



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

As Intervenções Especializadas de Enfermagem à
Criança e Família em Situação de Emergência

Sara Raquel Carvalho Marques

Lisboa
2019





Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

As Intervenções Especializadas de Enfermagem à
Criança e Família em Situação de Emergência

Sara Raquel Carvalho Marques

Docente Orientador:

Professor Doutor Jorge Ferreira

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Não existem métodos fáceis para resolver problemas difíceis”

René Descartes

Agradeço ao Professor Jorge Ferreira pela sua orientação, motivação, apoio, amizade,
disponibilidade e partilha de conhecimentos.

À Enfermeira Chefe Katherine Santos pelo seu estímulo enquanto chefe e amiga, pela sua
disponibilidade, amizade e confiança em mim e no meu trabalho.

À minha grande amiga Patrícia Guerra, sem ela não chegaria até aqui.

À minha equipa que me ajudou nos momentos mais difíceis, nas trocas mais complicadas, nos
momentos de cansaço e desmotivação.

Aos meus orientadores dos vários campos de estágio por partilharem os seus conhecimentos e
experiência ao nível da pediatria integrando-me nas suas fantásticas equipas.

À minha amiga e colega Rita Pinto pelo trabalho que desenvolvemos juntas no Grupo de
Pediatria da nossa Unidade.

Aos meus pais, os meus pilares que admiro e amo, e que sem o seu apoio não teria sido
possível a realização deste projeto.

Ao meu namorado e amigo, André Ramos que me distraiu sempre que possível.

Aos meus amigos que já tinha e aos que fiz ao longo deste percurso, que completam e
animam diariamente os meus dias.

Às famílias e crianças que colaboraram no meu processo de desenvolvimento.

A todos o meu muito obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

AACN - *American Association of Critical-Care Nurses*
AAP – *American Academy of Pediatrics*
AHA – *American Heart Association*
APA – *American Psychological Association*
CCF – Cuidados Centrados na Família
CD – Código Deontológico
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNT - Cuidados Não Traumáticos
CPR - Conselho Português de Ressuscitação
CPTAS – *Canadian Paediatric Triage Acuity Scale*
DGS - Direção-Geral da Saúde
EC – Ensino Clínico
EEPSC - Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica
EMLA - *Eutectic Mixture of Local Anesthetic*
ERC - *European Resuscitation Council*
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
FWR - *family-witnessed resuscitation*”
ICN – *International Council Nursing*
INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica
OE – Ordem dos Enfermeiros
OVACE - Obstrução da Via Aérea por Corpo Estranho
PCR – Paragem Cardiorrespiratória
PSC – Pessoa em Situação Crítica
RCPCH – *Royal College of Paediatrics and Child Health*
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RIL – Revisão Integrativa da Literatura
SAVP – Suporte Avançado de Vida Pediátrico
SBVP – Suporte Básico de Vida Pediátrico
SIVP - Suporte Imediato de Vida Pediátrico
SO – Sala de Observação
SPCI – Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

TAP – Triângulo de Avaliação Pediátrico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UP – Urgência Pediátrica

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

Cuidar da criança e sua família em situação de emergência é um desafio ímpar. Com objetivo de facilitar a vivência de uma experiência normalmente difícil que é a hospitalização de uma criança, principalmente numa situação de emergência, é imperativo o envolvimento da família e o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que integrem e satisfaçam as suas necessidades.

A filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF) é um pilar fundamental na prestação de cuidados à criança e permite uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados. Existem ainda alguns obstáculos à presença da família nos diferentes contextos de cuidados às crianças em situação de emergência, sendo assim preponderante refletir sobre a temática.

O presente relatório é o culminar de um percurso de desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira mestre e especialista em enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC).

A problemática deste relatório incide na melhoria da prestação de cuidados de qualidade à criança e à sua família em situações de emergência, de que são exemplo, a reanimação, a descompensação hemodinâmica e a realização de procedimentos invasivos em contexto de Urgência Pediátrica (UP) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

O desenvolvimento de competências especializadas foi suportado nos referenciais teóricos de Betty Neuman e Patrícia Benner e na filosofia dos CCF, na evidência científica e no enquadramento profissional do exercício de enfermagem.

A metodologia utilizada foi descritiva, analítica e reflexiva, com sistematização de conhecimentos e descrição de experiências vividas nos diferentes contextos, que facilitou a articulação entre a teoria e a prática e o desenvolvimento de competências e saberes.

Este documento traduz a análise do processo de desenvolvimento de competências durante o ensino clínico (EC), com as intervenções planeadas e executadas para dar resposta à problemática inicial e aos objetivos previamente propostos.

Palavras-chave: enfermagem; criança; família; situação de emergência;

ABSTRACT

Caring for the child and his family in an emergency situation is a unique challenge. In order to facilitate a normally difficult experience that is the hospitalization of a child, especially in an emergency situation, the involvement of the family and the development of nursing interventions that integrate and meet their needs is imperative.

The Philosophy of Family-Centered Care (CCF) is a fundamental pillar for the care of the child and allows an improvement in the quality of care provided. There are still some obstacles to the presence of the family in the different contexts of care for children in emergency situations, and it is therefore important to reflect on the issue.

This report is the culmination of a competency development course as a future master nurse and specialist in Critical Care (PSC) nursing.

The problematic of this report focuses on improving the quality of care for children and their families in emergency situations, such as resuscitation, hemodynamic decompensation and the use of invasive procedures in the context of Pediatric Emergency and Intensive Care Unit (ICU).

The development of specialized competences was supported by the theoretical references of Betty Neuman and Patrícia Benner and in the philosophy of CCF, in the scientific evidence and in the professional framework of nursing practice.

The used methodology was descriptive, analytical and reflexive, with knowledge systematization and description of experiences lived in different contexts, which facilitated the articulation between theory and practice and the development of skills and knowledge.

This document reflects the analysis of the competency development process during the clinical teaching (CE), with the interventions planned and executed to answer the initial problem and the objectives previously proposed

Keywords: nursing; child; family; emergency situation;

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	20
1.1. Cuidar da Criança e Família em Situação de Emergência.....	20
1.2. Quadros Teóricos de Referência	28
2. ANÁLISE DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	35
2.1. Conhecer a melhor evidência científica sobre a intervenção de enfermagem à criança e família em situação de emergência	38
2.2. Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e família em situação de emergência	40
2.3. Planejar um programa de intervenção de enfermagem à criança e família em situação de emergência.	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	
Anexo I - Certificado Participação no Congresso Doente Crítico 17	
Anexo II - Certificado de Formação Suporte Básico de Vida para Profissionais de Saúde	
Anexo III - Certificado de Formação <i>Pediatric Advanced Life Support Course</i>	
Anexo IV – Certificado do Curso de Formação de Formadores	
APÊNDICES	
Apêndice I – Cronograma das Atividades	
Apêndice II – Objetivos dos Campos de Estágio	
Apêndice III – Revisão Integrativa da Literatura	
Apêndice IV - PROCEDIMENTO: Presença da Família durante a Reanimação Pediátrica ou Realização de Procedimentos Invasivo	
Apêndice V - PROGRAMA DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO: Cuidar da Criança e Família em Situação de Emergência	
Apêndice VI – Jornal de Aprendizagem: A criança com Diabetes descompensada e a sua família - intervenção especializada de enfermagem	

Apêndice VII – Jornal de Aprendizagem: A criança e a sua família com necessidade de SAVP

- intervenção especializada de enfermagem

Apêndice VIII –Plano da Sessão de formação de SBVP e OVACE

Apêndice IX – *Powerpoint* de apoio à sessão de formação

Apêndice X – Cartaz de Divulgação

Apêndice XI - Algoritmo de SBVP em formato papel

Apêndice XII - Avaliação sumativa Simulação bebé

Apêndice XIII – Avaliação sumativa Simulação adolescente

Apêndice XIX – Avaliação Formativa Mini-Teste SBVP

Apêndice XX - Avaliação da Formação pelo Formando

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular – Estágio com Relatório, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em PSC, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi-me proposta a realização de um relatório de estágio. Este trabalho evidencia o meu percurso pessoal e profissional e visa assim a obtenção do grau académico de Mestre em Enfermagem na Área de Especialização à PSC, de acordo com as competências definidas para o curso de mestrado da ESEL, que contemplam a capacidade de participar na produção de conhecimento novo, desenvolver uma prática baseada na evidência, promover o aumento da qualidade dos cuidados de saúde, cultivar a liderança nos diferentes contextos da prática de cuidados e influenciar a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem (ESEL, 2010). É também pretendido a obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em PSC (EEEPSC) atribuído pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Desta forma, para além das competências definidas no plano de estudos da ESEL para este curso de Mestrado, são também consideradas as competências descritas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação (2008) e as competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010a) e específicas do EEEPSC definidas pela OE (OE, 2010b).

Durante o 2º semestre desenvolvi o meu projeto de estágio com a finalidade de **contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de qualidade à criança e à sua família em situações de emergência**. Este projeto foi desenvolvido durante 17 semanas, distribuídas em aproximadamente 500 horas de EC, em contexto de UP e UCI (Apêndice I – Cronograma das Atividades), onde experienciei momentos de elevada complexidade de cuidados de que são exemplo, a reanimação, descompensação hemodinâmica e realização de procedimentos invasivos.

Neste sentido, os objetivos gerais que me propus atingir, são:

- Conhecer a melhor evidência científica sobre a intervenção de enfermagem à criança e família em situação de emergência;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e família em situação de emergência;
- Planear um programa de intervenção de enfermagem à criança e família em situação de emergência.

Sendo que os objetivos específicos, as atividades e os recursos necessários à sua concretização estão descritos em Apêndice II – Objetivos dos Campos de Estágio.

O meu percurso foi desenvolvido num contexto de enfermagem avançada, que implica “maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal – baseado em teorias de enfermagem que têm por “Core” o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas; e mais competências de tomada de decisão.” (Silva, 2007, p. 18).

Enquanto enfermeira em exercício profissional há cerca de sete anos, atualmente em funções no serviço de urgência de adulto e pediátrica de um hospital privado na periferia da área da grande Lisboa, e como enfermeira gestora do risco clínico do mesmo hospital e de duas clínicas de ambulatório dentro da mesma rede, refleti sobre as principais temáticas e dificuldades debatidas entre equipa no referido contexto. Neste sentido, e indo ao encontro do meu interesse pessoal e das atuais necessidades do serviço onde presto cuidados, escolhi a temática **“As Intervenções Especializadas de Enfermagem à Criança e Família em Situação de Emergência”**.

A experiência prática na enfermagem permite o desenvolvimento de competências profissionais orientadas em estruturas éticas (em nome do ser humano), deontológicas (em nome da profissão) e morais (em nome da sociedade), através da existência da interação entre os indivíduos e as suas famílias (Lopes & Nunes, 1995). Assim, a “experiência é por isso necessária para a perícia.” (Benner, 2001, p. 32). Os nossos conhecimentos práticos enquanto enfermeiros são adquiridos ao longo do tempo e com a prática, e, nem sempre são quantificáveis, daí a necessidade de traduzir esse desenvolvimento neste documento.

Segundo Kolb (2015), a aprendizagem implica um processo reflexivo pela qual a prática profissional se desenvolve, sendo que a experiência é fundamental para se estabelecer relações entre a prática e a teoria. Nesta reflexão sobre as experiências, com o objetivo de as transformar em aprendizagem, devem ser considerados os sentimentos, emoções e intuições (Alarcão, 2002) que fazem parte de cada indivíduo. Assim, a reflexão é um processo facilitador do desenvolvimento da prática, permitindo aprender através da experiência quotidiana vivida, confrontando, compreendendo e trabalhando formas de resolver as contradições da prática, entre o que é desejável e a sua prática diária (Johns, 2000). Foi com recurso à reflexão e do conhecimento baseado na evidência que foi construído o meu projeto desenvolvido no 2º semestre, onde foram definidos objetivos na área do desenvolvimento de competências para uma intervenção especializada de enfermagem à criança e família em situação de emergência, e delineadas estratégias para os atingir. A implementação do projeto culminou com a elaboração deste relatório onde pretendo descrever este mesmo percurso de

desenvolvimento pessoal e profissional, sempre com intuito final de prestar cuidados de elevada qualidade assentes na melhor e mais recente evidência científica. A prática de enfermagem baseada em evidência é essencial para a prestação de cuidados de alta qualidade e otimiza os *outcomes* dos doentes. Envolve a integração da abordagem de resolução de problemas no contexto do cuidado (Makic, Martin, Burns, Philbrick & Rauen, 2013).

Cuidar da PSC é um desafio na prática dos cuidados de enfermagem, pelo estado da pessoa, sendo esta invadida por uma agressividade técnica e diagnóstica imposta pelo tratamento da patologia, do trauma, da falência orgânica em que o principal objetivo é tratar e curar, mas a pessoa é um todo em que as diversas dimensões estão afetadas e em desequilíbrio, assim como a família, sendo necessário um cuidar holístico (OE, 2010a).

Não existe nenhuma definição universal do que constitui uma situação de emergência em pediatria, no entanto, a abordagem para identificar, avaliar e tratar uma situação de emergência pediátrica deve ser sistemática. Para alcançar bons resultados, a equipa multidisciplinar deve ter o conhecimento necessário para reconhecer e tratar adequadamente todos os cenários de emergências pediátricas (Tkaczky, 2018).

A capacidade de intervir em situações críticas exige uma base sólida de conhecimentos e técnicas de avaliação. Compreender as respostas perante a hospitalização da criança e sua família, a experiência da doença e as suas necessidades são fundamentais para o desenvolvimento de uma parceria de cuidados, pilar da filosofia de CCF (Ferreira, Melo, Reis & Melo, 2010). Assim, pretendi estudar e analisar a melhor evidência científica capaz de promover a discussão, visando a eventual alteração de comportamentos com a implementação de procedimentos adequados e atualizados nas organizações de saúde, no âmbito do acompanhamento de crianças em situação crítica. No sentido da otimização da qualidade dos cuidados prestados ao cliente pediátrico como um todo, cujo conceito envolve não só a criança, mas também os familiares de referência que a acompanham no processo de hospitalização, que se constitui como uma experiência particularmente difícil e complexa (Sanders, 2014).

Para a elaboração do relatório utilizei uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, com sistematização de conhecimentos e descrição de experiências vividas nos diferentes contextos, articulando com uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) – (Apêndice II), realizando uma pesquisa através da plataforma integradora de dados EBSCOhost, com recurso às bases de dados científicas CINAHL *plus with Full text* e MEDLINE *with full text*. Foram ainda efetuadas várias pesquisas bibliográficas utilizando os

recursos físicos nas bibliotecas do pólo Artur Ravara, pólo Calouste Gulbenkian da ESEL, nas bases de dados eletrônicas que figuram no servidor EBSCO, a vária legislação e *Guidelines*, bem como a documentação fornecida ao longo do primeiro e segundo semestres do curso de mestrado à PSC. Tudo isto, procurando articular a melhor evidência científica com os referenciais teóricos, o Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem por Patrícia Benner e o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman, e no enquadramento profissional do exercício de enfermagem.

A evidência consultada demonstra que uma abordagem sistemática e estruturada durante a reanimação permite melhorar o prognóstico da criança, sendo de extrema importância a formação e o treino contínuo dos enfermeiros. Desta forma, o desenvolvimento do programa de formação “Cuidar da Criança e família em situação de emergência (Apêndice V), com recurso à simulação, constituiu-se um método de formação inovadora, permite o desenvolvimento de competências técnicas, o treino do trabalho em equipa, o treino de tomada de decisões rápidas e seguras, o desenvolvimento da comunicação e da liderança, permitindo a manutenção e consolidação de competências.

Os cuidados de enfermagem à criança englobam os cuidados à família. Nesta formação ao longo do percurso formativo, pretendi incluir a presença da família nos mais diversos contextos de práticas de cuidados, tendo inclusivamente esta premissa culminado na realização de uma proposta de procedimento sobre a presença da família na sala de reanimação (Apêndice IV), visto que os ajuda a compreender a severidade da situação e dos cuidados prestados. Salienta-se que as atuais *guidelines* tanto americanas, como europeias, incentivam a presença dos pais na sala de reanimação, desde que devidamente acompanhados e informados.

Este relatório encontra-se dividido por capítulos, sendo que foi elaborado de acordo com o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESEL, de acordo com a norma *American Psychological Association (APA) 6ª Edição*. O primeiro capítulo corresponde ao enquadramento teórico, onde são clarificados os referenciais teóricos e a evidência científica que foi a base do desenvolvimento de competências. O segundo capítulo corresponde à análise do processo de desenvolvimento de competências, com reflexão crítica e fundamentada das intervenções realizadas e dos resultados obtidos. No último capítulo, seguem-se as perspetivas futuras e as considerações finais, onde é feita a reflexão sobre novos horizontes e, finalmente, no último capítulo as referências bibliográficas.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo pretende ser um enquadramento concetual de todo o relatório e do desenvolvimento de competências. O seu desenvolvimento foi assente na premissa de facilitar a tomada de decisão baseada na melhor evidência científica, e, corresponde à concetualização dos conceitos relacionados com o cuidar da criança e família em situação de emergência fundamentado nos referenciais teóricos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman e Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem por Patrícia Benner.

1.1. Cuidar da Criança e Família em Situação de Emergência

O cuidar é a essência da excelência da prática de enfermagem (Benner & Wrubel, 1989). Para Betty Neuman, a enfermagem é uma profissão única, que assiste os indivíduos, as famílias e os grupos com o objetivo de manter um nível máximo de bem-estar total, através de intervenções intencionais, voltadas para a redução dos fatores de *stress* e condições adversas que afetam o funcionamento excelente, em qualquer situação em que se encontra o indivíduo (Neuman, 1995).

No Artigo n.º. 4º do Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) publicado em 1998, p.2, define-se cuidado de enfermagem como “intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais”.

Segundo Bulechek e McCloskey (2000) citado por Wright & Leahey, p. 6, as intervenções de enfermagem são “qualquer tratamento, com base em julgamento clínico, realizado pela enfermeira em favor de melhores resultados para um cliente. (...) abrangem cuidados diretos ou indiretos; os que visam aos indivíduos, às famílias e à comunidade”. As intervenções de enfermagem têm assim como finalidade efetuar a mudança.

As crianças, de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, validada pelo Estado Português em 1990, são entendidas como “todo o ser humano com menos de 18 anos, constituem um grupo prioritário e justificam maior dedicação e disponibilidade por parte dos profissionais e especial atenção dos gestores dos serviços de saúde.” (Direção-Geral da Saúde - DGS, 2013, p.8). Segundo o Código Deontológico (CD) dos enfermeiros, Artigo 81º, as crianças são consideradas um dos grupos mais suscetível e mais vulnerável (OE, 2005).

As mortes das crianças no hospital ocorrem normalmente nas primeiras 24 horas após a admissão. Muitas destas mortes podem ser prevenidas se as crianças em situação crítica forem rapidamente identificadas, se o tratamento adequado for iniciado rapidamente e assim se possa estabelecer rapidamente a sua saúde (*World Health Organization - WHO, 2016*).

A Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos - SPCI (2008, p. 9) definem situação crítica como qualquer situação em que o doente “por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, tenha a sua sobrevivência dependente de meios avançados de monitorização e terapêutica”.

No *Updated Guideline Paediatric emergency triage, assessment and treatment* da WHO, 2016, são usados alguns diagnósticos para identificar as crianças com perigo iminente de vida. As crianças que apresentem os seguintes sinais devem ser tratadas como emergências: obstrução da via aérea (total ou parcial), dificuldade respiratória grave, cianose central, sinais de choque (extremidades frias com tempo de preenchimento capilar superior a três segundos e pulso fraco e rápido), coma (ou nível de consciência gravemente reduzido), convulsões ou, sinais de desidratação severa: letargia ou inconsciência, olhos encovados, tempo de preenchimento capilar lento. As crianças que apresentam estes sinais emergentes são um grupo heterógeno com uma ampla gama de condições clínicas e processos fisiopatológicos subjacentes. No entanto, as três apresentações mais comuns são dificuldade respiratória e hipoxemia, distúrbios graves ou choque e convulsões com alteração do estado de consciência.

A abordagem à criança em situação crítica representa um desafio impar para os enfermeiros e todos os profissionais de saúde. A singularidade da avaliação e do tratamento da criança é baseada nas diferenças a nível fisiológico, anatómico e de desenvolvimento entre a criança e o adulto. As crianças não são “pequenos adultos”, são psicológica, física, emocional e cognitivamente imaturas e isso vai afetar a sua capacidade de compreensão e resposta a situações críticas (Hazinski, 2013). É no conhecimento e no reconhecimento destas diferenças que devem assentar as intervenções de enfermagem especializadas. “(...) saber reconhecer rapidamente uma criança doente é uma competência que se adquire com o tempo e a prática” (Mecham, 2010, p. 682).

O rápido reconhecimento de situações críticas e de intervenção urgente/emergente na criança, o apoio providenciado, bem como uma abordagem sistematizada, permite aos enfermeiros salvar vidas. Os enfermeiros nos serviços de UP devem pelo menos ter treino em Suporte Imediato de Vida Pediátrico (SIVP) ou Suporte Básico de Vida Pediátrico (SBVP), e

devem estar familiarizados com os princípios da abordagem de via aérea avançada, indução e manutenção anestésica e também devem ser capazes de ajudar os profissionais mais experientes quando necessário (*Royal College of Paediatrics and Child Health - RCPCH, 2012*).

Os enfermeiros têm sentido dificuldade em atuar de forma organizada, rápida e eficaz perante uma criança em situação crítica. Esta dificuldade está relacionada com vários fatores, dos quais, a baixa casuística de crianças gravemente doentes na UP, equipas muito jovens, com enfermeiros recém-licenciados e/ou transferidos de outros serviços, ausência de treino/simulação na fase da integração ao serviço, inexistência de protocolos de atuação relativamente às funções de cada elemento ou falta de consenso sobre a presença da família na sala de reanimação (Slota, 2013). Desta forma, compete aos enfermeiros e às suas instituições hospitalares a formação e o treino das competências técnicas, comportamentais e teóricas dos seus profissionais, para que estes adquiram conhecimentos e habilidades baseados em evidência de forma minimizar o impacto das situações de urgência/emergência em pediatria (RCPCH, 2012).

Uma das experiências mais traumáticas para a criança e família é a admissão de emergência. O aparecimento repentino de uma doença ou a ocorrência de uma lesão deixa pouco tempo para a preparação e explicações. Por vezes, a admissão de emergência implica a admissão numa UCI ou a necessidade de cirurgia imediata, o que a torna numa experiência ainda mais complicada. Por outro lado, mesmo em casos que o tratamento em ambulatório é suficiente, a criança, é exposta a um ambiente estranho e a experiências que podem causar medo e dor (Hockenberry & Wilson, 2014).

Reconhecendo a criança como o membro essencial da unidade familiar e a importância dos cuidados numa perspetiva holística, é fundamental englobar a família em todo o processo de cuidar e identificá-la como uma constante na vida da criança (Hockenberry & Wilson, 2014).

A família, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE II (International Council of Nurses, 2016, p. 143) corresponde a um grupo com características específicas, consistindo numa “unidade social ou modo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes.”

Falar em cuidados de enfermagem pediátricos implica impreterivelmente falar em família. “Os enfermeiros têm o compromisso, bem como a obrigação ética e moral, de incluir

as famílias nos cuidados de saúde.” (Wright & Leahey, 2005, p. 1). É sempre com muita apreensão que os pais aceitam a hospitalização de um filho, e muito mais intensa é esta situação quando se trata de internamento de urgência. O medo e a incerteza quanto ao prognóstico da criança e o não domínio da situação, aumentam o *stress* tanto para os pais como para as crianças (Mecham, 2010). Os pais estão ansiosos, muitas vezes não entendem as explicações fornecidas e sentem-se impotentes pela rapidez dos acontecimentos. Todos estes desequilíbrios no sistema podem potenciar a rutura de papéis e das funções da família, e que naturalmente, influenciam os resultados e a vivência de todo o processo (Barros, 2003; Slota, 2013; Sanders, 2014). É por isto indispensável a disponibilidade dos enfermeiros para ouvir os pais e a criança, e compreender estes *stressores*, para que a unidade familiar se reorganize dentro da nova situação e contexto (Jorge, 2004), e que os pais sejam incentivados a permanecer junto dela (Mecham, 2010), no sentido de minimizar todos estes fatores de ansiedade inerentes a esta experiência.

O conceito de cuidado centrado no cliente e família tem evoluído muito ao longo das décadas. As organizações de saúde e os seus profissionais incluem cada vez mais os familiares no processo de cuidar (Hung & Pang, 2011; Ferreira, Balbino, Balieiro, & Mandetta, 2014), sendo que em contexto pediátrico, a família é encarada como parte integrante do doente e, como tal, com necessidade de apoio específico e constante (Jolley & Shields, 2009). A compreensão e o significado da doença e da hospitalização pelas crianças e suas famílias vai influenciar a forma como a encaram (Barros, 2003). Assim, os enfermeiros têm um papel preponderante na disponibilização de recursos que sejam facilitadores desta vivência, que muitas vezes implica dor física ou sofrimento para o binómio criança/família (*European Association for Children in Hospital - EACH*, 2009).

A *American Academy of Pediatrics* (AAP) define que os cuidados centrados no cliente e na família são baseados no entendimento que a família é a primeira fonte de força e suporte para a criança. Além disso, esta abordagem reconhece que as perspetivas e as informações fornecidas por famílias, crianças e jovens adultos são componentes essenciais na tomada de decisão clínica, e por isso os clientes e as suas famílias são parceiros integrais da equipa de saúde (AAP, 2012). Estão reconhecidos inúmeros benefícios na sua utilização, manifestados numa maior satisfação da criança e da sua família, e para os profissionais, pois permite uma melhor comunicação, coordenação na equipa multidisciplinar, eficácia e eficiência nos cuidados prestados (Dudley, Ackerman, Brown & Snow, 2015; Khan, Baird, Rogers, Furtak, Williams, Allair & Landrigan, 2017). A AAP (2006) reconhece as limitações dos CCF nos

serviços de urgência, dado o elevado número de ocorrências, o fato das situações serem agudas e a inexistência de contato prévio com a família. Ao vivenciar uma situação crítica de um familiar, sobretudo de uma criança, a componente emocional de quem acompanha é muito forte, podendo estes sentimentos influenciar os comportamentos de tal forma que pode interferir com os cuidados que estão a ser prestados (Ferreira et al., 2014). Assim, recomendam que os profissionais de saúde encorajem as famílias a estarem presentes durante todos os cuidados prestados na UP, e que se não quiserem, têm o direito a toda a informação relacionada com o estado da criança. Neste sentido, a prestação de cuidados à criança e família em situação de emergência deve estar assente nos princípios que norteiam a filosofia do CCF para minimizar o impacto de uma hospitalização (Sanders, 2014; Dudley et. al, 2015, Manguy, Joubert, Oakley, & Gordon, 2018), e na parceria, através do envolvimento, da negociação e da partilha na tomada de decisão (Casey, 1995; Slota, 2013).

Apesar de existirem limitações, o estabelecimento de cuidados em parceria é possível neste contexto, se existirem objetivos comuns e respeito mútuo pelas contribuições de cada elemento do sistema. Para isto ser possível é necessário que a informação seja comunicada de forma imparcial e sem julgamentos pelas decisões tomadas sobre os cuidados de saúde. (Dudley et al., 2015). Os mesmos autores sugerem alguns princípios que refletem os CCF em contexto de urgência: o fluxo de doentes não limitar a família, a menos que seja necessário privacidade para a observação e entrevista, ou para segurança da criança. Referem que é possível, mesmo na admissão, as crianças não serem separadas da sua família, se existir um registo à cabeceira. Outra medida é a utilização de *valet parking* para os familiares que cheguem sozinhos com os seus filhos em estado crítico ao serviço de urgência. Mesmo em situações de catástrofe é fundamental manter as famílias juntas. Muitas vezes no pré-hospitalar os profissionais vêm-se obrigados a separar as famílias. E é aqui que a comunicação é um desafio. Sugerem a utilização de fotografias ou informações digitais a ser partilhadas com os familiares. Deixarem de ser utilizadas as etiquetas de identificação que referem “Visitante”, passando a utilizar “Familiar”. Dando oportunidade de estar presente durante procedimentos invasivos depois de serem devidamente informados. Sempre que existirem barreiras linguísticas deve recorrer-se a um intérprete. O controlo contínuo da dor, da ansiedade e a promoção do conforto, são medidas que devem ser implementadas desde o acolhimento. Devem ser planeadas tanto medidas farmacológicas como não-farmacológicas. O planeamento da alta deve ser realizado em parceria com a família, fornecendo as informações necessárias à continuação dos cuidados no domicílio.

