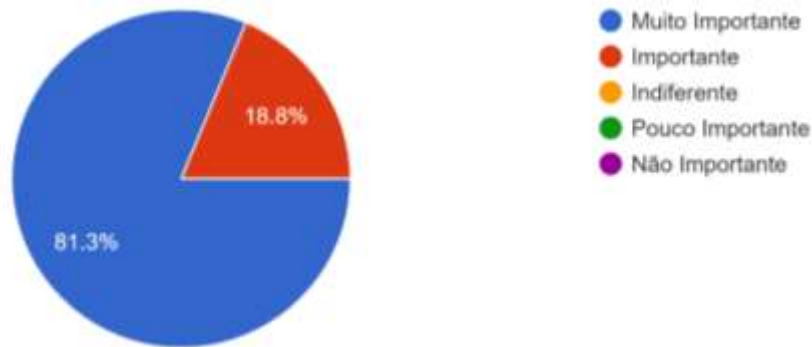
Este questionário destinou-se a todos os enfermeiros a exercer funções na unidade cirúrgica onde decorreu o estágio, uma equipa composta por um total de 20 profissionais. A anonimidade do mesmo foi garantida. Obteve-se um total de 16 respostas, correspondendo a 80% da equipa – percentagem que julgo ser bastante representativa.

Apresentam-se de seguida as questões com os respetivos resultados e a sua interpretação.

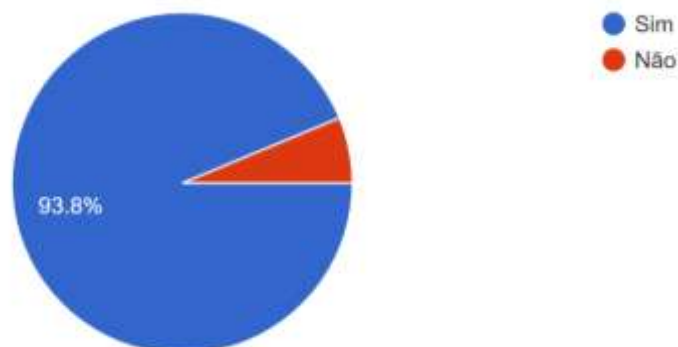
Do número total de enfermeiros que responderam ao questionário (n=16), 62.5% são especialistas, correspondendo a 10 elementos. Destes, 90% são especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e 10% em Enfermagem de Reabilitação.



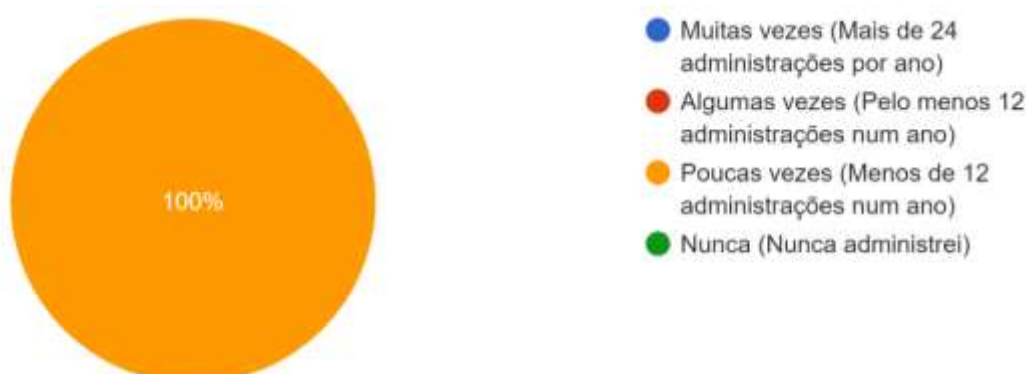
A primeira questão (“Que importância atribui ao PNV para a prática profissional de enfermagem?”) pretendeu conhecer a importância atribuída ao PNV pelos profissionais inquiridos. Todos o consideraram importante para o exercício da sua prática, apesar de lhe atribuírem diferentes graus de importância.



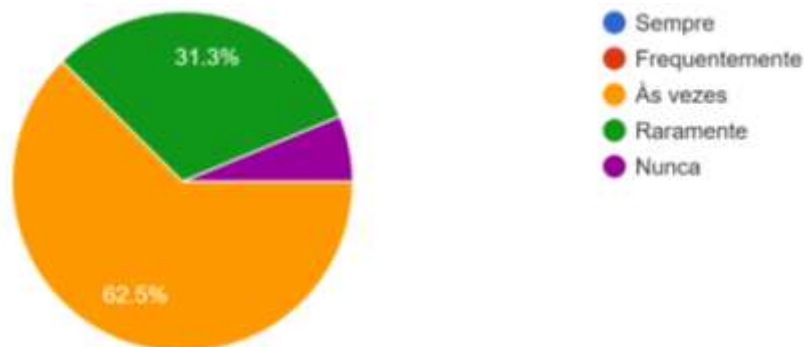
Perante a questão “Considera que, na sua prática clínica diária necessita de conhecer o PNV?”, maior parte dos inquiridos respondeu que sim, tendo apenas 1 profissional não identificado essa necessidade.



A resposta à questão “Com que frequência administra vacinas do PNV no seu âmbito de trabalho?” foi consensual, sendo que todos consideraram realizar esta intervenção poucas vezes, mais precisamente menos de 12 administrações no período de um ano.

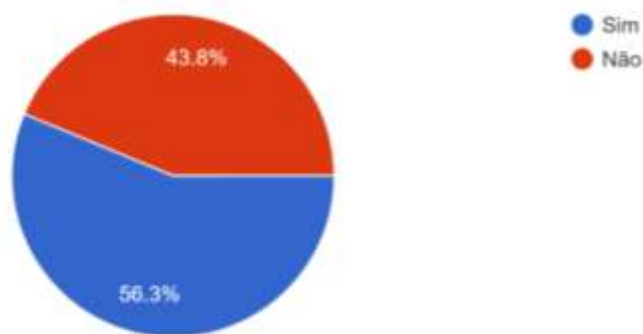


A quarta questão “Sentiu/sente alguma dificuldade na aplicação do PNV na sua prática profissional?” registou que maior parte dos indagados identifica sentir dificuldades “às vezes”.

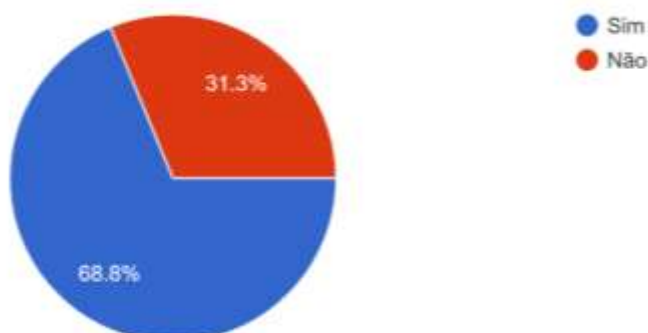


Quando solicitado, numa pergunta de resposta aberta, para identificar as dificuldades em particular, maior parte dos inquiridos (7 em 12) referiu incertezas quanto ao local/lateralidade de administração das vacinas. Outras respostas incluíram dúvidas sobre as atualizações do PNV, a calendarização das administrações e ainda sobre a administração da vacina BCG.

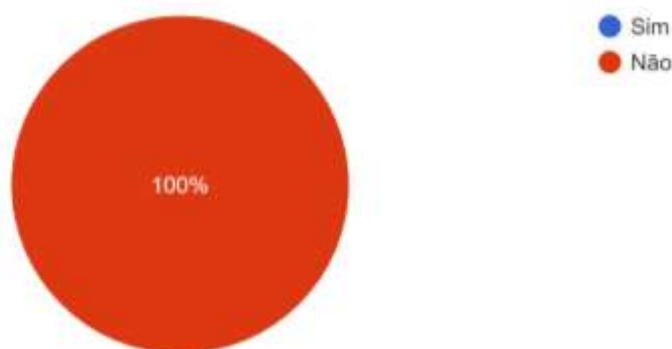
Relativamente às recentes atualizações do PNV, pouco mais de metade dos inquiridos reconheceu quando a sua entrada em vigor, perante a questão: “Sabe quando entrou em vigor a última atualização do PNV?”



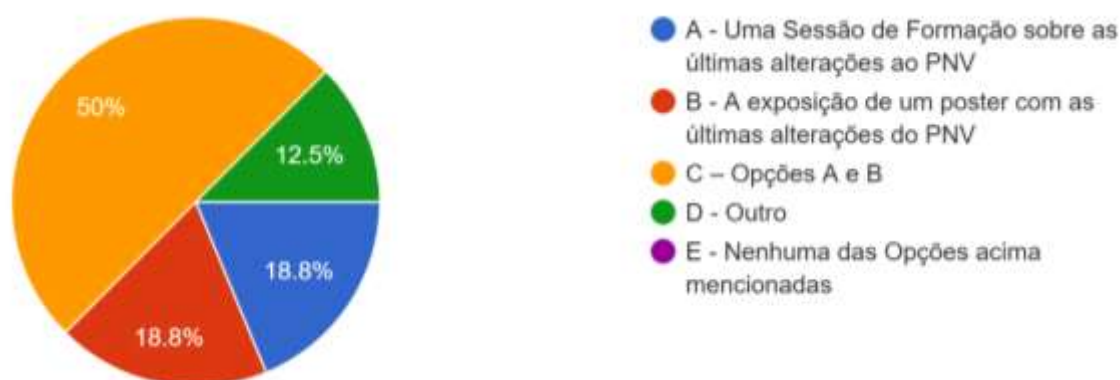
Quando questionados “Conhece as alterações da última atualização do PNV?”, maior parte reconheceu que sim, contrariamente a 31,3% que respondeu que não.



Perante a questão “Teve alguma formação profissional no âmbito do último PNV em vigor?”, a resposta foi unânime, com todos os inquiridos a responderem que não.



Por último, questionou-se se seria útil uma sessão de formação sobre as últimas alterações ao PNV ou a exposição de um póster sobre essa temática, havendo a hipótese de optar por uma das opções, ambas, nenhuma dessas duas ou ainda de sugerir outras.



Como se pode observar pelo gráfico acima, 50% dos inquiridos responderam que tanto uma sessão de formação como a exposição de um poster seriam úteis, enquanto 37,6% dividiram-se equitativamente entre uma opção e outra. Os restantes 12,5% propuseram uma mesma sugestão: o ter acessível as orientações atualizadas da DGS para a vacinação.

Posso então concluir que, apesar da pouco frequente administração de vacinas verificada no serviço de internamento pediátrico, a equipa de enfermagem considera importante o conhecimento sobre o PNV e apresenta algumas dúvidas quanto à sua aplicação. Além disso, parte da equipa desconhecia as mais recentes alterações do programa, sendo que nenhum profissional inquirido teria até então recebido formação específica neste âmbito da prática.

Com base nestes resultados, optei então por elaborar tanto uma sessão de formação como um póster sobre a temática das atualizações do PNV 2020, aproveitando também para abordar as principais dificuldades reportadas pelos enfermeiros no questionário.

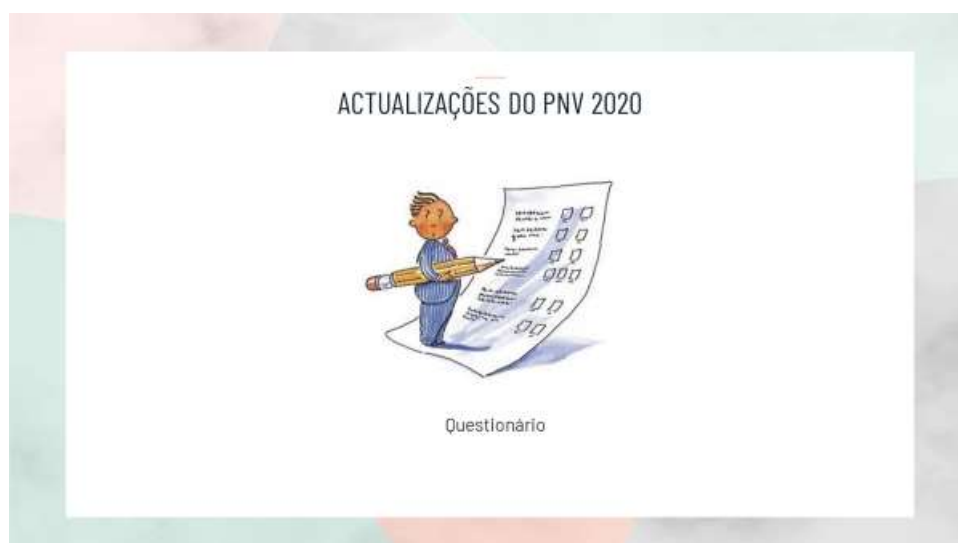
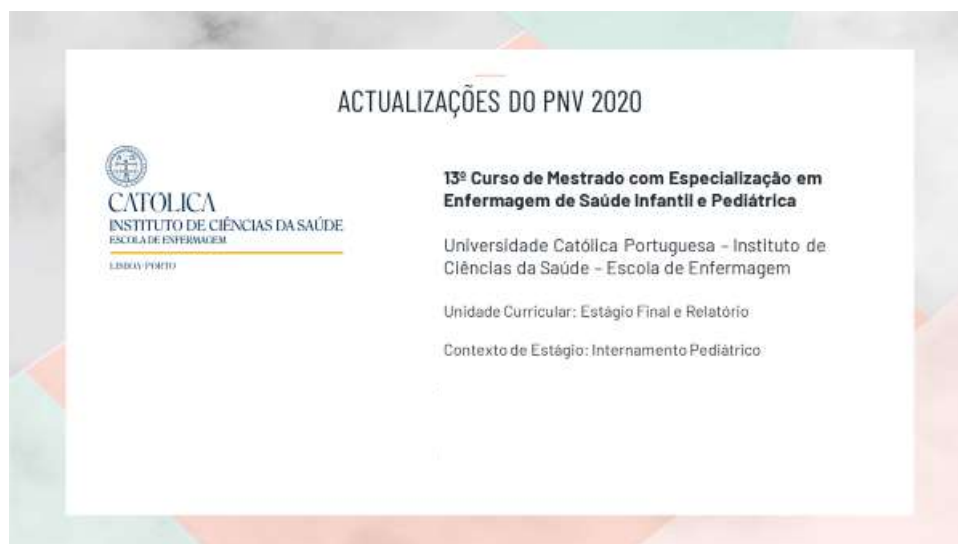
PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema:	Atualizações do Programa Nacional de Vacinação (PNV) 2020		
Destinatários:	Enfermeiros do serviço de internamento médico-cirúrgico pediátrico	Formador:	Inês Rodrigues (Aluna do MEESIP)

Data e Hora:	22 de dezembro de 2020 às 16h00	Tempo Estimado:	45 minutos
Local:	Não aplicável – Formação via online		
Recursos didáticos:	Dispositivo com acesso à internet e à plataforma/aplicação <i>Zoom</i>	Método:	Expositivo e Ativo

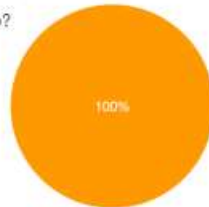
Objetivos Gerais	
• Abordar o objetivo, princípios e processo de seleção de vacinas do PNV; • Apresentar e analisar as atualizações do PNV 2020; • Apresentar o atual esquema vacinal recomendado; • Abordar as vacinas não incluídas no PNV mais relevantes no âmbito da Saúde Infantil; • Analisar as dificuldades reportadas pelos enfermeiros quanto à aplicação do PNV; • Valorizar a importância da vacinação em contexto de pandemia.	
Fases da Sessão	Conteúdos
Introdução (10 min)	Apresentação pessoal; Enquadramento da sessão; Exibição dos resultados do questionário; Comunicação dos objetivos da sessão.
Desenvolvimento (30 min)	Abordagem das temáticas (PNV; atualizações do PNV 2020; esquema vacinal recomendado; vacinas extraplano; locais anatómicos/lateralidade de administração das vacinas; administração da BCG; intervalo entre administrações; vacinação em contexto de pandemia COVID-19); Apresentação do Póster elaborado.
Conclusão (5 min)	Esclarecimento de dúvidas; Agradecimentos.

