



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil  
e Pediatria  
Relatório de Estágio**

**Intervenções de enfermagem na promoção da vacinação  
da criança e jovem**

**Márcia Filipa Bodião Oliveira**

---

**Lisboa  
2023**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil  
e Pediatria**

**Relatório de Estágio**

**Intervenções de enfermagem na promoção da vacinação  
da criança e jovem**

**Márcia Filipa Bodião Oliveira**

---

**Orientador: Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues**

---

**Lisboa**

**2023**

**Não contempla as correções resultantes da discussão pública**

*“É preciso correr muito para ficar no mesmo lugar. Se quer chegar a outro lugar,  
corra duas vezes mais.”*

Lewis Carroll

*“Haverá um momento em que teremos que escolher entre o que é fácil e o que é  
certo.”*

Albus Dumbledore

## **AGRADECIMENTOS**

No término desta jornada académica pretendo demonstrar a minha profunda gratidão a todos os que contribuíram para a sua realização. Com a vossa ajuda consegui alcançar a concretização de mais um objetivo profissional e pessoal, tentando conciliar a vida pessoal e profissional, numa gestão nem sempre fácil de executar.

À minha família, por me ampararem e incentivarem nos momentos em que motivação era pouca, em particular à minha mãe por insistentemente me pressionar para concluir esta etapa e me apoiar sempre de forma incondicional.

Aos meus amigos de sempre, por acreditarem em mim e nas minhas capacidades e me animarem nos momentos mais cansativos.

À Professora Doutora Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues, na qualidade de minha orientadora, pela sua orientação, ajuda, disponibilidade, paciência, força, confiança e pela partilha de conhecimentos.

Aos restantes Professores do 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pelas aprendizagens e partilhas que foram ferramentas essenciais ao longo deste percurso académico.

Às Enfermeiras Catarina, Daniela, Margarida, Francisca e Sandra e às equipas dos contextos onde realizei estágio, pela orientação, sabedoria, paciência e partilha de experiências e conhecimentos que contribuíram para o meu crescimento a nível pessoal e profissional.

Às colegas que este curso me deu, em especial à Ana Pastorinho, Francisca Frias, Francisca Marinho, Joana e Mariana, pelas longas horas de trabalho e conversas muito animadas.

À Enfermeira Teresa, Eliana e Marta e a todos os meus colegas de trabalho por facilitarem o meu horário (e as trocas), por toda a disponibilidade, tolerância e incentivo.

Estarei eternamente grata, muito obrigada do fundo do coração!

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACES – Agrupamento de centros de saúde

APA 7th – 7ª edição da American Psychological Association

CCF – Cuidados centrados na família

CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança

CNT – Cuidados não traumáticos

CVSIJ – Consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HDP – Hospital de dia de pediatria

IHAB – Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés

IP – Internamento de Pediatria

PBE – Prática baseada na evidência

PNV – Programa Nacional de Vacinação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-nascido

UC – Unidade Curricular

UICD – Unidade de internamento de curta duração

UMAD – Unidade móvel de apoio domiciliário

UP – Urgência Pediátrica

USF – Unidade de Saúde Familiar

## RESUMO

A promoção da saúde abrange uma variedade de iniciativas que visam capacitar a população na adoção de comportamentos promotores em saúde, entre eles a vacinação. Esta representa uma história de sucesso a nível global de saúde, funcionando como uma ferramenta crucial para a prevenção e controlo de surtos de doenças infecciosas, bacterianas e virais, garantindo a segurança sanitária global, melhoria do bem-estar dos povos, contribuição para a eficiência e sustentabilidade dos serviços de saúde, atuando como um fator de desenvolvimento e proporcionando amplos ganhos em educação e economia (Wang et al., 2021; World Health Organization, 2019; Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2020).

A finalidade deste relatório foca-se no desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidar de enfermagem à criança, jovem e família e na promoção da vacinação. A sua elaboração teve por base uma metodologia descritiva e reflexiva, segundo uma lógica de aprendizagem experiencial e prática crítico-reflexiva das atividades realizadas em cada contexto de estágio, alicerçada em evidência científica. Sustentou-se em duas filosofias da enfermagem pediátrica: Cuidados Centrados na Família e Cuidados não Traumáticos; e em dois modelos teóricos de promoção da saúde de Nola Pender e Moyra Allen.

Das atividades desenvolvidas destaco a realização de sessões de formação em contexto de trabalho, a elaboração de um “*kit sem dor*” com materiais lúdicos, utilizados na promoção da vacinação e redução da experiência traumática da criança, jovem e família e a elaboração de um documento e póster centrados na promoção da vacinação. Considerando que os enfermeiros representam a principal fonte de informação para aqueles que decidem vacinar-se (Anderson & Bryson, 2020), estes devem contribuir para a melhoria da qualidade na prestação de cuidados à díade, através da gestão e implementação, em parceria, de um plano promotor de saúde, que considere o cuidar adaptado ao estágio de desenvolvimento e culturalmente sensível.

**Palavras-chave:** Criança, família, promoção da vacinação, enfermeiro, enfermagem pediátrica

## **ABSTRACT**

Health promotion encompasses a variety of initiatives aimed at empowering the population to adopt health-promoting behaviours, including vaccination. It represents a global health success story, acting as a crucial tool for prevention and control of outbreaks of infectious, bacterial and viral diseases, ensuring global health security, improving people's well-being, contributing to the efficiency and sustainability of health services, acting as a development factor and providing broad economic and economic gains (Wang et al., 2021; World Health Organization, 2019; Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2020).