Os CCF são uma proposta de suporte das famílias de crianças e diminuem o *stress* associado a crianças em situação crítica, providenciando comunicação, ajuda na gestão do stress e *coping* e diminuindo o conflito. Os enfermeiros são fundamentais no sucesso da implementação do CCF. (Coats, Bourget, Starks, Lindhorst, Saiki-Craighill, Custis, Hays, & Doorenbos, 2018). Os enfermeiros devem envolver os clientes e as famílias no planeamento dos cuidados e no processo de tomada de decisão. Reconhecendo a importância dos cuidados numa perspetiva holística, é fundamental englobar a família em todo o processo de cuidar e identificá-la como uma constante na vida da criança, atendendo assim, a todas as suas necessidades. Com o objetivo de diminuir a tensão, minimizar os efeitos da hospitalização, maximizar os benefícios da hospitalização, garantir o planeamento e a preparação adequada da alta e proporcionar conforto e apoio total (Hockenberry & Wilson, 2014).

Durante muitos anos, as famílias foram excluídas das salas de reanimação durante a realização de procedimentos invasivos e, sobretudo durante a reanimação cardiopulmonar. (Egging, Crowley, Arruda, Proehl, Walker-Cillo, Papa, Li, Walsh & Bokholdt, 2011; Nishisaki & Diekema, 2011). A presença da família é geralmente aceite quando a criança está estável, contudo há menos consenso quando a criança está em situação crítica (McAlvin & Carew-Lyons, 2014). Contudo, reconhecendo que a família é “uma constante na vida da criança, e que o modelo dos cuidados centrados na família deve ser realizado em todos os níveis de cuidados, torna-se necessário também ampliar o olhar para esse modo de cuidar no ambiente de emergência” (Mekitarian, 2013, p. 17). Nada pode preparar os pais ou uma criança para enfrentar uma situação de emergência, mas enfermeiros experientes podem proporcionar suporte e orientação (Gilmer, 2013).

A temática da presença da família em situações de emergência é já um foco de preocupação na área da prestação de cuidados e abordada por vários autores e organizações desde há muitos anos, nomeadamente, pela primeira vez em 1987 (Pasek & Licata, 2016). Instituições como, a *Emergency Nurses Association*, *American Association of Critical-Care Nurses* (AACN), *American Heart Association* (AHA), *Society of Critical Care Medicine* e AAP, recomendam que as instituições de saúde devem desenvolver políticas e procedimentos que defendam a presença da família durante a reanimação. Em Portugal, embora existam as recomendações do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e do Conselho Português de Ressuscitação (CPR), tanto no âmbito pré-hospitalar, como hospitalar, não existem protocolos definidos, sendo que esta é uma decisão que fica ao critério da equipa (Malta, Alves, Graça, Conde, & Costa, 2015).

De acordo com Mecham (2010), a presença da família constitui uma parte fundamental dos cuidados de urgência pediátricos e uma extensão dos CCF. Assim, e de acordo com o anteriormente mencionado é fundamental que os procedimentos relativos à presença da família estejam bem definidos. Sendo que segundo a autora, há pontos essenciais que devem ser tidos em conta:

“debater antecipadamente o plano com todos os elementos da equipa de reanimação; designar um elemento da equipa para permanecer junto da família, para prestar informações e responder a perguntas. Destinar um espaço concreto onde o familiar possa estar durante a reanimação e, se possível, dar à família a oportunidade de tocar na criança. Os elementos da equipa de reanimação devem estar cientes da presença da família e comunicarem entre si com sensibilidade.” (Mecham, 2010, p. 705)

As mais recentes *Guidelines* da reanimação recomendam que os profissionais de saúde permitam a presença da família durante a reanimação. (McClenathan, Torrington, Uyehara, 2002). As últimas *Guidelines* da AHA defendem a “*family-witnessed resuscitation*” (FWR) e recomendam a presença da família durante os procedimentos de reanimação cardiopulmonar (McClenathan et al., 2002). Existem vários estudos sobre esta temática e todos eles controversos. Desde 1987 que esta é uma preocupação dos profissionais de saúde, desde que Doyle, Post, Burney, Maino, Keefe & Rhee permitiram a FWR na sua instituição. (McClenathan et al., 2002).

Para a *European Resuscitation Council* (ERC) nas *Guidelines for Resuscitation* emitidas em 2010, nas unidades de pediatria, a presença dos pais na sala de reanimação é permitida e desejável, desde que haja um membro da equipa disponível para lhes explicar o processo e ao mesmo tempo garantir que estes não interferem nos cuidados. Sendo que, quem decide o tratamento e o término das manobras de reanimação é o *team leader* e não os pais, pelo que, se a presença dos mesmos vier a interferir com os procedimentos de reanimação, eles devem ser convidados a sair da sala (Biarent, Bingham, Alouini, Burda, Filipovic, Voorde & Zideman, 2010).

O enfermeiro deve avaliar as preferências dos pais para participar, para observar ou para esperar fora da sala, bem como a preferência da criança relativamente à presença dos pais.

Segundo a Carta da Criança Hospitalizada, “a criança tem direito de ser acompanhada pelos seus pais ou substitutos, em qualquer período do dia, independentemente da idade ou estado” (Instituto de Apoio à Criança, 1998, p. 2).

Se por um lado é benéfico para a família acompanhar os vários eventos ao longo do tempo, por exemplo, durante uma paragem cardiorrespiratória (PCR), permitindo-lhe

acompanhar a situação clínica do seu familiar e compreender melhor os esforços realizados pela equipa. (Sá, Botelho & Henriques, 2015), por outro lado, existe o risco de trauma psicológico e da ansiedade face aos vários procedimentos invasivos realizados e os riscos de segurança pela possibilidade de comportamentos desadequados pelos familiares. Deve ser dada à família a oportunidade de decidir se quer estar presente ou não durante as manobras de reanimação, e se a decisão ser positiva, deve haver um elemento da equipa diferenciado que os acompanhe, apoie e oriente durante o processo (Maxton, 2008 & Reis, 2015).

Segundo Mendes (2016), é necessário que as famílias tenham acesso a informações detalhadas, concretas e verdadeiras, para que estas possam gerir as suas expectativas e preparar-se antecipadamente para as mudanças.

Existem várias vantagens documentadas sobre a presença da família em situação crítica, nomeadamente, que a família fica com a perceção que todos os possíveis foram feitos para salvar a vida do seu filho e promover o início de um processo de *coping* e luto saudáveis quando a reanimação falha (Pasek & Licata, 2016). Os pais têm possibilidade de poderem tocar e falar com a criança, as crianças que sobrevivem e que conseguem verbalizar referem que se sentiram apoiados; desenvolvem-se relações de confiança entre os profissionais e os pais; a possibilidade de considerar os desejos dos pais e tomada de decisão; O aumento da capacidade dos pais de se ajustarem ao processo de luto e diminuição da negação. (Perry, 2009; AACN, 2010). Vários estudos apontam que a presença da família permite perceber com mais clareza a gravidade da situação da criança (McGahey-Oakland, Lieder, Young & Jefferson, 2007; Maxton, 2008; Mangurten, Scott & Guzzetta, 2006; Dill & Gance-Cleveland, 2005). Além disso, os pais perceberão que podem participar mais ativamente na tomada de decisão, inclusive no que diz respeito à suspensão de manobras (Maxton, 2008). As crianças preferem a presença dos pais durante os procedimentos invasivos; é a melhor intervenção no controlo da dor (Maclean, Guzzetta, White et. al, 2003). Os pais que receberam instruções cuidadas e orientação naquilo que deveriam fazer tornam-se membros ativos nos cuidados à criança (Campbell, 2008).

Relativamente às desvantagens são geralmente focadas em maior relevo pelos profissionais de saúde, sendo que muitas destas não são suportadas pela investigação já realizada sobre a temática. Pode haver interferência com os cuidados (Maclean, Guzzetta, White et. al, 2003). Pode ser traumática para os pais (Jarvis, 1998). Outro argumento é que a presença da família compromete a dignidade e confidencialidade (Helmer, Smith, Dort, 2000). Falta de espaço na sala; Falta de atenção por parte dos profissionais, devido à máxima

atenção em recuperar os sinais vitais (Malta, Alves, Graça, Conde & Costa, 2015); os recursos estarem todos canalizados para a criança; gerador de *stress* nos profissionais. (Perry, 2009). Muitos Psicólogos e enfermeiros expressaram a sua preocupação sobre famílias ouvirem algumas conversas menos adequadas durante a reanimação (por exemplo, utilização de calão) (Pasek & Licata, 2016; Perry, 2009). Também muitos enfermeiros, com diferentes graus de experiência referiram que têm medo que a presença dos pais afete a sua performance durante a realização de procedimentos invasivos e durante a reanimação (Ferreira et. al, 2014; Pasek & Licata, 2016; McAlvin & Carew-Lyons, 2014). Apesar das diferentes opiniões dos profissionais de saúde, os pais preferem ter a opção de estar presentes e de apoiar as suas crianças (Pasek & Licata, 2016).

É um tema bastante polémico e onde as opiniões dos profissionais (dentro da equipa multidisciplinar) são muito divergentes, sendo os pais/familiares muitas vezes convidados a aguardar fora dos contextos de emergência e durante a realização de técnicas mais invasivas.

Não obstante, existem já estudos que contrariam esta ideia, pelo que se pretende analisar esta problemática à luz da melhor evidência científica e propor a construção de um protocolo para nortear a prática dos profissionais de saúde, que contemple a família como participante ativa neste processo.

1.2. Quadros Teóricos de Referência

Os quadros teóricos de referência utilizados durante o percurso de aquisição de competências foram o Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem por Patrícia Benner e o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman.

Segundo Benner (2001), a prática é uma forma de obter conhecimento. A experiência prática na enfermagem permite o desenvolvimento de conhecimentos clínicos e de estruturas morais, devido à existência de interação entre os indivíduos e as suas famílias. Assim, a prática avançada constrói-se, não é só o que se faz. A experiência do enfermeiro trará a “proficiência” que para Benner seria intelectual e científica que pode ser entendida como a associação entre o conhecimento teórico e da prática (Lopes & Lourenço, 1998).

Benner (1984) adotou ao longo do seu estudo o “Modelo Dreyfus da Aquisição de Competências e Desenvolvimento de Competências de Dreyfus” à prática de enfermagem e refere que nenhum profissional começa como perito, sendo que o ser humano passa por cinco níveis de experiência: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito.

Os enfermeiros segundo esta teoria serão considerados tanto melhores profissionais quanto mais próximos dos padrões de excelência definidos estiver o seu desempenho e a excelência no exercício da prática de enfermagem, o qual só conseguimos quando praticamos. (Benner, 2001). Assim, e indo ao encontro das finalidades do projeto, “a experiência é necessária à perícia.” (Benner, 2001, p. 32), e desta forma, só com uma prática sistemática e simulada serão peritos os enfermeiros nesta área tão delicada como é a criança em situação de emergência.

Desta forma, à medida que os enfermeiros vão adquirindo mais experiência, o conhecimento teórico passa a estar envolvido com o conhecimento prático, sendo que é assim desenvolvida uma certa “perícia” (Benner, 2001).

Neste seguimento, e no sentido de desenvolver intervenções que ao serem implementadas resultem em cuidados de qualidade, holísticos e impedindo que sejam fragmentados, encarando a criança e a família como sistema indissociável, utilizei o Modelo de Sistemas de Neuman. Este modelo é uma abordagem de sistemas dinâmica, abrangente e aberta ao cuidar de cada pessoa (criança, jovem e família), com várias inter-relações de entre as quais, os fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento. Sendo que as intervenções de enfermagem visam a redução dos fatores de *stress* e condições adversas que são potenciais ou reais em qualquer situação clínica (Neuman, 1995).

Este modelo permite abordar a equipa de enfermagem, a criança e a sua família de forma holística, aplicando-se aos contextos, como a UP e UCI. Através da identificação dos vários *stressores* da criança, da sua família e da equipa de enfermagem, permite a orientação para a sua prevenção e implementação de intervenções de enfermagem, em vários níveis, prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. Para Neuman (1995), os *stressores* são os estímulos produtores de tensão que resultam em *stress*, e estes podem ser positivos ou negativos. O *stress* aumenta a necessidade de reajustamento e requer a adaptação ao problema. No caso concreto, a criança e família, é influenciada por diversos fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento e está em constante mudança por ser um sistema aberto em constante interação com o ambiente. O ambiente é definido como todos os fatores internos e externos ou influências em torno do sistema. A saúde é entendida como um contínuo dinâmico entre o bem-estar e o mal-estar e que está em constante mudança, sendo que para o cliente está relacionada com a estabilidade do sistema (Neuman, 1995).

A família constitui um sistema aberto em que os seus elementos interagem entre si e com o meio, em permanente interação. As dinâmicas internas e interpessoais e os vários aspetos do ambiente modelam o funcionamento da família (Jorge, 2004).

“cada família vista como um todo, como emergência dos elementos que a compõem, é definitivamente una e única (...) enquanto sistema é um todo mas é também parte dos sistemas, de contextos mais vastos nos quais se integra (comunidade e sociedade)” (Relvas, 1996, p.11)

O comportamento de um membro da família afeta o dos outros e o da família enquanto sistema; reciprocamente, as mudanças verificadas no sistema familiar afetam o comportamento individual de cada um dos seus elementos (Jorge, 2004, p. 17).

Os desafios envolvidos no cuidar de uma criança em situação de emergência são imensos e é uma situação complexa, onde vários sistemas se interligam: criança em situação de emergência, família indissociável da criança, enfermeiros e outros profissionais de saúde enquanto seres com emoções (Jorge, 2004). “Quando a criança é hospitalizada, a família é “hospitalizada” também, por isso o beneficiário dos cuidados é o binómio criança/família” (Mendes & Martins, 2012). Neste contexto, existem diferentes *stressores* que vão atingir os vários sistemas envolvidos de maneira única, assim e com recurso ao Modelo de Sistemas de Betty Neuman, será possível identificar as intervenções de enfermagem de modo a prevenir desequilíbrios no sistema.

De acordo com Neuman (1995), o enfermeiro é um elemento fundamental na prevenção e manutenção do sistema, através da determinação de um conjunto de intervenções em diferentes níveis: a) prevenção primária (em qualquer momento durante a hospitalização, quando é identificado um stressor são desenvolvidas intervenções no sentido de evitar que este atinja o sistema, fortalecendo a linha de defesa flexível); b) prevenção secundária (quando um determinado stressor já atingiu o sistema através do fortalecimento das linhas internas de resistência); c) prevenção terciária (intervenções que previnam a recorrência, através da mobilização de recursos de energia de forma a manter o equilíbrio do sistema).

Cuidar em pediatria é compreender as emoções e os sentimentos a fim de verificar com a criança e família como é que se deparam com o problema e o que pode ser assegurado por ele próprio, bem como reconhecer os recursos passíveis de utilização para resolução do problema (Jorge, 2004). Assim, os enfermeiros devem estar preparados para antecipar e satisfazer as necessidades das famílias que enfrentam crises emocionais abruptas e inesperadas, por exemplo, com recurso à comunicação/informação, participação nos cuidados, apoio e conforto (Redley, Levasseur, Peters & Bethune, 2003).

Os enfermeiros que cuidam de crianças em situação de emergência, por exemplo uma reanimação, situação bastante complexa, podem experimentar muitas emoções e situações muito stressantes, que dependem de vários fatores, deixando-os vulneráveis, exaustos, tristes e ansiosos. Muitas vezes relacionados com a falta de formação, com o aumento da carga de trabalho, turnos duplos, alterações de horário, falta de equipamentos ou equipamentos em mau estado, tudo isto pode comprometer os cuidados e propiciar ao erro (Slota, 2013). Estes enfermeiros enfrentam muitas vezes a morte e com os seus sentimentos em relação à morte de uma criança.

A criança, família e enfermeiros vão tentar resistir aos *stressores*, utilizando os mecanismos de defesa para se restabelecerem. Enquanto enfermeiros, possuímos um papel fundamental neste sistema, podendo intervir nas diferentes variáveis que podem afetar a resposta da criança/família/enfermeiro ao *stressor*.

As reações das crianças à hospitalização, desequilíbrio e/ou instabilidade fisiológica são influenciadas pelo seu nível de desenvolvimento, experiência prévia com doença, separação ou hospitalização, os seus mecanismos de coping intrínsecos, gravidade do diagnóstico e os mecanismos de suporte disponíveis (Hueckel, 2015). Sendo que os principais stressores da sua hospitalização incluem:

“a separação dos pais e entes queridos; o medo do desconhecido; a perda de controlo e autonomia; a lesão corporal, que resulta em desconforto, dor e mutilação; e o medo da morte. A idade de desenvolvimento das crianças; a experiência anterior com a doença, separação ou hospitalização; os seus mecanismos de defesa inatos e adquiridos; a gravidade do diagnóstico; e o sistema de apoio disponível, influenciam as suas reações a estas crises.” (Hockenberry & Wilson, 2014).

A crise relacionada com a doença infantil e a hospitalização é a maior fonte de *stress* e ansiedade para cada membro da família nuclear. O medo, ansiedade e frustração são os sentimentos mais comuns expressos pelos familiares. O medo e a ansiedade podem estar relacionados com a gravidade da doença, tipo de procedimentos médicos envolvidos, gravidade do diagnóstico e imprevisibilidade do prognóstico. A ansiedade é frequentemente relacionada ao trauma e à dor infligida à criança a partir dos vários procedimentos. A frustração está, muitas vezes relacionada, com a falta de informação sobre os procedimentos e tratamentos, desconhecimento das regras e regulamentos do hospital, equipa não amigável ou medo de fazer perguntas (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os enfermeiros podem aliviar muita da frustração, fazendo os pais terem consciência do que esperar e o que é esperado deles, incentivando-os a participar no cuidado do seu filho e

tratando-os como os mais significativos para a saúde global da criança (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os serviços de urgência são normalmente agitados e em ambiente de grande *stress*, onde as equipas procuram realizar da melhor forma e mais rápida os procedimentos, o que muitas vezes não permite o estabelecimento de relação terapêutica com as crianças e famílias, permitindo que participem nos seus cuidados e sejam devidamente informadas. A lacuna no desenvolvimento da relação terapêutica compromete a resposta emocional ao procedimento, gerando muitas vezes na criança medo do desconhecido e a não cooperação em procedimentos subsequentes.

Um relacionamento terapêutico é a base essencial para um cuidado de enfermagem de qualidade. Os enfermeiros pediátricos têm de se relacionar com as crianças e famílias, permanecendo distanciados o suficiente para distinguir os seus próprios sentimentos e necessidades, devendo este relacionamento ter limites bem definidos. O recurso à comunicação, verbal ou não verbal, é fundamental para o estabelecimento da relação terapêutica com a criança e com a família, independentemente da circunstância. (Sanders, 2014).

“Ao manter a sensibilidade para as necessidades da família, o enfermeiro pode trabalhar em parceria com os pais no cuidado à criança.” (Hockenberry & Wilson, 2014:1035).

Os CCF incluem alterações no ambiente psicológico e modificações das políticas e interações clínicas. A filosofia do CCF reconhece a diversidade entre as estruturas e culturas familiares; as metas, os sonhos, as estratégias e os comportamentos da família; e as necessidades de apoio, serviço e informação da família (Hockenberry & Wilson, 2014).

Existem dois conceitos básicos no CCF - a capacitação e o *empowerment*. Os profissionais capacitam as famílias para atender as necessidades da criança e às suas, através do reconhecimento das suas aptidões e competências e para aquisição de novas capacidades. O *empowerment* está relacionado com a interação entre os familiares e os profissionais, de maneira a que estas conservem ou adquiram um sentido de controlo das suas vidas e façam mudanças positivas que deem origem a comportamento de ajuda, estimulando os seus próprios pontos fortes, aptidões e ações (Hockenberry & Wilson, 2014).

“Ninguém melhor do que os pais para prestar cuidados à criança, no sentido de proporcionar o seu crescimento e desenvolvimento, protegendo e estimulando com amor.” (Casey, 1993).

A parceria de cuidados entre os profissionais e os familiares é um mecanismo poderoso tanto na capacitação como no *empowerment*. Os parceiros são indivíduos que se tornam mais competentes ao partilhar recursos, conhecimentos e habilidades. A partilha é vista como um *continuum* em que a família tem a opção de estar em qualquer fase (Hockenberry & Wilson, 2014). Apesar dos enfermeiros contemplarem esta permissão da parceria de cuidados no pensar, muitas vezes não a contemplam no agir (Mendes & Martins, 2012).

“Face à hospitalização de um filho a família passa a vivenciar uma situação de estranheza, vê-se obrigada a modificar as suas rotinas, enfrenta uma adaptação familiar, tem de desenvolver novas competências, mas novas necessidades vão surgir” (Mendes & Martins, 2012). Só desenvolvendo um trabalho de articulação com todos os intervenientes e com o contexto podemos garantir uma parceria efetiva de cuidados com a família. Desta forma, é fulcral utilizar a comunicação, verbal ou não verbal, para cuidar do outro. Informando as famílias de forma empática, conhecendo-a (cultural, dinâmica, estrutura), insistindo nos aspetos positivos e antecipando informações, garantindo a sua privacidade, tudo isto, no sentido de diminuir o *stress*.

“A parceria não pode ficar circunscrita a um apurar de hábitos da criança a que pretendemos dar resposta com a participação da mãe, mas ela prescreve que conheçamos a família que cuida, como cuida, quais são as suas possibilidades, os seus limites de atuação e que forças ela é capaz de mobilizar para resolver problemas de saúde.” (Mendes & Martins, 2012, p. 116).

Apesar de todos os avanços tecnológicos nos cuidados pediátricos, muitas das experiências ainda são traumáticas, dolorosas, perturbadoras e assustadoras, tanto para as crianças, como para as suas famílias. O foco deve ser também a prestação de Cuidados Não Traumáticos (CNT).

O CNT é definido como a prestação de cuidados terapêuticos através de um conjunto de intervenções e de um conjunto de funcionários, que visem eliminar ou minimizar o sofrimento psicológico e físico vivenciado pelas crianças e suas famílias, nomeadamente ao nível da minimização da separação da criança da família, da lesão corporal ou dor e da promoção do sentimento de controlo (Sanders, 2014).

A utilização deste modelo permitiu-me desenvolver intervenções de enfermagem que me orientam para a prevenção de possíveis desequilíbrios no sistema, fomentando a prestação de cuidados culturalmente competentes. Destas intervenções destacam-se um protocolo de

atuação da equipa multidisciplinar, a formação de SBVP e o procedimento sobre a Presença aos familiares durante a reanimação e procedimentos invasivos.

Em suma, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman é a base dos CCF, pois permite cuidar do sistema criança/família/equipa de saúde como um todo, percebendo o impacto de *stressores* provenientes do ambiente que o rodeia, estando relacionado com desequilíbrios. Desta forma, é da competência do enfermeiro considerar as energias internas e externas deste sistema, estabelecendo cuidados em parceria com a criança e família, assentes na negociação e no *empowerment* das famílias na tomada de decisão, mantendo o equilíbrio do sistema.

2. ANÁLISE DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo serão apresentados os objetivos e as atividades que me propus desenvolver enquanto futura EEEPSC. As experiências pessoais e profissionais vivenciadas ao longo do processo de desenvolvimento de competências não são de todo quantificáveis nem facilmente traduzidas por palavras. Para o desenvolvimento de competências especializadas à criança e família em situação de emergência foi fundamental articular a teoria adquirida durante o primeiro e segundo semestre do Curso de Mestrado à PSC com a prática clínica, com a realização do EC e com a minha experiência anterior.

No sentido de orientar a análise do processo de desenvolvimento de competências, importa definir o conceito de enfermeiro especialista:

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2010b, p. 2).

As competências especializadas de enfermagem decorrem do aprofundamento dos domínios de competência do enfermeiro de cuidados gerais e concretizam-se nas competências comuns e nas competências específicas, neste caso, nas competências específicas do EEEPSC (OE, 2010).

Assim sendo, no que diz respeito às competências do **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** foram desenvolvidas ao longo do EC, sendo que a prestação de cuidados especializados à criança e família em situação de emergência foi alicerçada nas competências éticas e deontológicas da profissão de enfermagem e assente nos documentos norteadores do enquadramento profissional, com base na responsabilidade legal, deontológica e ética, como o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015) e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro – REPE (OE, 2015), e permitiram a tomada de decisão consciente assegurando o respeito pela dignidade humana, práticas humanizadas de cuidados, responsabilidade e excelência profissional.

Na sua essência, a enfermagem é uma profissão que lida com questões e situações que têm muitos elementos de incerteza ética ou moral. A dependência crescente da tecnologia e o consequente aumento da longevidade e maiores custos com a saúde, aliados à crescente autonomia profissional, criam uma atmosfera na qual os enfermeiros enfrentam problemas de complexidade cada vez maior. Os enfermeiros devem ser capazes de reconhecer situações

com implicações éticas e morais, tomar decisões éticas coerentes e lógicas baseadas em princípios e teorias éticas reconhecidas (Burkhardt & Nathaniel, 1998).

A dependência e a pouca autonomia das crianças apresentam desafios éticos complexos sem resposta clara e correta quando falamos no cuidar da criança em situação de emergência, nomeadamente em temas como a presença da família, dilemas face à morte das crianças ou à doação de órgãos.

Quando uma criança se encontra em situação de emergência, significa que alguma função vital está comprometida e que a coloca em risco de vida. Apesar do desenvolvimento tecnológico e científico, nem sempre as situações de emergência em pediatria, nomeadamente contextos de reanimação, são bem-sucedidas, pelo que são necessárias algumas considerações para se decidir a sua reanimação ou não.

Os princípios éticos da **justiça**, **autonomia** e **consentimento informado livre e esclarecido** são utilizados de maneira diferente na pediatria. A pessoa é autónoma quando toma a decisão livre e esclarecida sobre os procedimentos e tratamentos que irá ter. Em pediatria são os pais que tomam normalmente estas decisões, e por este motivo é necessário que estejam corretamente informados sobre a situação clínica da criança, os procedimentos e o prognóstico. Muitas vezes, os objetivos expressos pelos pais ou familiares diretos são diferentes dos objetivos das crianças. Os profissionais de saúde são eticamente obrigados a respeitar e integrar o desejo expresso da criança, os resultados expressos pelos pais, as necessidades de amadurecimento da criança e as crenças cultivadas da família sobre os papéis familiares e as práticas de criação dos filhos. Estas considerações trazem alguns dilemas éticos, nomeadamente no que diz respeito a um tema desenvolvido durante o projeto, a presença dos pais em situação de emergência ou durante a realização de procedimentos invasivos.

Os princípios éticos comuns, como **beneficência** e a **não-maleficência**, são mais multifacetados e menos diretos. As crianças são inerentemente mais vulneráveis que os adultos. Os enfermeiros estão numa posição única para identificar situações em que a decisão dos pais ou as ações das crianças possam comprometer a saúde e o bem-estar. Desta forma, deve ser sempre realizada uma análise dos benefícios e dos riscos que advém de cada procedimento em conjunto com o binómio criança e família.

No que diz respeito às competências do **domínio da melhoria contínua da qualidade**, foram alcançadas através da elaboração de um procedimento de apoio à prática, nomeadamente da presença da família na sala de reanimação (Apêndice IV). A destacar o

desenvolvimento do programa de formação em serviço – cuidar da criança e família em situação de emergência (Apêndice V). Estas atividades serão desenvolvidas nos subcapítulos seguintes e enquadradas no percurso de desenvolvimento de competências. A identificação de oportunidades de melhoria e a sua partilha no seio da equipa multidisciplinar, bem como a promoção de um ambiente seguro durante a prestação de cuidados à criança e família, permitiu alcançar o desenvolvimento deste domínio de competências.

Relativamente às competências do **domínio da gestão dos cuidados** foram alcançadas através da gestão dos cuidados prestados à criança e família e sua otimização ao nível da tomada de decisão, com supervisão dos enfermeiros orientadores e da articulação com as equipas multidisciplinares ao longo do EC.

Finalmente, no que diz respeito às competências do **domínio das aprendizagens profissionais**, o recurso à prática reflexiva e à prática baseada na evidência científica ao longo de todo o percurso, permitiu o meu autoconhecimento como pessoa e como enfermeira, tomando consciência dos meus recursos e limites. A elaboração de dois jornais de aprendizagem (Apêndice VI - Jornal de Aprendizagem: A criança com Diabetes descompensada e a sua família - intervenção especializada de enfermagem e Apêndice VII – Jornal de Aprendizagem: A criança e a sua família com necessidade de Suporte Avançado de Vida Pediátrico (SAVP) - intervenção especializada de enfermagem) foram exemplo disso, bem como a realização de formação sobre SBVP e Obstrução de Via Aérea por Corpo Estranho (OVACE) (Apêndice VIII – Plano da Sessão de formação de SBVP e OVACE), que me permitiu atuar como facilitadora de aprendizagens, naquele contexto. Segundo Benner (2001, p. 61) “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria”.

O desenvolvimento do projeto, no segundo semestre, permitiu orientar a aprendizagem, através da definição dos contextos de EC, dos objetivos e das atividades a desenvolver para a aquisição de competências da prática de cuidados de enfermagem altamente especializados à criança e família em situação de emergência.