DIAPOSITIVOS APRESENTADOS NA SESSÃO DE FORMAÇÃO



ACTUALIZAÇÕES DO PNV 2020

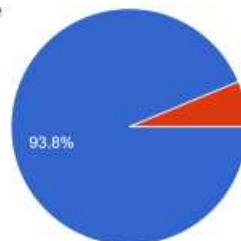
Com que frequência administra vacinas do PNV no seu âmbito de trabalho?



- Muitas vezes (Mais de 24 administrações por ano)
- Algumas vezes (Pelo menos 12 administrações num ano)
- Poucas vezes (Menos de 12 administrações num ano)
- Nunca (Nunca administrei)

ACTUALIZAÇÕES DO PNV 2020

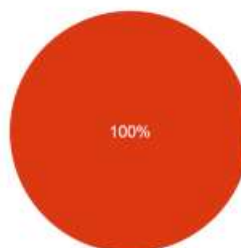
Considera que, na sua prática clínica diária, necessita de conhecer o PNV?



- Sim
- Não

ACTUALIZAÇÕES DO PNV 2020

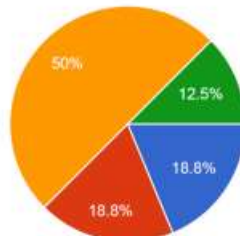
Teve alguma formação profissional no âmbito do último PNV em vigor?



- Sim
- Não

ACTUALIZAÇÕES DO PNV 2020

Consideraria útil:



Orientações atualizadas da DGS para a vacinação disponíveis

- A - Uma Sessão de Formação sobre as últimas alterações ao PNV
- B - A exposição de um poster com as últimas alterações do PNV
- C - Opções A e B
- D - Outro
- E - Nenhuma das Opções acima mencionadas

CONTEÚDO



1

O Programa Nacional de Vacinação (PNV)



2

Atualização do PNV 2020



3

Esquema vacinal recomendado - 2020



4

Vacinas extraplano



5

Questões na Aplicação do PNV



6

Vacinação em tempos de Pandemia

Atualizações
do PNV 2020



1

O Programa Nacional de Vacinação

O Programa Nacional de Vacinação



OBJETIVO

Manter e sempre que possível melhorar o nível de controlo já atingido sobre as doenças alvo do PNV.



Minimização do Impacto
das doenças alvo na saúde
da população



Erradicação de algumas
doenças

O Programa Nacional de Vacinação



1965

Acessibilidade



Aceitabilidade

2020

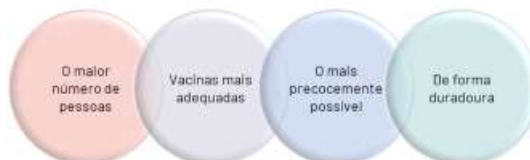
O Programa Nacional de Vacinação



Seleção
das
Vacinas



O Programa Nacional de Vacinação



2

Atualização do PNV 2020

Atualização do PNV 2020



Dezembro 2019

Aprovadas as
alterações



1 de Outubro de
2020

Entra em vigor

Atualização do PNV 2020



Fases de Operacionalização (prévias ao início da vacinação)



Atualização do PNV 2020



O artigo 212.º da Lei n.º 71/2018, que aprova o Orçamento do Estado para 2019, definiu que:

«Em 2019, o Governo, em articulação com a Direção-Geral da Saúde, procede à integração no Programa Nacional de Vacinação, das seguintes vacinas:

- a) **Meningite B;**
- b) **Rotavirus;**
- c) **Vírus do Papiloma humano (HPV) para os rapazes».**

Atualização do PNV 2020



Vacina contra a Meningite B

O alargamento a todas as crianças, aos 2, 4 e 12 meses de idade, da vacinação contra doença invasiva meningocócica, incluindo meningite, provocada pela bactéria *Neisseria meningitidis* do grupo B (vacina MenB).

Aplicável aos nascidos a partir de 1 de Janeiro de 2019.

Para as crianças nascidas antes desta data, a vacinação com Bexsero® ou Trumenba® continua a não pertencer ao PNV a partir de 1 de outubro de 2020.

Atualização do PNV 2020



Vacina contra o vírus do Papiloma humano

O alargamento ao sexo masculino, aos 10 anos de idade, da vacinação contra infeções por vírus do Papiloma humano (vacina HPV), incluindo os genótipos causadores de condilomas ano-genitais;

Aplicável aos nascidos a partir de 1 de janeiro de 2009.

Atualização do PNV 2020



Vacina contra o Rotavírus

Passa a incluir a vacina contra Rotavírus (vacina Rota) para grupos de risco, a definir em Norma da Direção -Geral da Saúde.

"A vacina contra rotavírus será administrada a grupos de risco a partir de dezembro de 2020, sendo a presente norma atualizada nessa data."

DGS. Norma nº 019/2020 de 27/09/2020



3

Esquema vacinal recomendado



Atualizações
do PNV 2020

4

Vacinas não incluídas no PNV

Vacinas não incluídas no PNV



Indicadas por médicos de família ou pediatras seguindo as recomendações da **Comissão de Vacinas da Sociedade de Infeciologia Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria** baseadas no conhecimento científico e nas características epidemiológicas das doenças em Portugal.

Não são gratuitas. Algumas são comparticipadas.



Vacinas não incluídas no PNV



Neisseria Meningitidis serogrupos ACWY - Nimenrix® ou MenVeo®

Vacina conjugada quadrivalente para a prevenção de doença invasiva por *Neisseria meningitidis* ACWY

Recomendada a grupos de risco ≥ 6 semanas de idade; viajantes para países de risco; pessoas sem baço.

N. Meningitidis grupo B - Bexsero® ou Trumenb®

Aos grupos não abrangidos pelo PNV.

Gripe 2020/2021- Influvac Tetra®

2 subtipos Influenza A
2 subtipos Influenza B

Crianças entre os 6 meses e 3 anos pertencentes aos grupos de risco;
Residentes ou utentes da RNCCI (CCP)

Rotavírus - RotaTeq® ou Rotarix®

Para crianças não pertencentes aos grupos de risco a ser definidos pela DGS.

Hepatite A - Havrix® ou Vaqta®

Contacto próximo com doentes com Hep. A; adolescentes com comportamentos de risco; viajantes para países de risco; Transplante hepático e terapêutica com fatores de coagulação.

HPV - Gardasil 9®

Rapazes nascidos antes de 1 de Janeiro de 2009.

Vacinas não incluídas no PNV



Vacina contra Infecções por *Streptococcus pneumoniae* de 23 serotipos (Pn23)

Vacina de polissacarídeos capsulares de *Streptococcus pneumoniae* dos serotipos 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19F, 19A, 20, 22F, 23F, 33F.

Prevenção de doença invasiva e pneumonia associadas aos serotipos contidos na vacina.

Recomendada a grupos de risco ≥ 2 anos de idade.

Varicela - Varilix® ou Varivax®

A varicela é uma doença altamente contagiosa e habitualmente benigna. No entanto, podem ocorrer complicações graves, nomeadamente quando é complicada por uma infeção bacteriana.

Adolescentes sem história prévia de varicela; crianças com dermatite atópica moderada-grave; e crianças que coabitam com imunodeprimidos ou que sejam propostos para tratamento imunossupressor.



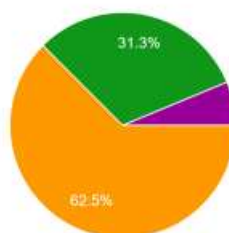
5

Questões na aplicação do PNV

Questões na aplicação do PNV



Sentiu/sente alguma
dificuldade na aplicação
do PNV na sua prática
profissional?



- Sempre
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

Questões na aplicação do PNV



Sentiu/sente alguma
dificuldade na aplicação
do PNV na sua prática
profissional?

Que dificuldades em
particular identifica?

- Lateralidade / Locais de administração das vacinas (7/12)
- Atualizações do PNV (1/12)
- Calendarização das vacinas (1/12)
- Administração da BCG (1/12)
- Intervalo exigido entre a aplicação de algumas vacinas (1/12)

Questões na aplicação do PNV



Locais de administração das diferentes vacinas

A definição dos locais anatómicos aconselhados para a administração das vacinas do PNV, consoante a via de administração, a idade e as possíveis reações locais, tem por objetivos **promover as boas práticas em vacinação e facilitar a farmacovigilância.**

Excecionalmente, perante uma avaliação caso a caso, podem ser considerados locais anatómicos diferentes dos aconselhados.

Essa alteração deve ser registada!!

Questões na aplicação do PNV



Locais de administração das diferentes vacinas

Quadro XI – PNV: Locais de administração das vacinas - Idade <12 meses

Braço esquerdo	Braço direito
BCG ¹	—
Coxa esquerda	Coxa direita
Hexavalente (DTPaHibVIPVHB)	VHB
Pentavalente (DTPaHibVIP)	Pn13
Men B	Hib
	VIP

¹ A administração de BCG no braço esquerdo, em grupos de risco, contraindica a administração de outras vacinas no mesmo braço durante os 3 meses seguintes.

Questões na aplicação do PNV



Quadro XII – PNV: Locais de administração das vacinas - Idade ≥12 meses

Braço esquerdo	Braço direito
BCG ¹	Pn13
Pentavalente (DTPaHibVIP)	VASPR ²
Tetavalente (DTPaVIP)	VHB
MenB	Hib
MenC ³	VIP
MenACW ⁴	Pn23 ⁵
Td	HPV
Tdpa	

¹ A administração de BCG no braço esquerdo, em grupos de risco, contraindica a administração de outras vacinas no mesmo braço durante os 3 meses seguintes.

² Se <12 meses a VASPR é administrada na coxa direita.

³ Se <12 meses de idade a MenC é administrada na coxa esquerda.

⁴ Aplicável a grupos de risco (2.3 Vacinação de grupos de risco ou em circunstâncias especiais). Se <12 meses, administrar na coxa esquerda.

⁵ Aplicável ≥24 meses de idade, a grupos de risco (2.3 Vacinação de grupos de risco ou em circunstâncias especiais).

Questões na aplicação do PNV



➤ Locais de administração das diferentes vacinas

Nos casos em que o esquema vacinal está incompleto para a idade, aconselha-se a administração simultânea do maior número possível de vacinas em locais anatómicos diferentes, respeitando, tanto quanto possível, os locais aconselhados.

Pode administrar-se mais do que uma vacina no mesmo membro, desde que as injeções sejam **distanciadas $\geq 2,5$ cm**.

Não devem ser administradas vacinas no mesmo braço da BCG durante os 3 meses seguintes.

Questões na aplicação do PNV



➤ Locais de administração das diferentes vacinas

➤ Administração da BCG



Questões na aplicação do PNV



➤ Administração da BCG

Em Portugal



Incidência de tuberculose: 20/100.000 habitantes

+

Bom nível de prestação de cuidados de saúde

+

Implementação do PNT

As crianças pertencentes a grupos de risco são quem beneficia, individualmente, com a vacinação, não havendo benefícios para a saúde pública na vacinação universal.

Questões na aplicação do PNV



Administração da BCG



NORMA

da Direção-Geral da Saúde

Patrono:
Miguel Ângelo
Mota Gomes

VERSÃO: 066/2016
DATA: 23/06/2016

ASSUNTO: Estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG
PALAVRAS-CHAVE: BCG, vacinação, tuberculose, grupos de risco
PAÍS: Profissionais de saúde do Sistema de Saúde
CONTACTOS: Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 28 de janeiro, emite-se a norma seguinte:

Atualmente Portugal apresenta baixo risco de infeção por tuberculose, cumprindo os critérios que estão recomendados pela OMS e UNICEF para se adotar uma estratégia de vacinação de grupos de risco, dispondo de vacinas BCG produzidas pelo papel BCG Laboratory.

Assim, recomenda-se a vacinação com BCG de crianças com idade inferior a 6 anos pertencentes a grupos de risco.



NORMA

Manuseamento
seguro de
vacinas

NÚMERO: 144/2016
DATA: 14/06/2016

ASSUNTO: Identificação de crianças de risco para vacinação com a vacina BCG

PALAVRAS-CHAVE: BCG, vacinação, tuberculose, grupos de risco

PAÍS: Profissionais de saúde do Sistema de Saúde

CONTACTOS: Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde

Questões na aplicação do PNV



Administração da BCG

População
Alvo

Crianças com idade <6 anos (5 anos e 364 dias) pertencentes aos grupos de risco definidos e ainda não vacinadas com BCG (sem registo da vacina ou cicatriz vacinal).



Estas crianças devem ser ativamente **identificadas e encaminhadas** para vacinação o mais precocemente possível.

Questões na aplicação do PNV



Administração da BCG

Quadro 1 - Crianças de idade inferior a 6 anos, elegíveis para vacinação com BCG - Grupos de risco¹⁰

Crianças sem registo de BCG para quem se trata de:	Situações abrangidas:
Procedentes de países com elevada incidência de tuberculose	• Via aérea • Estado de, pelo menos, 2 meses
Com histórico de contacto próximo de longa duração com doentes com tuberculose	• A avaliar pelos técnicos de Saúde Pública em articulação com os Coordenadores Regionais do Programa Nacional para a Tuberculose (PN-T) e Centros de Diagnóstico e Prevenção (CDP)
Crianças com histórico de contacto com doentes com tuberculose	• Infecção sintomática, após contacto de infeção com a criança, no mesmo lar • Disponibilidade de amostras de sangue • Rastreabilidade de pelo menos 6 meses de idade de TB por pessoa > 16¹⁰ • Antecedentes de tuberculose
Pertencentes a comunidades com risco elevado de tuberculose	• A avaliar pelos técnicos de Saúde Pública em articulação com os Coordenadores Regionais do Programa Nacional para a Tuberculose e CDP
Elegíveis para países com elevada incidência de tuberculose ¹⁰	• Via aérea • Estado de, pelo menos, 2 meses • Poder-se-á considerar a vacinação para estados mais raros, se for considerado um elevado risco de infeção

De acordo com o 12.º artigo do Decreto-Lei nº 101/2017, de 14 de maio, a vacinação com BCG é obrigatória para todas as crianças até aos 5 anos de idade.

Se houver antecedentes de contacto com uma TB tuberculose antes (qualquer na confirmação, no estado, circunstâncias que levam a suspeitar que a criança teve em todo caso probabilidade elevada de ter contraído infeção, deve ser submetida a controlo em articulação com o PNV. Após teste tuberculoclínico negativo a BCG pode ser administrada nos 3 meses seguintes.

(10) Dependendo de uma avaliação de risco, caso a caso.

Questões na aplicação do PNV



➤ Administração da BCG

População Alvo

A situação de risco pode alterar-se a qualquer momento!

A criança já avaliada como não elegível deve ser reavaliada em todas as oportunidades.



Se elegível, comunicar imediatamente ao ACES/ULS onde a criança estiver inscrita ou a residir, para seguimento pela unidade que operacionaliza a vacinação.

Questões na aplicação do PNV



➤ Administração da BCG

Vacina

É utilizada a Vacina BCG do Japan BCG Laboratory (vs BCG-SSI).

Dose única, o mais cedo possível após o nascimento.



Ampola multidose (1 mL), reconstituída a partir de 2 ampolas de vidro contendo uma o liofilizado e a outra o diluente.

Questões na aplicação do PNV



➤ Administração da BCG

Conservação

- Conservar o liofilizado junto com o diluente entre 2°C e 8°C;
- Não congelar: Proteger da luz ;
- A vacina reconstituída deve ser mantida entre 2°C e 8°C, até ao máx. de 6 hrs.

Para possibilitar a rentabilização das ampolas multidose de vacina BCG, esta deve, preferencialmente, ser administrada em Cuidados de Saúde Primários (ACES ou ULS).

"Pontos de vacinação BCG"

- Seringa: 1 mL, graduada em centésimas de mL.
- Agulha: 25 ou 26 Gauge x 10 mm, com bisel curto (ou outra adequada a injeção intradérmica)

[illegible]

Questões na aplicação do PNV



➤ Locais de administração das diferentes vacinas

➤ Administração da BCG

➤ Intervalo exigido entre a aplicação de algumas vacinas



Questões na aplicação do PNV



➤ Intervalo exigido entre a aplicação de algumas vacinas

Como regra geral, as vacinas inativadas não interferem com a resposta imunológica a outras vacinas. Assim, podem ser administradas simultaneamente ou em qualquer altura, antes ou depois de outra vacina inativada ou viva atenuada.