O EC desenvolveu-se ao longo de 17 semanas, num total de aproximadamente 500 horas, em contexto de UP e UCI, e tornou-se um momento bastante enriquecedor, com aquisição de novos conhecimentos, novas experiências e desenvolvimento profissional sempre assente na reflexão.

Em seguida, serão descritos os objetivos gerais e específicos que propus para a aquisição de competências, bem como as atividades desenvolvidas para atingir cada um deles. A análise dos objetivos está dividida em subcapítulos que correspondem a cada objetivo específico. Importa referir que todas as atividades desenvolvidas foram realizadas com a supervisão do enfermeiro orientador de cada local e docente orientador, tendo sido alvo de análise conjunta antes e após a sua implementação. A reflexão sobre as várias experiências e as estratégias utilizadas permitiu-me desenvolver competências enquanto futura enfermeira mestre e especialista em PSC.

Neste sentido, os **objetivos gerais**, que me propus atingir, são:

- Conhecer a melhor evidência científica sobre a intervenção de enfermagem à criança e família em situação de emergência;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e família em situação de emergência;
- Planear um programa de intervenção de enfermagem à criança e família em situação de emergência.

Para a concretização dos objetivos propostos tive oportunidade de realizar estágios em dois contextos: o Serviço de UP de um Hospital do Grupo III da área da Grande Lisboa e UCI Pediátricos da mesma instituição (Apêndice I – Cronograma das Atividades) e estabeleci atividades a desenvolver nos locais de EC pretendidos, bem como os recursos necessários para a sua concretização, que se encontram descritos no Apêndice II – Objetivos dos Campos de Estágio.

No decorrer do EC senti necessidade de modificar o projeto inicialmente proposto, facilitando a aquisição de competências e respondendo aos objetivos definidos.

As atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo, são explanadas em seguida e inseridas nos objetivos gerais deste projeto.

2.1. Conhecer a melhor evidência científica sobre a intervenção de enfermagem à criança e família em situação de emergência

Considerando que a prática baseada na tradição é insuficiente, nem dá visibilidade à prática de enfermagem, e com o intuito de realizar uma síntese da análise do conhecimento já produzido sobre o tema, utilizei o método de RIL (Apêndice II), realizando uma pesquisa através da plataforma integradora de dados EBSCOhost, com recurso às bases de dados

científicas CINAHL *plus with Full text* e MEDLINE *with full text*. Foram ainda efetuadas várias pesquisas bibliográficas utilizando os recursos físicos nas bibliotecas do pólo Artur Ravara, pólo Calouste Gulbenkian da ESEL, nas bases de dados eletrônicas que figuram no servidor EBSCO, a vária legislação e *Guidelines*, bem como a documentação fornecida ao longo do primeiro e segundo semestres do curso de mestrado à PSC. O material encontrado foi fundamental para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos que foram utilizados na minha prática diária de prestação de cuidados à criança e família, tanto na UP como no meu local de trabalho.

“Apropriar-se de conhecimento já estabelecidos e utilizá-los na resolução de problemas que nos rodeiam constitui-se no que a literatura denomina de prática baseada em evidências.” (Cunha, 2014, p. 9).

Assim, a prática deve ser continuamente revista, questionada e quando apropriado há que tomar decisões baseadas na evidência disponível. O primeiro manual sobre medicina baseada na evidência define este conceito como “o uso consciente, explícito e criterioso da melhor evidência existente para tomar decisões sobre cuidados de saúde aos doentes” (Craig & Smyth, 2004, p. 8, citando Sackett et al., 1997). O conceito foi evoluindo ao longo do tempo. Sendo que atualmente, não é apenas a implementação da investigação clínica centrada no doente, mas a integração do conhecimento derivado da investigação sistemática aliada ao conhecimento profissional, que advém da experiência e das interpretações das necessidades e perspetivas de cada pessoa a quem são prestados os cuidados (Craig & Smyth, 2004).

A pesquisa contínua de evidência sempre foi uma prática diária minha enquanto enfermeira, no sentido do esclarecimento de dúvidas e no desenvolvimento de mais conhecimento sobre algumas áreas de interesse. O mestrado permitiu-me conhecer e desenvolver novas ferramentas de pesquisa e seleção de informação, que serão usadas continuamente na fundamentação da minha prestação de cuidados no sentido da melhoria contínua da qualidade e na obtenção de ganhos em saúde. A evidência e a reflexão sobre a prática vão permitir sustentar conscientemente as minhas tomadas de decisão.

A participação no congresso do Doente Crítico 17 (Anexo I), organizado pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros, permitiu-me conhecer e presenciar debates sobre temáticas bastante relevantes na área do doente crítico, no que diz respeito à emergência pré-hospitalar, ao serviço de urgência e aos cuidados intensivos, não só na área da prestação de cuidados ao adulto, mas também à criança e família em situação de emergência.

A realização do Curso de Formação de Formadores em Suporte Básico de Vida, organizado pela Academia CUF, que me permitiu renovar o meu Suporte Básico de Vida para Profissionais de Saúde (Anexo II) e que engloba Suporte Básico de Vida com Desfibrilhador e Suporte Básico de Vida no bebé e do curso de *Pediatric Advanced Life Support Course* da AHA, realizado pela Academia CUF (Anexo III), permitiu-me reciclar conhecimentos e metodologias de atuação sobre o reconhecimento da criança em situação de emergência.

Também o conhecimento de diferentes referenciais teóricos de enfermagem durante o mestrado, permitiu-me compreender melhor a sua importância para fundamentar os cuidados que presto diariamente.

2.2. Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança e família em situação de emergência

No sentido de prestar cuidados de enfermagem à criança e família em situação de emergência, e com base nos objetivos a atingir definidos pelo Regulamento do Novo Ciclo de Estudos n.º 09/01932, e pelo Regulamento de competências do EEEPSC, das visitas a campo efetuadas durante a realização do projeto e pela presença de enfermeiros peritos nesta área, foram escolhidos os locais de estágio que mais se adequavam ao meu desenvolvimento pessoal e profissional. Estes locais foram fundamentais no meu percurso de aquisição de competências e trouxeram-me mais-valias a níveis práticos para o meu dia-a-dia enquanto enfermeira.

O primeiro passo para atingir os objetivos e adequar as atividades planeadas foi conhecer a estrutura física e a dinâmica funcional e organizacional dos contextos do EC, bem como as intervenções de enfermagem perante uma criança em situação de emergência.

A escolha dos locais do EC recaiu sobre um hospital da área da grande Lisboa, pertencente ao Grupo III, com grande diferenciação em todas as especialidades na sua componente pediátrica, assumindo-se como um dos principais hospitais pediátricos nacionais. Tanto a UP, como a UCI, neste hospital, são serviços de referência na área da pediatria, onde se podem encontrar as várias especialidades pediátricas, em concreto, a cirurgia, ortopedia, pedopsiquiatria, neurocirurgia, neurologia. Apesar de ser considerada uma urgência polivalente não recebe politrauma pediátrico direto da rua, o que limitou a minha observação de casuística de grande trauma pediátrico.

Importa ressaltar que a análise dos contributos de ambos os locais do EC, UP e UCI, para o processo de desenvolvimento de competências será realizada em simultâneo nos próximos parágrafos.

Como foi referido anteriormente ao longo do relatório, uma das premissas para a prestação de cuidados à criança é a inclusão da família como alvo dos cuidados. Assim sendo, um dos primeiros procedimentos que consultei neste hospital aborda o acompanhamento das crianças na instituição. O procedimento é multissetorial e define o direito de acompanhamento de crianças no serviço de urgência e na unidade de cuidados intensivos, por um acompanhante permanente, exceto em determinadas situações, nomeadamente em intervenções cirúrgicas e outros exames ou tratamentos que, pela sua natureza, possam ver a sua eficácia e correção prejudicadas pela presença do acompanhante, ou por perturbações provocadas pelo acompanhante. Cabe a equipa multidisciplinar explicar aos acompanhantes no momento da admissão os seus direitos e seus deveres. Considero de extrema importância esta ser uma prática procedimentada uma vez que guia e sistematiza tanto os profissionais com as famílias.

A admissão de urgência é normalmente efetuada nas UPs, e assim sendo, é na triagem o primeiro contacto das crianças e famílias com a equipa de enfermagem. Esta UP utiliza a triagem como sistema de organização estrutural e funcional da sua atividade, de acordo com o que é preconizado na Norma n.º 002/2018 da DGS de 9/1/2018, sendo que o sistema de triagem utilizado é a Triagem Pediátrica Canadiana (CPTAS – *Canadian Paediatric Triage Acuity Scale*). Trata-se de um sistema de triagem diferente do utilizado no hospital onde exerço funções, a Triagem de Manchester, sendo que foi também uma oportunidade de aprendizagem. Neste sistema de triagem, exclusivamente pediátrico, são utilizados três passos: impressão clínica de gravidade, avaliada pelo triângulo da avaliação pediátrica (TAP), avaliação da queixa/motivo de vinda à urgência e avaliação dos sinais vitais tendo em conta a idade e os fatores de risco associados. Este tipo de triagem permite analisar e monitorizar indicadores de qualidade fundamentais para o aperfeiçoamento da triagem e para a gestão do próprio serviço de urgência, representando uma etapa fundamental para a melhoria do atendimento ao utente (*Canadian Association Of Emergency Physicians*, 2011).

Os níveis de prioridade da CTAS e da Triagem de Manchester são idênticos e com tempos de espera recomendados também idênticos. As diferenças verificam-se ao nível do processo de triagem e dos discriminadores, que estão mais aproximados às características desta população tão específica, que é a população pediátrica.

A Triagem de Manchester tem a sua aplicabilidade na idade adulta comprovada em vários estudos e está comprovado o seu valor na organização dos serviços, sendo uma ferramenta de decisão e gestão de risco (Andrade, Carvalho, Fernandes & Casanova, 2008; Grupo Português de Triagem, 2009). No entanto, na idade pediátrica é mais suscetível de erros devido às queixas serem muito inespecíficas, variadas, com elevada gravidade e são normalmente reportadas na terceira pessoa (Maldonado & Avner, 2001).

Um estudo de 2006, sobre a validação do Sistema de Triagem de Manchester no Serviço de Urgência Pediátrica, mostrou moderada sensibilidade e especificidade deste sistema, sobretudo nas crianças triadas como situações “Não Urgente”, “Pouco Urgente” e “Urgente”. Nas crianças triadas como “Muito Urgente ou Emergente” foi encontrada boa correlação (Roukema, Steyerberg, Meurs, Lei & Moll, 2006). Assim, no meu entender fica patente a necessidade de desenvolvimento da Triagem de Manchester para uma melhor adequação à população pediátrica, de modo a torná-la efetivamente mais eficaz, no que diz respeito às situações menos graves.

O momento da triagem constitui o primeiro contacto que a criança e a sua família têm com a equipa de enfermagem. É, normalmente, um contacto rápido, no qual a informação recolhida é traduzida numa prioridade clínica. A relação terapêutica é estabelecida neste momento entre a criança, família e enfermeiro, com recurso à observação e à comunicação (verbal e não verbal) eficaz, mostrando disponibilidade e possibilitando a exposição das preocupações e necessidades. A triagem pediátrica deve ser, por estes motivos, realizada por enfermeiros especialistas em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e/ou vasta experiência na área da urgência pediátrica (preferencialmente dois anos ou mais) capaz de reconhecer uma criança gravemente doente. Os instintos são importantes, especialmente na avaliação de lactentes (Warren, Jarvis, LeBlanc, Gravel & CTAS National Worling Group, 2008).

Verifiquei durante a permanência na UP, corroborando a minha prática diária, que muitas das idas à urgência pelas crianças e famílias não correspondem a situações de real emergência, sendo que, muitas vezes o que é considerado uma emergência para as famílias não é efetivamente uma emergência médica (Sanders, 2014).

Da minha experiência e da observação, durante o EC na UP, reconheço que a identificação e encaminhamento das crianças e famílias, nomeadamente, em situação de emergência, para um espaço equipado com material de suporte avançado de vida, normalmente, denominada sala de reanimação, ocorre de forma eficaz. No entanto verificam-

se algumas limitações funcionais e organizacionais que podem atrasar o atendimento de crianças emergentes, de que são exemplo, a não existência de uma entrada da rua diretamente para a sala de reanimação, ou de um espaço destinado à entrada das crianças em ambulância. Este facto vai contra o definido pelas Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências da Administração Central do Sistema de Saúde (2015) e da necessidade de melhoria da organização dos cuidados e da experiência da equipa multidisciplinar.

Ainda neste contexto de UP, pude verificar, que tal como na minha experiência diária, algumas crianças com situações emergentes são observadas na sala de tratamentos, por ser um local de fácil acesso pelas famílias, que nem sempre reconhecem os sinais de gravidade. Felizmente para as crianças e suas famílias, não foram acolhidas crianças em situação de emergência na sala de reanimação durante a minha permanência no contexto. No entanto, tive oportunidade de prestar cuidados especializados à criança e família já hemodinamicamente estáveis, em contexto de emergências respiratórias, de que são exemplo asma agudizada e bronquiolites com insuficiência respiratória grave associada, emergências neurológicas, como a convulsão, e, emergências metabólicas, como cetoacidose diabética. Da vivência da experiência com uma criança de 2 anos, com diagnóstico de cetoacidose diabética que esteve internada em SO, emergiu um Jornal de Aprendizagem (Apêndice VI – Jornal de Aprendizagem: A criança com Diabetes descompensada e a sua família - intervenção especializada de enfermagem).

Normalmente, nos serviços de UP, as crianças em situação de emergência entram diretamente para a sala de reanimação. Sendo que as restantes são então triadas, nas salas definidas para o efeito, após realizarem a admissão e encaminhadas de acordo com o grau de prioridade. Normalmente, após a reanimação ou evento crítico, a criança é encaminhada para a Sala de Observação (SO) ou para a UCI, dependendo do nível de cuidados que exija.

Relativamente à presença da família na sala de reanimação da UP, após a observação e conversas informais com vários enfermeiros e com a chefia direta, verifica-se que não existe rácio suficiente para ser destacado um elemento para acompanhar o familiar, nem espaço físico. A partir do momento que a criança está estável hemodinamicamente pede-se aos familiares para entrarem dentro da sala de reanimação onde são explicados os procedimentos já executados. No entanto, é de ressaltar, que o principal objetivo dos cuidados de enfermagem deve ser prevenir a separação dos familiares (Sanders, 2014).

Na UCI, deste EC, a presença da família durante um procedimento invasivo é permitida, quando a criança estava hemodinamicamente estável, sendo que em situações de

reanimação e dada a estrutura física da unidade, com várias camas dentro da mesma sala, é solicitado a que todos os familiares se ausentem.

No entanto experienciei momentos críticos, nomeadamente de reanimação, na UCI, de uma bebé, com um mês e meio, com diagnóstico de uma laringomalácia de grau IV, onde consegui verificar que a equipa atua de forma organizada e atempada, sendo que no final se preocupa em explicar à família toda a ocorrência, acalmando-a e confortando-a. Da vivência da experiência desta experiência emergiu um Jornal de Aprendizagem (Apêndice VII – Jornal de Aprendizagem: A criança e a sua família com necessidade de SAVP - intervenção especializada de enfermagem). O facto de uma reanimação ocorrer em ambiente de UCI tornou-se mais facilitador, pois a equipa já tem conhecimento dos antecedentes e da condição clínica da criança e de estar continuamente monitorizada. Ao invés, na UP, a criança normalmente, entra diretamente da rua, pelo que, apenas temos conhecimento da condição clínica atual. Neste contexto, é fundamental a colaboração dos familiares, no sentido de recolher dados sobre a história de doença anterior e da doença atual.

Verifiquei durante a realização da formação de SAVP a omissão do sistema familiar como elemento integrante na reanimação pediátrica, bem como, durante o EC, experienciei momentos em que era solicitado aos familiares que saíssem da sala, ficando no corredor, ou junto às portas da sala de reanimação/SO/UCI, sem qualquer apoio até que a situação fosse resolvida, suportando-se noutros familiares enquanto aguardavam notícias sobre o seu filho. Sendo que, a permissão para a presença dos pais perante uma situação de emergência na sala de reanimação, depende dos ideais de cada profissional de saúde, não existindo uma norma que regule esta situação.

Desta forma, e no sentido de desenvolver intervenções promotoras da presença dos pais na sala de reanimação delinee uma proposta de protocolo para a presença da família em situação de reanimação, aplicável, tanto em ambiente de UP, como de UCI. (Apêndice V - Procedimento: Presença da Família durante a Reanimação Pediátrica ou Realização de Procedimentos Invasivos).

De acordo com ERC (2015), quando os pais estão na sala de reanimação, um membro da equipa de reanimação deve ser alocado a eles, no sentido de explicar o processo de maneira empática, assegurando que estes não interferem ou distraem o procedimento. Se a presença dos familiares impedir o progresso da reanimação, estes devem ser convidados a sair. A ERC defende ainda que o contato físico com a criança deve ser permitido, sempre que possível, e que os familiares devem ter permissão para ficar com as crianças nos momentos finais. É a

equipa de reanimação que deve decidir quando parar, e estas informações devem ser fornecidas com sensibilidade e compreensão. No final a equipa deve fazer um debriefing, para permitir que quais preocupações sejam expressas e para que possa ser feita uma reflexão sobre a prática (Maconochiea, Bingham, Eichc, López-Herce, Rodríguez-Núnes, Rajkaf, Van, Zindemanh & Biarent, 2015).

Importante ressaltar que a avaliação e aplicabilidade do protocolo deve ser realizada caso a caso, visto existirem aspetos negativos.

A abordagem à criança em caso de PCR neste hospital é realizada de acordo com as *guidelines* da ERC. Os algoritmos de PCR encontram-se afixados na sala de reanimação e junto do carro de reanimação da UCI. O que permitem a toda a equipa facilidade na consulta. Verifica-se em momentos de crise, que o algoritmo não é seguido pela ordem, pelo que é fundamental formar as equipas e simular situações em contexto de trabalho, para diminuir o *stress* dos profissionais nesses momentos.

Outro aspecto que pude observar durante o EC, e que considero bastante positivo permitindo a prestação de cuidados segura, foi que todos os carros de reanimação do hospital são organizados e estruturados de igual forma, o que permite segurança na abordagem à criança gravemente doente, tal como é preconizado pela Norma da DGS N° 008/2011, e defendido por Knobel (2006).

Foi muito importante experienciar momentos em que foi necessário a referenciação de crianças na UP para outros serviços e hospitais, nomeadamente, no que diz respeito à observação por determinadas especialidades, bem como com o pré-hospitalar e com o Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP). O TIP faz parte da cadeia de sobrevivência das crianças gravemente doentes (Sociedade Portuguesa de Pediatria - SPP, 2017). De acordo com o INEM (2012), está previsto o acompanhamento de criança por um adulto conhecido, geralmente os pais, pois acalma a criança e permite o transporte em melhores condições.

A transferência de crianças entre unidades hospitalares obedece a uma *checklist* de transferência disponível no hospital, bem organizada, que engloba a comunicação de transição. Sendo que não existe uma escala de transporte pediátrico que defina o nível de cuidados necessários à realização do transporte, é utilizada uma adaptação das recomendações da SPCI de 2008 na tomada de decisão.

Durante o EC foi-me possível, quando a situação de emergência não era fatal, focar a admissão da família em alguns componentes essenciais, estabelecendo uma relação terapêutica com a criança e família, apresentando-me e comunicando informações sobre o

estado geral da criança quando solicitado e em linguagem adequada e dirigida, orientando-os no espaço, realizando a história de admissão de enfermagem, com recurso a avaliação inicial de enfermagem, utilizada em ambos os contextos de EC e semelhante a utilizada no meu serviço, preparar a criança para diversos procedimentos, e explicar antecipadamente os mesmos, avaliar e controlar a dor, reconhecendo que grande parte das crianças não tem a mesma capacidade de comunicação que um adulto, e que algumas delas se encontravam em coma ou sedo-analgesadas e mesmo assim terem dor.

Uma das intervenções autónomas de enfermagem mais importantes no meu entender, e que permitem o início da relação terapêutica, promotora de confiança da criança e família (Jorge, 2004), e focam a CCF, com o estabelecimento de parceria dos cuidados (Alves, 2015), está relacionada com o acolhimento da criança e família aos serviços. Tanto na UP como na UCI, estão bem definidos métodos de acolhimento, com recurso a cartazes e folhetos que são entregues à família no momento da admissão e da apresentação da equipa de cuidados, em SO ou no internamento na UCI. O acolhimento e a integração da família nos cuidados irão permitir, nomeadamente aos pais, “a aquisição de segurança no desempenho do seu papel durante a hospitalização e, desta forma, auxiliarem a equipa de enfermagem, quer no planeamento de cuidados quer na prestação dos mesmos à criança hospitalizada” (Santos, 2012, p. 28).

Nestes guias de acolhimento são fornecidas informações relacionadas com o espaço físico do serviço, as normas e as rotinas de funcionamento (horários da alimentação, horários das visitas, local onde a família pode permanecer, regras de segurança, bem-estar, conforto e alta), contactos, que permitem potenciar sentimentos de controlo da situação, diminuindo dúvidas, que estão presentes nesta fase de adaptação à hospitalização (Santos, 2012; Mendes, 2013; Béranger et al., 2017). A informação escrita traduzida nestes guias é fundamental para clarificar a mensagem verbal transmitida durante o acolhimento (Aldrige, 2005).

O acolhimento visa essencialmente apoiar a criança e família, transmitir segurança, diminuir sentimentos negativos que possam surgir no decorrer da hospitalização, de dar oportunidade ao enfermeiro para desmistificar alguns aspetos que os preocupam relativamente ao processo de hospitalização ou funcionamento do serviço (Alves, 2015). É, também neste momento que se clarificam as necessidades, expectativas e objetivos da criança e família (Jorge, 2004).

A participação da família nos cuidados e na tomada de decisão é promovida quando as informações são transmitidas de forma clara, orientada, completa e no momento oportuno (Jorge, 2004).

Ao longo do EC, a minha preocupação em conhecer a criança de forma a estabelecer uma rotina que mantenha alguma semelhança com eventos diários, através das questões dirigidas à família, promoveu o estabelecimento da relação de confiança e de parceria nos cuidados.

A informação é um dos direitos da criança hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 2008) e um dever inerente ao exercício profissional do enfermeiro, previsto no artigo 84º do Código Deontológico (OE, 2015).

O fornecimento de informações, adequadas às necessidades da família foi uma preocupação constante em todos os contextos de cuidados, no sentido da capacitação da família para a tomada de decisão consciente e informada relativamente aos cuidados à criança, tendo sido uma situação reveladora de tal, uma ocorrência no contexto de UP, no momento de uma punção venosa de um bebé de 7 dias. Perante a dificuldade na concretização da intervenção pela equipa de enfermagem presente e a instabilidade emocional dos pais, foi necessário solicitar aos pais que se ausentassem da sala de tratamentos e que aguardassem a equipa de enfermagem. A punção venosa, da minha experiência, é um procedimento muito doloroso para os pais/familiares e aquando da necessidade de múltiplas punções um procedimento muito angustiante para nós, enquanto enfermeiros, que nos causa um imenso *stress* emocional (Diogo, 2012). Devido à dificuldade em colocar o acesso no local habitual (membros superiores e inferiores), foi discutida entre a equipa de enfermagem presente, e ponderada a necessidade de colocar um acesso epicraniano para a realização de colheitas de sangue e administração de antipiréticos, pois esta criança vinha à UP, no contexto de febre a esclarecer e que não cedia a antipiréxia, a acrescentar encontrava-se sem via oral. Devido também a necessidade emergente da realização do procedimento não foram usadas estratégias farmacológicas tópicas de controlo da dor (por exemplo, anestésicos locais, como o *Eutectic Mixture of Local Anesthetic - EMLA*), apenas foi fornecida solução glicosada a 30% na chucha. O recurso a esta intervenção não farmacológica, nomeadamente, substâncias adocicadas por via oral, tem sido recomendada para o controlo da dor aguda em RN submetidos a experiências dolorosas (Linhares & Doca, 2010; Reis, 2009). A colocação de um acesso venoso epicraniano implica alterações na imagem corporal da criança, nomeadamente rapar o cabelo, por isso, os familiares devem ser preparados para o que vão

encontrar, antes de se encontrarem com a criança. Assim, após o procedimento, informamos a família do que tínhamos efetuado e preparámo-los para o que iam encontrar. “A orientação após o evento tem valor terapêutico.” (Sanders, 2014, p. 1055).

Outro aspeto importante a considerar na prestação de cuidados à criança é a avaliação e controlo da dor como 5º Sinal Vital. De acordo com a DGS (2003, p. 1), a dor “é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde”. As crianças sentem dor, e quando não são tratadas há um aumento da morbilidade e da mortalidade e hiperalgesia, podendo existir um impacto negativo no desenvolvimento (Zempsky & Schechter, 2003).

A ansiedade e o comportamento dos pais perante a experiência global que a criança tem da dor, influencia a avaliação da dor (Under, Stacy & Lough, 2006).

Está procedimentado no hospital em questão que existem momentos de avaliação da dor específicos, nomeadamente antes de qualquer procedimento, no momento do procedimento e cinco minutos após o procedimento. São utilizadas diferentes escalas de avaliação da dor. No que diz respeito a crianças com capacidade de verbalização, é utilizada a escala visual numérica ou a escala de Faces de Wong e Baker, para as crianças que não tem capacidade de verbalização é utilizada a escala de FLACC - “Face, Legs, Activity, Cry, Consolability”.

Verificam-se, no entanto, algumas lacunas do que diz respeito ao registo da intensidade da dor. Apesar de avaliada, a intervenção não é muitas vezes traduzida nos registos de enfermagem nos três momentos preconizados, muito conseqüente do tempo disponível para a realização do registo.

Na UCI os pais/familiares são envolvidos nos cuidados à criança, como uma continuação dos cuidados prestados em casa. É algo que vai ocorrendo de forma natural. De acordo com Casey (1995), os pais são a maior influência na saúde e no bem-estar da criança, fornecem suporte e segurança com a perícia necessária para promover e assegurar o bem-estar da criança, garantido uma abordagem com base na parceria de cuidados.

Tive oportunidade de preparar os pais para a mudança de papel e identificar formas destes participarem e partilharem os cuidados diretos à criança, sem ficarem sobrecarregados com responsabilidades, nomeadamente com a ajuda no banho, na alimentação, avaliação de temperatura, promoção da segurança, entretenimento da criança e na ajuda durante alguns procedimentos. Escutando as suas emoções e preocupações, tentando identificar as suas necessidades e avaliando as intervenções a realizar para ultrapassar essas necessidades. No

sentido de dar respostas com sentido e apropriadas ao cliente, o enfermeiro deve estar preparado e disponível para experienciar ou partilhar o sofrimento dos outros (Diogo, 2012).

Desta forma, foi importante a clarificação e compreensão dos hábitos e das preferências da criança e da família, no que diz respeito, por exemplo, as horas de terapêutica habitual do domicílio, como gosta de ingerir os alimentos, entre outras, com vista a uma melhor adequação dos cuidados de enfermagem à individualidade, às necessidades e aos desejos de cada sistema familiar (Sousa, 2012). Segundo, Curtis, Foster, Mitchell & Van (2015), os pais a quem é questionada a sua opinião sobre as características da criança ou sobre a permissão para a realização de alguns cuidados, sentem-se mais confortáveis e integrados nos cuidados.

“Podemos dizer que na parceria é enfatizada a importância dos pais para o desenvolvimento integral da criança, mas para o desenvolvimento do próprio cuidado também. É valorizada a parentalidade no processo de cuidar.” (Mendes & Martins, 2012).

A negociação na UCI revelou-se fundamental no estabelecimento dos cuidados em parceria, através do incentivo à presença da família nos momentos em que podia ser envolvida e participar nos cuidados aos mais diversos níveis, desde a higiene, a alimentação, entre outras (Askin & Wilson, 2014).

O internamento na UCI é normalmente prolongado e a presença dos pais é contínua. Muitas das crianças internadas viviam fora da área da grande Lisboa, sendo que, a permanência dos pais era a tempo integral. Verifiquei muitas vezes mães exaustas, que apenas faziam pequenas fugas a casa. Observei muitas vezes a negociação da permanência das mães e o incentivo dos enfermeiros a que estas fossem para casa, garantindo disponibilidade telefónica de informação e para o esclarecimento da condição da criança. Considerei da minha observação que os enfermeiros recém-licenciados focam a sua preocupação na componente técnica e tecnológica, sendo que os enfermeiros mais experientes têm um olhar mais abrangente e se englobam também a componente emocional às suas preocupações na prestação de cuidados.

O ambiente de UCI é altamente complexo e tecnológico, com disposição de uma quantidade enorme de equipamentos (ventiladores, bombas e seringas infusoras, *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation* - ECMO, hemodiálise, entre outros) e onde se realizaram vários procedimentos, o que leva a que muitos enfermeiros no início da sua carreira se prendam aos aspetos técnicos dos procedimentos. De acordo com Benner (2001), a enfermeira perita centra-se no problema central da pessoa, não descorando os instrumentos

para manter as funções vitais da criança, vai mais além, confortando as famílias com recurso à comunicação e demonstrando a sua disponibilidade. Este ambiente parece condicionar o estabelecimento dos CCF, tanto por parte da família como por parte dos profissionais, por ser gerador de imensa ansiedade pelos *stressores* inerentes ao internamente de uma criança em situação de emergência (Slota, 2013; Sanders, 2014), relacionados com o medo da perda, alterações da aparência da criança, condições inerentes à gravidade da doente, entre outros (Aldridge, 2005; Slota, 2013; Kumar & Avabratha, 2015; Foster et. al, 2017).

Um dos vetores fundamentais identificado, para a prestação de cuidados à criança e família em situação de emergência, foi a comunicação. Existem muitos fatores que influenciam a comunicação. Para ser eficaz, a comunicação, deve ser apropriada à situação, adequada, oportuna e clara, nomeadamente às características do meio envolvente (Hockenberry, 2014).

A utilização da comunicação como elemento crucial no estabelecimento da relação terapêutica, desenvolveu-se ao longo de todo o EC, nomeadamente em situações que são exemplo, da minha apresentação às famílias pelo meu nome e pela minha preocupação em conhecer o nome dos elementos da família e o nome pelo qual a criança gosta de ser chamada.

No contexto de UP a comunicação revela-se também fundamental, uma vez que não existe relação prévia entre o enfermeiro, a criança e a sua família, permitindo a criação de um ambiente de proximidade e confiança

Em contexto de UCI, a comunicação permitiu abordar a perspetiva da criança e da família; compreender as crianças e famílias dentro do seu contexto psicossocial; envolver as crianças e famílias nos cuidados, na medida que o desejarem; alcançar uma compreensão compartilhada do problema e concordar com um plano de tratamento; e tomar decisões baseadas na melhor evidência científica, consiste com os valores da criança e família.

O estabelecimento da relação terapêutica e de uma comunicação eficaz integram as intervenções ao nível da prevenção secundária e terciária, nos contextos de UCI e UP, pois contribuem para o fortalecimento das linhas internas de resistência e para aumentar o seu restabelecimento, após o *stressor* atingir o sistema (Neuman, 2011; Lawson, 2014).

A compreensão das características de cada estágio de desenvolvimento da criança, do desenvolvimento da linguagem e do pensamento foram um elemento facilitador da comunicação. O brincar é uma intervenção autónoma de enfermagem que reduz as consequências negativas da hospitalização. A utilização do brincar foi uma importante forma de comunicação com as crianças nos mais diversos estádios de desenvolvimento, sendo que a

brincadeira é a linguagem universal das crianças. Assim, o recurso à brincadeira e a técnicas de comunicação adequadas à idade das crianças permitiu a prestação de CCF, minimizando o desconforto psicológico e físico vivido pelas crianças e família (Sanders, 2014).

As estratégias de comunicação mobilizadas com a criança, durante o EC, foram essencialmente o toque, a contenção, o falar em tom de voz calmo, o cantar canções de embalar ou o incentivo à sucção não nutritiva e nutritiva, através da amamentação, entre outros. De acordo com Hockenberry (2014), as medidas como o abraço, o toque ou o tom da voz tem um efeito tranquilizador e confortante, tendo-se revelado benéficas aquando da necessidade de procedimentos doloroso, enquanto medida não farmacológica de alívio da mesma.

Recordo uma situação vivida em contexto de UCI, com um recém-nascido de 18 dias, com diagnóstico de fibrose quística com necessidade de ventilação mecânica não invasiva, com recurso a ventilação espontânea em pressão positiva contínua (CPAP). A utilização deste dispositivo de ventilação dificultou, durante os primeiros dias, a prestação de cuidados pelos pais. Para estes, o dispositivo tornou-se um obstáculo para pegar a criança ao colo. No sentido de promover o vínculo e diminuir a separação dos pais, foi explicado aos pais todo o equipamento de ventilação e a técnica para sem dificuldade pegarem a criança ao colo e lhe prestarem cuidados, sem terem medo de prejudicar a sua situação clínica, foi demonstrada a utilização do insuflador manual, que se encontra junto à cabeceira da criança, e reforçada a existência de equipa multidisciplinar em permanência naquele serviço. Foi também, fomentado a utilização do toque e incentivados os pais a trazerem bonecos de casa ou mantas com o seu cheiro para colocarem na cama da criança. Os pais adotaram a estratégia proposta pela equipa, e, trouxeram de casa, um peluche que emitia música e que proporcionava conforto à criança e a acalmava.

Os lactentes necessitam de conforto e segurança, através de objetos significativos ou familiares (cobertores, brinquedos, entre outras) que poderão contribuir para promover um ambiente mais familiar e aumentar a adaptação da criança à separação uma vez que estes são como a ligação com a sua casa e o mundo exterior ao hospital (Sanders, 2014).

A intervenção desenvolvida foi de prevenção secundária segundo Neuman (2011) e Lawson (2014), tendo-se revelado muito eficaz na minimização dos stressores decorrentes da separação, acalmando e tranquilizando a criança quando estava mais chorosa.

Podemos tornar a experiência da hospitalização menos angustiante para os pais, promovendo oportunidades e encorajando-os a cuidar dos seus filhos, através de orientação (Cleveland, 2008; Askin & Wilson, 2014).

O acontecimento súbito, a gravidade da situação, a aparência da criança ou a presença de dispositivos de monitorização invasiva podem influenciar o envolvimento e a participação da família nos cuidados (Aldrige, 2005). Desta forma, conseguimos reduzir os fatores de *stress* da família relacionados com a hospitalização daquela criança, garantindo não só o seu bem-estar, como o da família.

Na UP, e decorrente das normas de controlo de infeção intra-hospitalar e de ser um acontecimento súbito, que não permite aos pais prepararem-se, existem poucos brinquedos ou material, que possam ser utilizados como recurso de comunicação com a criança. Neste contexto foram mobilizadas outras estratégias de comunicação como contar histórias e a criação de brinquedos com a criança recorrendo a material do serviço.

Embora em contexto de UP e UCI, o ambiente acolhedor possa ser por vezes negligenciado (Sanders, 2014), foram observadas medidas promotoras da comunicação, da relação e do desenvolvimento de sentimentos agradáveis, nomeadamente a disponibilização de televisão e acesso à internet gratuito que facilitavam o recurso a meios tecnológicos e lúdicos, tao valorizados pelas crianças atualmente.

“Os enfermeiros promovem um ambiente seguro e afetuoso através de um ambiente hospitalar humanizado, associado ao ambiente físico, pois ambos têm uma influência muito grande entre si e na transformação da emocionalidade vivida pelos clientes.” (Diogo, 2012, p. 178).

Durante o EC, tive oportunidade de desenvolver competências relacionadas com a liderança e gestão dos cuidados de enfermagem, pois ambos os orientadores eram chefes de equipa, permitindo-me perceber as dinâmicas de delegação das equipas, a gestão de recursos materiais e supervisão dos cuidados. Uma boa gestão e organização dos cuidados permite a prestação de cuidados altamente especializados às crianças e suas famílias durante o EC, desta forma é necessário que uma liderança eficaz. O enfermeiro chefe é um elemento-chave dentro da equipa de enfermagem para o funcionamento e eficaz organização, motivando a equipa que lidera, garantindo a qualidade dos cuidados que são prestados no serviço e alertando a equipa para uma prática de enfermagem de qualidade, estando também atento às necessidades dos doentes para os cuidados de enfermagem. (Fradique & Mendes, 2013).

De acordo com a *Global Leadership and Organizational Behavior Effectiveness* citado por Cunha et al. (2007, p. 332), a liderança é a capacidade de um indivíduo para influenciar, motivar e habilitar outros a contribuírem para a eficácia e sucesso das organizações de que são membros.

Apenas na UP, o enfermeiro chefe de equipa não fica responsável diretamente pela prestação de cuidados diretos às crianças e família. Na UCI, o enfermeiro chefe de equipa para além de assumir crianças nos turnos da tarde e da noite, presta este papel de líder, o que muitas vezes dificulta o trabalho e a organização.

Todos os dias no turno da manhã, o enfermeiro chefe de equipa da UP verifica a sala de reanimação, bem como na UCI, o chefe de equipa verifica o carro de reanimação. Considero que esta atividade limita a restante equipa em termos de atuação, e foi um tema debatido no contexto com os enfermeiros. Na minha consideração, todos os elementos devem ter contacto com o material da sala de reanimação, de modo a evitar que em caso necessidade se verifiquem dificuldades na localização e utilização do material disponível. Assim sendo, foi sugerido que sempre que possível, o chefe de equipa fizesse a revisão da sala de reanimação em conjunto com um dos seus elementos de forma rotativa.

Concluí, que tal como na minha unidade, os enfermeiros não são distribuídos antecipadamente na sala de reanimação, são apenas distribuídos pelos postos de trabalho ou a cada criança no início do turno. Ficando aqui aberto um caminho para o trabalho posterior para a realização de uma distribuição prévia no início de cada turno pelo enfermeiro chefe de equipa. Segundo a AHA (2010), os enfermeiros devem ser distribuídos, oralmente ou por escrito, por locais a ocupar numa reanimação. Esta distribuição prévia vai permitir que cada enfermeiro destacado para a sala de reanimação assuma uma posição e quais as funções que deve executar, evitando-se repetição de funções e permitindo aumentar a eficácia e eficiência durante os procedimentos

Em ambos os contextos de EC verifiquei uma lacuna nas dotações de enfermagem dos serviços, o que dificulta a gestão das tarefas diárias e o cumprimento de todos os objetivos organizacionais relacionados com os cuidados de saúde, no sentido de prestar cuidados de qualidade e com segurança.

De acordo com o ICN, as dotações seguras compreendem que quantidade adequada de profissionais deve estar disponível em qualquer momento, conciliando apropriados níveis de competências às necessidades de cuidado, assegurando qualidade e segurança.

Assim, e como preocupação global de todos os enfermeiros, o tema das dotações seguras faz emergir, em mim, um sentimento de angústia e impotência, por não conseguir prestar melhores cuidados, por não ter tempo para envolver as famílias, tempo para responder às suas dúvidas e antecipar algumas necessidades, por verificar, tal como na minha prática diária, que esta falta de recursos humanos compromete a qualidade e a segurança dos cuidados, devido ao cansaço extremo dos enfermeiros que prestam cuidados diariamente.

Verifiquei durante o EC que, mesmo em situação de emergência, os enfermeiros de ambos os contextos primam pelas boas práticas de segurança do doente, utilizando as metas no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (2015-2020) como referência. Por exemplo, no que diz respeito a identificação inequívoca, utilizando dois elementos de mensuração. Todas as crianças eram identificadas com pulseira de identificação com o seu nome completo, data de nascimento e número de processo. Sendo que a legibilidade das pulseiras era realizada diariamente, turno a turno, pelo enfermeiro responsável pela criança. Também no que diz respeito à Segurança do Medicamento, nesta unidade hospitalar cumprem-se os nove certos de preparação e administração terapêutica preconizados, sendo que se encontram afixadas estas diretrizes nas salas de trabalho de enfermagem. Na UCI, um exemplo, do trabalho da equipa de enfermagem na garantia da segurança do medicamento, foi a dupla verificação pela equipa de enfermagem no que diz respeito a preparação de concentrados de eletrólitos.

No mesmo hospital tive oportunidade e experienciar duas formas diferentes da realização de registos de enfermagem. Na UP os registos são realizados informaticamente, enquanto na UCI são ainda utilizados os registos manuais. Ambos os registos têm por base a utilização da CIPE.

A existência de registos, que incorporem as necessidades de cuidados dos indivíduos, as intervenções incrementadas e os resultados sensíveis a essas intervenções, são fundamentais para a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Os registos da sala de reanimação são realizados em documento em papel próprio definido para o efeito pela instituição e posteriormente são digitalizados para o processo informático.

Na prática diária clínica, os enfermeiros são o grupo profissional na área da saúde que mais informação clínica “produzem, processam, utilizam e disponibilizam nos sistemas de informação e de documentação sobre a saúde dos cidadãos” (Jesus, 2005, p. 46).

A OE considera que, tanto os sistemas de informação, como os registos eletrónicos, devem contemplar o uso obrigatório de classificações internacionais, sendo recomendada para

a Enfermagem a CIPE. Os registos informáticos oferecem maior segurança, maior facilidade de recuperação, utilização mais rápida e eficaz, evitam duplicações.

As atividades desenvolvidas ao longo dos diversos locais de estágio foram reveladoras do estabelecimento da parceria como um componente essencial dos CCF, mesmo em contextos de grande complexidade como é exemplo a UP e UCI, nas quais esta filosofia por vezes é dificultada pela pressão e *stress* (Curtis et al, 2016; Foster et. al, 2017).

O estabelecimento da parceria numa perspetiva de CCF foi fundamental para uma prática de cuidados de enfermagem holística (Coombs, Puntillo, Franck, Scruth, Harvey, Swoboda, & Davidson, 2017), uma oportunidade para a partilha de informação e um incentivo à participação da família, no processo de tomada de decisão e na definição do plano de cuidados mais adequado à criança que estamos a cuidar.

O acolhimento e conhecer a equipa multidisciplinar e multiprofissional dos serviços e das diferentes instruções de trabalho/protocolos dos serviços, conhecimento do sistema informático, perceção do material existente e dos locais de armazenamento contribuíram para que conseguisse atingir o objetivo proposto, bem como o desenvolvimento de práticas seguras e a prestação de cuidados de enfermagem altamente qualificados à criança e família em situação de emergência.

Em suma, através do EC foi possível a prestação de cuidados de enfermagem altamente especializados as crianças e famílias em situação de emergência em contexto de UP e UCI e contribuir para a humanização dos cuidados, através da satisfação das necessidades das famílias que constituem um elemento fundamental no CCF e na enfermagem pediátrica, da melhoria da qualidade dos cuidados prestados e de uma maior satisfação do cliente (Dudley et al. 2015; Béranger et al, 2017; Khan et. al, 2017; Manguy et al., 2018).

2.3. Planear um programa de intervenção de enfermagem à criança e família em situação de emergência.

O presente objetivo diz respeito a um conjunto de atividades desenvolvidas durante o EC e aplicáveis ao meu serviço, no sentido de estruturar a intervenção de enfermagem à criança e família em situação de emergência, através da construção de um documento com vista a atualização de conhecimentos e uniformização de procedimentos periodicamente no serviço – (Apêndice IV – Programa de Formação: Cuidar da Criança e da Família em situação de Emergência). Este programa não inclui a documentação de suporte relativa às diversas

temáticas abordadas dado a existência de material já desenvolvido sobre os temas, apenas serve como guia orientador das equipas para a constante necessidade de formação e para a sua responsabilização neste processo contínuo de melhoria da qualidade dos cuidados.

Durante o EC, na UCI, verifiquei, com ajuda do enfermeiro chefe, que nem todos os profissionais de saúde, especificamente os enfermeiros que trabalham na área da Pediatria, possuem cursos de formação especializada na área dos cuidados à criança e família em situação de emergência, e os que têm adquiriram-na com investimento pessoal. A ausência de práticas simuladas em contexto real de SAVP dificulta a prestação de cuidados de forma eficaz e eficiente, uma vez que a casuística de situações de emergência, como a reanimação é reduzida (Weinberg, Auerbach & Shah, 2009). Desta forma, emerge a necessidade de estruturar a intervenção de enfermagem através de procedimentos e de práticas simuladas em contexto real em equipa (Eppich, Branner & Hunt, 2008). A perícia vai ser adquirida com o treino frequente, para conseguirmos atuar e implementar intervenções rápidas e eficazes perante a criança e família em situação de emergência.

De acordo com a RCPCH (2012), os enfermeiros que trabalham em serviços com crianças em situação de emergência devem ser competentes em desenvolvimento fisiológico e psicológico das crianças e famílias, avaliação e monitorização de sinais vitais, avaliação e controlo da dor, preparação e administração de terapêutica e gestão de cuidados a criança gravemente doente. A RCPCH recomenda pelo menos um enfermeiro perito presente durante todo o tempo.

A utilização da simulação é uma atividade apelativa, que permite através da criação de ambientes fictícios a prática de procedimentos em condições realistas com aquisição de capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas (Broussard, Myers e Lemoine, 2009; Brikhoff e Donner, 2010), garantindo a segurança do doente em eventos semelhantes, permite que sejam cometidos erros e que se tornem oportunidades de aprendizagem (Broussard, Meyers e Lemoine, 2009; Amaral, 2010; Birkhoff e Donner, 2010). Aumenta a facilidade da utilização dos recursos técnicos durante situações reais, permitindo o foco da atenção seja o doente e não a tecnologia (Broussard, Meyers e Lemoine, 2009). O recurso à simulação como estratégia de aprendizagem permite o desenvolvimento do pensamento crítico e a aquisição de conhecimentos e capacidade técnicas e comportamentais (Kaddoura, 2010; Broussard, Meyers & Lemoine, 2009; Lindamood & Weinstock, 2011).

O INEM (2012) refere que as situações de emergências pediátricas são situações graves e complexas, emocionalmente exigentes, o que impõe uma atuação segura, e

tecnicamente adequada. A criança quando apresenta PCR é secundária à falência circulatória ou respiratória, e menos frequente a arritmias. O prognóstico da PCR na criança é muito negativo pelo que identificar as fases anteriores, nomeadamente sinais de insuficiência respiratória e choque, à paragem e intervir rapidamente pode salvar vidas.

A importância do treino da equipa no sentido de melhorar a sua *performance* é cada vez mais importante, usando a simulação como uma abordagem padrão. As práticas de simulação em contexto de trabalho permitem aumentar as oportunidades de aprendizagem para os profissionais. E, neste sentido, é fundamental serem otimizadas em programas de treino para melhorar os cuidados. (Lehmann, Seitz, Meyburg, Hoppe, Hoffman, Tonshoff & Huwendiek, 2019). A complexidade dos cuidados em pediatria “exige uma coordenação e colaboração perfeitas entre os membros da equipa multidisciplinar” (Birkhoff e Donner, 2010, p. 418). O recurso à simulação na prática clínica pediátrica representa uma estratégia inovadora de ensino e que permite aumentar a segurança da criança e das famílias em situação de emergência (Birkhoff e Donner, 2010, p. 418).

De acordo com a carreira de enfermagem definida pelo Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro no Art.º. 64, a formação em serviço deve satisfazer as necessidades de formação do pessoal de enfermagem e deve ser considerado um objetivo comum. Assim sendo, o planeamento anual da formação da equipa de enfermagem é uma prioridade.

De acordo com o REPE, é da responsabilidade do enfermeiro atuar utilizando “técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração...circulação” (OE, 1998). Desta forma, é dever do enfermeiro prestar cuidados de enfermagem à criança e família em situação de emergência, desenvolvendo estratégias que permitam a melhor atuação.

Assim, e, de acordo com a OE (2011), no regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, é da responsabilidade do enfermeiro ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade. Sendo a formação contínua fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados, pois, implica uma validação contínua das competências, englobando a teoria, prática e pensamento crítico, desenvolvi, com a ajuda dos meus enfermeiros orientadores, com a minha chefe de serviço e com o meu docente orientador um programa de formação contínua que permitirá desenvolver competências no cuidar da criança e família em situação de emergência através de práticas simuladas em contexto real (Apêndice V – Programa de Formação: Cuidar da Criança e da Família em situação de Emergência).

Para a realização do programa de formação (Apêndice V) foi fundamental o recurso à pesquisa bibliográfica já referida anteriormente, contributos dos diferentes contextos de EC e competências profissionais adquiridas durante o curso de formação de formadores (Anexo IV – Certificado do Curso de Formação de Formadores).

Pretende-se com o desenvolvimento do programa, aumentar a autoconfiança dos enfermeiros na prestação de cuidados à criança e família em situação de emergência, focando o apoio à família durante a reanimação ou realização de procedimentos invasivos, e, melhorar o planeamento dos cuidados, diminuindo o risco de erro (Amaral, 2010; Slota, 2013).

Também a AHA e ERC em 2015, mantêm patente a necessidade de aprendizagem por simulação, através dos cursos de SBVP e SAVP. Como referido anteriormente, estes cursos não são obrigatórios a todos os profissionais que contactam com crianças em situação de emergência, mas são recomendados a pelo menos um elemento, sendo que a sua validade tem apenas dois anos, durante as quais é imperativa a necessidade de atualização constante para que não sejam menosprezados aspetos fundamentais e sejam mantidas as competências (CPR, 2010). Nas *guidelines* 2010 do ERC, é referido que os conhecimentos e competências em SBV e SAV se deterioram em intervalos de seis meses a doze meses. Assim sendo, os programas de simulação periódica permitem manter os conhecimentos e as competências adquiridas pelos formandos, segundo alguns estudos por um período superior a 14 meses (Wayne, Didwania, Feinglass, Fudala, Barsuk e Mcgaghie, 2008).

De ressaltar, que relativamente ao tema da formação neste hospital onde foi desenvolvido o EC, esta é assegurada pelo centro de formação, sendo abordados diversos temas relacionados com a área do cuidar da criança e da família em situação de emergência. Importante ressaltar, que a formação em equipa é assegurada pelos enfermeiros dos próprios serviços, permitindo que as equipas interajam. Outro factor a ressaltar é a existência de um procedimento para a integração de novos enfermeiros, na UCI, que contempla a formação sobre a atuação em situação de emergência, bem como sobre prestação de cuidados de enfermagem a crianças com patologia específica, por exemplo: queimaduras, sépsis, politrauma, intoxicações, diabetes, hemodiafiltração, exsanguíneo-transfusão; plasmaferese; diálise peritoneal, utilização de óxido nítrico e morte. No entanto este procedimento não visa a reciclagem de conhecimentos e da formação, emergindo a necessidade da sua programação e planeamento, de forma adequada e que motive, eduque e comprometa os novos elementos a todo o processo (Slota, 2013).

Slota, 2013, afirma também que se não existirem programas de formação contínua bem desenvolvidos nas unidades de cuidados intensivos, os enfermeiros podem se sentir inseguros sobre os seus próprios conhecimentos e insatisfeitos com a falta de oportunidade. Durante o EC, na UCI, e através de informação fornecida pelo enfermeiro chefe, verificou-se que a maioria dos enfermeiros era recém-licenciado e não possuíam ainda formação em SBVP. Neste sentido, desenvolvi uma formação em SBVP e OVACE (Apêndice VIII –Plano da Sessão de formação de SBVP e OVACE), que teve como finalidade coordenar e estabelecer os conhecimentos e procedimentos básicos à criança e família em situação de emergência, melhorando a atuação da equipa no decorrer da reanimação, diminuindo-se os erros e apoiando a família.

Para a concretização desta formação utilizou-se o método expositivo, interrogativo e demonstrativo, com recurso a práticas simuladas, e aos modelos anatómicos disponíveis na unidade. Este permite a partilha de informação fundamentada, a observação e o treino de procedimentos. Após a exposição dos conteúdos em *powerpoint* (Apêndice IX), o grupo teve a oportunidade de aplicar o que aprendeu em dois manequins (bebé e adulto) previamente solicitados à unidade hospitalar.

A formação desenvolveu-se em duas sessões, nos dias 29 de Janeiro e dia 6 de Fevereiro de 2019, no sentido de conseguir chegar ao maior número de pessoas possível, tendo sido elaborado previamente um plano de sessão que teve em conta o grupo, o objetivo já descrito, os métodos e os recursos utilizados, bem como o documento de avaliação da sessão, cujo cartaz de divulgação e o planeamento da sessão se encontram no Apêndice X e VIII.

Dado que o tempo concedido para a realização da formação era limitado, cerca de duas horas, tive de efetuar uma seleção criteriosa do conteúdo, com a ajuda da minha enfermeira orientadora.

No início da formação foi distribuído por cada formando um algoritmo de SBVP em formato papel (Apêndice XI), desenvolvido com base na literatura da AHA e do INEM, facilitando-se o reconhecimento e organização de cada etapa durante a formação. A sessão foi dividida em três momentos, correspondendo o primeiro à exposição teórica sobre as principais causas de PCR, algoritmo de SVBP e a ativação do INEM e algoritmo de OVACE. O segundo momento correspondeu a avaliação sumativa com duas simulações de casos práticos, uma no bebé – (Apêndice XII), outra no adolescente (Apêndice XIII), com utilização de manequins que solicitei previamente ao hospital, contando com a presença e apoio da minha

enfermeira orientadora da UCI, também ela formadora de SBVP. Por último, foi proporcionado um momento de partilha de experiências e uma avaliação formativa, com a verificação de conhecimentos através de um mini teste escrito aos formandos (Apêndice XIX).

O *feedback* foi bastante positivo, tendo a formação correspondido às necessidades manifestadas pela equipa, no geral e na avaliação proporcionada sobre o curso (Apêndice XIV). Os formandos relataram que os objetivos foram cumpridos, referindo que a formação deveria ter um tempo alargado, com a possibilidade de realizar um maior número de simulações. No que diz respeito aos meios e técnicas audiovisuais utilizados e a documentação fornecida, todos os formandos consideram estes aspetos adequados.

Uma componente importante deste momento formativo foi a partilha de experiências, o esclarecimento de dúvidas, trabalhando-se não só as questões técnicas e científicas, como também as emoções e dilemas éticos que estão presentes durante uma PCR numa criança.

Em suma, o treino da equipa de saúde é fundamental para a prestação de cuidados de elevada qualidade à criança e à sua família em situação de emergência, e revela-se um momento no qual a equipa aumenta a segurança nas suas intervenções, a sua coordenação e da sua adequação. Por isso a realização de formações deste cariz deve fazer parte dos planos anuais de formação das unidades prestadoras de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório representa o meu percurso formativo no desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem à PSC e permitiu-me tomar consciência do meu desempenho durante o EC, das minhas principais preocupações e das minhas limitações, promovendo o meu crescimento profissional e pessoal, através da reflexão constante e sistematizada sobre a prática, prestando cuidados de qualidade a par de uma equipa experiente e diferenciada.

A busca pela prática reflexiva na enfermagem assumiu-se preponderante ao nível da minha aprendizagem profissional e na apropriação e síntese do meu trabalho.

Os enfermeiros estão empenhados em prestar cuidados de alta qualidade que respondam às necessidades dos seus doentes, mas é no identificar e, de facto, no reconhecer do que constitui alta qualidade que reside o desafio. Reconhece-se que já não é aceitável uma prática puramente baseada na tradição. A prática deve ser continuamente revista, continuamente questionada e, quando apropriado, há que tomar decisões baseadas na evidência disponível. Assim, é imprescindível que todos os enfermeiros sejam ativos para o seu desenvolvimento profissional, através da formação contínua.

Refletindo sobre o meu percurso, considero que os objetivos planeados foram atingidos com sucesso, possibilitando o desenvolvimento e aprofundamento de competências científicas, técnicas e relacionais, nomeadamente, no desenvolvimento da relação terapêutica e na interação com a equipa multidisciplinar, assentes nos princípios éticos e deontológicos da profissão e assentes nos modelos orientadores dos cuidados de enfermagem. Destaco o modelo de sistemas de Betty Neuman, Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem por Patrícia Benner e o modelo de CCF, como elementos fundamentais ao meu percurso, orientando o meu pensamento e a minha prática diária de cuidados.

Relativamente às limitações que senti durante este percurso, destaco a gestão do tempo, a estrutura físicas dos serviços, a baixa casuística de criança em situação de emergência na sala de reanimação, o número de páginas para o desenvolvimento do projeto, pouca literatura nacional sobre o tema da “Presença da família em situação de reanimação”, dificuldade em transcrever para palavras todas as situações vividas durante o EC de forma clara e fidedigna com o espelho de todos os sentimentos.

As crianças são únicas em muitos aspetos quando comparadas com a população adulta, particularmente em situações de emergência. Existem muitos desafios que a equipa multidisciplinar enfrenta a cuidar desta população tão específica, desde o momento da sua admissão e durante todos os procedimentos. O foco na formação contínua é essencial.

Importa reforçar que, reconhecer a família como um elemento integrante no planeamento e na tomada de decisão relativamente aos cuidados é fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados à criança e família em situação de emergência.

Muitas vezes, focamo-nos apenas nos aspetos negativos e nos *stressores* de cuidar de uma criança em situação crítica, mas esquecemo-nos do quão gratificante é ajudar estas crianças e famílias a ultrapassar uma situação particularmente difícil e muitas vezes devastadora, partilhando sentimentos.

Apesar de ser um tema contemporâneo, de todas as recomendações e estudos já realizados, este é gerador de controvérsia no seio das equipas de enfermagem devendo ser alvo de reflexão no seio das mesmas. Ultrapassa o seio da enfermagem, uma vez que os procedimentos invasivos e as situações de emergência incluem frequentemente outros elementos da equipa multidisciplinar. É necessário incentivar a investigação sobre o tema, a fim de fornecer mais informação aos profissionais para modificarem a sua prática, e no sentido de serem tomadas posições e linhas orientadoras por parte das associações de profissionais dos contextos de cuidados. Finalmente, é necessário incutir nos profissionais, a importância da presença da família junto da criança em situação crítica, e da possibilidade de a família escolher estar presente ou não.