As vacinas vivas orais (ex. vacina contra Rotavírus) podem ser administradas no mesmo dia ou com qualquer intervalo entre doses em relação a vacinas vivas injetáveis.

À data, as vivas atenuadas incluídas no PNV são a VASPR e a BCG.

Questões na aplicação do PNV



➤ Intervalo exigido entre a aplicação de algumas vacinas

A resposta imunológica a uma vacina viva injetável pode ficar comprometida se for administrada com um intervalo inferior a 4 semanas após outra vacina viva injetável.

A administração de duas ou mais vacinas vivas injetáveis deve ser feita no mesmo dia ou com um intervalo de, pelo menos, 4 semanas.

Se o intervalo mínimo de 4 semanas entre duas vacinas vivas injetáveis não for respeitado, a vacina administrada por último deve ser repetida 4 ou mais semanas depois da sua administração.

Questões na aplicação do PNV



Em caso de dúvida, recorrer aos Coordenadores da Vacinação a nível local ou regional que, por sua vez, podem contactar a Coordenação Nacional do PNV, na Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde, DGS.



6

Vacinação em tempos de Pandemia

Vacinação em tempos de Pandemia



Em tempo de Pandemia COVID-19, o risco de doenças evitáveis pela vacinação a nível internacional, mantém-se e pode até aumentar, devendo assim, ser dada particular importância à vacinação atempada dos grupos mais vulneráveis.



Vacinação em tempos de Pandemia



Prioridades de Vacinação:

1. **Vacinação recomendada até aos 12 meses de idade, inclusive:**
2. **Vacinação BCG** das crianças com risco identificado de tuberculose grave, de acordo com Norma da DGS.
3. **Vacinação de doentes crónicos e outros grupos de risco no âmbito do PNV.**
4. **Grávidas** - Devem procurar ativamente a vacinação contra a tosse convulsa, que tem como objetivo a proteção do bebé nos primeiros meses de vida.



Os Profissionais de saúde são a fonte mais fiável de informação sobre vacinas. Ao partilhar factos sobre vacinas, salvam vidas e consciencializam as pessoas sobre a importância da vacinação.

Dúvidas?



Obrigada pela atenção!

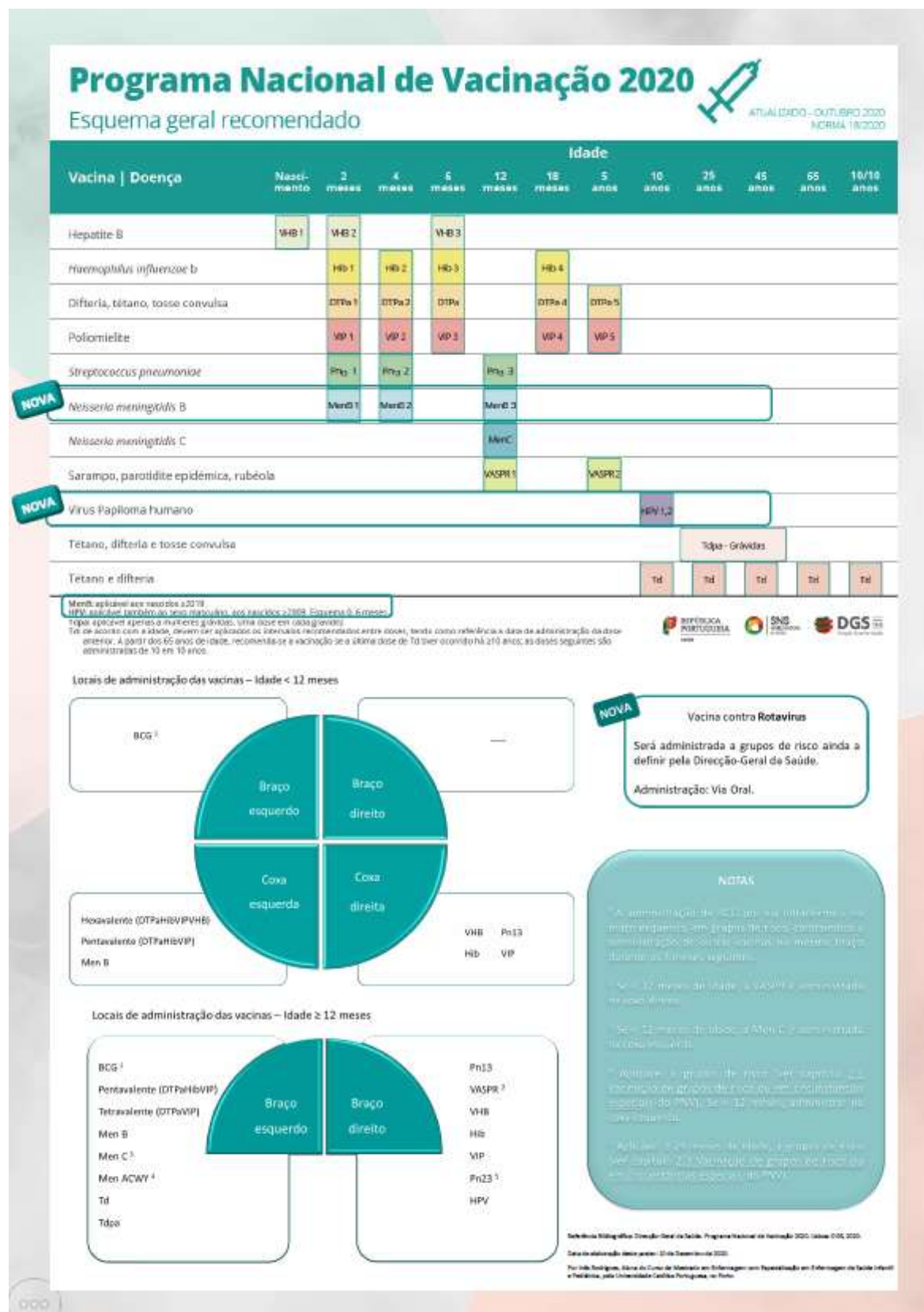
Referências Bibliográficas

- Comissão de Vacinas da Sociedade de Infeciologia Pediátrica (SIP) e Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP). Recomendações sobre Vacinas Extra Programa Nacional de Vacinação. Lisboa: SIP-SPP; Setembro 2020. Disponível em: https://www.spp.pt/userfiles/file/seccao_infeciologia/recomendacoes%20vacinas_sip_final_28.set.2.pdf
- Despacho nº 12434/2018. Diário da República, 2ª série. Lisboa: Ministério da Saúde, 2018-12-30. nº250, pp. 30-31. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/12750833>
- Despacho nº9264/2016. Diário da República, 2ª série. Lisboa: Ministério da Saúde, 2016-06-24, nº 120, pp. 18694. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/7479525>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). Norma Nº 019/2020. Programa Nacional de Vacinação 2020. Lisboa: DGS, 2020 Set 27. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0192020-de-27092020-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. Comunicado nº C160, 59.ª vi de 25/03/2020. Cumprimento do programa Nacional de vacinação durante a epidemia de COVID-19 - Medidas de exceção. Disponível Em: <https://www.dgs.pt/a-direcao-geral-da-saude/comunicados-e-despachos-do-director-geral/cumprimento-do-programa-nacional-de-vacinacao-durante-a-epidemia-de-covid-19-medidas-de-excecao-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. Norma Nº 006/2018 de 29/08/2018. Estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrices-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0062018-de-29082018-pdf.aspx>

Referências Bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde. Norma Nº 010/2018 de 17/04/2018. Identificação de crianças de risco para vacinação com a vacina BCG. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrices-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102018-de-17042018-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde, Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDS). Boletim de Vacinação nº4, Junho 2012. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/boletim-vacinacao-n-4-junho-2012-log.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação: boletim nº4. Maio 2016. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2016. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/avaliacao-do-programa-nacional-de-vacinacao-2017-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação: boletim nº2. Maio 2018. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/boletim-n-2-do-programa-nacional-de-vacinacao-maio-2018-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação: boletim nº3. Abril 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/boletim-n-3-do-programa-nacional-de-vacinacao-abril-2020-pdf.aspx>
- World Health Organization (WHO). Regional office for Europe. Talking to parents about vaccines for children: Strategies for health care professionals. WHO, 2012. p. 1-8. Disponível em: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/6006/180756/talking-with-parents_en_who_web.pdf

PÓSTER APRESENTADO À EQUIPA E EXPOSTO NO SERVIÇO



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A avaliação de uma sessão de formação é essencial no processo formativo, pois permite aferir o seu sucesso. Neste caso, o objetivo não foi aferir a aquisição de conhecimentos por parte dos formandos após a sessão, mas sim averiguar a sua percepção global sobre a mesma.

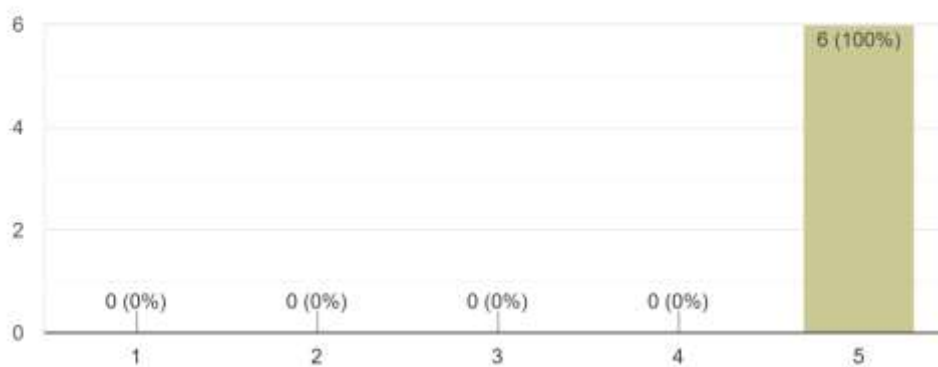
No final da sessão de formação de pares foi possível obter um feedback verbal geral dos mesmos, que foi extremamente positivo. Não obstante, a avaliação formal da sessão foi efetuada através de um questionário, aplicado mais uma vez com o recurso à plataforma *Google Forms*. Neste processo foi garantida a anonimidade dos participantes.

Dos enfermeiros que participaram na sessão (n=19), apenas 6 responderam ao questionário de avaliação. O reduzido número de respostas pode dever-se à data de distribuição do mesmo (29 de dezembro de 2020) que, para além de ter sido efetuada uma semana após a data de realização da sessão, coincidiu com o período festivo entre o Natal e o Ano Novo.

O objetivo do questionário foi conhecer a opinião dos participantes relativamente à sessão. Perante uma lista de 9 afirmações, que se apresentam de seguida, foi pedido que assinalassem a opção de resposta mais adequada, de acordo com a seguinte escala de satisfação:

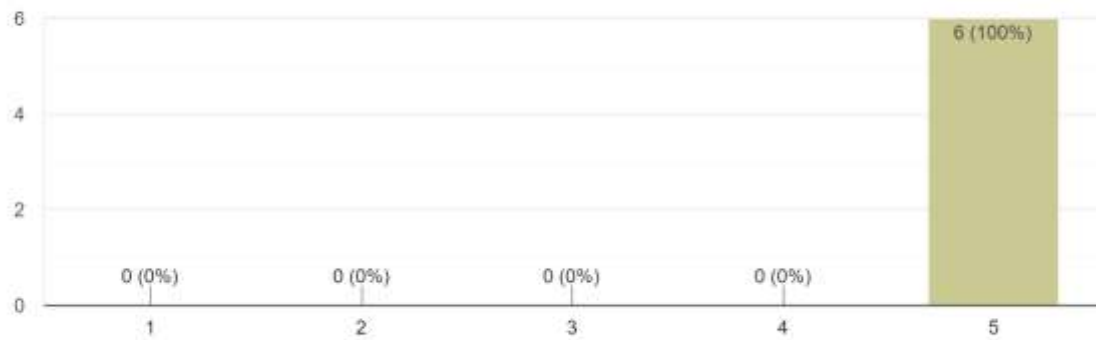
- 1- Discordo Totalmente
- 2- Discordo
- 3- Indiferente
- 4- Concordo
- 5- Concordo Totalmente

A temática da sessão foi apropriada e pertinente.
6 responses



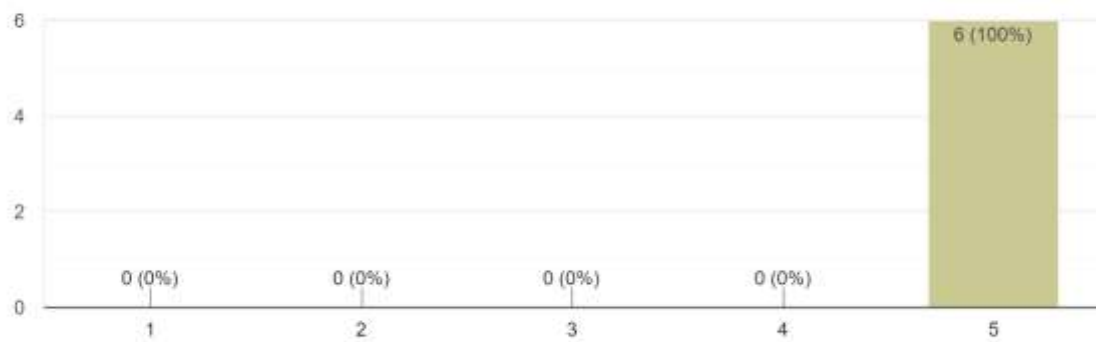
A duração da sessão foi adequada aos objetivos.

6 responses



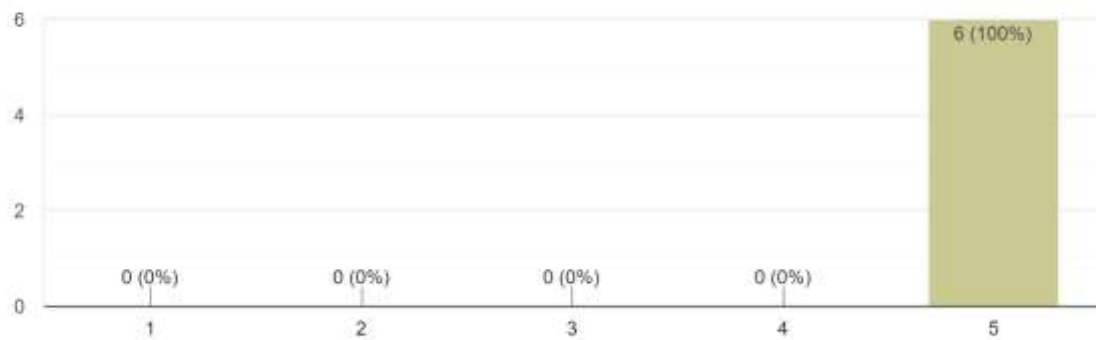
Os meios didáticos utilizados para a dinamização da sessão foram os adequados.

6 responses



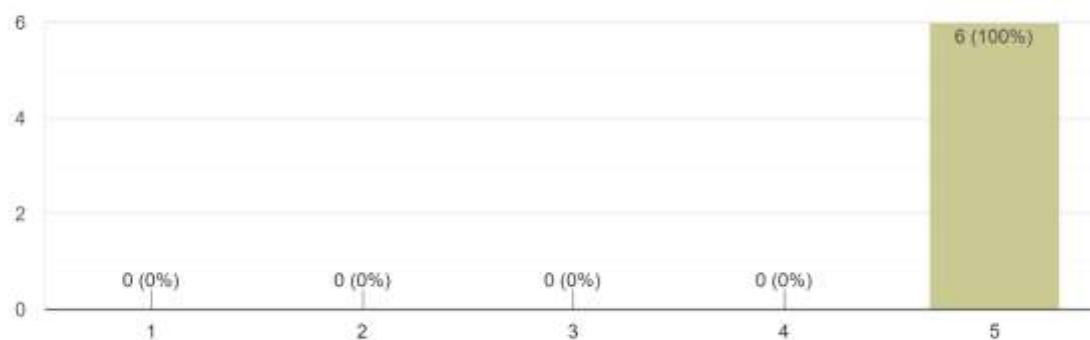
Os conteúdos estavam organizados de forma clara, sucinta e coerente.

6 responses



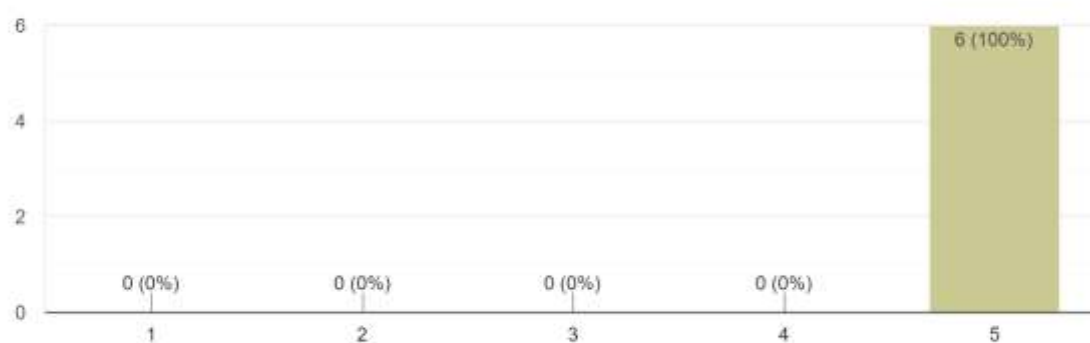
Os conteúdos desta formação contribuem para o desempenho da minha prática profissional.

6 responses



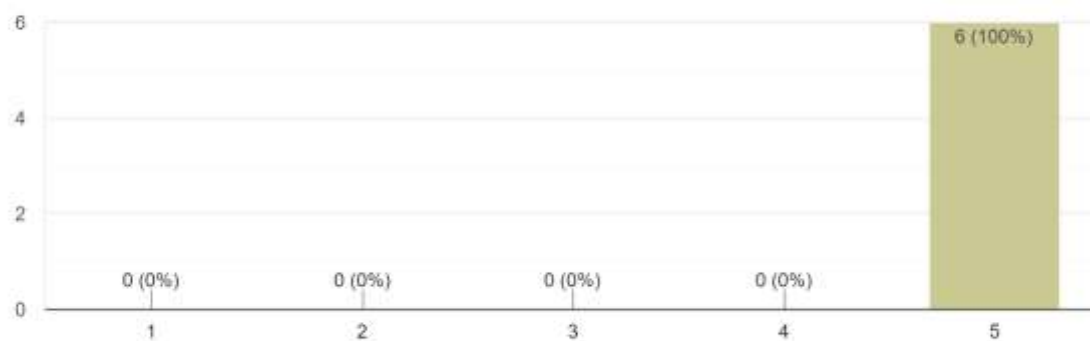
Os conhecimentos adquiridos contribuem para o meu desenvolvimento profissional.

6 responses



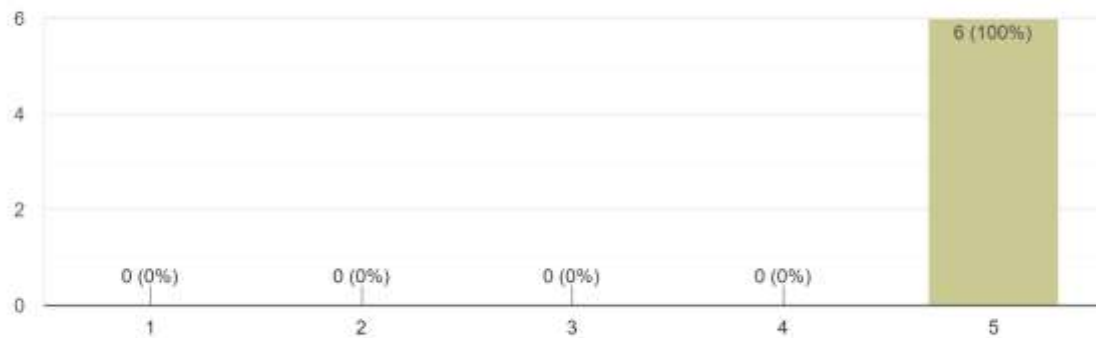
O formador conseguiu transmitir a informação de forma eficaz.

6 responses



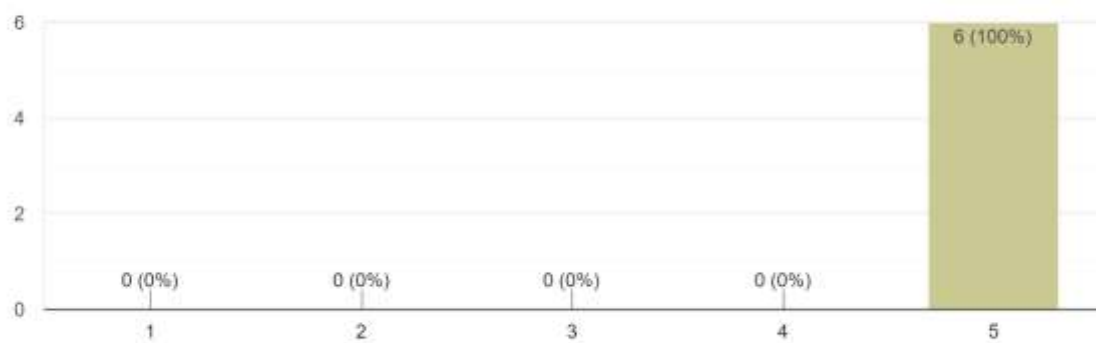
A sessão de formação correspondeu às minhas expectativas.

6 responses



Globalmente, gostei da formação.

6 responses



No final do questionário, reservou-se um espaço dedicado a potenciais sugestões. Todavia, nenhuma foi apresentada.

Os resultados alcançados, apesar de não representativos, pois constituem pouco mais de 30% dos participantes que assistiram à sessão, são compatíveis com o feedback geral verbal obtido no final da atividade.

NOTA CONCLUSIVA

O PNV é um dos programas de saúde mais bem-sucedidos e o mais custo-efetivo implementado em Portugal, sendo parte deste sucesso devido à ação dos enfermeiros. A assistência de enfermagem a crianças inclui intervenções no âmbito da vacinação, já que a maior parcela do esquema vacinal recomendado incide sobre o período da infância. Neste sentido, é fundamental que estes profissionais conheçam e compreendam o programa, de forma a aplicá-lo eficazmente, consequentemente contribuindo para a promoção da saúde e prevenção da doença das populações.

A evolução da prática de cuidados de enfermagem depende da atualização dos seus profissionais, de acordo com a mais recente evidência científica. A investigação pode transformar a prática e é, por isso, essencial uma formação contínua que responda à evolução científica e às consequentes necessidades formativas dos profissionais.

O enfermeiro especialista deve ser um facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, pelo que se lhe exige competências no domínio da formação de pares. Por essa razão e com esse objetivo, em estágio realizei a aqui explanada atividade de formação. Esta pretendeu e conseguiu dar a conhecer as atualizações do PNV 2020 à equipa do serviço e responder às necessidades formativas identificadas neste campo de ação.

APÊNDICE IV – ATIVIDADE DE FORMAÇÃO: PEWS



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA • PORTO

Atividade de Formação

PEWS

Escala para a deteção precoce da deterioração
do estado clínico da criança hospitalizada

Inês Filipa da Cunha Rodrigues

Orientado por: Professora Doutora Constança Festas

Porto, dezembro de 2020

Universidade Católica Portuguesa - Porto

Instituto de Ciências da Saúde

Escola de Enfermagem

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica / Estágio Final e Relatório

ÍNDICE

Nota Introdutória	162
Diagnóstico de situação	163
Planificação da sessão de formação	170
Diapositivos apresentados na sessão de formação	171
Avaliação da sessão de formação	188
Nota Conclusiva	192

NOTA INTRODUTÓRIA

No decorrer do estágio em contexto de internamento, na unidade cirúrgica do serviço médico-cirúrgico pediátrico de um hospital do Grande Porto, no período entre 02 de novembro de 2020 e 06 de janeiro de 2021, enquadrado na unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, integrada no 13º curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Universidade Católica Portuguesa, tive a oportunidade de desenvolver uma atividade de formação de pares no âmbito da temática da deteção precoce da deterioração do estado clínico da criança hospitalizada, mais precisamente sobre a escala PEWS – *Paediatric Early Warning Score*.

A PEWS é uma ferramenta clínica sistemática concebida para facilitar e detetar precocemente os sinais de deterioração clínica nas crianças hospitalizadas. De facto, a assistência de enfermagem a estas crianças implica uma vigilância ativa do seu estado clínico. Um modelo de predição capaz de uma identificação precisa e precoce dos doentes pediátricos em risco de deterioração pode facilitar uma avaliação e intervenção atempadas, potencialmente melhorando a sobrevivência e os resultados a longo prazo.

Por conseguinte, percebe-se a relevância desta atividade de formação de pares, que foi proposta não só aos enfermeiros da unidade cirúrgica do supradito serviço, mas também aos que trabalham na unidade médica, conforme requisitado pela enfermeira chefe do serviço.

Este processo incluiu o estabelecimento de um diagnóstico de situação quanto às necessidades formativas da equipa relativamente à temática a abordar. A esta avaliação inicial, seguiu-se uma planificação e posterior realização de uma sessão de formação, que foi depois sujeita a uma avaliação por parte dos participantes.

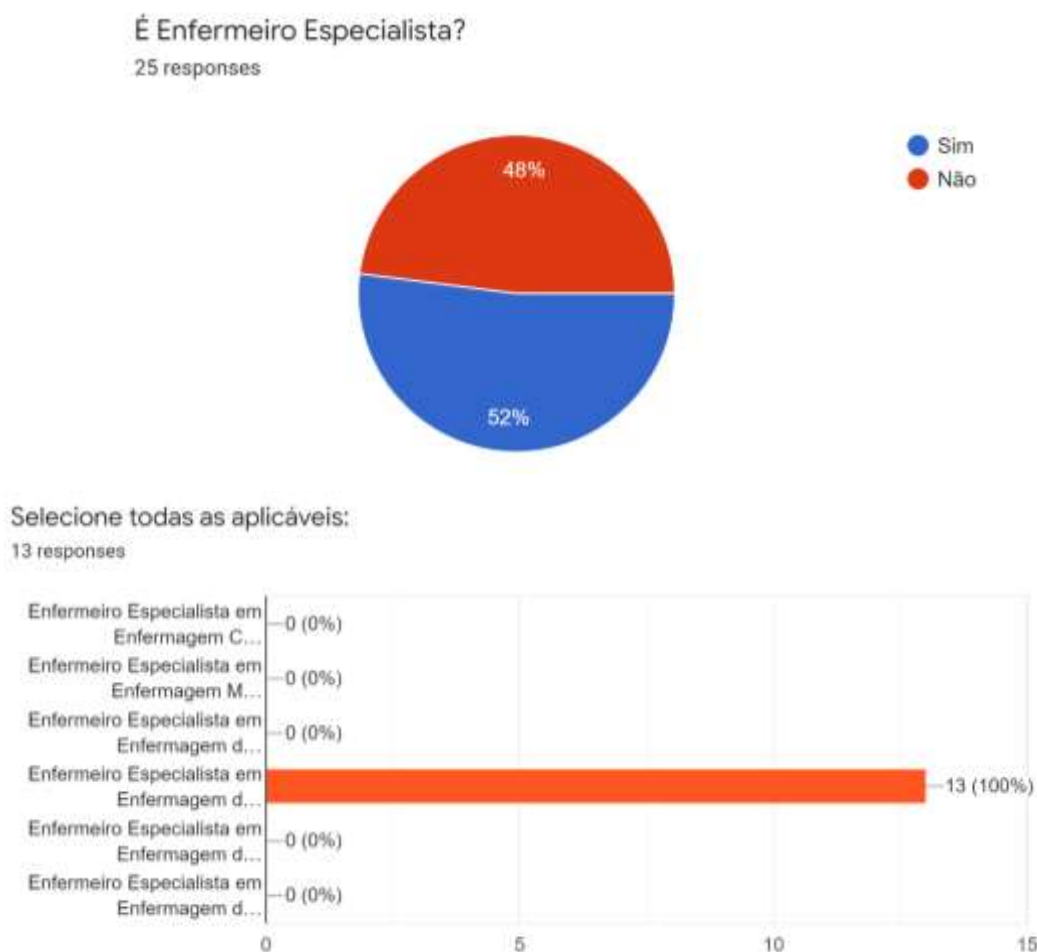
DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Com o objetivo de efetuar um diagnóstico de situação quanto à adequação e pertinência da introdução de uma escala de deteção precoce da deterioração do estado clínico da criança hospitalizada, mais precisamente a PEWS, no serviço de internamento pediátrico, realizou-se um questionário, empregue através da plataforma online *Google Forms*, que procurou identificar as eventuais necessidades de formação no âmbito da referida temática.

Este questionário destinou-se a todos os enfermeiros a exercer funções nas duas unidades que compõe o serviço de internamento médico-cirúrgico onde decorreu o estágio, uma equipa composta por um total de 43 profissionais. A anonimidade do mesmo foi garantida. Obteve-se um total de 25 respostas, correspondendo a cerca de 58% da equipa.

Apresentam-se de seguida as questões com os respetivos resultados e a sua interpretação.

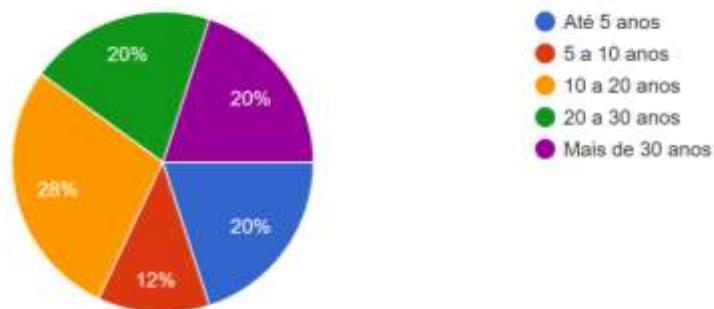
Do número total de enfermeiros que responderam ao questionário (n=25), 52% são especialistas, ou seja, 13 elementos, todos em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.



Para além de reconhecer de entre os inquiridos o número de enfermeiros especialistas, procurou-se também identificar outras variáveis de carácter profissional, nomeadamente o tempo de exercício profissional dos inquiridos como enfermeiros e na área específica de Saúde Infantil e Pediátrica, procurando refletir a experiência dos mesmos neste domínio. Os dois gráficos seguintes permitem constatar uma repartição equilibrada de enfermeiros com diferentes anos de experiência profissional.