Estando eu perfeitamente consciente que os desafios colocados no cuidar à criança e família são muitos, mas que é fundamental a promoção dos CCF neste contexto, considero que o contributo do projeto permitirá uma melhoria contínua na qualidade dos cuidados de enfermagem.

O meu percurso de aprendizagem não está todavia terminado, assim sendo, como perspetivas futuras, pretendo continuar a pesquisa da melhor evidência para sustentar as minhas práticas, melhorar e expandir o programa de formação elaborado a todas as unidades do grupo onde exerço funções e validar o procedimento desenvolvido sobre a Presença da família durante a Reanimação Pediátrica ou Realização de Procedimentos Invasivos para a minha instituição, com o intuito de melhorar a prestação de cuidados de enfermagem às crianças e suas famílias que se encontram em situação de emergência.

Em suma, ser EEEPSC representa prestar cuidados altamente especializados à criança e família em situação de emergência com competência e compromisso. Pretendo que o meu percurso até aqui alcançado represente uma melhoria efetiva na melhoria dos cuidados, por mim prestados, baseada na evidência científica dignificando os cuidados de enfermagem e a nossa profissão.

Assim, como enfermeira especialista pretendo dar continuidade ao meu projeto pessoal e profissional de desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas, continuar a prestar cuidados de elevada qualidade e diferenciação a todas as pessoas, garantir a segurança e a humanização dos cuidados, focando as necessidades e expectativas das crianças e respectivas famílias, sempre alicerçado na melhor e mais recente evidência científica, no respeito pelos valores humanos e pelo superior interesse da criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. Departamento de Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde, Unidade de instalações e equipamentos.
- Alarcão, I. (2002). Escola reflexiva e desenvolvimento institucional. Que novas funções supervisivas? In J. Oliveira-Formosinho (Org.). *A supervisão na formação de professores* (pp. 217-238). Porto: Porto Editora.
- Aldrige, M. (2005). Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit One Unit's Experience. *Crit Care Nurse*, 25 (6). 40-50.
- Alves, J. (2015). *Oportunidades de parceira no cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde – a perspetiva dos pais*. (Tese de mestrado). Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.14/18056>.
- Amaral, J. (2010). Simulação e ensino-aprendizagem em Pediatria. 1ª Parte: Tópicos essenciais. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 41 (1). 44-50.
- American Academy of Pediatrics (2006). Policy Statement: Patient and Family Centered Care and the Role of the Emergency Physician Providing Care to a Child in the Emergency Department. *Pediatrics*. 118 (5). 2242-2244.
- American Academy of Pediatrics (2012) Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics*. 129 (2). 394-404.
- American Association of Critical-Care Nurses (2016). AACN practice alert: family presence during resuscitation and invasive procedures. *CriticalCareNurse*. 36 (1). 11-14
- American Heart Association (2012). *Suporte Avançado de Vida em Pediatria Manual do Profissional*. Brasil: Bandeirantes Soluções Gráficas LTDA.
- Andrade, T., Carvalho, F., Fernandes, A., Casanova, C. (2008) Triagem de Manchester na idade pediátrica – Estudo Inter-hospitalar. *Nascer e crescer*. XVII (1). 16-20.
- Askin, D. B. & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e a Família. In M. Hockenberry, D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed.) (Vol. I, Cap.10, pp.331-411). Loures: Lusociência.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspetiva desenvolvimentalista*. (2ª Ed.). Lisboa: Climepsi.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Benner, P. Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo Park: Calif. Addison-Wesley.
- Béranger, A.; Pierron, C.; Blaquat, L.; Jean, S. & Chappuy, H. (2017). Communication, informations et place des parents en réanimation polyvalente pédiatrique: revue de la littérature. *Archives de Pédiatrie*. 24 (3). 265-272.
- Biarent, D., Bingham, R., Alouini, S., Burda, G., Filipovic, B., Voorde, P. ... Zideman, D. (2010). *Suporte de vida pediátrico europeu*. (Campos, R., Félix, M., Gomes, E., Pereira, A., Pereira N., Pereira A. ... Carvalho, R., Trad). (3ªEd). Porto: Conselho Português de Ressuscitação (Tradução do original Manual European Paediatric Life Support, 3rd ed, 2010, Belgium: European Resuscitation Council
- Birkhoff, D. & Donner, C. (2010). Enhancing Pediatric Clinical Competency with High-Fidelity Simulation. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 41 (9). 418-423
- Broussard, L.; Myers, R. & Lemoine, J. (2009). Preparing pediatric nurses: The role of simulation-based learning. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*.32. 4-15.
- Bryczynski, K. (2002). Patricia Benner: De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. In. A, Tomey, M. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (5ª Edição). (185-207). Loures: Lusociência
- Burkhardt, M & Nathaniel, A. (1998). *Ethics & Issues In Contemporary Nursing*. New York: Delmar Publishers.
- Campbell, J. (2008) *International Trauma Life Support for Prehospital Care Provederes*. (6th Ed). New Jersey: Pearson Practice Hall.
- Canadian Association Of Emergency Physicians. (2011). *Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS)*. Canadá.
- Casey, A (1993). Development and Use of Partnership Model of Nursing Care. In: Glasper, E.A.; Tucher, A. *Advances in Child Health Nursing*. London: Sscutari
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: Influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*. 22 (6). 1058-106
- Cleveland, L. M. (2008). Parenting in the Neonatal Intensive Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37 (6). 666-691.
- Coats, H. Bourget, E., Starks, H., Lindhorst, T., Saiki-Craighill, S., Custis, J. Hays, R. & Doorenbos, A. (2018) Nurses' Reflections on Benefits and Challenges of Implementing Family-Centered Care in Pediatric Intensive Care Units. *American Association of Critical-Care Nurses*. 27 (1). 52-58.

- Conselho Português de Ressuscitação. (2010). *Recomendações 2010 para a Reanimação do European Resuscitation Council*. Porto: Conselho Português de Ressuscitação.
- Coombs, M., Puntillo, K. A., Franck, L., Scruth, E. A., Harvey, M.A., Swoboda, S. M. & Davidson, J. M. (2017). Implementing the SCCM Family-Centered Care Guidelines in Critical Care Nursing Practice. *AACN Advanced Critical Care*. 28 (2). 138- 147.
- Craig, J. & Smyth, R. (2004). *Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros*. Lisboa: Lusociência.
- Cross, J. (1993) Betty Neuman. In J. George. *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional*. (227-241). (4ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas
- Cunha, M.; Cunha, R.; Rego, A.; Neves, P. & Cabral-Cardoso, C. (2007). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. (6ª ed.). Damaia: Editora RH.
- Cunha, P. (2014). *Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências*. Belo Horizonte: Grupo Anima Educação.
- Curtis, K., Foster, K., Mitchell, R., & Van, C. (2015). Models of Care Delivery for Families of Critically Ill Children: An Integrative Review of International Literature. *Journal of Pediatric Nursing*. 31 (3). 330– 341.
- Dale, J.; Green, J., Reid, F., Glucksman, E. & Higgs, R. (1995). Primary care in the accident and emergency department: II. Comparison of general practitioners and hospital doctors. *BMJ*. 311, 427-430.
- Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro (1991). Regime Legal da Carreira de Enfermagem. *Diário da República* n.º 257/1991, Série I-A de 1991-11-08
- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril (1998). REPE Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Diário da República* n.º 93/1998, Série I-A de 1998-04-21.
- Despacho n.º 1400-A/2015. (2015). Ministério da Saúde 2015. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República*, 2.ª Série – N.º 28 – 10 de Fevereiro de 2015.
- Dill, K. & Gance-Cleveland, B. (2005). Family-Centered Care - With You until the End: Family Presence During Failed Resuscitation. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 10 (4). 204-207.
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: um Processo de metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Direção-Geral do Ensino Superior. (2008). *Descritores de Dublin*. Acedido em <http://www.dges.gov.pt/pt>

- Doyle, C.; Post, H.; Burney, R.; Maino, J.; Keefe, M. & Rhee, K. (1987). Family participation during resuscitation: An Opinion. *Annals of Emergency Medicine*. EUA. 16 (6). 673-675.
- Dudley, N.; Ackerman, A.; Brown, K. & Snow, S. (2015) Patient- and Family Centered Care of Children in the Emergency Department. *Pediatrics*. 135 (1). e255-e272.
- Durojaiye L. & O'Meara, M. (2002). Paediatric Emergency Medicine: A study of triage of paediatrics patients in Australia. *Emergency medicine*, 14 (5).67-76.
- Egging, D.; Crowley, M.; Arruda, T. Proehl, J.; Walker-Cillo, G.; Papa, A.; Li, S.; Walsh, J. & Bokholdt, M. (2011). Emergency nursing resource: family presence during invasive procedures and resuscitation in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*. 37 (5). 469-473.
- Eppich, W.; Brannem, M. & Hunt, A. (2008) Team Training: implications for emergency and critical care pediatric. *Current Opinion in Pediatrics*. 20. 255-260.
- ESEL (2010). Objetivos e competências do CMEPSC.
- European Association for Children in Hospital – EACH (2009). *Carta da Criança Hospitalizada (Anotações)*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Ferreira, C., Balbino, F., Balieiro, M. & Mandetta, M. (2014) Presença da família durante reanimação cardiopulmonar e procedimentos invasivos em crianças. *Revista Paulista de Pediatria*. 32 (1). 107-113.
- Ferreira, L., Melo, E., Reis, G. & Mellos, F. (2010). Validação e análise da precisão da versão em português do Needs of Parents Questionnaire. *Jornal de Pediatria*, 86 (3), 221-227.
- Fradique, M. & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. 10. 45-53.
- Freese, B. (2002). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In. A, Tomey, M. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (pp. 335-375). (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Gilmer, M. (2013). Chapter 3 Care of the Child with Life-Limiting Conditions and the Child's Family in the Pediatric Critical Care Unit. In M. F. Hazinski (Editor), *Nursing Care of The Critically Ill Child* (pp. 51 - 65). Missouri: Esevie.
- Grupo Português de Triagem (2009). *O Sistema de Triagem de Manchester e as Vias Verdes*.
- Hazinski, M. (2013). *Nursing Care of Critically Ill Child* (3º Edition). Missouri: Esevier
- Helmer, S., Smith R. & Dort, J. (2000). Family presence during trauma resuscitation: a survey of AAST and ENA members. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 48. 1015-1024.

- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *WONG. Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ª ed.). Lusociência: Loures.
- Hueckel. (2015). Chapter 22: Family-Centered Care of the Child During Illness and Hospitalization. In M. Hockenberry & D. Wilson (Ed.). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (pp. 864 – 882). Canada: Elsevier
- Hung, M. & Pang, S. (2011). Family Presence preference when patients are receiving resuscitation in an accident and emergency department. *Journal of Advanced Nursing*. 67(1). 56-67.
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. (4ª Ed.). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2012). *Normas, Emergências pediátricas e obstétricas TRICAS Manual TAS. Versão 2.0*. (1ª ed.).
- International Council of Nurses (2015). *CIPE: versão 2015: Classificação Internacional para a prática de enfermagem Edição Portuguesa*. Geneva: International Council Nurses.
- Jarvis, A. (1998). Parental presence during resuscitation: attitudes of staff on a paediatric intensive care unit. *Intensive Critical Care Nurse*. 14. 3-7.
- Jesus, É. (2005). Da Importância da informação e dos sistemas de informação de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*. 19. 46-50.
- Johns, C. (2000). *Being and Becoming a Reflective Practitioner*. Oxford: Blackwell Science.
- Jolley, J. & Shields, L. (2009). The evolution of family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*. 24 (2). 164-170.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança - (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Kaddoura, M. (2010). New Graduate Nurses's Perceptions of the Effects of Clinical Simulation on Their Critical Thinking, Learning, and Confidence. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. Massachusetts. EUA. 41 (11). 506-516.
- Khan, A., Baird, J., Rogers, J. E., Furtak, S. L., Williams, K. A., Allair, B. ... Landrigan, C. P. (2017). Parent and Provider Experience and Shared Understanding After a Family-Centered Nighttime Communication Intervention. *Academic Pediatrics*. 17 (4). 389-402.
- Knobel, E. (2016). *Terapia Intensiva: enfermagem*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Kolb, D. A. (2015). *Experiential learning – Experience as the Source of Learning and Development*. (2ª ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Kumar, B. S. & Avabratha, K. S. (2015). Parental stress: a study from a pediatric intensive care unit in Mangalore. *International Journal of Contemporary Pediatrics*. 2 (4). 401-405.

- Lehmann, R., Seitz, A., Meyburg, J., Hoppe, B., Hoffman, G., Tonshoff, B., & Huwendiek, S. (2019). Pediatric in-hospital emergencies: real life experiences, previous training and the need for training among physicians and nurses. *BMC Research Notes*. 12 (19).
- Lindamood, K. & Weinstock, P. (2011). Application of High-fidelity Simulation Training to the Neonatal Resuscitation na Pediatric Advanced Life Support Programs. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. Boston. EUA. 2 (1). 23-26.
- Ling, W., Chen, Q., Yang, Y. & Tsui, C. (2008). Application of simulation technology in pediatrics nursing teaching. *Macau Journal of Nursing*. 7 (2). 38-40.
- Linhares, M. & Doca, F. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*. 18 (2). 307-325.
- Lopes, A. & Nunes, L. (1995) Acerca da trilogia: competências profissionais, qualidade dos cuidados e Ética. *Nursing edição portuguesa*. 90/91.10-13.
- Maclean, S., Guzzetta, C., White, C., Fontaine, D., Eichhorn, D., Meyers, T. & Désy, P. (2003). Family Presence During Cardiopulmonary Resuscitation and Invasive Procedures: Practices of Critical Care and Emergency Nurses. *American Journal of Critical Care*. 12 (3). 247-257.
- Maconochiea, I., Bingham, R., Eichc, C. López-Herce, J. Rodríguez-Núñez, A., Rajkaf, T. Van, P., Zidemanh, D. & Biarenti, D. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 6. Paediatric life support. *Elsevier Resuscitation*. 95. 223–248
- Makic, M., Martin, S., Burns, S., Philbrick, D. & Rauen, C. (2013). Putting Evidence Into Nursing Practice: Four Traditional Practices Not Supported by the Evidence. *Critical Care Nurse*. 33 (2). 28-43.
- Maldonado, T. & Avner JR. (2001). Triage of the pediatric patient in the emergency department: are we all in agreement?. *Pediatrics*. 114. 356-360.
- Malta, H., Alves, N., Graça, P., Conde, T. & Costa, T. (2015). A Presença da Família Durante a Reanimação do Doente no Pré-Hospitalar e na Sala de Emergência: Uma Revisão Integrativa. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*. 29. 74-96.
- Mangurten, J., Scott, S. & Guzzetta, C. (2006). Effects of family presence during resuscitation and invasive procedures in a pediatric emergency department. *Journal of Emergency Nursing*. 32 (3). 225-233.
- Manguy, A. M., Joubert, L., Oakley, E. & Gordon, R.J. (2018). Psychosocial Care Models for Families of Critically Ill Children in Pediatric Emergency Department Settings: A Scoping Review. *The Journal of Pediatric Nursing*. 38. 46-52.

- Matthew W., Cooke M. & Jinks S. (1999). Does the Manchester triage system detect the critically ill? *Journal of accident & emergency medicine*, 16 (4), 179-181.
- Maxton, F. (2008) Parental Presence during resuscitation in the PICU: The parents' experience. *Journal of Clinical Nursing*. 17 (23). 3168-3176.
- McAlvin, S. & Carew-Lyons, A. (2014). Family Presence During Resuscitation And Invasive Procedures in Pediatric Critical Care: A Systematic Review. *American Journal of Critical Care*. 23 (6). 477-484.
- McClenathan B., Torrington K. & Uyehara C. (2002). Family member presence during cardiopulmonary resuscitation: a survey of US and international critical care professionals. *Chest*. 122(6). 2204-11.
- McGaughey-Oakland, P., Lieder, H., Young, A. & Jefferson, L. (2007) Family experiences during resuscitation at a children's hospital emergency department. *The Journal of Pediatric Health Care*. 21 (4). 217-225.
- Mecham, N. (2010) Urgências Pediátricas. In P. Howard & R. Steinmann. *Sheehy Enfermagem de Urgência da Teoria à Prática*. (pp. 682-706). Loures: Lusociência.
- Meert K., Clark J. & Eggly S. (2013) Family-centered care in the pediatric intensive care unit. *Pediatric Clinics of North America*. 60 (3): 761-772.
- Mekitarian, F. & Angelo, M. (2015). Presença da família em sala de emergência pediátrica: opiniões dos profissionais de saúde. *Revista Paulista de Pediatria*. 33 (4). 460-466.
- Mekitarian, F. (2013). A presença da família na sala de emergência pediátrica: crenças de pais e profissionais de saúde. (Dissertação elaborada no âmbito do programa da Pós-graduação em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de Saúde, São Paulo.
- Mendes, M. & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de enfermagem Referência*. 6. 113-121.
- Mendes, M. (2013). A natureza da parceria de cuidados de enfermagem em pediatria um contributo para a parceria efetiva. (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Disponível no repositório UCP. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15342/1/Tese.pdf>
- Neuman, B. (1995). *The Neuman systems model*. (3ª ed). Norwalk: Apleton and Lange.
- Nishisaki, A. & Diekema, D. (2011). Mind the gap and narrowing it: family presence during pediatric resuscitation and invasive procedures. *Resuscitation*. 82. 655-656.
- Norma da Direção-Geral da Saúde N° 002/2018 da DGS de 9/1/2018. (2018). *Sistemas de Triage dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*.

- Norma da Direção-Geral da Saúde Nº 010/2013. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.
- Norma da Direção-Geral da Saúde Nº008/2011. (2011). *Organização do material de emergência nos serviços e unidades de saúde*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010, a). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*.
- Ordem dos enfermeiros. (2010, b). *Regulamento das competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Diário Da República, 2a Série. (0). 4091–4092
- Ordem dos Médicos & Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008). *Transporte de Doentes Críticos Recomendações 2008*. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- Pasek, T. & Licata, J. (2016). Parent Advocacy Group for Events of Resuscitation. *Critical Care Nurse*, 36 (3), 58-64.
- Peixoto, N. & Peixoto, T (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (11).121-132.
- Perry, S. (2002). Support for parents witnessing resuscitation: nurse perspective. *Paediatric Nursing*, 21(6). 29-34.
- Reis, G. (2009). Avaliação e Controlo da Dor em Cuidados Intensivos Neonatais: Experiência do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Dor*, 17, 18 – 22.
- Reis, J., Costa, M., Jácome, P. & Candeias, T. (2015) *Cuidados Intensivos Pediátricos Olhares sobre o Percurso*. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES.
- Relvas, P. (1996). *O Ciclo Vital da Família, Perspectiva Sistemática*. Biblioteca das Ciências do Homem. Porto: Edições Afrontamento.
- Rendley, B., Levasseur, S. A., Peters, G. & Bethune, E. (2003). Familie’s needs in emergency departments: instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (6).
- Reylon, M. (2009). Parental Presence in Pediatric Trauma Resuscitation: One Hospital’s Experience. *Pediatric Nursing*, 35 (6). 376-380.

- Roukema, J., Steyerberg, E., Meurs, A., Ruige, M., Lei, J. & Moll, H. (2006). Validity of the Manchester triage System in pediatric emergency care. *Emergency Medicine Journal*. 23 (3). 906-910.
- Royal College of Paediatrics and Child Health (2012). *Standards for Children and Young People in Emergency Care Settings*.
- Sá, F., Botelho, M. & Henriques, M. (2015) Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. 19 (1), 31-46.
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª Ed.) Vol. II, Cap. 26, (pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Santos, S. (2012). *As necessidades dos pais da Criança Hospitalizada*. Tese de Mestrado. Disponível em:
<http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/1319/1/E%20SIP%20%20As%20Necessidades%20dos%20Pais%20da%20Crian%20C3%A7a%252Hospitalizada%20%20S%20C3%ADlvia%20Maria%20Gaiola%20dos%20Santos.pdf>
- Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, (55) 11-20.
- Slota, M. (2013). Psychosocial Aaspects of Pediatric Critical Care. In M. F. Hazinski (Editor), *Nursing Care of The Critically Ill Child* (pp. 19-49). Missouri: Esevie
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2017). *IV Curso de Transporte Neonatal e Pediátrico*. Disponível em: <http://www.spp.pt/eventos/default.asp?ida=1587>
- Sousa, P. (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: Intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados*. Tese de Doutoramento em enfermagem. Disponível no RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.14/13972>.
- Tkaczyk, R. (2018). Pediatric Emergencies. In Celeste Alfes, Ronald Hickman. Joyce Fitzpatrick. *Handbook of Clinical Nursing: Pediatric and neonatal nursing*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Under, L., Stacy, K. & Lough, M. (2006). *Enfermagem de Cuidados Intensivos – Diagnósticos e Intervenções* (5ª Edição). Lusodidacta: Loures.
- Warren D., Jarvis, A., LeBlanc, L., Gravel, J. & CTAS National Working Group. (2008) Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale Paediatric Guidelines (PaedCTAS). *CJEM* 2008. 10 (3). 224-32

- Wayne, D. B., Didwania, A., Feinglass, J., Fudala, M. J., Barsuk, J. H. & Mcgaghie, W. C. (2008). Simulation based education improves quality care during cardiac arrest team responses at academic teaching hospital: a case-control study. *Chest*. 56-61.
- Weinberg, E., Auerbach, M. & Shah, N. (2009). The use of simulation for pediatric training and assessment. *Pediatric Emergency Medicine*. 21 (3). 282-287.
- World Health Organization (2016). *Updated Guideline Paediatric emergency triage, assessment and treatment. Care of critically ill children*. Disponível em https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/paediatric-emergency-triage-update/en/
- Wright, L. & Leahey, M. (2005). *Enfermeiras e famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. (4ª Edição). São Paulo: Roca.
- Zempsky, W. & Schechter, N. (2003) What's new in management of pain in children. *Pediatrics in Review*, 24 (10). 337-348.

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma das Atividades

APÊNDICE I – CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

Pessoa em Situação Crítica	3º Semestre	2017														2018										
		Meses		Setembro			Outubro			Novembro			Dezembro			Janeiro			Fevereiro							
		Dias		18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	3	8	15	22	29	5	12	15	19
		22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	2	5	12	19	26	2	9	14	16	23		
Estágio com Relatório																										
Semana				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		12	13	14	15	16	17	18	19	20		

Calendário:

Abertura do ano letivo: 18 de Setembro de 2017
Encerramento do ano lectivo 26 de Julho de 2018
Férias de Natal 18 de Dezembro de 2017 a 02 de Janeiro de 2018
Férias de CARNAVAL 12 a 14 de Fevereiro de 2018
Férias da Páscoa 26 de Março a 3 de Abril de 2018
Dia da Escola e Abertura do Ano Académico 5 de Dezembro de 2017

Registo do Projeto e Preparação do Estágio
Serviço de Urgência Pediátrica Hospital do Grupo III de Lisboa
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital do Grupo III de Lisboa
Elaboração e Apresentação do Relatório

Legenda:

Apêndice II – Objetivos dos Campos de Estágio

APÊNDICE II – OBJETIVOS DOS CAMPOS DE ESTÁGIO

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Cronograma
<p>Conhecer a melhor evidência científica sobre a intervenção de enfermagem à criança e família em situação de emergência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de pesquisa bibliográfica em bases de dados nacionais e internacionais sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento de criança em situação de emergência; • Conhecimentos e habilidades em SBVP e SAVP; • Organização e distribuição dos enfermeiros na sala de reanimação; • Comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar; • Presença da família em contexto de reanimação; • Treino e simulação na sala de reanimação; • Legislação; • <i>Guidelines</i>; - Elaboração do protocolo da RIL e documento com pesquisas efetuadas; - Discussão com o professor orientador relativamente à pesquisa efetuada e conclusões obtidas; - Realização de idas a campo aos serviços selecionados antes das idas a estágio; - Obtenção de informação relativamente aos serviços junto dos enfermeiros-chefes e/ou enfermeiros peritos; - Elaboração de um projeto de estágio e posteriormente dos relatórios parcelares de estágio; - Realização de documentos reflexivos – Jornais de aprendizagem - durante o estágio onde constem os limites pessoais e profissionais, as necessidades e as estratégias de melhoria; 	<p><u>Humanos:</u> professor orientador; enfermeiros-chefes dos locais de idas a campo e posterior estágio;</p> <p><u>Materiais:</u> Computador, bases de dados, livros, artigos científicos, notícias de jornal; Normas e procedimentos dos serviços sobre a temática.</p> <p><u>Físicos:</u> ESEL, UP e UCI do Hospital do Grupo III de Lisboa</p>	<p>Ao longo da construção da RIL, no decorrer do estágio e na construção do relatório final.</p>
<p>Conhecer a equipa de saúde multidisciplinar dos serviços</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento e apresentação da estrutura física, organizacional e da equipa multidisciplinar pelas chefias de enfermagem dos serviços selecionados; - Perceção da visão, missão e valores dos serviços; - Conhecimento das diferentes instruções de trabalho/protocolos dos serviços; - Conhecimento do sistema informático em utilização nos serviços; - Perceção do material existente e local de armazenamento do mesmo; - Observação E perceção dos modelos de triagem adotados; - Perceção da interligação da UP e da UCI, com o pré-hospitalar, restantes unidades intra-hospitalares e outras unidades hospitalares; - Perceção da abordagem à criança em situação de emergência e respetivo circuito; - Perceção dos critérios de transferência da criança em situação crítica; - Reconhecimento dos critérios de referência da criança em situação crítica para outros elementos da equipa multidisciplinar; 	<p><u>Humanos:</u> Professor orientador, enfermeiros-chefes, equipa de enfermagem, restante equipa multidisciplinar, crianças e suas famílias;</p> <p><u>Materiais:</u> Computador, instruções de trabalho/protocolos vigentes nos respetivos serviços.</p> <p><u>Físicos:</u> ESEL, UP e UCI do Hospital do</p>	<p>Ao longo do decorrer dos estágios</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Participação nas decisões referentes à criança em situação crítica, em equipa multidisciplinar; - Promoção da participação da família na prestação de cuidados à criança; - Delegação e supervisão dos cuidados prestados pelos restantes elementos da equipa multidisciplinar. 	Grupo III de Lisboa
<p>Reconhecer a organização dos cuidados na sala de reanimação de cada ensino clínico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de um guia de observação que permita identificar: a organização da equipa, a distribuição das funções, a comunicação, o apoio à família, os stressores vivenciados por cada elemento; - Observação da abordagem sistemática e sequencial à criança em situação de emergência/crítica; - Análise das instruções de trabalho/normas e/ou protocolos de atuação da equipa; 	<p><u>Humanos:</u> Professor orientador, enfermeiros-chefes, equipa de enfermagem, restante equipa multidisciplinar, crianças e suas famílias;</p> <p><u>Materiais:</u> Computador, instruções de trabalho/protocolos vigentes nos respetivos serviços.</p> <p><u>Físicos:</u> ESEL, UP e UCI do Hospital do Grupo III de Lisboa</p> <p>Ao longo dos vários locais de estágio</p>
<p>Estruturar a intervenção de enfermagem à criança em situação de emergência</p>	<p>Elaboração de um protocolo de atuação que oriente o desempenho da equipa de enfermagem e a presença dos pais, durante a reanimação;</p> <p>Análise das várias folhas de registos da sala de reanimação;</p> <p>Execução de um documento de registo diário referente à distribuição da equipa de enfermagem na sala de reanimação;</p> <p>Elaboração de um documento de análise da atuação da equipa de enfermagem pós-reanimação;</p>	<p><u>Humanos:</u> Professor orientador, enfermeiros-chefes, equipa de enfermagem, restante equipa multidisciplinar, crianças e suas famílias;</p> <p><u>Materiais:</u> Computador, Folhas de registo na reanimação;</p> <p><u>Físicos:</u> ESEL, UP e UCI do Hospital do Grupo III de Lisboa</p>
<p>Estruturar a intervenção de enfermagem na sala de reanimação, através da construção de um documento com vista a atualização de conhecimentos e uniformização de procedimentos.</p>	<p>Realização de formação teórico-prática em equipa nas áreas identificadas como necessárias em contexto de reanimação e emergência:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SBVP, OVACE <p>Produção de material de estudo a fornecer antes de cada formação;</p> <p>Avaliação das formações realizadas;</p>	<p>A realizar pelo menos num contexto</p>

Apêndice III - Revisão Integrativa da Literatura

Intervenções do enfermeiro especialista à criança e família em situação de emergência: uma revisão integrativa da literatura

Interventions of specialist nurse to the child and family in an emergency situation: an integrated review of the literature

Revisores:

Sara Raquel Carvalho Marques¹ | Jorge Eurico Gonçalves de Sousa Ferreira²

¹Aluna do 7º Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (smarques1@campus.esel.pt)

²Professor da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Orientador do Projeto de estágio (jferreira@esel.pt)

Instituição:

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

Resumo:

Contexto: Em Pediatria, os cuidados centrados na família são um tema central que garante cuidados holísticos. Os familiares esperam e são encorajados a envolver-se nos cuidados durante todas as fases da doença. A presença da família é uma temática importantíssima e discutida desde há vários anos e por várias organizações internacionais

Objetivo: Identificar as intervenções de enfermagem à criança e família em situação de emergência.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura, realizada através da pesquisa de trabalhos publicados e literatura cinzenta, pesquisa de artigos nas bases de dados MEDLINE e CINAHL.