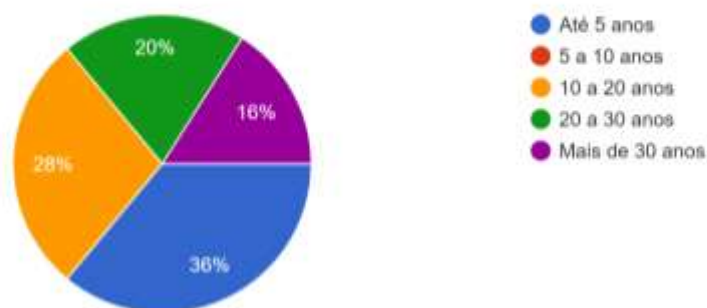
Tempo de exercício profissional como Enfermeiro (anos completos):

25 responses



Tempo de exercício profissional na área de Saúde Infantil e Pediatria (anos completos, consecutivos ou não):

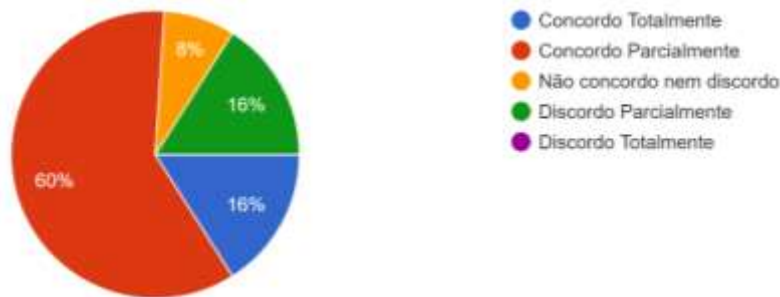
25 responses



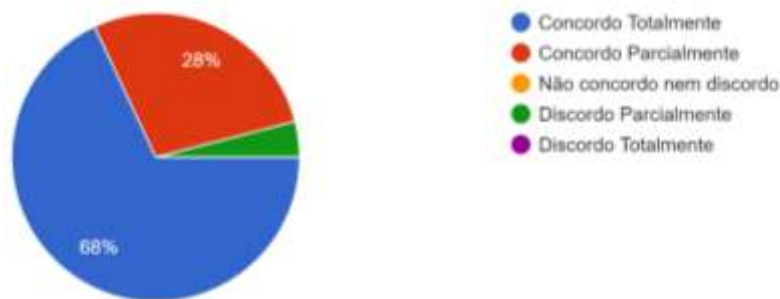
A segunda secção do questionário contemplou 12 questões sobre a temática da deteção precoce da deterioração do estado clínico da criança hospitalizada. As primeiras nove questões constituíram-se afirmações perante as quais foi pedido aos inquiridos que correspondessem o grau da sua concordância, com base nas seguintes opções:

- Concordo Totalmente
- Concordo Parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Discordo Parcialmente
- Discordo Totalmente

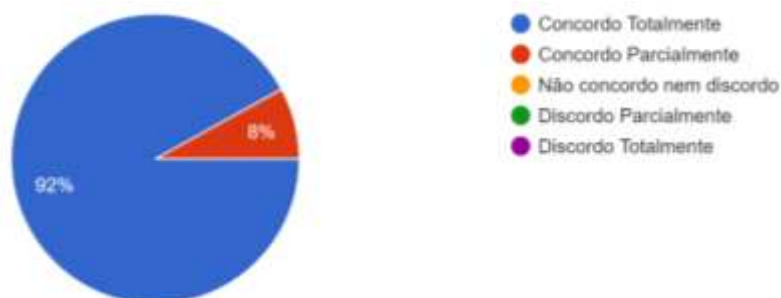
Maior parte dos inquiridos, mais precisamente 76% dos mesmos, concordou com a afirmação: “Na minha prática profissional, as crianças hospitalizadas apresentam risco de deterioração clínica súbita”. 16% discordam parcialmente desta afirmação e 8% não concordam, mas também não discordam.



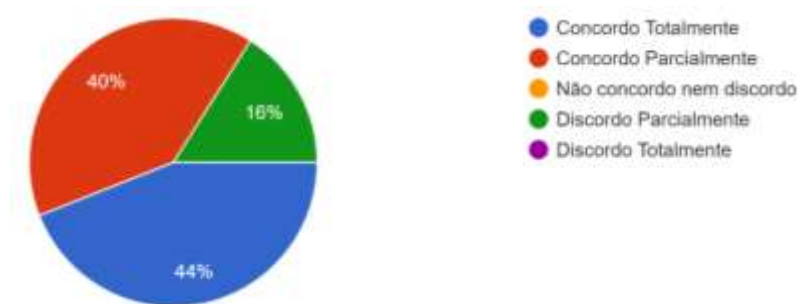
A constatação “A deterioração clínica de crianças hospitalizadas está associada a um aumento do risco de mortalidade e morbilidade” reuniu uma concordância de 96% dos inquiridos, tendo apenas 4% discordado parcialmente – o que corresponde a 1 profissional.



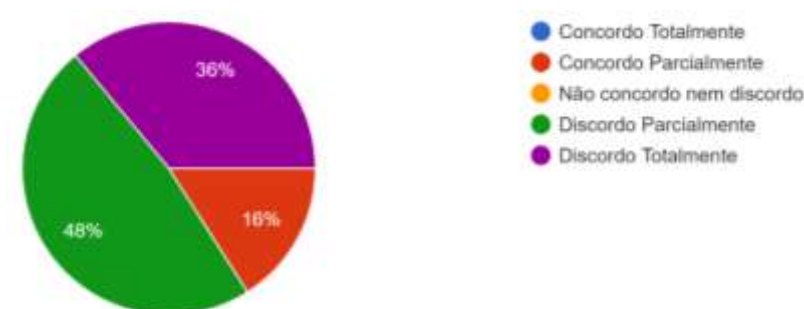
A afirmação “A deteção precoce da deterioração clínica da criança hospitalizada é essencial para uma intervenção atempada por parte dos profissionais envolvidos no seu cuidado” reuniu consenso alargado, mesmo que com diferentes níveis de concordância: 92% dos inquiridos concordou totalmente com a afirmação enquanto 8% concordou parcialmente.



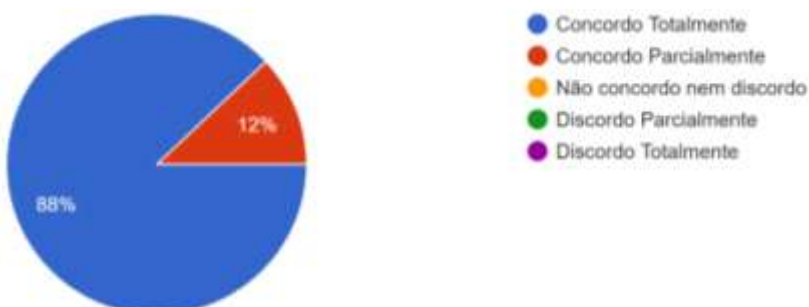
A percepção dos inquiridos quanto à sensibilização dos profissionais para o risco de deterioração das crianças hospitalizadas foi avaliada através da concordância obtida perante a afirmação: “Os profissionais de saúde do meu serviço estão sensibilizados para o risco de deterioração fisiológica das crianças hospitalizadas e para a sua deteção precoce”. 84% concordou, totalmente ou parcialmente, ao contrário de 16% que discordou de forma parcial.



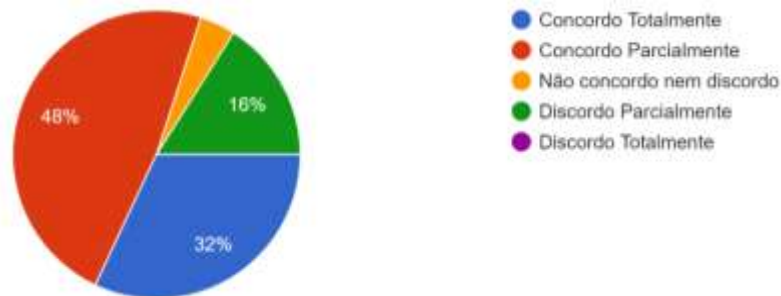
Maior parte dos inquiridos (84%) discordou com a afirmação “A monitorização isolada dos sinais vitais é suficiente para a identificação da deterioração do estado clínico da criança hospitalizada”, tendo 16% concordado parcialmente com esta declaração.



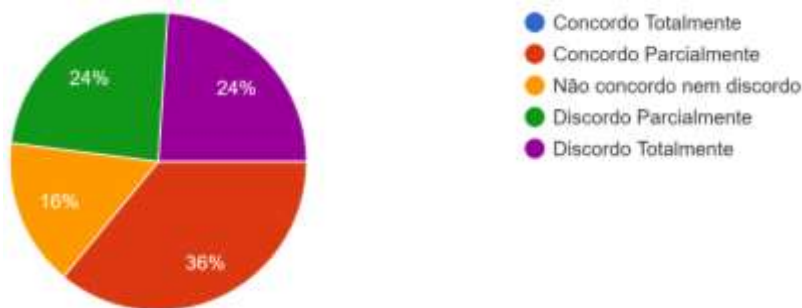
A afirmação “Na minha prática profissional, perante o agravamento do estado clínico da criança hospitalizada, tenho necessidade de intensificar a sua vigilância” reuniu consenso, com todos os inquiridos a concordarem, quer totalmente (88%) ou parcialmente (12%)



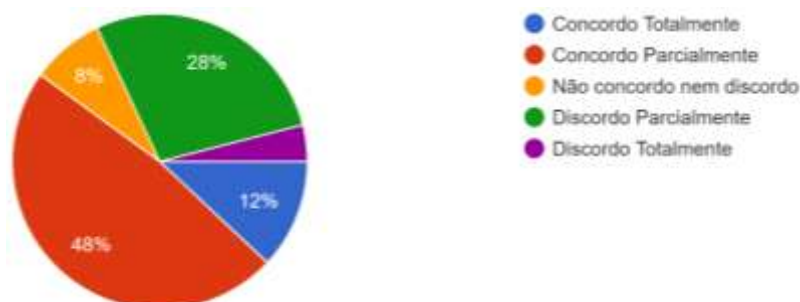
Por sua vez, afirmação de que “Perante o agravamento do estado clínico da criança hospitalizada, existe no meu serviço uma resposta adequada por parte da equipa de saúde competente” obteve a concordância de 80% dos inquiridos, a discordância parcial de 16% e uma percentagem de 4% que não conseguiu concordar nem discordar com a declaração.



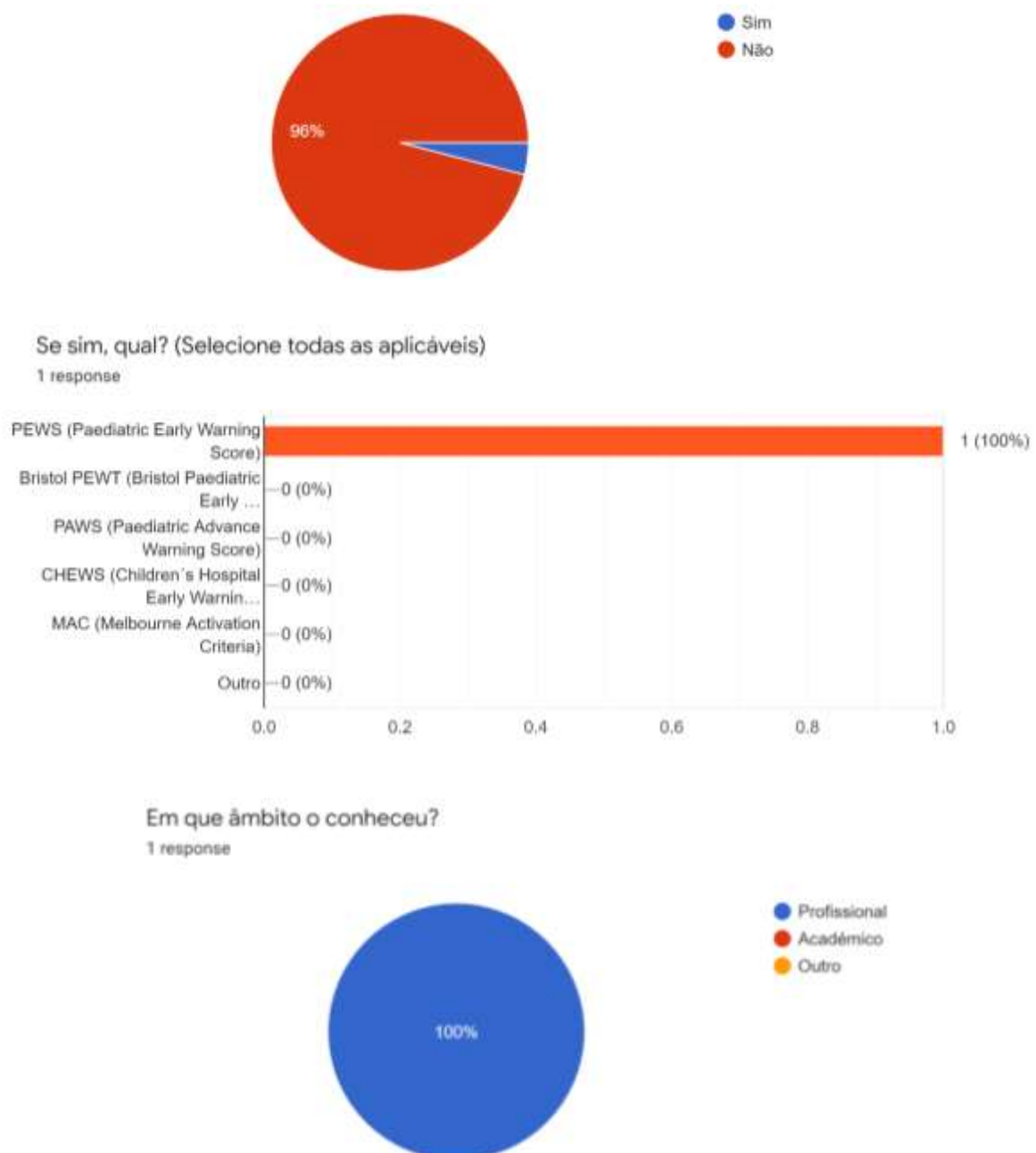
No sentido de averiguar a percepção dos profissionais sobre o processo de deteção da deterioração, questionou-se a concordância com a afirmação: “No meu serviço, existe um protocolo de atuação claro perante a identificação do risco de deterioração do estado clínico da criança hospitalizada”. As respostas dividiram-se, com maior parte dos inquiridos a discordar, 24% parcialmente e 24% totalmente, 36% a concordar parcialmente e 16% a não conseguir concordar nem discordar com a afirmação.



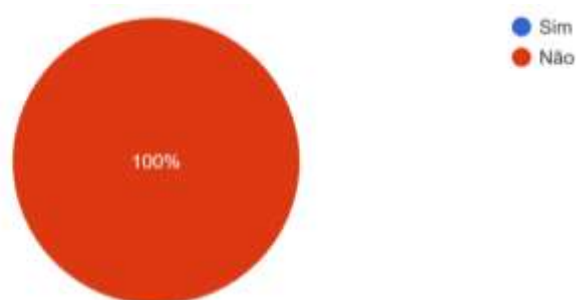
A afirmação “A comunicação entre a equipa multidisciplinar perante a deterioração do estado clínico da criança hospitalizada é adequada” também dividiu opiniões, com uma generalidade de 60% a concordar, 32% a discordar e 8% sem uma coisa ou outra.



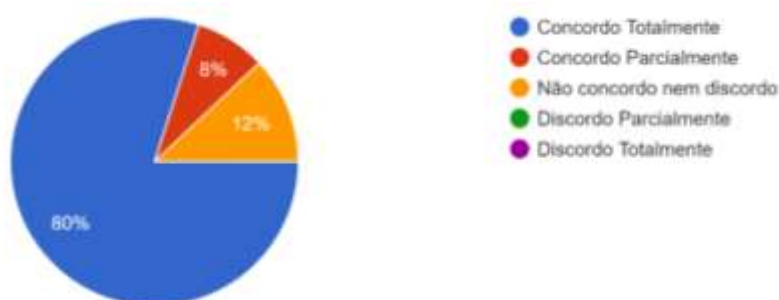
De seguida, questionou-se os inquiridos se “Conhece alguma escala de alerta precoce ou sistema de avaliação da deterioração clínica da criança hospitalizada?” sendo que apenas 4% respondeu que sim (o que corresponde a 1 profissional), tendo conhecido a PEWS no seu âmbito profissional.



Quando questionados se “Utiliza, no seu âmbito de trabalho, alguma escala de alerta precoce ou sistema de avaliação da deterioração clínica da criança hospitalizada?”, 100% dos inquiridos responderam que não, como se pode verificar no gráfico seguinte:



Por último, averiguou-se a opinião dos inquiridos perante a afirmação: “O uso de uma escala de deteção precoce da deterioração do estado clínico da criança hospitalizada seria benéfico para a minha prática profissional”. Maior parte dos enfermeiros que responderam a esta questionário concordaram que sim, 80% totalmente e 8% de forma parcial. De referir que 3 profissionais não concordaram nem discordaram com esta afirmação, correspondendo a 12% do número total de inquiridos.



Analisando todos estes resultados, conclui-se que existe uma variedade significativa de percepções e do conhecimento dos inquiridos quanto ao processo de deteção da deterioração do estado clínico da criança hospitalizada. Apesar de maior parte parecer compreender a importância de uma deteção atempada, opiniões variam quanto à forma de como esta se desenrola no serviço. Do mesmo modo, embora 80% dos inquiridos concorde que existe no serviço uma resposta adequada perante o agravamento do estado clínico da criança, apenas 36% considera existir um protocolo claro para identificar o risco de deterioração e 32% discorda que a comunicação entre a equipa multidisciplinar nestes casos seja adequada.

Ainda que nenhum dos profissionais inquiridos utilize qualquer escala de deteção ou sistema de avaliação da deterioração clínica da criança hospitalizada, mais de 80% concordou que o seu uso seria benéfico para a prática profissional. Por conseguinte, justifica-se a relevância e pertinência da sessão de formação de pares desenvolvida neste âmbito.

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema:	<i>Paediatric Early Warning Score (PEWS)</i> – Escala para a deteção precoce da deterioração do estado clínico da criança hospitalizada		
Destinatários:	Enfermeiros do serviço de internamento médico-cirúrgico pediátrico	Formador:	Inês Rodrigues (Aluna do MEESIP)

Data e Hora:	29 de dezembro de 2020 às 11h00	Tempo Estimado:	50 minutos
Local:	Não aplicável – Formação via online		
Recursos didáticos:	Dispositivo com acesso à internet e à plataforma/aplicação <i>Zoom</i>	Método:	Expositivo e Ativo

Objetivos da sessão	
• Abordar o risco de deterioração do estado clínico da criança hospitalizada; • Refletir sobre a importância da deteção precoce da deterioração; • Apresentar a escala PEWS; • Analisar e ponderar os benefícios e limitações da escala; • Apreciar o parecer da equipa quanto a uma potencial introdução da PEWS no serviço.	
Fases da Sessão	Conteúdos
Introdução (10 min)	Apresentação pessoal; Enquadramento da sessão; Exibição dos dados do questionário; Comunicação dos objetivos da sessão.
Desenvolvimento (30 min)	Abordagem das temáticas: deterioração do estado clínico da criança hospitalizada; deteção precoce e intervenção; PEWS – a origem da escala, a sua constituição e utilização, os benefícios e limitações.
Conclusão (10 min)	Pontos-chave da apresentação; Esclarecimento de dúvidas; Espaço para discussão; Agradecimentos.

DIAPPOSITIVOS APRESENTADOS NA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Paediatric Early Warning Score

Por Inês Rodrigues
Porto, 29 de Dezembro de 2020

Paediatric Early Warning Score



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA (PORTO)

13º Curso de Mestrado com Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

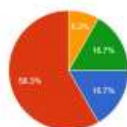
Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde – Escola de Enfermagem

Unidade Curricular: Estágio Final e Relatório

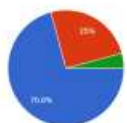
Contexto de Estágio: Internamento Pediátrico

Questionário

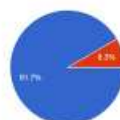
1. Na minha prática profissional, as crianças hospitalizadas apresentam risco de deterioração clínica súbita.
24 respostas



2. A deterioração clínica de crianças hospitalizadas está associada a um aumento do risco de mortalidade e morbilidade.
24 respostas



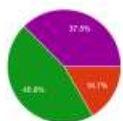
3. A deteção precoce da deterioração clínica da criança hospitalizada é essencial para uma intervenção atempada por parte dos profissionais envolvidos no seu cuidado.
24 respostas



4. Os profissionais de saúde do meu serviço estão sensibilizados para o risco de deterioração fisiológica das crianças hospitalizadas e para a sua deteção precoce.
24 respostas



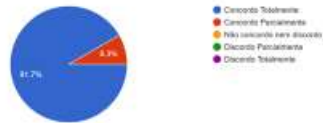
5. A monitorização isolada dos sinais vitais é suficiente para a identificação da deterioração do estado clínico da criança hospitalizada.
24 respostas



Questionário

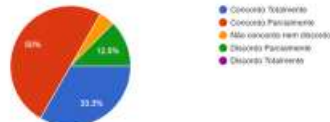
6. Na minha prática profissional, perante o agravamento do estado clínico da criança hospitalizada, tenho necessidade de intensificar a sua vigilância.

24 responses



7. Perante o agravamento do estado clínico da criança hospitalizada, existe no meu serviço uma resposta adequada por parte da equipa de saúde competente.

24 responses



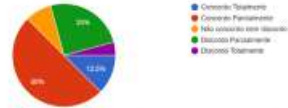
8. No meu serviço, existe um protocolo de atuação claro perante a identificação do risco de deterioração do estado clínico da criança hospitalizada.

24 responses



9. A comunicação entre a equipa multidisciplinar perante a deterioração do estado clínico da criança hospitalizada é adequada.

24 responses



10. Conhece alguma escala de alerta precoce ou sistema de avaliação de deterioração clínica da criança hospitalizada?

24 responses

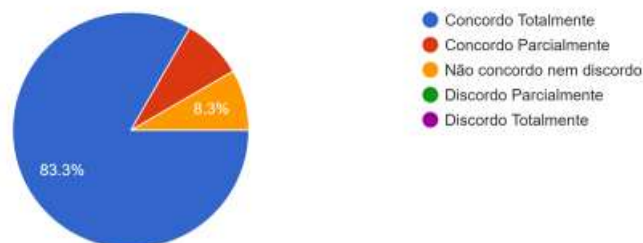


Será benéfico o uso de uma escala de deteção precoce da deterioração do estado clínico da criança hospitalizada?



12. O uso de uma escala de deteção precoce da deterioração do estado clínico da criança hospitalizada seria benéfico para a minha prática profissional.

24 responses



Questionário

Conteúdo

1

Deterioração Clínica da Criança Hospitalizada

2

Deteção Precoce e Intervenção

3

PEWS
Paediatric Early Warning Score

7

Objetivos

- Abordar o risco de deterioração clínica da criança hospitalizada;
- Refletir sobre a importância da deteção precoce da deterioração;
- Apresentar a escala PEWS;
- Ponderar sobre os benefícios e limitações da escala.

1. Deterioração Clínica da Criança Hospitalizada

Deterioração Clínica da Criança Hospitalizada

DETERIORAÇÃO

1. ação ou efeito de deteriorar ou deteriorar-se
2. estrago; ruína; dano
3. agravamento; degeneração



Condição ou circunstância do que se altera de um estado bom para um estado pior.

10

Deterioração Clínica da Criança Hospitalizada

**Condição que passa
de um estado clínico,
para outro pior.**

Ward patients are sicker and more complicated
than they used to be



Im: <https://i.pinimg.com/464x/7d/47/7d471528>

Deterioração Clínica da Criança Hospitalizada



The line between the pediatric ward and the Pediatric ICU is not precise.

Dr. Hana / iStockphoto.com/8467047323

Deterioração Clínica da Criança Hospitalizada



Deterioração Clínica da Criança Hospitalizada

Mudanças subtis nos pacientes podem ser difíceis de detetar e difíceis de articular.

A decisão de transferir um doente do internamento para o SCIP pode ser difícil.

Deterioração Clínica da Criança Hospitalizada

Todo e qualquer utente em idade pediátrica que se encontre hospitalizado apresenta risco de deterioração súbita, que pode resultar em paragem respiratória ou cardiopulmonar e, em última instância, em morte.

(Akre et al, 2010)

Deterioração Clínica da Criança Hospitalizada

Todo e qualquer utente em idade pediátrica que se encontre hospitalizado apresenta risco de deterioração súbita, que pode resultar em paragem respiratória ou cardiopulmonar e, em última instância, em morte.



Deteção precoce

Intervenção atempada

(Akre et al, 2010)

2. Detecção Precoce e Intervenção

1/5

Confidential Enquiry into Maternal and Child Health.
Why Children Die: A Pilot Study 2006. CEMACH, 2008.

Detecção Precoce e Intervenção

- Parâmetros Cardiorrespiratórios em doentes pediátricos hospitalizados são raros (0,7-3%).
- A sobrevivência até à alta destas crianças é pobre (11-37%).



Deteção Precoce e Intervenção

Muitas crianças parecem relativamente inalteradas até pouco antes da insuficiência respiratória ou choque.

Período de compensação fisiológica para doenças ou lesões subjacentes.



Deteção Precoce e Intervenção

A paragem cardiorrespiratória raramente é repentina e imprevisível.

Geralmente precedida por até várias horas de sinais e sintomas que preveem a deterioração clínica.

Maior parte dos doentes apresenta sinais fisiológicos observáveis significativamente anormais nas 24 horas que a antecedem.



Deteção Precoce e Intervenção

A evidência mostra que se conseguirmos detetar estes sinais de alerta de forma precoce, podemos intervir também de forma antecipada.



Deteção Precoce e Intervenção

“E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.

E2.1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória.”

Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Regulamento nº432/2018 de 12 de Julho, Diário da República, 2ª Série. Lisboa: OE, 2018.

Deteção Precoce e Intervenção



Deteção Precoce e Intervenção

Um modelo de predição capaz de uma identificação precisa e precoce dos doentes pediátricos em risco de deterioração pode facilitar uma avaliação e intervenção atempadas, potencialmente melhorando a sobrevivência e os resultados a longo prazo.



Deteção Precoce e Intervenção

- Detetar precocemente sinais de alerta dessa deterioração
- Melhorar tempo de resposta das equipas/profissionais
- Ativação do alerta e intervenção em função do grau de risco identificado
- Evitar complicações
- Travar a degradação do estado clínico
- Optimizar prognóstico



Deteção Precoce e Intervenção

Early Warning Scores

A EWS é uma escala de alerta, baseada num sistema de atribuição de pontos (scores) aos parâmetros vitais e deterioração do SNC, sendo a sua principal finalidade a identificação precoce do risco de deterioração fisiológica do doente.

Os dados produzidos pelas EWS através da monitorização dos sinais vitais, permitem aos enfermeiros hierarquizar prioridades e a necessidade de intervenção.

Deteção Precoce e Intervenção

Early Warning Scores



Observação de
Sinais Vitais



Identificação de
situações de
agravamento



Acionar Apoios



Triagem

3. PEWS - Paediatric Early Warning Score

NEWS

NEWS – National Early Warning Score

Physiological Parameters	3	2	1	0	1	2	3
Respiration Rate (BPM)	<8		9-11	12-20		21-24	>25
Oxygen Saturations (%)	<91	92-93	94-95	≥96			
Any Supplemental Oxygen		Yes		No			
Temperature (°C)	<35		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	
Systolic Blood Pressure (mmHg)	<90	19-100	101-110	111-219			≥220
Heart Rate (BPM)	<40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Level of Consciousness				A			V, P or U

The NEWS trigger system aligned to the scale of clinical risk.

NEWS Scores	Clinical Risk
0	Low
Aggregate 1 - 4 Risk score 7 (individual parameter scoring 3)	Medium
Aggregate 5 - 6 Aggregate 7 or more	High

PEWS

Fornece uma medição objetiva para identificar crianças hospitalizadas que "parecem doentes"

PEWS

Fig 1. Royal Alexandra Hospital for Sick Children, Brighton - Paediatric Early Warning Score

	0	1	2	3	Score
Behaviour	Playing/ appropriate	Sleeping	Irritable	Lethargic/confused Reduced response to pain	
Cardiovascular	Pink or capillary refill 1-2 seconds	Pale or capillary refill 3 seconds	Grey or capillary refill 4 seconds Tachycardia of 20 above normal rate	Grey and mottled or capillary refill 5 seconds or above. Tachycardia of 30 above normal rate or bradycardia.	
Respiratory	Within normal parameters, no recession or tracheal tug	>10 above normal parameters, using accessory muscles, 30-46% FiO2 or 4+ litres/min	>20 above normal parameters, recession, tracheal tug, 40-46% FiO2 or 6+ litres/min	5 below normal parameters with sternal recession, tracheal tug or grunting, 50% FiO2 or 8+ litres/min	

Score 2 extra for 1/4 hourly nebulisers or persistent vomiting following surgery

Monaghan A. Detecting and managing deterioration in children. Paediatric Nursing. 2005. 17(1), pp.32-35.

PEWS

	Heart rate at rest	Respiratory rate at rest
Newborn (birth – 1 month)	100 – 180	40 – 60
Infant (1 – 12 months)	100 – 180	35 – 40
Toddler (13 months – 3 years)	70 – 110	25 – 30
Preschool (4 – 6 years)	70 – 110	21 – 23
School age (7 – 12 years)	70 – 110	19 – 21
Adolescent (13 – 19 years)	55 – 90	16 – 18

	Oxygen saturation in air	Chest wall in-drawing	Nasal flaring	Grunting	Apnoea/ pausing	Feeding history	Behaviour
Mild	>95%	None/mild	Absent	Absent	None	Normal	Normal
Moderate	92-95%	Moderate	May be present	Absent	Absent	Half of normal intake	Irritable
Severe	<92%	Severe	Present	Present	Present	Less than half of normal intake	Lethargic, unresponsive, flaccid, decreased level of consciousness, inconsolable

	0	1	2	3	SCORE
Comportamento	Alerta A brincar/ Apropriado	Adormecido / Irritável, mas consolável	Irritável e Inconsolável Inquieto ou com Dor	Letárgico / Confuso Resposta a dor reduzida	
Cardiovascular	Rosado OU TPC < 2 seg.	Pálido OU TPC = 3 seg.	Cianótico OU TPC = 4 seg. Taquicardia > 20 do valor normal	Cianótico e Marmoreado OU TPC ≥ 5 seg. Taquicardia > 30 do valor normal OU Bradicardia	
Respiratório	FR dentro dos parâmetros normais/habituais Sem tiragem, Sem SDR Ar ambiente	FR > 10 dos parâmetros normais / habituais, OU uso de músculos accessórios OU Tiragem ligeira OU O2 3 + L/min OU FIO2 30+%	> 20 dos parâmetros normais / habituais, uso de músculos accessórios OU Tiragem moderada OU O2 6+ L/min OU FIO2 40 + %	FR > 30 dos parâmetros normais/habituais OU > 5 com tiragem externa OU Tiragem Severa OU Grunhido / Gemido OU O2 8 + L/min OU FIO2 50 + %	
Pontuação extra de 2 se nebulizações de 15/15min OU se vômito persistente após cirurgia					

Paediatric Early Warning Score

É a pontuação que dita a acção!

Um score elevado ou a aumentar, dá uma indicação de que poderá ser necessária intervenção.

A intervenção precoce pode "corrigir" problemas que se identifiquem e pode evitar a necessidade de transferir a criança para serviços mais diferenciados e assim evitar ou reduzir a mortalidade e a morbilidade e os custos acrescidos com internamentos em unidades de cuidados intermédios ou intensivos.

A redução progressiva do score, em termos de risco, sugere que houve uma deteção precoce da degradação clínica dos doentes, resultando numa atuação mais eficaz.

Paediatric Early Warning Score

É a pontuação que dita a acção!