Resultados: Identificaram-se 112 artigos nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, dos quais se selecionaram 2 documentos finais para extração e análise. Incluíram-se ainda 2 artigos encontrados manualmente e que cumpriam os critérios de seleção, ficando um total de 2 artigos para extração e análise.

Conclusão: Não existem ainda publicados estudos sobre esta temática em Portugal. É importante compreender a perceção dos enfermeiros sobre a presença da família durante a reanimação das crianças e conjugar programas de formação, bem como o desenvolvimento de *Guidelines*.

O desenvolvimento de conhecimento e das competências dos enfermeiros no que diz respeito aos cuidados em situação de emergência à criança e família situação crítica é primordial, dado que é importante garantir a presença da família em situação de reanimação para diminuir a vulnerabilidade, tanto da criança, como da família.

Palavras-Chave: criança, família, intervenções de enfermagem, emergência

Abstract

Background: In Pediatric Care, family central care is a central theme that ensures holistic care. Families expect and are encouraged to become involved in care during all stages of the disease. The presence of the family is an important theme and has been discussed for several years and in various international forms

Objective: Identify the nursing interventions of child and family in emergency situations.

Methodology: Integrative literature review, research of published articles and gray literature, article search in MEDLINE and CINAHL databases.

Results: 112 articles were identified in the CINAHL and MEDLINE databases, from which two final documents were selected for extraction and analysis. We also included 2 articles found manually and with the selection criteria, leaving a total of 4 articles for extraction and analysis.

Conclusion: There are no published studies on this subject in Portugal. It is important to highlight the nurses' perception of a family presence during child resuscitation and training programs, as well as the development of guidelines.

The development of nurses' knowledge and skills with regard to emergency and family health care and critical criticism is paramount, as it is important to ensure a resuscitated family presence to reduce vulnerability, for the child, and the family.

Key - words: child, family, nursing interventions, emergency.

Introdução

Em Pediatria, os cuidados centrados na família são um tema central que garante cuidados holísticos. Os familiares esperam e são encorajados a envolver-se nos cuidados durante todas as fases da doença. A presença da família é uma temática importantíssima e discutida desde há vários anos e por várias organizações internacionais. (Pasek & Licata, 2016). Globalmente é aceite quando a condição da criança é estável. Por outro lado, a presença da família em situações de emergência, que requerem ressuscitação e/ou procedimentos invasivos é menos consensual (McAlvin & Carew-Lyons, 2014).

Assim, a presente revisão sistemática da literatura tem como principal objetivo conhecer as intervenções de enfermagem à criança e família em situação de emergência.

Para dar resposta ao objetivo do estudo foi construída a seguinte questão de

investigação: quais as intervenções especializadas de enfermagem à criança e família em situação de emergência?

Metodologia

A realização desta revisão teve em conta as orientações do *Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice* (Joanna Briggs Institute [JBI], 2014) e a questão de investigação que orientou a pesquisa, foi elaborada no formato **PICO: P – Criança em Situação crítica, Família; I – Intervenções do enfermeiro especialista; C – Emergências Pediátricas; O – (implícito).**

Os critérios de inclusão e exclusão foram definidos de acordo com o tipo de estudo, participantes, intervenções (variável independente), língua dos documentos, resultados que se pretendem obter e data de publicação, descritos e justificados na Tabela nº. 1 (JBI, 2014).

Tabela nº. 1 - Critérios de Inclusão e Exclusão

	Critérios de Inclusão	Justificação
Participantes	Uma pessoa de qualquer sexo entre o momento do nascimento e a adolescência. Ou seja, com idade compreendida entre os 0 e os 18 anos. Família, como sociedade natural formada por indivíduos unidos por laços de sangue ou de afinidade.	O tema está limitado a idade pediátrica pelos objetivos do estudo.
Intervenção (variável independente)	Estudos que contemplem as intervenções de enfermagem à criança e família em situação de emergência.	Conhecer a melhor evidência científica e compreender as diferentes intervenções de enfermagem à criança e família em situação de emergência.
Resultados	A revisão inclui os estudos que fornecem experiências pessoais e, como resultados, intervenções de enfermagem à criança e família em situação de emergência.	Segundo as competências da OE (2011), os enfermeiros mobilizam conhecimentos e habilidade múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística as mais complexas situações de saúde à pessoa em situação crítica e sua família.
Ano da publicação	Todos os documentos publicados entre 2012 e 2017.	Esta temática é muito atual e tem sido alvo de constantes atualizações, dadas as últimas <i>Guidelines</i> em Reanimação.
Língua e qualidade do artigo	Artigos em Inglês, em texto integral e com <i>abstract</i> .	Maioria dos artigos científicos são publicados em inglês, em texto integral de forma a ser possível analisar os resultados e a sua discussão.

A pesquisa foi realizada no período entre 20 e 24 de agosto de 2017 e teve como finalidade, aceder a trabalhos publicados nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, bem como a pesquisa de trabalhos não indexados/publicados, disponíveis em bibliotecas e literatura cinzenta.

Relativamente à pesquisa nas bases de dados, foram introduzidos os termos de pesquisa em linguagem natural, tendo por base palavras-chave de artigos relacionados com a temática em estudo, e os respetivos termos indexados em cada base de dados a considerar. (Tabela nº. 2)

Tabela n.º. 2 – Tabela de Pesquisa

Protocolo RIL	Linguagem Natural	Linguagem Indexada	
		CINAHL	MEDLINE
P – População: Criança em situação crítica Família	Critically Ill Child Child Family	Child Critically ill Patients Family	Critical Illness Child Family
I – Intervenção: Intervenções do enfermeiro especialista	Nursing specialist interventions Nursing Critical Care	Nursing Interventions Critical care nursing	Nursing interventions Nursing care
C – Contexto: Emergência Pediátrica	Pediatric Critical Care Emergency	Pediatric Critical Care Nursing Pediatric Care Emergency Nurse Practitioners	Pediatric Emergency Medicine Pediatric nursing

A estratégia de pesquisa foi a seguinte: (P) [Child OR Critically ill patient OR Family] AND (I) [nursing interventions OR Critical Care Nursing] AND (C) [Pediatric Critical Care Nursing OR Pediatric Care OR Emergency Nurse Practitioners]. Foram obtidos 112 resultados (tabela de estratégia de pesquisa em anexo). Quanto aos artigos não indexados (literatura cinzenta), foram utilizados os mesmos critérios, do qual resultaram 2 artigos.

Resultados e Interpretação

Para realizar a análise e interpretação dos resultados, realizou-se a leitura de todos os títulos e alguns resumos, com o objetivo de excluir os que não dão resposta a pergunta de investigação e aos critérios de inclusão (Tabela n.º. 1). Posteriormente efetuou-se um segundo processo de seleção dos documentos através da leitura integral dos mesmos (esquematizado na

Figura n.º. 1), obtendo 2 artigos através das bases de dados e 2 artigos com origem na literatura cinzenta para extração e análise, perfazendo um total de 4 artigos a incluir na revisão integrativa da literatura (Tabela n.º. 3).

Todo este processo foi realizado por dois revisores, de forma independente, e o resultado final foi obtido após reunião de consenso. A extração e síntese da informação dos documentos finais foi suportada por um formulário de apoio (Tabela 3), com o objetivo de os resumir, identificando o título do artigo, autor, ano, características metodológicas, objetivos, resultados e conclusões, limitações e recomendações futuras.

Para a apresentação dos resultados da revisão foi elaborado um diagrama segundo a PRISMA – *Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-analysis* (Figura n.º. 1) que ilustra as etapas do processo.

Para avaliar a qualidade metodológica dos estudos, foi utilizada a ferramenta *Critical Appraisal Tool*, do *Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice* (JBI, 2016). Para cada artigo foi identificado o tipo de estudo e preenchida a respetiva *checklist* e posteriormente atribuída uma avaliação do nível de qualidade.

Todos os documentos selecionados para inclusão na revisão (quer das bases de dados, quer da literatura cinzenta) foram sujeitos a uma avaliação rigorosa por parte dos dois revisores.

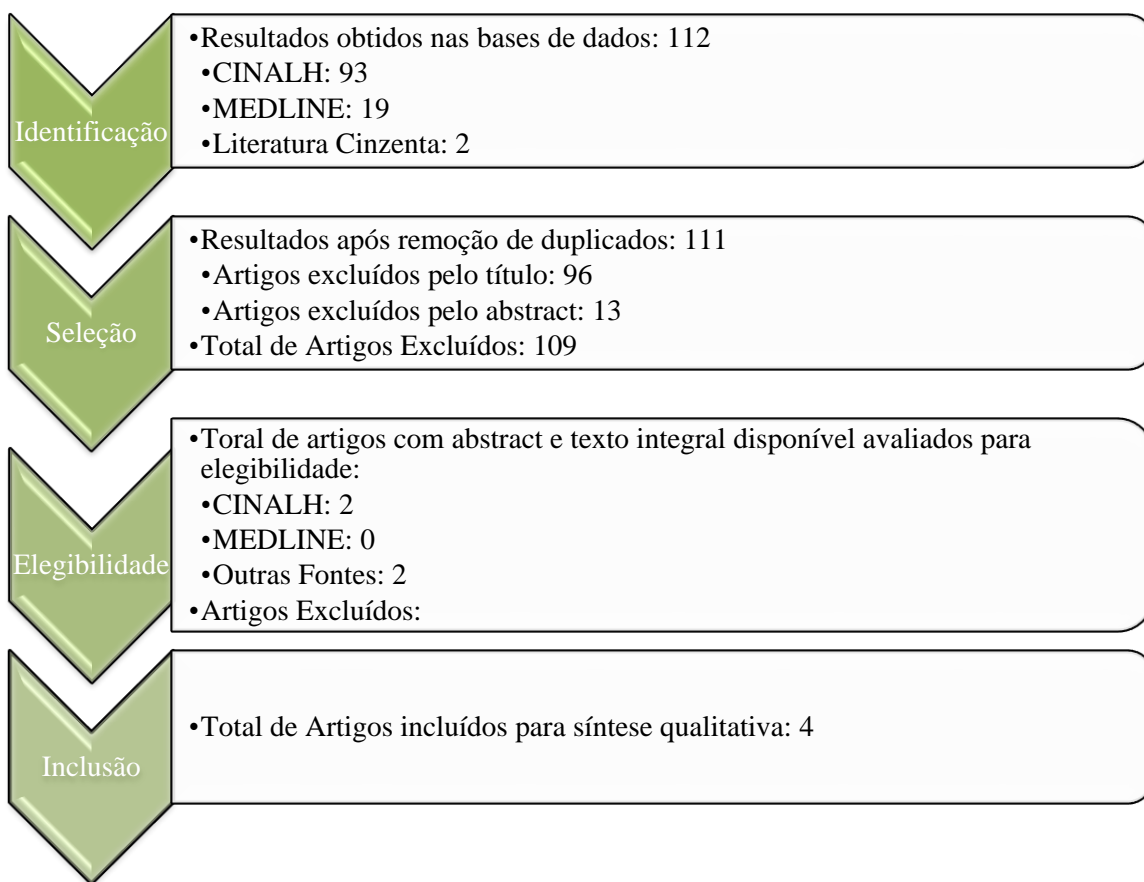


Figura nº. 1 - Diagrama de Pesquisa (PRIMA 2009 Flow Diagram, 2009)

Artigos selecionados nas bases de dados
Parents Advocacy Group for Events of Resuscitation
The Kids Safe checklist for Pediatric Intensive Care Units
Artigos selecionados na literatura cinzenta
Family Presence During Resuscitation And Invasive Procedures in Pediatric Critical Care: A Systematic Review
Understanding Health Care Professionals' Views of Family Presence During Pediatric Resuscitation

A extração e síntese da informação dos artigos finais, encontra-se nas tabelas seguintes onde são apresentados os seguintes dados: autor (es), ano, título, características metodológicas (qualidade

metodológica do estudo e nível de evidência), objetivos, resultados e conclusões, limitações e recomendações para a prática.

Tabela nº. 3 – Documentos incluídos na revisão

Autor (es) / Ano / Título	Pasek, T. & Licata, J. (2016). “Parent Advocacy Group for Events of Resuscitation”
Características Metodológicas	<p>Estudo descritivo observacional transversal.</p> <p>A colheita de dados foi realizada durante 12 meses utilizando a ferramenta de auditoria da <i>American Association of Critical-Care Nurses</i> chamada “<i>Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures</i>”</p> <p>Estudo obtido através da base de dados CINAHL.</p> <p>Amostra – 150 enfermeiros dos cuidados intensivos pediátricos</p> <p>Qualidade da Amostra – 6/9</p> <p>Nível de Evidência - 4b</p>
Objetivos do Estudo	<p>Garantir que as famílias recebem a opção de estar presentes durante a reanimação cardiopulmonar dos seus filhos.</p>
Resultados e Conclusões	<p>Os enfermeiros da unidade de cuidados intensivos pediátricos apoiam o fornecimento da opção da presença da família durante a reanimação.</p> <p>A escala tem ainda áreas de melhoria no que diz respeito aos cuidados à família.</p> <p>O <i>Parent Advocacy Group For Events of Resuscitation</i> (PAGER) para eventos de reanimação teve resultados positivos para duas famílias.</p>
Limitações / Recomendações	<p>O <i>Parent Advocacy Group For Events of Resuscitation</i> melhorou os cuidados a família das crianças que passaram por uma reanimação e deve ser implementado nas unidades de cuidados intensivos pediátricos.</p> <p>Os enfermeiros da PAGER estão preparados para servir de modelo na prestação de cuidados familiares sensíveis durante a crise.</p>

Autor (es) / Ano / Título	Ullman, A., Long, D., Horn, D., Woosley, J. Coulthard, M. (2013) “The Kids Safe checklist for Pediatric Intensive Care Units”
Características Metodológicas	Revisão sistemática da literatura e Revisão Retrospectiva de Eventos adversos. A colheita de dados foi realizada através da Base de dados MEDLINE via PubMed entre 2008-2009. Estudo obtido através da base de dados CINAHL. Amostra – 8 artigos Qualidade da Amostra – 4a Nível de Evidência – 7/11
Objetivos do Estudo	Desenvolver uma <i>checklist</i> baseada na evidência como uma ferramenta para reduzir eventos adversos evitáveis e melhorar o atendimento clínico nas unidades de cuidados intensivos pediátricos.
Resultados e Conclusões	Foi desenvolvida uma lista de verificação com uma mnemônica de 8 elementos (<i>KIDS SAFE</i>): necessidades de desenvolvimento infantil, infecção, profilaxia da trombose profunda, integridade da pele, sedação, analgesia, família e necessidades entéricas.
Limitações / Recomendações	A prevenção de eventos adversos é melhor do que a cura. O uso da <i>checklist KIDS SAFE</i> tem o potencial de reduzir erros nas unidades de cuidados intensivos pediátricos.

Autor (es) / Ano / Título	McAlvin, S. & Carew-Lyons, A. (2014) “Family Presence During Resuscitation And Invasive Procedures in Pediatric Critical Care: A Systematic Review”
Características Metodológicas	Revisão Sistemática da Literatura – PRISMA FLOW. A colheita de dados foi realizada através das Bases de dados CINAHL, MEDLINE, Ovid e PubMed de artigos entre 1995-2012. Estudo obtido através da literatura cinzenta N – 6 artigos
Objetivos do Estudo	Descobrir a melhor evidência sobre a presença da família durante procedimentos invasivos e durante a reanimação da criança em situação crítica.
Resultados e Conclusões	Os resultados indicam que os pais querem estar presentes durante os procedimentos invasivos e de reanimação, e que optariam por estar presente novamente, recomendam estar presente aos outros e não teriam mudado nada sobre a experiência de presença. Os pais que estavam presentes tiveram melhor tratamento e melhor ajuste para a morte da criança. Familiares que não estavam presentes, relataram mais angústia
Limitações / Recomendações	Estes estudos apoiam a sugestão de que a presença da família durante a reanimação e os procedimentos invasivos aumenta a satisfação e o <i>coping</i> dos pais. No entanto, a generalização desses achados é limitada pelo tamanho da amostra (pequena e inconsistente). São necessárias pesquisas adicionais para determinar os benefícios da presença familiar e prevenir barreiras à verdadeira implementação.

Autor (es) / Ano / Título	Jones, B. Parker-Raley, J. Maxson, T. Brown, C. (2011) <i>“Understanding Health Care Professionals’ Views of Family Presence During Pediatric Resuscitation”</i>
Características Metodológicas	Estudo descritivo correlacional. A colheita de dados foi realizada em duas fases. Numa primeira fase através de um questionário com 23 perguntas sobre a sua perspetiva da presença da família. Na segunda fase, foram entrevistados 12 sobre os efeitos da presença da família nos familiares e nas equipas.
Objetivos do Estudo	Examinar as perceções dos profissionais de saúde sobre a presença da família durante a ressuscitação pediátrica.
Resultados e Conclusões	Todos os entrevistados indicaram que as questões legais e os riscos eram fatores importantes durante a presença da família; no entanto, os entrevistados a favor da presença da família acreditavam que as preocupações e os riscos legais eram minimizados quando as famílias estavam presentes, enquanto os entrevistados que se opunham acreditavam o contrário. Os entrevistados que se opuseram assumiram que os entrevistados que eram a favor da presença familiar eram menos simpáticos e preocupados com famílias, equipas de trauma e prestadores de cuidados de saúde; os entrevistados a favor da presença familiar assumiram que os entrevistados que se opunham estavam excessivamente preocupados com preocupações legais e riscos potenciais envolvidos com a presença familiar durante ressuscitamentos pediátricos. Todos os entrevistados acreditavam que as famílias dos pacientes e as equipas de trauma são afetadas pela presença familiar. Especificamente, os entrevistados a favor da presença da família acreditavam que famílias e membros da equipe de trauma são positivamente afetados, enquanto os adversários acreditavam o contrário.
Limitações / Recomendações	Estes resultados fornecem uma compreensão mais profunda das opiniões dos profissionais de saúde e através destes pontos de vista influenciar a visão da prestação de cuidados centrados na família

A presente RIL examinou 4 artigos, dos quais 2 foram obtidos através da pesquisa nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, e 2 foram obtidos através de pesquisa manual na literatura cinzenta. O objetivo dos estudos incidiu nas intervenções de enfermagem à criança e família em situação de emergência.

Os artigos analisados foram publicados entre 2012 e 2016, e o número de participantes variou entre 137 e 150 enfermeiros, os artigos da revisão da literatura variam de uma amostra de 6 para 8 artigos.

O método de colheita de dados foi maioritariamente realizado através de questionários e entrevistas semiestruturadas, e em dois dos artigos foi realizado através de pesquisa numa base de dados.

Quanto ao tipo de estudos analisado nos artigos, dois são do tipo descritivo, dos quais um é transversal e um correlacional, os outros dois artigos analisado correspondem a revisões sistemáticas da literatura.

Os estudos foram desenvolvidos nos Estados Unidos da América e Austrália.

Todos os artigos foram sujeitos à atribuição do nível de evidência e à avaliação da qualidade metodológica com recurso à *Critical Appraisal Tool* e ambos

de acordo com o *Joanna Briggs Institute for Evidence Based Practice* (JBI, 2013).

Relativamente à qualidade metodológica dos artigos avaliados, apenas num se verificou classificações compreendidas entre 6/9 e 7/11.

Quanto à avaliação do nível de evidência, tendo em conta as características dos estudos (maioritariamente descritivos) foram essencialmente classificados com o nível 4.

Os resultados obtidos demonstram que a maioria dos artigos enfatiza os cuidados centrados na família, sendo reconhecidos universalmente como *standard* de cuidado para obtenção de ganhos em saúde, segurança, satisfação do doente e família, satisfação da equipa de cuidados e melhores resultados para os clientes (Jones & Parker-Raley & Maxson, 2011)

A presença da família durante os procedimentos de reanimação é um tema importante da prática e que gera grandes controvérsias (Pasek & Licata, 2016; McAlvin & Carew-Llyons, 2014).

Os cuidados centrados na família são uma área primordial nos cuidados críticos pediátricos, mas continuam a necessitar de desenvolvimento e atenção (Ullman & Long & Horn & Woosley & Coulthard, 2013; McAlvin & Carew-Llyons, 2014).

Em 2000, a *American Heart Association* lançou as recomendações para que seja

dada aos familiares a opção de estar presente durante a reanimação das crianças. Provavelmente, a presença dos pais durante a reanimação facilita a compreensão dos pais de que tudo o que era possível fazer pelos seus filhos foi feito (Pasek & Licata, 2016; McAlvin & Carew-Llyons, 2014).

É importante perceber qual é a opinião dos enfermeiros sobre a presença ou não da família durante a reanimação (Jones & Parker-Raley & Maxson, 2011).

Os enfermeiros normalmente discordam da presença da família por três motivos: pela preocupação que as famílias interrompam os procedimentos, por *stress* emocional e pela sua falta de conhecimento sobre os cuidados durante a reanimação e durante procedimentos invasivos (Jones & Parker-Raley & Maxson, 2011). Acrescentam-se ainda preocupações a nível legal, aumento do *stress* para os profissionais e reanimações prolongadas.

A vulnerabilidade da família durante a reanimação é uma das principais preocupações dos enfermeiros, pois pode causar consequências a nível psicológico. Os enfermeiros estão preocupados acerca dos comentários e das conversas que acontecem durante estes momentos. Sendo que alguns peritos têm medo que a presença dos familiares possa por em causa a sua performance durante procedimentos

invasivos e durante a reanimação, aumentando o seu *stress*, promovendo a distração e prejudicando os cuidados (McAlvin & Carew-Llyons, 2014).

Os enfermeiros apontam 4 principais benefícios da presença da família durante a reanimação e eventos críticos, nomeadamente para fornecer informações, traduzir, suporte emocional, e funcionarem como elo com a restante família; os familiares sentem-se envolvidos nos cuidados dos que mais amam; sentem-se mais confiantes e compreendem melhor que tudo o que foi possível ser feito, foi feito, reduzindo problemas judiciais e possíveis confusões sobre o cuidado aos seus filhos.

A presença da família é normalmente aceite quando a condição clínica da criança é estável (McAlvin & Carew-Llyons, 2014).

Os enfermeiros consideram a formação primordial para poderem oferecer às famílias a opção de estarem presentes durante a RCP dos seus filhos (Pasek & Licata, 2016).

Os familiares nos vários estudos expressam vontade de estar presentes durante procedimentos invasivos e/ou reanimação dos seus filhos. E os que estiveram presentes referem que foram ajudas fundamentais para os seus filhos e muito benéfico para eles e para a equipa médica

(Jones & Parker-Raley & Maxson, 2011; McAlvin & Carew-Llyons, 2014).

Os familiares que não estiveram presentes sentem que falharam no seu papel de proteção das crianças. (McAlvin & Carew-Llyons, 2014).

As famílias devem ser informadas sobre o que é expectável, sobre as intervenções que estão a ser realizadas e sobre a condição clínica do doente (McAlvin & Carew-Llyons, 2014).

Os eventos adversos e os erros terapêuticos são comuns em cuidados críticos devido a elevada complexidade e natureza multidisciplinar (Ullman & Long & Horn & Woosley & Coulthard, 2013).

Os doentes críticos estão particularmente vulneráveis a lesões iatrogénicas devido a severidade e a instabilidade do seu estado clínico e necessitam frequentemente de intervenções e terapêuticas de alto risco. Desta forma é importante a elaboração de *checklists* para minimizar o erro e para melhorar as práticas (Ullman & Long & Horn & Woosley & Coulthard, 2013).

O Royal Children's Hospital, em Brisbane, em 2013, realizou um estudo para o desenvolvimento de uma *Checklist* com uma mnemónica de 8 elementos: necessidades de desenvolvimento das crianças, infeção, profilaxia da trombose venosa profunda integridade da pele, sedação, analgesia, família e necessidades

entéricas, baseada na evidência dos erros mais comuns da prática. Esta *Checklist* permite prevenir os efeitos adversos.

Os peritos dizem que estão mais à vontade com a instituição da presença da família durante os procedimentos invasivos e durante a reanimação quando existem protocolos e *guidelines* pré-existentes (McAlvin & Carew-Llyons, 2014).

A formação da equipa ajuda a aumentar a compreensão dos profissionais para os benefícios da presença da família. (McAlvin & Carew-Llyons, 2014).

Conclusões

A presente RIL teve como objetivo analisar a melhor evidência científica disponível referente às intervenções de enfermagem à criança e família em situação de emergência. No entanto a maioria dos resultados obtidos apenas fazem referência a presença da família em situação crítica e durante a realização de procedimentos invasivos.

Conclui-se que não existem ainda publicados estudos sobre esta temática em Portugal, sendo que por vezes a sua aplicabilidade a nossa prática fica condicionada.

É importante compreender a perceção dos enfermeiros sobre a presença da família durante a reanimação das crianças e conjugar programas de formação, bem como o desenvolvimento de *Guidelines*.

O desenvolvimento de conhecimento e das competências dos enfermeiros no que diz respeito aos cuidados em situação de emergência à criança e família situação crítica é primordial, dado que é importante garantir a presença da família em situação de reanimação para diminuir a vulnerabilidade, tanto da criança, como da família.

Implicações para a Enfermagem

A existência de protocolos e *checklists* bem definidas de atuação, bem como da presença de familiares durante situações de emergência à criança são fundamentais.

São necessários mais estudos sobre os benefícios da presença dos familiares em contexto de reanimação e na realização de procedimentos invasivos.

Limitações

A investigação viu-se afetada por diversas limitações e viesses, nomeadamente o fator tempo para a análise exaustiva de alguns artigos que foram previamente excluídos. Os estudos encontrados não foram

realizados em Portugal e muitas vezes a amostra e as diferenças culturais dificultam a aplicabilidade dos resultados.

Referências bibliográficas

Jones, B. Parkey-Raley, J. Maxson, T. (2011). Understanding Health Care Professionals' Views of Family Presence During Pediatric Resuscitation. *American Journal of Critical Care*, 20, 199-208

McAlvin, S. & Carew-Lyons, A. (2014) Family Presence During Resuscitation And Invasive Procedures in Pediatric Critical Care: A Systematic Review. *American Journal of Critical Care*, 23 (6) 477-484

Pasek, T. & Licata, J. (2016). Parent Advocacy Group for Events of Resuscitation. *Critical Care Nurse*, 36 (3), 58-64

Ullman, A., Long, D., Horn, D., Woosley, J. Coulthard, M. (2013) The Kids Safe checklist for Pediatric Intensive Care Units. *American Journal of Critical Care*, 22 (1) 61-69

Apêndice IV – PROCEDIMENTO

Presença da Família durante a Reanimação Pediátrica ou Realização de Procedimentos Invasivos

**PRESENÇA DA FAMÍLIA DURANTE A REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA OU
REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS INVASIVOS**

1. OBJETIVO

- Uniformizar a atuação da equipa multidisciplinar em situações de reanimação ou na realização de procedimentos invasivos;
- Definir os critérios para a presença da família em situação de reanimação ou realização de procedimentos invasivos.
- Definir o processo de acompanhamento da família durante a reanimação.

2. ÂMBITO

Este protocolo aplica-se ao Serviço de Atendimento Permanente Pediátrico, do Hospital X.

3. DEFINIÇÕES

CRIANÇA – todas as pessoas com idade inferior a 18 anos.

FAMÍLIA - um parente ou pessoa significativa com uma relação estabelecida com a criança.

PROCEDIMENTO INVASIVO - procedimento que exige penetração ou manipulação do corpo.

REANIMAÇÃO – medidas de suporte avançado de vida, “medidas de urgência destinadas ao restabelecimento das funções vitais que se encontram momentaneamente em risco, tais como a massagem cardíaca, a ventilação, a entubação, a lavagem do estomago” (Dicionário Médico, 1999:515).

PCR – cessação da atividade mecânica cardíaca confirmada por inconsciência e ausência de respiração eficiente. Quando tratada adequadamente, pode ser reversível (American Heart Association (AHA), 2010).