- Informar enfermeira responsável;
- Aumentar a vigilância / freq. das observações;
- Informar o médico;
- Solicitar revisão médica experiente;
- Convocar equipa de SCL

Score	0	1	2	3
Score 0	Alerta, responde a chamadas	Adormecido / Irritável, mas consolável	Irritável e Inconsolável, Inquieto ou com Dor	Letárgico / Confuso, Resposta a dor reduzida
Score 1	FR dentro dos parâmetros normais/habituais, Sem tiragem, Sem SDR, Ar ambiente	FR > 10 dos parâmetros normais / habituais, OU uso de músculos acessórios OU Tiragem ligeira OU O2 3 + L/min OU FIO2 30+%	> 20 dos parâmetros normais / habituais, uso de músculos acessórios OU Tiragem moderada OU O2 6+ L/min OU FIO2 40 + %	FR > 30 dos parâmetros normais/habituais OU > 5 com tiragem externa OU Tiragem Severa OU Grunhido / Gemido OU O2 8 + L/min OU FIO2 50 + %
Score 2	Alerta, responde a chamadas	Adormecido / Irritável, mas consolável	Irritável e Inconsolável, Inquieto ou com Dor	Letárgico / Confuso, Resposta a dor reduzida
Score 3	Alerta, responde a chamadas	Adormecido / Irritável, mas consolável	Irritável e Inconsolável, Inquieto ou com Dor	Letárgico / Confuso, Resposta a dor reduzida
Score 4	Alerta, responde a chamadas	Adormecido / Irritável, mas consolável	Irritável e Inconsolável, Inquieto ou com Dor	Letárgico / Confuso, Resposta a dor reduzida
Score 5	Alerta, responde a chamadas	Adormecido / Irritável, mas consolável	Irritável e Inconsolável, Inquieto ou com Dor	Letárgico / Confuso, Resposta a dor reduzida
Score 6	Alerta, responde a chamadas	Adormecido / Irritável, mas consolável	Irritável e Inconsolável, Inquieto ou com Dor	Letárgico / Confuso, Resposta a dor reduzida
Score 7	Alerta, responde a chamadas	Adormecido / Irritável, mas consolável	Irritável e Inconsolável, Inquieto ou com Dor	Letárgico / Confuso, Resposta a dor reduzida
Score 8	Alerta, responde a chamadas	Adormecido / Irritável, mas consolável	Irritável e Inconsolável, Inquieto ou com Dor	Letárgico / Confuso, Resposta a dor reduzida
Score 9	Alerta, responde a chamadas	Adormecido / Irritável, mas consolável	Irritável e Inconsolável, Inquieto ou com Dor	Letárgico / Confuso, Resposta a dor reduzida
Score 10	Alerta, responde a chamadas	Adormecido / Irritável, mas consolável	Irritável e Inconsolável, Inquieto ou com Dor	Letárgico / Confuso, Resposta a dor reduzida

Paediatric Early Warning Score



PEWS em Portugal

Tabela 1 – PEWS ADAPTADA				
Parâmetro	Critério	0	1	2
Respiratório	Frequência respiratória	Normal	Bradi/Polipneia	Bradi/Polipneia
	Trabalho respiratório	Sem SDR	Ligeiro	SDR moderado/grave
	O ₂	Sem oxigénio suplementar; SpO ₂ ≥ 94	FiO ₂ < 30% ou < 4L/min SpO ₂ 90-94%	FiO ₂ > 30% ou > 4L/min SpO ₂ < 90%
Cardíaco	Frequência Cardíaca	Normocardia	Bradi/Taquicardia	Bradi/Taquicardia
	Tempo de Reperusão Capilar	≤ 2 segundos	2-3 seg	> 3 segundos
Neurológico	Estado de Consciência	Alerta	Voz	Dor / Não reactivo
			Preocupação dos pais ou da equipa	

Referência: Lopes, Ana Patrícia Serra. *Ateliário de Estágio - Cuidar em Pediatría: o conjunto do trabalho de cuidado entre pais e enfermeiros*. Escola de Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2016.

PEWS em Portugal

2.2.4. Atuação

A atuação é determinada pelo score obtido, tendo em conta as orientações que se seguem:

Tabela 6 – Score PEWS e atuação	
Score 0, 1	Monitor 12/turno (10 min, em SOS)
Score 2	Avaliar 4h/4h (ou antes, em SOS), informar Pediatra
Score 3	Avaliar 1h/1h, informar Pediatra e avaliação clínica no espaço de 30' Abordagem ABCDE**
Score 4	Monitor 30'/30', informar Pediatra com urgência, Avaliação clínica em 15' Abordagem ABCDE**
Score 5, 6	Monitorização permanente, Chamada emergente para Pediatra, Abordagem ABCDE**

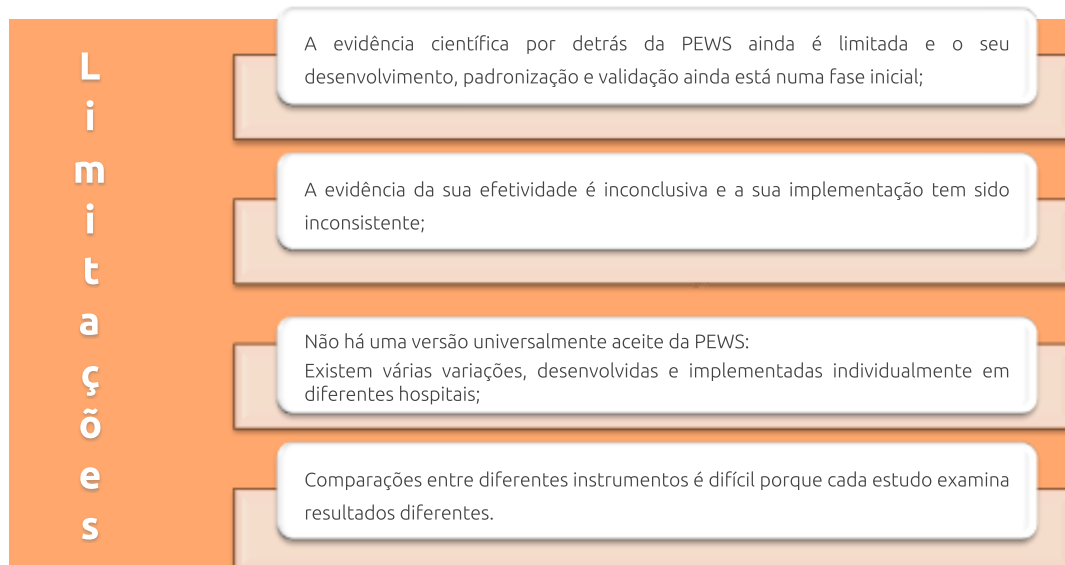
* caso o Score seja < ou = a 1 durante 3 turnos seguidos, a avaliação da PEWS passa a ser avaliada 1x/dia e durante o fim de semana e caso não exista indicação prévia não necessita observação médica

** Abordagem ABCDE, permite identificar precocemente situações que carecem de intervenção e iniciar a sua correção antes da chegada do Pediatra. As linhas orientadoras são as que se apresentam na tabela 7 (Anexo II).

Referência: Lopes, Ana Patrícia Serra. *Ateliário de Estágio - Cuidar em Pediatría: o conjunto do trabalho de cuidado entre pais e enfermeiros*. Escola de Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2016.

PEWS

Benefícios e Limitações





- A criança hospitalizada apresenta risco de deterioração súbita;
- A deteção precoce da deterioração é essencial para uma intervenção atempada, de forma a prevenir eventos adversos;
- A PEWS é uma ferramenta de gestão de risco que auxilia os profissionais a detetar e prevenir a deterioração da condição da criança, fornecendo-lhes uma estrutura para escalar as suas preocupações e intervir atempadamente;
- NÃO SUBSTITUI O JUÍZO CLÍNICO PROFISSIONAL!

A melhor ressuscitação é aquela que é prevenida.



Questões?



ines_fc_rodrigues@hotmail.com
u12771@chporto.min-saude.pt

**Obrigada
pela
atenção!**

Referências Bibliográficas

- Almblad, A.-C., Silberg, P., Engvall, G., & Malmqvist, M. (2018). Implementation of Pediatric Early Warning Score Adherence: Guidelines and Influence of Context. *Journal of Pediatric Nursing* 38, pp. 33-39.
- Augusto, T. A. (2015). *Identificação do risco de deterioração fisiológica no Pré-Hospitalar*. Relatório Final 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu.
- Chapman, M., Wray, J., Oulton, K., & Peters, M. J. (2016). Systematic review of paediatric track and trigger systems for hospitalised children. *Resuscitation* 98, pp. 87-109.
- Chapman, M., Wray, J., Oulton, K., Pagel, C., Ray, S., & Peters, M. J. (2017). 'The ScoreMatters': wide variations in predictive performance of 18 paediatric track and trigger systems. *Archives of Disease in Childhood*, 102(6), pp. 487-495.
- Chapman, S., & Maconochie, I. K. (2019). Early warnings cores in paediatrics: an overview. *Arch Dis Child*, 104, pp. 395-399. doi:10.1136/archdischild-2018-314807
- D'Alecar, E. R. (2020). *Validação do Children's Hospital Early Warning Score (CHEWSE) em português para avaliação do risco de deterioração clínica em pacientes da unidade pediátrica*. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Universidade de Ceará.
- Emis, L. (2014). Pediatric early warnings score in children: toward a quality improvement initiative. *Nursing Children and Young People* 2(67), pp. 25-31.
- Freitas, C. M., Preb, E. P., & Nascimento, C. A. (2017). Intervenção de enfermagem na monitorização da deterioração clínica da pessoa em enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência* 6(14), pp. 121-132.
- Freitas, J. d. (2019). *Tradução e Adaptação Transcultural do Cardiac Children's Hospital Early Warning Score para a língua portuguesa do Brasil*. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Universidade de Ceará.
- Gaafar, M. M., Shahab, M. M., & Mansour, M. S. (2020). Role of the Pediatric Early Warning Score in Identification of Patients in Need of Pediatric Intensive Care Units Admission. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine* 8(3), pp. 1590-1596.
- Glasziou, A., Coull, J., & Richardson, C. (2019). *Children and Young People's Nursing*. UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Gold, D. L., Mihalov, L. K., & Cohen, D. M. (2014). Evaluating the Pediatric Early Warning Score (PEWS) System for Admitted Patients in the Pediatric Emergency Department. *Academic Emergency Medicine* 21, pp. 1249-1256.
- Groot, J. F., Damen, N., Loos, E., van de Steeg, L., Koopmans, L., Rosas, P., ... Wagner, C. (2018). Implementing paediatric early warnings core systems in the Netherlands: future implications. *BMC Pediatrics* 18(128), pp. 1-10. Obido de <https://doi.org/10.1186/s12870-018-1099-9>
- Jensen, C. S., Nielsen, P., Olesen, H., Kirkegaard, H., & Aagaard, H. (2018). Pediatric Early Warning Score Systems: Nurse's Perspective - A Focus Group Study. *Journal of Pediatric Nursing* 41, pp. e16-e22.
- Jung, P., Brenner, S., Bachmann, J., Both, C., Cardona, F., Dohna-Schwake, C., ... Hoffmann, F. (2020). More Than 500 Kids Could Be Saved Each Year! Ten Consensus Actions to Improve Quality of Pediatric Resuscitation: DACH Countries (Austria, Germany and Switzerland). *Frontiers in Pediatrics* 8, pp. 1-6. doi:10.3389/fped.2020.549710
- Lambert, V., Matthews, A., MacDonald, R., & Fitzsimons, J. (2017). Pediatric early warnings systems for detecting and responding to clinical deterioration in children: a systematic review. *BMJ Open* 7(3), p. e014497.
- Lampin, M. E., Duhamel, A., Behal, H., Recher, M., Leclerc, F., & Lebeurte, S. (2020). Use of paediatric early warnings cores in intermediate care units. *Arch Dis Child*, 105(2), pp. 173-179. doi:10.1136/archdischild-2019-317055
- Lockwood, J., Thomas, J., Martin, S., Wathen, B., Juarez-Colunga, E., Peters, L., ... Reese, J. (2020). AutoPEWS: Automating Pediatric Early Warning Score Calculation Improves Accuracy Without Sacrificing Predictive Ability. *Pediatric Quality and Safety*, 5(2), p. e274. doi:10.1093/pq/9.00000000000000274
- Lopes, A. S. (2019). *Relatório de Estágio - Cuidar em Pediatría: a importância da parceria de cuidado entre o país e enfermeiros*. Instituto de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Luis, L. (2014). *Tradução e Adaptação e Aplicação do Sistema de Pontuação de Alerta Precoce (PEWS) e 'NEWS' em Portugal*. Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa: Escola Superior de Saúde da Universidade Algarve, Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa.

Referências Bibliográficas

- Maconochie, I. K., Aickin, R., Hazinski, M., & Atkins, D. L. (2020). Pediatric Life Support 2020 International Consensus on Cardiac Pulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation* 56, pp. 120-155. Obido de <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.09.013>
- Mayampura, A., Jan, P., Dai, Y., Gibbons, R., Edelson, D., & Churpek, M. M. (2020). A Vial Sign-Based Model to Predict Clinical Deterioration in Hospitalized Children. *Pediatric Critical Care Medicine* 21(9), pp. 820-828. doi:10.1097/PCO.00000000000002414
- McLellan, M. C., Gouveia, J., & Connor, J. A. (2016). Validation of the Children's Hospital Early Warning System for Critical Deterioration Recognition. *Journal of Pediatric Nursing* 32, pp. 52-58.
- Miranda, J. d., Camargo, C. L., Sobrinho, C. L., Oliveira, T. d., Mats, A. G., & Portela, D. S. (2019). Reprodutibilidade e aplicabilidade de um escore pediátrico de alerta de deterioração clínica. *REME: Revista de Enfermagem* 22, doi:10.5935/1415276220190003
- Miranda, J. O., Camargo, C. L., Sobrinho, C. L., Portela, D. S., & Monaghan, A. (2016). Deterioração clínica em crianças hospitalizadas: Revisão integrativa de um Escore Pediátrico de alerta precoce. *Revista de Enfermagem UFPA Online* 10(3), pp. 1129-1136.
- Miranda, J. O., Camargo, C. L., Sobrinho, C. L., Portela, D. S., & Monaghan, A. (2017). Accuracy of a pediatric early warnings core in the recognition of clinical deterioration. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 25, p. e2912. doi:10.1590/15188345.17332912
- Miranda, J. O., Camargo, C. L., Sobrinho, C. L., Portela, D. S., Monaghan, A., Freitas, K. S., & Mendoza, R. F. (2016). Translation and adaptation of a pediatric early warnings score. *Revista Brasileira de Enfermagem* 69(5), pp. 833-841.
- Monaghan, A. (2009). Detecting and managing deterioration in children. *Paediatric Nursing* 7(1), pp. 32-35.
- Parshuram, C. S., Duncan, H. P., Joffe, A. R., Farrell, C. A., Lacroix, J. R., Middaugh, K. L., ... Parkin, P. C. (2011). Multicentre validation of the bedside paediatric early warnings system score and a severity of illness score to detect evolving critical illness in hospitalised children. *Critical Care* 15(4), p. R184.
- Philips, (2018). *Philips Pediatric Early Warning Scoring*. Obido em 9 de 11 de 2020, de PHILIPS <https://www.usaphilips.com/healthcare/clinical-solutions/early-warnings-scoring>
- Roland, D. (2012). Paediatric early warnings cores: Holy Grail and Achilles' heel. *Archives of Disease in Childhood* 97, pp. 208-215.
- Roland, D., Oliver, A., Edwards, E. D., Mason, B. W., & Powell, C. V. (2014). Use of paediatric early warnings systems in Great Britain: has there been a change of practice in the last 7 years? *Archives of Disease in Childhood* 99, pp. 26-29.
- Royal College of Paediatrics and Child Health. (20 de Novembro de 2019). *Safe system framework for children at risk of deterioration*. Obido em 15 de 11 de 2020, de RCPCH Royal College of Paediatrics and Child Health: <https://www.rcpch.ac.uk/resources/safe-system-framework-children-at-risk-of-deterioration>
- Royal College of Paediatrics and Child Health. (16 de Dezembro de 2020). *Pediatric Early Warning System (PEWS) - developing a standardised tool for England*. Obido em 27 de 12 de 2020, de RCPCH Royal College of Paediatrics and Child Health: <https://www.rcpch.ac.uk/resources/paediatric-early-warnings-system-pews-system-developing-a-standardised-tool-for-england>
- Skateley, S. M., Raszynski, M., & Tobally, B. R. (2012). Validation of a Modified Pediatric Early Warning System Score: A Retrospective Case-Control Study. *Clinical Pediatrics* 51(5), pp. 431-435.
- Tavares, T. (2014). *Score de Alerta Precoce Estado de Arte e Proposta de Implementação*. Faculdade de Ciências da Saúde, Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Truby, R., Huang, C., Lugg-Widger, F. F., Hood, K., Allen, D., Edwards, D., ... Powell, C. (2019). Validity and effectiveness of paediatric early warnings system and track and trigger tools for identifying and reducing clinical deterioration in hospitalised children: a systematic review. *BMJ Open* 9(5), doi:10.1136/bmjopen-2018-022105
- van Sambeek, S. J., Fuijschoot, J., Kramer, B. w., & Vos, G. D. (2017). Pediatric Early Warning System Scores: Lessons to be Learned. *Journal of Pediatric Intensive Care*. Obido de <https://doi.org/10.1055/s-0037-1602802>
- Yang, J. (2017). *A Clinical Practice Change Enhancing the Efficacy of Pediatric Early Warning Systems*. Minnesota: Capella University.
- Zachariass, M., Nieboer, D., Maconochie, I. K., Smit, F. J., Alves, C. F., Greber-Platzer, S., ... Moll, H. A. (2020). Development and validation of a Paediatric Early Warning Score for use in the emergency department: a multicentre study. *Lancet Child Adolescent Health*, 4, pp. 583-591.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A avaliação de uma sessão de formação é essencial no processo formativo, pois permite aferir o seu sucesso. Neste caso, o objetivo não foi aferir a aquisição de conhecimentos por parte dos formandos após a sessão, mas sim averiguar a sua percepção global sobre a mesma.

No final da sessão o feedback verbal geral foi extremamente positivo. Verifiquei ainda uma discussão ativa e entusiasmo entre os participantes perante uma eventual introdução de um instrumento como a PEWS na prática clínica, sendo que alguns elementos começaram a ponderar o estabelecimento de um grupo de trabalho para examinar esse processo.

Não obstante, a avaliação formal da sessão foi efetuada através de um questionário, aplicado mais uma vez com o recurso à plataforma *Google Forms*, tendo sido novamente garantida a anonimidade dos participantes.

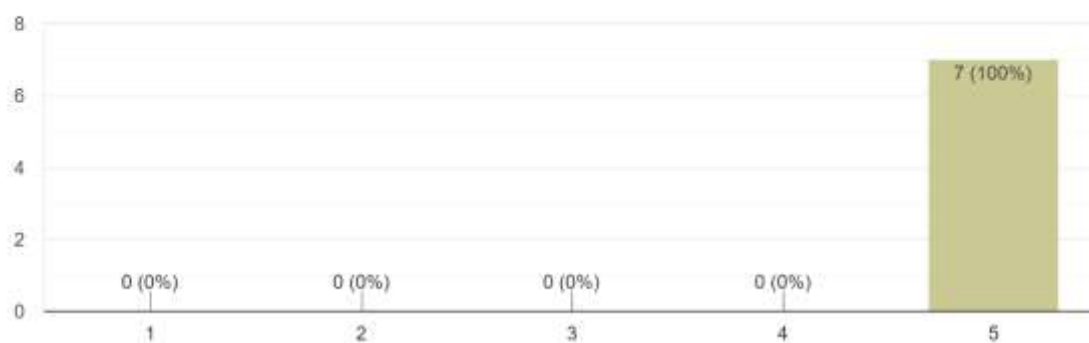
Dos enfermeiros que participaram na sessão (n=16), apenas 7 responderam ao questionário de avaliação, cujo objetivo foi conhecer a opinião dos participantes relativamente à sessão.

Perante uma lista de 9 afirmações, que se apresentam de seguida, foi pedido que assinalassem a opção de resposta mais adequada, de acordo com a seguinte escala de satisfação:

- 1- Discordo Totalmente
- 2- Discordo
- 3- Indiferente
- 4- Concordo
- 5- Concordo Totalmente

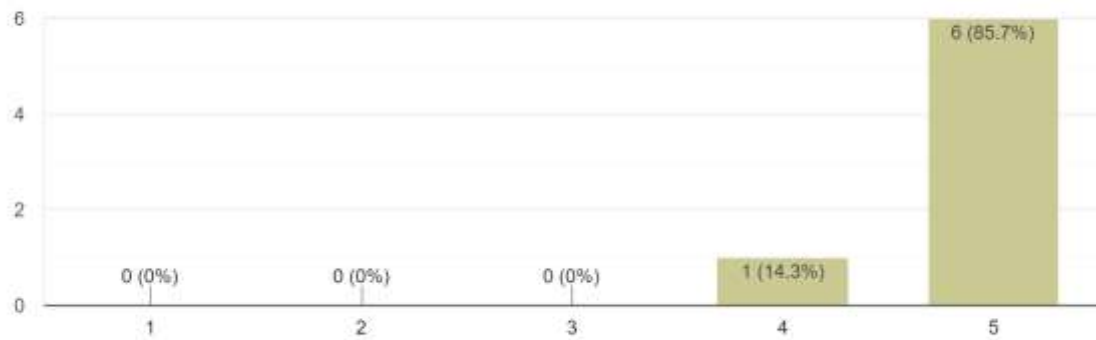
A temática da sessão foi apropriada e pertinente.

7 responses



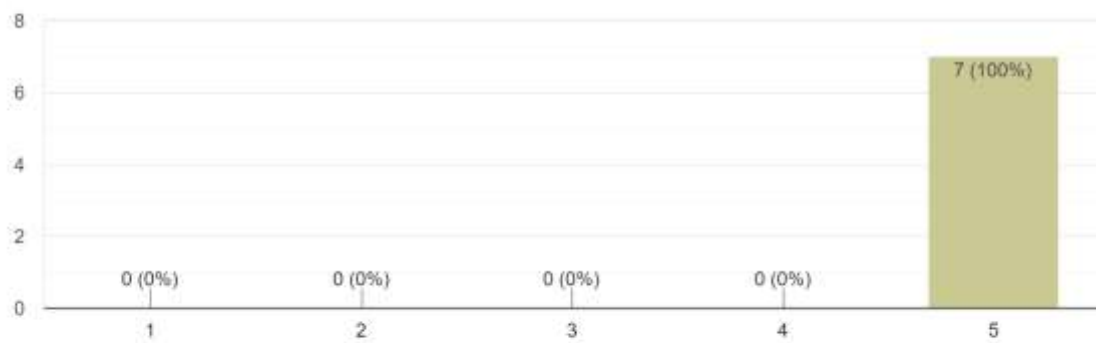
A duração da sessão foi adequada aos objetivos.

7 responses



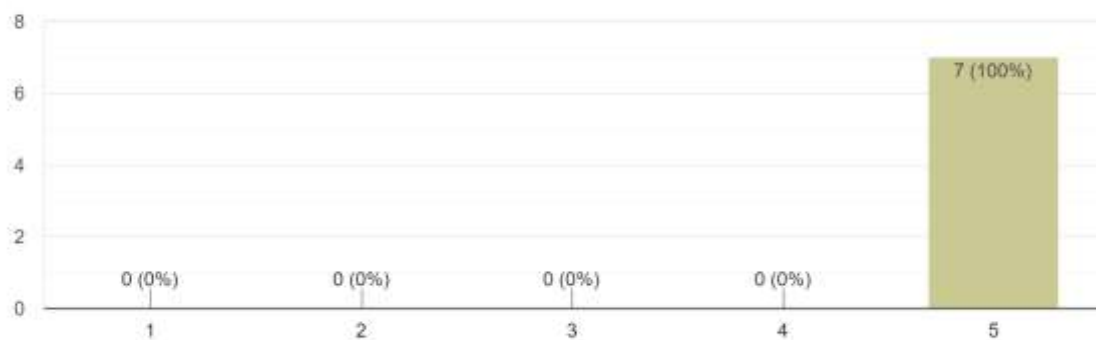
Os meios didáticos utilizados para a dinamização da sessão foram os adequados.

7 responses



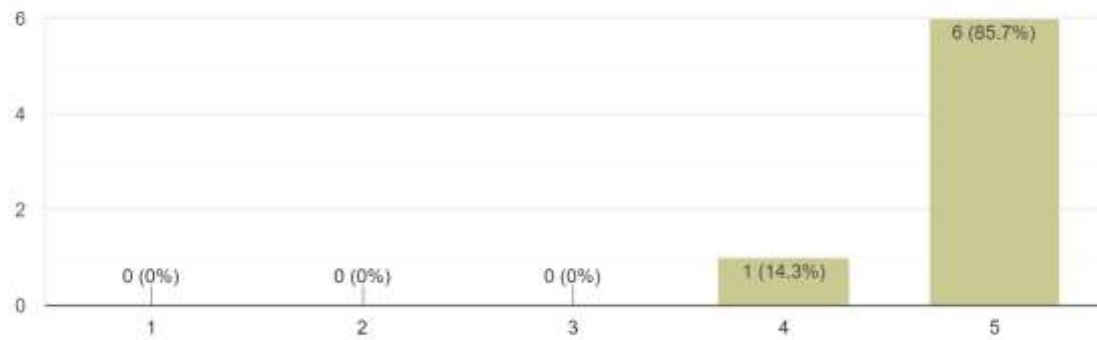
Os conteúdos estavam organizados de forma clara, sucinta e coerente.

7 responses



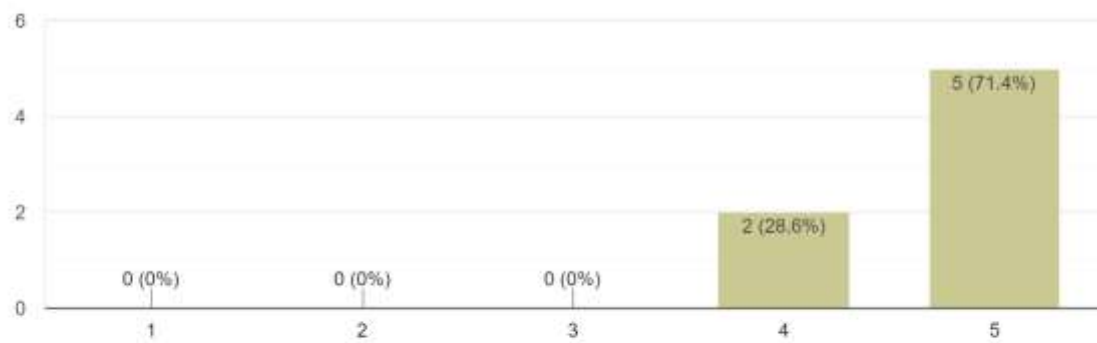
Os conteúdos desta formação contribuem para o desempenho da minha prática profissional.

7 responses



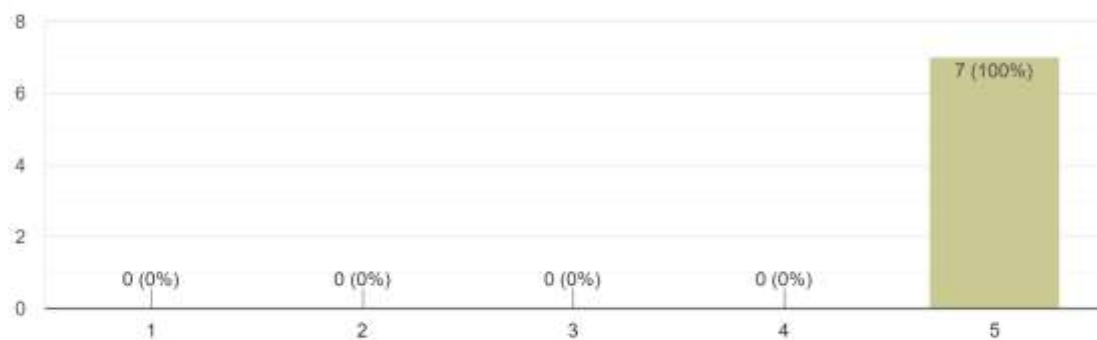
Os conhecimentos adquiridos contribuem para o meu desenvolvimento profissional.

7 responses



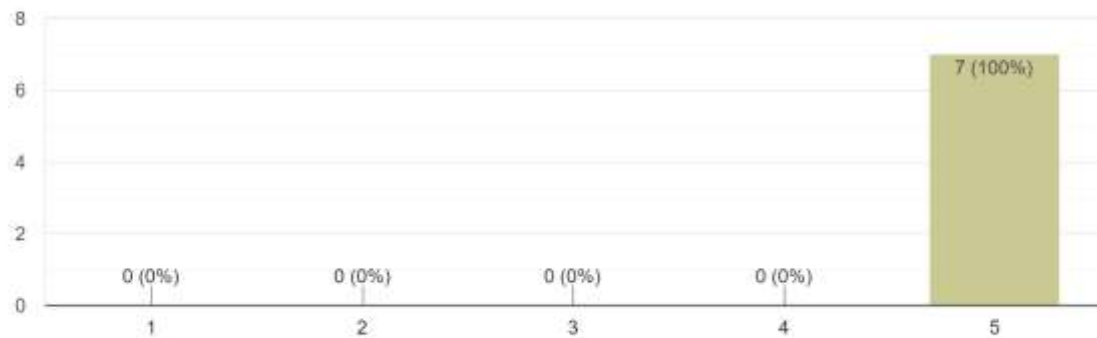
O formador conseguiu transmitir a informação de forma eficaz.

7 responses



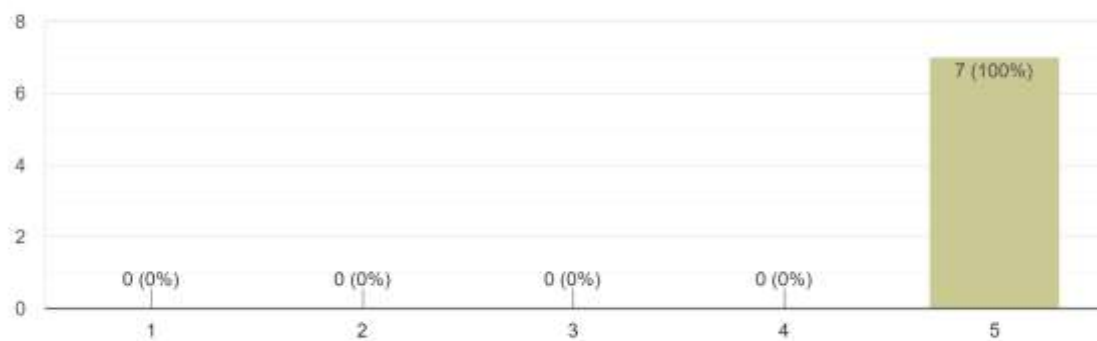
A sessão de formação correspondeu às minhas expectativas.

7 responses



Globalmente, gostei da formação.

7 responses



No final do questionário, reservou-se um espaço dedicado a sugestões, no qual se registou a seguinte: “Dar continuidade e implementar a escala no hospital”.

Os resultados alcançados representam cerca de 44% dos participantes que assistiram à sessão e são compatíveis com o feedback geral verbal obtido no final da atividade.

NOTA CONCLUSIVA

A temática abordada nesta atividade de formação não é propriamente recente, visto que desde sempre crianças hospitalizadas apresentam risco de deterioração súbita do seu estado clínico, que deve ser considerado pelos profissionais que delas cuidam, nomeadamente os enfermeiros. Contudo, se por um lado, as crianças hospitalizadas num serviço de internamento apresentam condições de doença cada vez mais graves e complexas, por outro, o ratio de enfermeiros nestes serviços nem sempre é o adequado ou aconselhado para garantir uma assistência segura e de qualidade. Ainda que estas crianças possam não apresentar risco iminente de vida, como por exemplo se pode esperar de algumas das internadas em cuidados intensivos, a degradação do seu estado clínico pode ocorrer.

A assistência de enfermagem neste âmbito é essencial, pois são os enfermeiros os principais responsáveis pela vigilância do estado clínico da criança, detetando precocemente sinais de alarme e uma possível deterioração, permitindo uma consequente intervenção adequada e atempada, de forma a prevenir efeitos adversos. A PEWS é uma ferramenta de gestão de risco que auxilia os profissionais a detetar e prevenir a deterioração da condição da criança, fornecendo-lhes uma estrutura para escalar as suas preocupações e intervir atempadamente.

Neste sentido, tendo em particular consideração os resultados da avaliação diagnóstica realizada, penso que a temática abordada nesta atividade de formação de pares foi relevante e extremamente pertinente. Efetivamente, a evolução da prática de cuidados depende da atualização dos profissionais, de acordo com a mais recente evidência científica. A investigação pode transformar a prática e é, por isso, essencial uma formação contínua que responda à evolução científica e às consequentes necessidades formativas dos profissionais.

O enfermeiro especialista deve ser um facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, pelo que se lhe exige competências no domínio da formação de pares. Por essa razão, em estágio realizei a aqui explanada atividade, que penso ter respondido aos objetivos propostos.