4. ENCADEAMENTO DO PROCESSO

1. Um elemento da equipa multidisciplinar é destacado para ficar com a família durante todo o tempo, podendo ser um médico, enfermeiro ou psicólogo.
 - a. Este elemento deve acompanhar a família desde a admissão ao serviço de urgência;
 - b. Notifica a equipa médica que a família chegou ao serviço;
 - c. Antes da família entrar na sala de reanimação:

**PRESENÇA DA FAMÍLIA DURANTE A REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA OU
REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS INVASIVOS**

-
- i. Avalia a situação clínica da criança;
 - ii. Se for possível, determina a preferência da criança;
 - iii. Avalia o estado emocional e a vontade da família em estar presente. Se a família não quiser estar presente deve ser acompanhada até uma sala específica, normalmente, um gabinete disponível, mantendo-se acompanhada por esse elemento;
 - iv. Informa a família que não pode interromper a equipa de reanimação em momento algum. E que se isso acontecer podem ser obrigados a deixar a sala de reanimação;
 - v. Explica a família que a principal prioridade é os cuidados à criança e a sua segurança;
 - vi. Informa a família que sempre que for necessário ou houver alteração do estado da criança pode ser necessário que saiam da sala de reanimação;
 - vii. Informa a família que apenas é permitida a presença de um acompanhante na sala de reanimação;
 - viii. Prepara a família para condição clínica da criança;
 - ix. Prepara a equipa para a presença da família;
 - x. Prepara a sala para a presença da família, os familiares devem ser posicionados à cabeceira, no sentido de verem, tocarem e falarem com a criança;
- d. Providencia à família atualizações contínuas sobre o estado da criança;
 - e. Conforta a família.
 - f. Esclarece a família sobre tudo o que vê e ouve;
 - g. Informada a família sobre os próximos passos.

5. NOTAS IMPORTANTES

- A presença da família deve ser considerada como uma opção em qualquer fase da permanência no Atendimento Permanente, incluindo durante a realização de procedimentos invasivos e reanimação. A menos que seja o próprio desejo da criança, necessidades de

**PRESENÇA DA FAMÍLIA DURANTE A REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA OU
REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS INVASIVOS**

cuidados, necessidade de entrevista ou observação privado, ou por segurança da criança, família ou equipa exijam o contrário.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION (2010). *SUORTE AVANÇADO DE VIDA EM PEDIATRIA*. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS: ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

MEEKS, R. (2009). PARENTAL PRESENCE IN PEDIATRIC TRAUMA RESUSCITATION: ONE HOSPITAL'S EXPERIENCE. *PEDIATRIC NURSING*, 35 (6). 376-380.

ELABORADO POR

APROVADO POR

Enfermeira Sara Marques

Apêndice V - PROGRAMA DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO
Cuidar da Criança e Família em Situação de Emergência

1. OBJETIVO

- a. Desenvolver competências no cuidar da criança e família em situação de emergência, com recurso a práticas simuladas;
- b. Preparar os enfermeiros da UP para acompanhar a criança e família da criança em situação de emergência.
- c. Definir os *timings* de formação simulada no serviço.

2. ÂMBITO

Este protocolo aplica-se ao Serviço de Atendimento Permanente Pediátrico, do Hospital X.

3. METODOLOGIA

Como metodologia do programa de formação optou-se pelo planeamento mensal de sessões em serviço, de acordo com o cronograma em Apêndice I, em datas a definir em horário pela enfermeira chefe do serviço.

A apresentação do programa de formação é da responsabilidade da enfermeira chefe, sendo que a apresentação dos conteúdos e a dinamização das sessões é delegada pela chefia a todos os elementos da UP, por equipas.

O método das sessões será expositivo, interrogativo e demonstrativo, com recurso a documentos de suporte a cada uma das temáticas (entregues um mês antes de cada sessão), práticas simuladas em contexto de emergência e com discussão final (*debriefing*).

A formação será organizada por equipas de trabalho de acordo com as equipas habituais do serviço.

Cada sessão terá a duração de 90 minutos.

4. CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

- ✓ Triângulo da Avaliação Pediátrico e Triagem
- ✓ Suporte Básico de Vida Pediátrico
- ✓ Suporte Avançado de Vida Pediátrico
- ✓ Emergências Circulatórias

-
- ✓ Emergências Respiratórias na Criança
 - ✓ Choque Hipovolémico
 - ✓ Choque Distributivo
 - ✓ Choque Cardiogénico
 - ✓ Choque obstrutivo
 - ✓ Desidratação na Criança
 - ✓ Meningite
 - ✓ Convulsão e Estado de Mal Epilético
 - ✓ Queimaduras
 - ✓ Lesões Traumáticas

5. ORGANIZAÇÃO DAS SESSÕES

- ✓ Apresentação dos objetivos da sessão;
- ✓ Apresentação do cenário para a prática simulada;
- ✓ Prática simulada do caso incluindo os cuidados à família;
- ✓ Avaliação da sessão;
- ✓ Encerramento da sessão.

6. RECURSOS PEDAGÓGICOS

MATERIAL AUDIOVISUAL

- ✓ Projetor multimédia;
- ✓ Computador;
- ✓ Quadro;
- ✓ Marcadores;
- ✓ Folhas de papel A4;

MATERIAL DE APOIO

- ✓ Manequim de treino Pediátrico e de Adulto;
- ✓ Material de consumo clínico diverso direcionado a cada caso prático;
- ✓ Documentação de suporte.

7. AVALIAÇÃO

A avaliação será formativa através da utilização de uma grelha de observação a utilizar pelo formador (Apêndice II) que contempla as ações a desenvolver durante cada sessão.

Após cada sessão será realizada uma análise e discussão da sessão, com base nas experiências, na grelha de observação e na autoavaliação dos elementos.

No final de cada sessão os formadores e os formandos irão proceder à avaliação da sessão com recurso a uma folha, já utilizadas pelo centro de formação da nossa instituição.

Os resultados das avaliações serão contemplados pela Enfermeira Chefe de Serviço na Avaliação de Desempenho de cada elemento.

8. NOTAS IMPORTANTES

Este programa é um guia que pode ser mutável consoante as necessidades identificadas no serviço e pelos elementos.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION (2010). *SUORTE AVANÇADO DE VIDA EM PEDIATRIA*. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS: ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

PROGRAMA DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO
CUIDAR DA CRIANÇA E FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA

Código
Data aprovação
Data da revisão

Pág. 4 / 221

APÊNDICE I – CRONOGRAMA DE FORMAÇÃO

	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	
A	X					X	Período de Férias						
B		X							X				
C			X							X			
D				X							X		
E					X								X

PROGRAMA DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO
CUIDAR DA CRIANÇA E FAMÍLIA EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA

Código
Data aprovação
Data da revisão

APÊNDICE II – GRELHA DE OBSERVAÇÃO DA PRÁTICA

SESSÃO: _____

NOME: _____

EQUIPA: ____

DATA: ____

ITENS	SIM	NÃO	NÃO APLICÁVEL
Garante e assegura condições de segurança para si e para a sua equipa			
Atribui funções aos elementos da equipa			
Aborda a criança tendo em conta o ABCDE			
Seleciona o equipamento adequado à criança			
Identifica a causa da situação de emergência			
Utiliza os princípios da comunicação eficaz durante todos os momentos			
Identifica-se aos familiares e à criança			
Fornece informação clara e concisa da situação da criança			
Possibilita a presença da família durante os procedimentos			
Fornece alternativas de espaços para a família permanecer			
Inclui a família na tomada de decisão			
Respeita as decisões da família			
Informa a família sobre a situação e sobre os procedimentos			
Responde às questões da família			
Respeita os princípios éticos e deontológicos da profissão			

ELABORADO POR

APROVADO POR

Sara Marques

**Apêndice VI – Jornal de Aprendizagem: A criança com Diabetes
Descompensada e a sua família – intervenção especializada de enfermagem**



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Unidade Curricular: Relatório de Estágio

A criança com Diabetes descompensada e a sua
família - intervenção especializada de enfermagem
Jornal de Aprendizagem

Sara Raquel Carvalho Marques
Docente orientador: Professor Doutor Jorge Ferreira

Lisboa
Dezembro, 2017

ABREVIATURAS

CCF - Cuidados Centrados na Família

CNT - Cuidados Não Traumáticos

DM - Diabetes Mellitus

EC – Ensino Clínico

UP – Urgência Pediátrica

INTRODUÇÃO

O presente jornal de aprendizagem irá relatar uma situação ocorrida com uma criança de dois anos, com diagnóstico de cetoacidose diabética que esteve internada no contexto de ensino clínico (EC) de urgência pediátrica (UP) e que se relaciona com o desenvolvimento dos cuidados centrados na família (CCF) e dos cuidados não traumáticos (CNT). A metodologia utilizada no desenvolvimento do Jornal de aprendizagem foi a metodologia do Ciclo reflexivo de Gibbs (1998) e que irá corresponder à lógica de apresentação do mesmo:

- Descrição “o que aconteceu?”
- Sentimentos “Que estou a sentir e a pensar?”
- Análise “Que sentido atribuiu à situação?”
- Conclusão “Que mais poderia ter feito?”
- Plano de Ação “Se acontecer outra vez, como procederia?”.

DESCRIÇÃO

A M. é uma toddler de 2 anos, natural de Santarém, com diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) tipo I, desde há 2 meses, portadora de dispositivo infusor subcutâneo de administração contínua de insulina, que entrou no serviço de urgência do EC, localizado em Lisboa, por quadro de hiperglicemia com corpos cetónicos positivos, prostração, náuseas, vómitos, dor abdominal ligeira, polidipsia e polaquiúria sendo que dado o diagnóstico de Cetoacidose diabética (CAD) teve necessidade de internamento no Serviço de Observação (SO).

A M. chegou à UP na companhia da mãe por meios próprios, fez a admissão, sendo que foi triada, de acordo com o protocolo da triagem canadiana como “Muito Urgente” e foi encaminhada, para SO. Era notável o desespero da mãe da M. durante a admissão com a imensidão de questões e dúvidas que a preocupavam. Foi realizado o acolhimento ao SO, tanto à M. como à sua mãe, por mim e pelo enfermeiro orientador. A criança foi colocada sob monitorização cardiorrespiratória e avaliados os sinais vitais, foi verificada o funcionamento da sua bomba infusora, avaliada novamente a glicémia e cetonémia, entre outras intervenções. Enquanto estávamos a realizar todos os procedimentos técnicos, apresentámo-nos, reforçando que éramos os enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados à M., e simultaneamente, íamos explicando as intervenções que estávamos a realizar e o seu objetivo. Reforçámos com

a mãe a necessidade de se manter junto da criança, e sempre que tivesse necessidade de se ausentar comunicasse à equipa presente. Durante o turno, tentámos esclarecer dúvidas sobre a condição de doença da criança e oferecer espaço à mãe para comunicar as suas preocupações, explicando sinais de alarme no domicílio no sentido de evitar a recorrência destes sintomas.

A M. encontrava-se prostrada mas reativa a estímulos externos, sendo que o estabelecimento da relação com a toddler foi à base da comunicação verbal e não-verbal, com recurso ao toque e aos brinquedos que trazia consigo.

Foi necessário colocar um acesso venoso periférico para realização de análises laboratoriais e administração de fluidoterapia à M. sendo que foi utilizada a parceria com a mãe utilizando o recurso ao abraço, solicitando à mãe que a acarinhasse e olha-se para ela, colocasse a chucha e conversasse com a criança durante o procedimento. A M. chorou durante a realização da punção, no entanto, era facilmente consolável pela mãe.

Dada a necessidade de realizar a punção com urgência não foi colocado nenhum anestésico tópico antes da punção, sendo que, a punção foi realizada na cama de SO onde a M. iria permanecer em seguida.

Durante a admissão a mãe da M. verbalizou porque recorreu aquela UP, e não a UP da sua área de residência. Esta referiu que aqui se sentia mais segura e confiante na resolução do problema da M, uma vez que era seguida em contexto de Consulta nesta unidade.

Após a realização dos procedimentos, foi oferecido à mãe um cadeirão onde pudesse manter-se confortável e perto da sua filha.

A mãe da M. foi fundamental durante a prestação de cuidados, no entanto era evidente o seu desconforto com toda a situação e com o prognóstico da doença. A mãe da M. tinha já bastantes conhecimentos sobre o manuseamento do dispositivo infusor subcutâneo de administração contínua de insulina e aquando das refeições, da quantidade de alimentos que a criança poderia ingerir. Apesar de tudo, reforçámos a explicação sobre o funcionamento do dispositivo e sobre o protocolo de alimentação consoante os valores de glicémia utilizado no serviço, garantindo que as informações foram compreendidas pela mãe.

SENTIMENTOS

A comunicação com a mãe da M. foi estabelecida ao longo dos procedimentos e do turno de forma natural e foi-me possível observar os sentimentos da mãe da M. face a todas as dúvidas e preocupações do prognóstico da criança, as suas necessidades e o facto de ser uma

situação que não poderia controlar. A relação de confiança estabelecida permitiu o desenvolvimento do plano de cuidados em parceria com a mãe da M.

A comunicação com a criança foi estabelecida com recurso às diversas técnicas de comunicação adequadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança.

Um dos pontos que me fez questionar a nossa intervenção neste episódio, foi termos realizado o procedimento de punção venosa periférica na mesma cama de SO, onde é suposto a criança permanecer depois, levando a que associe este local a um procedimento que pode ser traumático, e que lhe potenciou algum tipo de sofrimento físico e dor. Uma das estratégias que decorreu da reflexão sobre esta situação que deveríamos ter optado, teria sido a realização de todos os procedimentos invasivos possíveis na sala de tratamento, por exemplo, e posterior encaminhamento da criança para o SO.

Desta situação emergiram também outras questões que mereceram a minha reflexão, nomeadamente: qual o papel do enfermeiro na identificação das necessidades da família da criança numa admissão de urgência, num ambiente onde as intervenções são normalmente direcionadas para a estabilização hemodinâmica e para o tratamento da doença? Como é que o enfermeiro pode promover a parceria da família na prestação de cuidados nestes contextos?

Esta situação foi extremamente enriquecedora no processo de desenvolvimento de competências pois permitiu-me identificar diversos *stressores* associados à admissão de urgência de uma criança e da sua família na UP e das limitações funcionais e estruturais do serviço que podem condicionar o estabelecimento da relação terapêutica e no desenvolvimento de estratégias para os minimizar.

Foi importante identificar que a mãe da M. estava a enfrentar um período gerador de grande ansiedade e *stress*, com as imensas dúvidas do diagnóstico e, com a sua sensação e impotência no controlo da situação e o sentimento de medo e de culpa que a assombra quanto ao problema. Assim, foi importante estar presente e demonstrar compreensão e disponibilidade, estabelecer uma relação de ajuda com esta mãe, envolvendo-a no plano de cuidados e no processo de tomada de decisão.

Tive oportunidade de dotar a mãe da informação necessária, com a possibilidade de manusearmos o material disponível, nomeadamente o dispositivo infusor contínuo de insulina, com o objetivo de garantir a sua autonomia e independência na manipulação do dispositivo. O feedback da mãe durante as intervenções foi fundamental para colmatar as lacunas de conhecimento e a melhorar a sua compreensão sobre a doença, DM.

O recurso às medidas não farmacológicas de alívio da dor, com o recurso à presença da mãe, à técnica do abraço, a distração com recurso a brinquedos, permitiu amenizar o

trauma psicológico do internamento indo ao encontro da filosofia dos CNT, minimizando o desconforto físico e psicológico experienciados pela criança e pela sua mãe.

Gostaria de dar especial enfoque para a importância da mãe no momento das preferências alimentares da criança, pois é esta que conhece melhor a criança e sabe lidar com ela, sendo que esta é uma das intervenções fundamentais ao controlo da doença.

ANÁLISE

A CAD constitui uma situação de emergência e que implica necessariamente hospitalização, para estabilização orgânica e emocional, sendo que é a equipa de enfermagem que estabelece o primeiro contacto com a criança.

A hospitalização de uma criança é das experiências mais traumáticas para a criança e sua família envolvendo diversos fatores de *stress*, nomeadamente nestas idades, dos 6 aos 30 meses, o medo da separação e ansiedade. A reação dos pais à hospitalização de uma criança depende de vários fatores, por exemplo, do sentimento de impotência, das dúvidas sobre as competências da equipa, necessidade de informações comunicadas em linguagem simples, do medo e a incerteza do prognóstico, entre outros (Hueckel, 2015). Estes fatores vão de encontro ao definido por Betty Neuman, na sua Teoria dos Sistemas, referindo que os *stressores* são estímulos produtores de tensão que podem ser intrapessoais, interpessoais ou intrapessoais (Neuman, 1995).

Cuidar da criança implica cuidar da sua família e integrá-la no plano de cuidados. Os pais são agentes e participantes durante a hospitalização das crianças. No entanto, muitas vezes, nem a criança, nem a família está preparada para enfrentar este acontecimento. Para a criança a hospitalização pode representar medo do desconhecido, sofrimento físico associado a procedimentos dolorosos e sofrimento psicológico. Para os pais, pode significar a perda de papel da normalidade, insegurança no papel parental, instabilidade financeira e dor pelo sofrimento do filho.

A DM constitui-se como uma doença crónica metabólica, sendo que a sua taxa de prevalência em Portugal, em crianças com idade inferior a 18 anos é de 0,9/1000 em 2015 (OCDE, 2017). A maioria das crianças com diabetes sofre de diabetes tipo 1. Apesar de todos os avanços tecnológicos a maioria das crianças com diabetes tipo 1 não consegue ainda obter o melhor controlo glicémico, o que leva ao aumento das taxas de mortalidade, diluição do

tempo médio de vida e o risco acrescido de complicações a longo prazo (American Diabetes Association [ADA], 2017).

Os enfermeiros devem ter como principal foco das suas intervenções a prevenção de complicações. Os cuidados devem ser prestados com base nos princípios dos CCF, no sentido da manutenção da glicémia segura e ideal para as crianças com DM (ADA, 2017).

As intervenções adequadas para o controlo da diabetes e manutenção de uma glicémia adequada incluem a administração de insulina, controlo de glicose no sangue, nutrição adequada, aconselhamento familiar, gestão do *stress* e Auto monitorização da glicose e das necessidades de insulina (ADA, 2017).

No hospital, as intervenções passam pela monitorização inicial da terapia de insulina de acordo com o protocolo vigente na instituição, fluidoterapia e educação para a diabetes de acordo com os princípios dos CCF (ADA, 2017).

Todas as intervenções realizadas devem ser partilhadas com os pais/família. Para Betty Neuman (1995), a família é um sistema dentro da sociedade em que o objetivo desse sistema é manter-se num ótimo estado de saúde.

Apesar dos pais e das crianças serem indivíduos diferentes, o estabelecimento da relação terapêutica com as crianças é muitas vezes mediada pelos pais. A informação que os enfermeiros recolhem advém da observação das crianças e das informações fornecidas pelos pais (Hockenberry, 2015). A família é quem melhor conhece a criança, e por isso, deve ser informada dos sintomas da CAD, para poder identificar e alertar quando existe uma qualquer alteração ao padrão normal da criança.

A educação sobre a diabetes à criança e à família é a base para evitar a ocorrência e recorrência da CAD (Abdelghaffar, 2013).

O recurso aos brinquedos permitiu estabelecer a relação terapêutica com a criança. Os brinquedos são a linguagem universal das crianças, sendo considerada uma das principais formas de comunicação com elas (Hockenberry, 2015).

De acordo com o Modelo Teórico de Sistemas de Betty Neuman (1995), as intervenções de enfermagem em contexto de UP estão ao nível da prevenção secundária e terciária, uma vez que os stressores que interferem na linha de defesa flexível já estão ativados. Assim sendo, ao nível da prevenção secundária é fundamental a identificação precoce dos sinais e sintomas da doença e o tratamento eficaz (Jerreat, 2010). No que diz respeito à prevenção terciária, o foco deve estar na educação da criança e da família na prevenção da recorrência da CAD (Grossi, 2006). A CAD é evitável, se as famílias dispuserem de informação suficiente sobre a doença (Barry, Connelly & Brill, 2015).

CONCLUSÃO E PLANO DE AÇÃO

A reflexão sobre estas situações de cuidados permitiu-me identificar as minhas fragilidades, as minhas preocupações e sentimentos, e permitiram-me melhorar o estabelecimento da relação terapêutica noutras situações, deixando-me sobretudo alerta para a diferença de pormenores na prestação de cuidados individualizados e personalizados às crianças e famílias em situação de emergência.

Desta reflexão emergiu, mais uma vez, a importância da identificação precoce dos sinais e sintomas de CAD e a rápida atuação da equipa multidisciplinar foi fundamental na triagem e encaminhamento da criança, não descurando a relação de ajuda estabelecida com a criança e a mãe, que se encontrava bastante ansiosa. É fundamental reconhecer que as famílias que cuidam de crianças com diabetes tipo I podem experienciar dias difíceis e que condicionam a sua adaptação no dia-a-dia.

Em suma, como futura enfermeira especialista na prestação de cuidados à criança em família em situação crítica, neste caso, na prestação de cuidados à criança e família com diabetes descompensada, devemos reconhecer que é fundamental promover o desenvolvimento ideal, atuando como defensores dos melhores interesses da criança e da sua família, para que possam tomar decisões informadas sobre os cuidados que recebem. Assim, como as crianças são consideradas uma população vulnerável, estas necessitam de cuidados especializados assentes nos CCF e com recurso ao estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdelghaffar, S. (2013). *Diabetic Ketoacidosis: Clinical Practice Guidelines*. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/fb4d/710971c2cf2c1fd3046299b100ddfb87b5a5.pdf>
- American Diabetes Association. (2017). Standards of medical care in diabetes – 2017: Summary of revisions. *Diabetes Care*. 40 (1). S4-S5.
- Barry, Connelly & Brill. (2015). Chapter 33: The Child with Endocrine Dysfunction Perspectives of Pediatric Nursing. In M. Hockenberry & Dd. Wilson (Ed.). *Wong's Nursing Care of Infans and Children* (pp. 1493 – 1542). Canada: Elsevier
- Grossi, A. (2006). O manejo da cetoacidose em pacientes com Diabetes Mellitus : subsídios para a prática clínica de enfermagem. *Revista Esc Enferm USP*, 40(4), 582–6.
- Hockenberry, M. (2015). Chapter 1: Perspectives of Pediatric Nursing. In M. Hockenberry & Dd. Wilson (Ed.). *Wong's Nursing Care of Infans and Children* (pp. 1 – 90). Canada: Elsevier
- Hueckel. (2015). Chapter 22: Family-Centered Care of the Child During Illness and Hospitalization. In M. Hockenberry & Dd. Wilson (Ed.). *Wong's Nursing Care of Infans and Children* (pp. 864 – 882). Canada: Elsevier
- Jerreat, L. (2010). Managing diabetic ketoacidosis. *Nursing Standard*, 24(34), 49–57.
- Neuman, Betty (1995). *The Neuman systems model*. 3rd ed.. Norwalk : Aplenton and Lange, 1995.
- OCDE. (2017). *Health at a Glance 2017: OCDE Indicators*, OCDE Publishing, Paris. Disponível em http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

**Apêndice VII – Jornal de Aprendizagem: A criança e a sua família com
necessidade de SAVP – Intervenção especializada de enfermagem**



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em
Situação Crítica

Unidade Curricular: Relatório de Estágio

A criança e a sua família com necessidade de SAVP -
intervenção especializada de enfermagem
Jornal de Aprendizagem

Sara Raquel Carvalho Marques

Docente orientador: Professor Doutor Jorge Ferreira

Lisboa

Fevereiro, 2018

ABREVIATURAS

CCF - Cuidados Centrados na Família

CNT - Cuidados Não Traumáticos

CPAP - ventilação espontânea em pressão positiva contínua

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

SAV – Suporte Avançado de Vida

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

INTRODUÇÃO

O presente jornal de aprendizagem irá relatar uma situação ocorrida com uma bebé, com um mês e meio, com diagnóstico de laringomalácia de grau IV, que esteve internada no contexto de ensino clínico (EC) de unidade de cuidados intensivos (UCI), e que teve necessidade de manobras de suporte avançado de vida. A metodologia utilizada no desenvolvimento do Jornal de aprendizagem foi a metodologia do Ciclo reflexivo de Gibbs (1998) e que irá corresponder à lógica de apresentação do mesmo:

- Descrição “o que aconteceu?”
- Sentimentos “Que estou a sentir e a pensar?”
- Análise “Que sentido atribuiu à situação?”
- Conclusão “Que mais poderia ter feito?”
- Plano de Ação “Se acontecer outra vez, como procederia?”.

DESCRIÇÃO

A L. é uma bebé com um mês e meio, estava internada na UCI, com diagnóstico de uma laringomalácia de grau IV, e durante turno da tarde apresentou um episódio de descompensação hemodinâmica com quadro de dificuldade respiratória e hipoxemia, acabando por entrar em paragem cardiorrespiratória (PCR) com necessidade de medidas de suporte avançado de vida (SAV).

A L. encontrava-se no berço sob monitorização cardiorrespiratória e na companhia do pai e da mãe aquando do início dos sintomas. Apesar do constante estridor da criança, já reconhecido como “normal” pelos pais, foram eles que deram primeiramente o alerta para a alteração do estado da criança a mim e à minha enfermeira orientadora.

Ao observarmos inicialmente a L., verificamos que se encontrava polipneica, com saturações de oxigénio periférico inferiores a 85%, mesmo com aporte de oxigénio por óculos nasais a 3 L/min. Informámos a equipa médica presente e tentamos otimizar a oxigenoterapia, sem sucesso. Solicitámos aos pais que aguardassem na sala de espera a nossa chamada. Sem grandes perguntas ausentaram-se. A L. iniciou quadro de bradicardia severa, e iniciámos, de acordo com algoritmo de SAV, compressões.

Foi necessário entubar orotraquealmente a L. e colocar novo acesso venoso, pois o que tinha colocado durante as manobras de reanimação deixou de estar permeável.

Tentei puncionar a criança nos membros inferiores e superiores, mas dada a má perfusão periférica da criança, não foi possível, sendo que, tivemos de optar por colocar um acesso intraósseo para administração terapêutica.

Após a recuperação da L. foi solicitado aos pais que voltassem a entrar, na unidade, e foi explicado por mim, enfermeira orientadora e pelo médico intensivista todos os procedimentos que tínhamos efetuado e o que tinha acontecido, e a necessidade de a L. estar agora conectada ao ventilador.

Inicialmente os pais mostraram-se ansiosos e preocupados pela possibilidade da pequena L. necessitar de via aérea avançada e da possibilidade de ter de ser traqueostomizada. Fizem perguntas de como seria se esta fosse traqueostomizada e como deveriam fazer em casa.

Apesar de todo o arsenal tecnológico que a pequena L. estava envolvida, os pais mostraram-se mais tranquilos ao saber que esta tinha uma via aérea avançada que a permitia respirar eficazmente e manter-se viva.

SENTIMENTOS

O *stress* sentido durante as PCR, principalmente na idade pediátrica tem ainda algum impacto em mim. No entanto, a segurança, a organização e a sistematização da equipa permitiu-me ganhar confiança e realizar as intervenções de acordo com o algoritmo de SAV Pediátrico.

A presença da família não foi sequer considerada antes do início das manobras de RCP. A família foi imediatamente encaminhada para a sala de espera da UCI, obedecendo, sem questionar ao que lhe tinha sido imposto. Este momento fez-me refletir sobre como poderíamos ter incluído a família naquela situação, no entanto verificaram-se fatores como tempo, a ocorrência súbita do acontecimento e o rácio de enfermeiros na equipa, que não permitiram equacionar a hipótese da presença da família.

O facto de uma reanimação ocorrer em ambiente de UCI tornou-se mais facilitador, devido ao facto da equipa já ter conhecimento dos antecedentes e da condição clínica da criança e de estar continuamente monitorizada. Ao invés, na UP, a criança normalmente, entra diretamente da rua, pelo que, apenas temos conhecimento da condição clínica atual. Neste contexto, é fundamental a colaboração dos familiares, no sentido de recolher dados sobre a história de doença anterior e da doença atua.

Apesar de os pais, na admissão desta criança na UCI, terem sido informados da possibilidade de ser necessário o recurso a uma via área avançada, pela equipa médica. No momento crítico de PCR não foi possível discutir com eles a necessidade desta intervenção. O motivo da realização da intervenção foi apenas explicado *a posteriori*. No entanto, foi garantido que foi explicado os resultados e o tempo previsto de modo a gerir expectativas e a esclarecer as dúvidas, estabelecendo a relação terapêutica.

Os enfermeiros podem permitir a presença da família durante as manobras de reanimação, proporcionando suporte com outro membro da equipa multidisciplinar capaz de esclarecer todos os procedimentos que estão a ser efetuados.

Desta situação emergiram também outras questões que mereceram a minha reflexão, nomeadamente: qual o papel do enfermeiro na identificação das necessidades da família da criança durante uma PCR, onde as intervenções são normalmente direcionadas para a estabilização hemodinâmica e para o tratamento da doença? Como é que o enfermeiro pode promover a parceria da família na prestação de cuidados nestes contextos?

Esta situação foi extremamente enriquecedora no processo de desenvolvimento de competências pois permitiu-me identificar diversos *stressores* associados às situações de PCR com necessidade de SAV e das limitações funcionais e estruturais do serviço que podem condicionar o estabelecimento da relação terapêutica e no desenvolvimento de estratégias para os minimizar.

ANÁLISE

Ter uma criança no hospital é um enorme fator de *stress* e ansiedade para toda a família. Nas situações críticas em pediátrica, o cuidado à família requer especial atenção às suas necessidades e cuidados complexos de enfermagem. A componente psicológica dos pais durante o internamento da criança na UCI é um desafio para os enfermeiros devido à incerteza do prognóstico e da hospitalização (Mortensen, Simonsen, Eriksen, Skovby, Dall & Elklit, 2014). O estabelecimento de uma relação empática pode mitigar algum deste *stress* e permitir que a família coopere eficazmente nos cuidados (Slota, 2003).

O propósito do internamento numa UCI Pediátrica é a recuperação de falências orgânicas derivadas do processo de doença, trauma ou tratamentos cirúrgicos eletivos (Barry et al., 2010), é fundamental neste contexto que a família seja integra no processo de tomada de decisão e do plano de cuidados de enfermagem.

Uma laringomalácia corresponde a uma porção da cartilagem da laringe que é fraca ou insuficientemente rígida que colapsa durante a respiração, originando a oclusão da glote, sendo considerada uma emergência respiratória quanto mais elevado for o grau de oclusão. Os pais encontram-se muitas vezes preocupados com o risco de vida relacionado com esta patologia, com as possíveis lesões cerebrais decorrentes da anóxia e com o estado psicológico da criança, e enfrentam a possibilidade de a criança vir a ser traqueostomizada ou de necessitar de ventilação mecânica no domicílio (Conlon, 2015). Saber que as crianças necessitam de manobras de SAV é uma sensação assustadora para os pais. A incerteza do prognóstico é uma das principais preocupações.

A presença dos pais durante a prestação de cuidados doloroso à criança bem como durante a reanimação tem inúmeras vantagens e desvantagens documentadas e vai ao encontro do preconizado na Carta da Criança Hospitalizada, “a criança tem direito de ser acompanhada pelos seus pais ou substitutos, em qualquer período do dia, independentemente da idade ou estado” (Instituto de Apoio à Criança, 1998, p. 2).

A reanimação pediátrica é um momento de grande *stress* tanto para a equipa como para a família, pois a vida da criança está em risco naquele momento. A equipa sente-se na obrigação de não falhar e de dar resposta à situação, pelo que a presença da família pode ser identificada como um fator de *stress* e de recursos, pela necessidade de suporte que os mesmos necessitam (McAlvin & Carew-Lyons, 2014).

As crianças e famílias necessitam de cuidados complexos que vão para além das terapêuticas dirigidas à patologia (Halal et al., 2013). Os CCF são fundamentais nas UCIs, pois as famílias são a primeira fonte de força e suporte para as crianças e sentem-se responsáveis pelas crianças mesmo quando estão hospitalizadas (Hakio, Rantanen, Astedt-Kurti & Suominen, 2014). As famílias fornecem informação e são um elemento importante na tomada de decisão (American Academy of Pediatrics, 2003).

Uma criança em situação crítica é um evento marcante na vida da criança, sua família e para os prestadores de cuidados. Os avanços tecnológicos e os sistemas de suporte avançado de vida, resultaram no aumento dos internamentos nas unidades de cuidados intensivos e no aumento de crianças que sobreviveram a doenças graves como lesões físicas graves, doenças cardiorrespiratórias e sepsis. Os pais desempenham um papel fundamental na recuperação de seus filhos, e a capacidade dos pais de lidar com o *stress* associado à lesão afeta a qualidade de vida de todos os membros da família (McAlvin & Carew-Lyons, 2014).

A família ao se submeter ao que lhe é imposto está numa situação de vulnerabilidade. Para modificar esta premissa e contribuir para que as famílias se sintam cuidadas durante a vivência desta experiência devem ser elaborados guias e protocolos que norteiem a prática.

Nas UCIs há uma crescente aceitação para a presença da família durante a reanimação e nos procedimentos invasivos, acreditando-se que essa prática traz benefícios ao doente. Porém, recomendam que se ofereça à família a possibilidade de permanecer ou não junto à criança, avaliando-se previamente a condição da unidade, dos profissionais e dos membros da família na admissão. Desta forma, é fundamental a presença de um profissional treinado e experiente de modo a que seja possível oferecer suporte, responder às dúvidas, esclarecendo os procedimentos e garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados. (Pasek & Licata, 2016).

De acordo com a filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF) é importante que a equipa de enfermagem entenda o conceito da presença da família durante a reanimação e durante a realização de procedimentos invasivos, no entanto devem ser estabelecidos procedimentos que permitam essa experiência (Pasek & Licata, 2016).

CONCLUSÃO E PLANO DE AÇÃO

A reflexão sobre estas situações de cuidados permitiu-me identificar as minhas fragilidades, as minhas preocupações e sentimentos, e permitindo-me melhorar o estabelecimento da relação terapêutica noutras situações, deixando-me sobretudo alerta para a diferença de pormenores na prestação de cuidados individualizados e personalizados às crianças e famílias em situação de reanimação

Desta reflexão emergiu, mais uma vez, a importância do reconhecimento da família como parte integrante nos cuidados à criança e a necessidade de promover o debate e a reflexão nas equipas multidisciplinares dos contextos, sobre a presença da família em situação de reanimação e durante a realização de procedimentos dolorosos.

Em suma, como futura enfermeira especialista na prestação de cuidados à criança em família em situação crítica, neste caso, em casos de PCR, considero fundamental a aposta na formação e treino de competências de toda a equipa multidisciplinar em SAV de modo a garantir a resposta, assim como considerar a opção da presença da família nestas situações, tendo um elemento disponível para acompanhar, dar apoio e explicar todos os procedimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics (2003). Family-Centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*. 112. 691-697.
- Conlon, P. (2015). Chapter 27: Overview of oxygen and Carbon Dioxide Exchange. In M. Hockenberry & Dd. Wilson (Ed.). *Wong's Nursing Care of Infans and Children* (pp. 1122 – 1161). Canada: Elsevier
- Halan, G., Piva, J., Lago, P., Halal, M., Cabral, F. Nilson, C. & Garcia, P. (2013). Parent's perspectives on the deaths of their children in two Brazilian paediatric intensive care units. *International Journal of Palliative Nursing*, 19 (10). 495-502
- McAlvin, S. & Carew-Lyons, A. (2014). Family Presence During Resuscitation And Invasive Procedures in Pediatric Critical Care: A Systematic Review. *American Journal of Critical Care*. 23 (6). 477-484.
- Mortensen, J.; Simonsen, B.; Eriksen, S.; Skovby, P.; Dall, R. & Elklit, A. (2014) Family-Centred care and traumatic symptoms in parents of children admitted to PICU. Nordic College of Caring Science.
- Pasek, T. & Licata, J. (2016). Parent Advocacy Group for Events of Ressuscitation. *Critical Care Nurse*, 36 (3). 58-64.

Apêndice VIII –Plano da Sessão de formação de SBVP e OVACE

Plano de Sessão

Tema da Sessão: Suporte Básico de Vida Pediátrico e Obstrução de Via Aérea por Corpo Estranho

Duração: 2 horas

Datas das Sessões: 29 de janeiro e 6 de fevereiro de 2018

Local: Sala de Formação

Formadora: Sara Marques

Destinatários: Profissionais de saúde do HDE (Médicos, Enfermeiros e Auxiliares de Ação Médica).

Objetivo Geral:

No final da sessão, os formandos sejam capazes de atuar perante uma criança ou adolescente em paragem cardiorrespiratória utilizando o Algoritmo de Suporte Básico de Vida Pediátrico e em caso de obstrução da via aérea por corpo estranho.

Objetivos Específicos:

- No final da sessão os formandos devem ser capazes de identificar os elos da Cadeia de Sobrevivência Pediátrica, citando-os um a um;
- No final da sessão os formandos devem ser capazes de reconhecer uma criança em paragem cardiorrespiratória, utilizando o algoritmo de suporte básico de vida, avaliando a consciência e verificando a respiração e pulso.
- No final da sessão os formandos devem ser capazes de realizar compressões torácicas e ventilações de qualidade a crianças e adolescentes, utilizando a máscara facial, durante pelo menos 2 minutos (1 ciclo), com apenas um socorrista.
- No final da sessão os formandos devem ser capazes de realizar desobstrução da via aérea por corpo estranho.

Sara Marques

29 de Janeiro e 6 de Fevereiro de 2017

Suporte Básico de Vida Pediátrico e Obstrução de Via Aérea por Corpo Estranho

	Conteúdos	Atividades	Metodologia	Avaliação	Recursos	Tempo
Introdução	<p>Suporte Básico de Vida em Pediatria Objetivos da Sessão Principais causas de PCR em Pediatria Importância do Suporte Básico de Vida</p>	<p>Validação de Pré-Requisitos</p>	<p>Método Expositivo e Interrogativo</p>	<p>Reconhecer pré-requisitos Avaliação Diagnóstica.</p>	<p>Computador (PowerPoint) Retroprojektor Tela</p>	10 minutos
Desenvolvimento	<p>Cadeia de Sobrevivência Algoritmo de Suporte Básico de Vida. Obstrução da via aérea em pediatria</p>	<p>Demonstrar a realização de compressões e execução de ventilações Recurso a vídeo do Youtube</p>	<p>Método Expositivo, Interrogativo e Demonstrativo</p>	<p>Avaliação Formativa: Simulação de um Caso Paragem Cardiorrespiratória utilizando uma grelha de observação.</p>	<p>Computador (PowerPoint) Retroprojektor Tela Manequim Máscara Facial</p>	70 minutos
Conclusão	<p>Síntese da sessão; - Esclarecimento de questões. Apresentação de Bibliografia. Encerramento da sessão.</p>	<p>Demonstrar o recurso às plataformas colaborativas</p>	<p>Método Interrogativo e demonstrativo</p>	<p>Avaliação sumativa, verificação de conhecimentos: Mini Teste escrito aos formandos</p>	<p>Computador (PowerPoint) Retroprojektor Tela Plataformas colaborativas: Moodle e Youtube</p>	10 minutos

Sara Marques

29 de Janeiro e 6 de Fevereiro de 2017

**Apêndice VIII – *Powerpoint* apoio à Sessão de Formação Suporte Básico de
Vida Pediátrico e Obstrução da Via aérea por Corpo Estranho**



ESSEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

SupORTE Básica de Vida em Pediatria



Aluna do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica
Sara Marques

Com orientação do Prof. Doutor Jorge Ferreira e Enfermeira Especialista

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Anusar perante uma criança ou adolescente em paragem cardiopulmonar utilizando o Algoritmo de Suporte Básico de Vida Pediátrico.

Objetivos Específicos:

- Identificar os elos da Cadeia de Sobrevivência Pediátrica, citando-os um a um;
- Reconhecer uma criança em paragem cardiopulmonar, utilizando o Algoritmo de Suporte Básico de Vida Pediátrico, avaliando a consciência e verificando a respiração e pulso durante 10 segundos.
- Realizar compressões torácicas e ventilações de qualidade a crianças e adolescentes, utilizando a máscara facial, durante pelo menos 2 minutos (1 ciclo), com um ou com dois profissionais.
- Realizar desobstrução da via aérea por corpo estranho.

INTRODUÇÃO

Causas mais frequentes de PCR no bebé/lactente (até um ano de idade):

- OVA, problemas respiratórios e morte súbita



Causas mais frequentes na criança (de 1 ano de idade até a puberdade)

- Traumatismos (quedas, acidentes de viação, afogamentos)



INTRODUÇÃO

Na maioria das situações a PCR em pediatria é de **CAUSA RESPIRATÓRIA.**

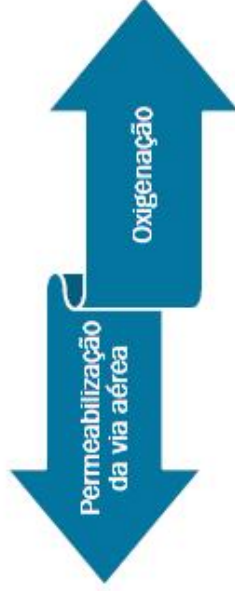


A PCR súbita e presenciada é de

CAUSA CARDÍACA.



PRIORIDADES



A probabilidade de sobrevivência e recuperação da PCR, depende da capacidade de quem presencia o acontecimento, saber iniciar, de imediato, as manobras de Suporte Básico de Vida (SBV).



CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA



American Heart Association
Heart and Stroke

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO



ERC (2015)

VERIFICAR CONDIÇÕES DE SEGURANÇA

Da vítima

A sua

Terceiros

Local

NÃO RESPONDE?

Está-me a ouvir?

Criança

Bebé

Tocar ao nível dos ombros

Chamar por ele/ Estimular pés e mãos contra lateralmente.

Chamar Ajuda

1. Reanimador

- Grita por ajuda e inicia SBV
- Só abandona ao fim de 1 minuto de SBV

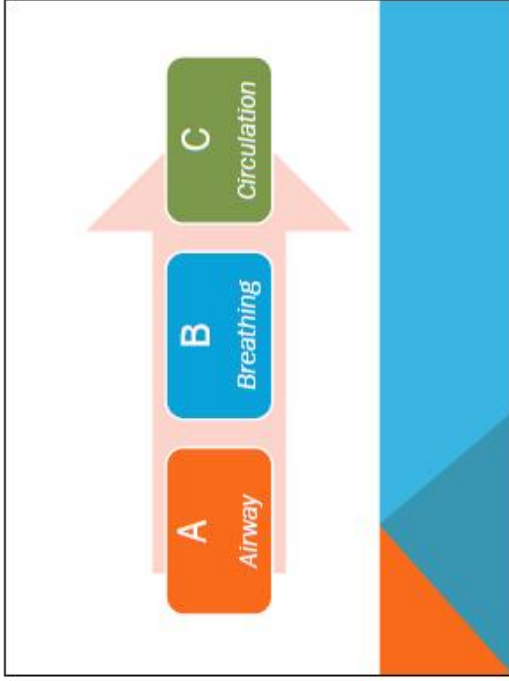
2. Reanimadores

- Um inicia SBV
- Segundo ativa a equipa de emergência interna

Chamar Ajuda

Saiba Responder:

- O que?
- Onde?
- Como?
- Quem?



Permeabilizar a Via Aérea

Extensão da Cabeça -
Elevação do queixo

Subluxação da Mandíbula -
com imobilização cervical

A
Airway

NÃO RESPIRA NORMALMENTE?
Ver, Ouvir e Sentir (VOS)

Ver

- Movimentos torácicos
- Movimentos abdominais

Ouvir

- Sons e ruídos respiratórios junto à boca e nariz
- (ou auscultar)

Sentir

- Movimento de ar junto à boca e nariz

B
Breathing

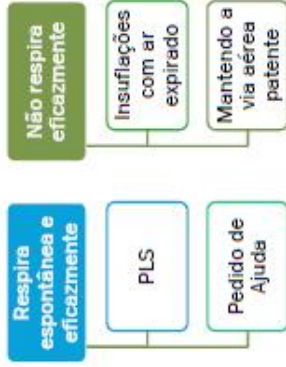
10 SEGUNDOS

NÃO RESPIRA NORMALMENTE?
Ver, Ouvir e Sentir (VOS)

B
Breathing

10 SEGUNDOS

NÃO RESPIRA NORMALMENTE?



B

Breathing

Cinco Insufilações



Bebé

Técnica boca a boca-nariz



Criança

Técnica boca a boca

NÃO HÁ SINAIS DE VIDA?



Bebé

Pulso Braquial



Criança

Pulso Carotídeo ou Femoral

C

Circulation

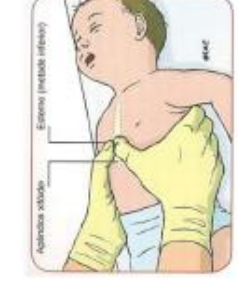


10 SEGUNDOS

15 compressões torácicas



Técnica dos dois dedos



Técnica do Abraço

C

Circulation

Comprimir.
Aproximadamente 4 cm

Frequência 100-120 p/minuto

15 compressões torácicas



Criança

Coloque a base de uma (até oito anos) ou duas mãos sobre a metade inferior do esterno

C

Circulation

Comprimir
Aproximadamente 5 cm

Frequência 100-120 p/minuto

2 Insuflações
15 compressões



Criança

Extensão da Cabeça

Bebê

Cabeça em posição neutra

Depois de 1 minuto de SBV, ligar 112 ou equipa de reanimação

REAVLIAÇÃO:

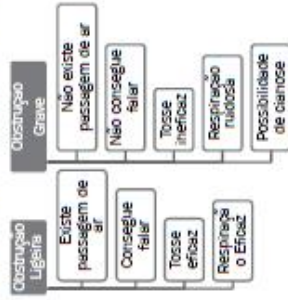
ATENÇÃO

Manter manobras de RCP, sem interrupção, até à chegada da equipa de emergência médica ou até que a vítima apresente respiração e movimentos espontâneos ou em caso de exaustão.
Neste caso, usar Posição Lateral de Segurança.

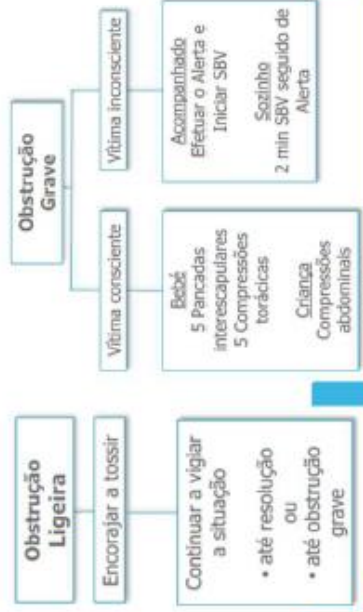
QUESTÕES?



OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA EM PEDIATRIA



ALGORITMO DE ATUAÇÃO OVA PEDIÁTRICO



TÉCNICA DE DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA



QUESTÕES?



EM SUMA

Uma Reanimação Cardiopulmonar rápida e eficaz pode salvar vidas.

O cumprimento dos 5 elos da cadeia de sobrevivência é muito importante no aumento da taxa de sobrevivência em PCR.



RECURSOS E BIBLIOGRAFIA DISPONÍVEL

Plataforma Moodle:

- Manual do Curso "Primeiros Socorros: Principais Urgências em Crianças e Adolescentes."
- Diana L. Atkins, Chair; Stuart Berger, et al; Part 11. Pediatric Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care; Circulation. 2015; 132 (suppl 2)

**Apêndice XIX – Cartaz de Divulgação da Formação de Suporte Básico de
Vida Pediátrico**

Suporte Básico de Vida Pediátrico



Destinatários: Profissionais da [REDACTED]
Dia: 29 de Janeiro e 6 de Fevereiro de
2018

Hora: 9h às 11 horas

Local: Sala de Formação

Formação elaborada por:

Aluna do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem
em Pessoa em Situação Crítica

Sara Marques

Com orientação do Prof. Doutor Jorge Ferreira
e Enfermeira Especialista [REDACTED]

Apêndice X – Algoritmo SBVP em formato de papel

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO



Apêndice X – Grelha de Avaliação SBV Bebê

Grelha de avaliação SBV Bebê		

Formando		Data	/ /
-----------------	--	-------------	-----

Formador	
-----------------	--

	Técnica a demonstrar	Cumpre
A	Avalia condições de segurança antes de se aproximar do bebê/criança	
B	Verifica o estado de consciência	
C	Grita por Ajuda	
D	Avalia se respira (5 a 10 segundos)	
E	Inicia de imediato a RCP de qualidade (30:2)	
F	Posição correta das mãos (dois dedos)	
G	Frequência adequada (mínimo de 100/min)	
H	Profundidade adequada (aproximadamente 4cm)	
I	Permite expansão torácica	
J	Posição neutra da cabeça	
K	Executa corretamente a ventilação boca-a-boca/máscara	
L	Ao final de 5 ciclos faz o alerta	
M	Retoma a RCP com as CT	
N	Durante a RCP efetua $\geq 75\%$ ventilações eficazes	
O	Minimiza as interrupções	
P	Não para até recuperação/exaustão/EEM	

	Cumpriu a técnica
	Não cumpriu a técnica

Observações

Aprovado	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Reavaliação	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
--------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Assinatura Formador	
----------------------------	--

Apêndice XI – Grelha de Avaliação SBV Adolescente

Grelha de avaliação SBV Adolescente		

Formando		Data	/ /
-----------------	--	-------------	-----

Formador	
-----------------	--

	Técnica a demonstrar	Cumpre
A	Avalia condições de segurança antes de se aproximar do bebé/criança	
B	Verifica o estado de consciência	
C	Grita por Ajuda	
D	Avalia se respira (5 a 10 segundos)	
E	Inicia de imediato a RCP de qualidade (30:2)	
F	Posição correta das mãos (dois dedos)	
G	Frequência adequada (mínimo de 100/min)	
H	Profundidade adequada (aproximadamente 5 cm)	
I	Permite expansão torácica	
J	Extensão da cabeça	
K	Executa corretamente a ventilação boca-a-boca/máscara	
L	Ao final de 5 ciclos faz o alerta	
M	Retoma a RCP com as CT	
N	Durante a RCP efetua $\geq 75\%$ ventilações eficazes	
O	Minimiza as interrupções	
P	Não para até recuperação/exaustão/EEM	

	Cumpriu a técnica
	Não cumpriu a técnica

Observações

Aprovado	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Reavaliação	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
--------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Assinatura Formador	
----------------------------	--

Apêndice XIX – Avaliação Formativa Mini-Teste SBVP

Mini Teste Formativo SBV		

Formando		Data	/	/
Formador		Classificação		

Assinale a opção correta.

1. As principais causas de PCR no bebê/lactente (até um ano de idade são):

- a. Acidentes de viação;
- b. Afogamentos;
- c. Problemas respiratórios;
- d. Quedas.

2. O objetivo do Suporte Básico de Vida Pediátrico consiste em:

- a. Recuperar vítimas em paragem digestiva, para que o processo de digestão ocorra com normalidade;
- b. Ajudar crianças vítimas de maus tratos;
- c. Recuperar vítimas de acidentes de viação, com hemorragias que podem causar a morte;
- d. Recuperar vítimas em PCR, para retorno da circulação espontânea e posteriores cuidados avançados de vida.

3. Ordene os passos do algoritmo de SBV Pediátrico com um socorrista a um adolescente (numere de 1 a 6).

- _ Gritar por ajuda
- _ Verificar a respiração
- _ 2 Ventilações
- _ 30 Compressões
- _ Verificar condições de segurança
- _ Avaliar estado de consciência.

Apêndice XX – Avaliação da Formação pelo Formando

Grelha de avaliação da Formação SBVP - Formando		

Formando		Data	/	/
Formador	Sara Marques			

Para o preenchimento do questionário utilize a escala de 1 a 4 (assinalando com um X), sendo que:
1 - Discordo Totalmente * 2 - Discordo * 3 - Concordo * 4 - Concordo Totalmente

A. Avaliação global	1	2	3	4
1. Os objetivos da formação foram atingidos				
2. Os conteúdos foram adequados aos objetivos				
3. As práticas simuladas foram suficientes				
4. A duração da formação foi adequada				
5. O relacionamento entre os formandos e os formadores foi positivo				
6. As instalações foram adequadas				
7. Os meios audiovisuais foram adequados				
8. A documentação foi suficiente				

B. Avaliação do Impacto da formação	1	2	3	4
1. A formação permitiu aquisição de novos conhecimentos				
2. Os conhecimentos são importantes e permitem melhorar para o meu desempenho profissional				

C. Avaliação do Formador	1	2	3	4
1. O formador revelou dominar o assunto				
2. A metodologia utilizada foi clara e adequada				
3. A exposição dos temas foi clara				
4. O formador estava motivado				
5. O formador foi pontual e assíduo				

D. Sugestões e críticas

E. Grupo Profissional

- Enfermeiro:
- Médico:
- Auxiliar:
- Administrativo:

Assinatura do Formando	
-------------------------------	--

ANEXOS

Anexo I: Certificado Participação no Congresso Doente Crítico 17

DOENTE
CRÍTICO '17
4º ENCONTRO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA
10ª JORNADAS DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS



A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica
que

Sara Raquel Carvalho Marques

participou no evento “Doente Crítico 2017”,
realizado a 20 e 21 de Outubro no auditório da
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O Presidente da APE

(Enfe. João Fernandes)

**Anexo II: Certificado de Formação Suporte Básico de Vida para
Profissionais de Saúde**



academiacuf

**FORMAÇÃO
EM SAÚDE**

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que, Sara Raquel Carvalho Marques, natural de Lisboa, nascido(a) em 20.11.1990, titular do Cartão de Cidadão com o nº de identificação 13781102, válido até _____, concluiu com aproveitamento a seguinte ação de formação:

Suporte Básico de Vida Para Profissionais de Saúde

que decorreu a 25 de setembro de 2017, com a duração total de 6 horas

Lisboa, 25 de setembro de 2017


academiacuf
formação em saúde
Academiacuf, Lda
N.º 110 486 103
Lisboa, Portugal, Rua da Saúde 4, 1.º e 2.º
Andares

Responsável Entidade Formadora

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

Apresentação e Introdução

Algoritmo de Suporte Básico de Vida para Profissionais de Saúde

SBV-D no Adulto

SBV no bebé

Técnicas de desobstrução da via aérea e do PLS

Avaliação SBV-D no Adulto e SBV no Bebê

Avaliação SBV-D no Adulto e SBV no Bebê

**Anexo III: Certificado de Formação *Pediatric Advanced Life Support*
Course**

CPRVerify

Certificate

Sara Raquel Carvalho Marques

has successfully completed

PALS

Pediatric Advanced Life Support Course

This certificate does not replace the American Heart Association course completion card.

Academiacuf

Training Center

Training Site

f05685469cb7

Certificate Number

ZL20905

Training Center ID

18 Oct 2017

Date Completed

Lisboa, PORTUGAL

ITC City, Country

October 2019

Expiration Date

Silvia Fernandes Bacalhau

Instructor Name



American Heart Association

American Academy of Pediatrics



SAVP Professional

Sara Raquel Carvalho Marques

O portador acima foi aprovado nas avaliações cognitivas e de habilidades, de acordo com o currículo do Programa de Suporte Avançado de Vida em Pediatria da American Heart Association.

18 Oct 2017

October 2019

Data de Emissão

Data de Renovação Recomendada

Data de Expiração

Data de validade por renovação

18 OCT 2017

OCTOBER 2019

Anexo IV – Certificado do Curso de Formação de Formadores



INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL, IP

Entidade certificadora competente ao abrigo da Portaria n.º 214/2011, de 30 de maio

Certificado de Competências Pedagógicas

Certifica-se que SARA RAQUEL CARVALHO MARQUES, natural de LISBOA, nascido(a) em 20-11-1990, titular do cartão cidadão n.º 13781102, válido até 13-08-2022, possui competências pedagógicas para exercer a atividade de FORMADOR (M/F).

Conceição Matos

Diretora do Departamento de Formação Profissional

Certificado n.º **F661727/2017**

Emitido em: 06-12-2017 | Impresso em 26-12-2017

Validação digital de acordo com a Portaria n.º 214/2011, de 30 de maio
Pode ser consultado no portal <https://netforce.iefp.pt>



MINISTÉRIO DO TRABALHO,
SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA
SOCIAL

Competências adquiridas

- Analisar o contexto de intervenção da formação
- Aplicar metodologias de gestão da diversidade no contexto da formação
- Aplicar técnicas de interação pedagógica e de dinamização de grupos de formação
- Atribuir e reportar resultados da formação e das aprendizagens
- Conceber os instrumentos de avaliação da formação e das aprendizagens
- Conceber/explorar os recursos didáticos e multimédia
- Desenhar o programa de formação
- Planear atividades de aprendizagem
- Utilizar e gerir plataformas colaborativas e de aprendizagem

Anexo ao Certificado de Competências Pedagógicas n.º F661727/2017

Via Formação Pedagógica Inicial de Formadores

Curso:

Formação Pedagógica Inicial de Formadores B-Learning

Concluído em 08-11-2017

Entidade formadora:

GESPERITUS - CONSULTORIA DE GESTÃO E FORMAÇÃO, LDA
RUA CASTILHO, Nº 90, 1ºD
geral@b-training.pt

Duração: 94 horas

Avaliação final: 5 - EXCELENTE

Estrutura curricular

MÓDULO 1. FORMADOR: SISTEMA, CONTEXTOS E PERFIL

MÓDULO 2. SIMULAÇÃO PEDAGÓGICA INICIAL

MÓDULO 3. COMUNICAÇÃO E DINAMIZAÇÃO DE GRUPOS EM FORMAÇÃO

MÓDULO 4. METODOLOGIAS E ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS

MÓDULO 5. OPERACIONALIZAÇÃO DA FORMAÇÃO: DO PLANO À ACÇÃO

MÓDULO 6. RECURSOS DIDÁTICOS E MULTIMÉDIA

MÓDULO 7. PLATAFORMAS COLABORATIVAS DE APRENDIZAGEM

MÓDULO 8. AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO E DAS APRENDIZAGENS

MÓDULO 9. SIMULAÇÃO PEDAGÓGICA FINAL