The purpose of this report focuses on the development of common skills for Specialist Nurses and specific skills for Specialist Nurses in Child and Paediatric Health Nursing in nursing care for children, young people and families, as well as in the promotion of vaccination. It was based on a descriptive and reflective methodology, following a logic of empirical learning and critical-reflective practice of the activities carried out in each internship context, entrenched in scientific evidence. It was grounded on two philosophies of paediatric nursing: Family-Centred Care and Non-Traumatic Care; and also on two theoretical models of health promotion by Nola Pender and Moyra Allen.

Among the activities carried out, I would highlight training sessions in the workplace, the creation of a "painless kit" with playful materials used to promote vaccination and reduce the traumatic experience for children, young people and their families, and the creation of a document and poster centred on promoting vaccination. Considering that nurses are the main source of information for those who decide to get vaccinated (Anderson & Bryson, 2020), they should contribute to improving the quality of care provided to the dyad, by managing and implementing, in partnership, a health-promoting plan that considers care adapted to the stage of development and culturally sensitive.

**Keywords:** Child; Family; Vaccination promoting; Nurse; Paediatric Nursing

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL .....	15
1.1. Referenciais teóricos de enfermagem .....	15
1.1.1. Cuidados centrados na família.....	15
1.1.2. Cuidados não traumáticos .....	16
1.1.3. Modelos teóricos de promoção da saúde .....	18
1.2. A vacinação.....	20
1.3. Intervenção do enfermeiro na promoção da vacinação da criança e jovem.	23
2. METODOLOGIA.....	26
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO .....	28
3.1. Descrição do percurso formativo.....	28
3.2. Prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família nos processos de saúde-doença .....	30
3.3. Prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da promoção da vacinação da criança e jovem, em parceria com a família.....	51
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	58
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

Anexo I – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Anexo II – Vetores comportamentais e sociais da vacinação da WHO

## **ÍNDICE DE APÊNDICES**

Apêndice I – Cronograma de estágio

Apêndice II – Guia orientador das atividades de estágio

Apêndice III – Jornal de Aprendizagem no internamento de pediatria

Apêndice IV – Vacinação no bebé prematuro

Apêndice V – Autocolantes vacinação

Apêndice VI – Sessão de formação em contexto de trabalho: A vacinação na criança e jovem com doença oncológica

Apêndice VII – Sessão de formação em contexto de trabalho: Intervenção do Enfermeiro na aplicação de estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança e jovem

Apêndice VIII – Revisão da norma de procedimentos: boas práticas em procedimentos com agulha na criança/adolescente

Apêndice IX – Kit sem dói-dói

Apêndice X – Póster: “os super-heróis também precisam de vacinas... e o/a seu filho/a tem as vacinas atualizadas?”

## INTRODUÇÃO

A realização do presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, inserida no 3.º semestre do 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). A sua elaboração tem como desígnio explicitar o percurso de aprendizagem desenvolvido desde o semestre anterior, com a elaboração do projeto de estágio, que agora se pretende aplicar. O relatório deve perspetivar o percurso de formação no decorrer da prática de cuidados em diferentes contextos de estágio e refletir o desenvolvimento de competências de cariz técnico, científico, comunicacional e relacional para a conceção, prestação, gestão e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família, bem como competências de Mestre (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2022). Este projeto, alicerçado na mobilização e integração das diferentes dimensões do exercício profissional de enfermagem, em evidência científica e incorporando uma postura reflexiva sobre o cuidar, procura descrever as experiências vivenciadas e o desenvolvimento de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista (EE) (Regulamento n.º 140/2019, 2019), Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) (Regulamento n.º 422/2018, 2018) e ainda competências adquiridas com o grau de mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

Ao EE reconhece-se competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados especializados nas áreas de especialidade em enfermagem. As suas competências envolvem as dimensões da educação das pessoas e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e desenvolvimento de investigação (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Ao EEESIP reconhece-se competências de trabalho em parceria com a criança, jovem e família, na promoção do seu melhor estado de saúde, prestação de cuidados à criança e jovem saudável ou doente e proporcionar educação para a saúde, através da identificação e mobilização de recursos para fornecer suporte à família (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

A realização do projeto tem como objetivos principais a melhoria da qualidade da prestação de cuidados à criança, jovem e família, dando resposta às suas necessidades de crescimento e desenvolvimento, da sua maximização de saúde e do cuidar em situações de especial complexidade (ESEL, 2022).

A metodologia implementada ao longo do percurso formativo foca-se na realização de estágios e rege-se por princípios pedagógicos de formação de adultos, através do desenvolvimento de um projeto centrado nas necessidades e interesses de aprendizagem do mestrando/a, sendo o/a próprio/a responsável pela monitorização da sua aprendizagem (ESEL, 2022). Este percurso decorreu ao longo de 18 semanas em diferentes contextos de estágio: Neonatologia, Internamento de Pediatria (IP), Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), Cuidados de Saúde Primários, numa Unidade de Saúde Familiar (USF) e Urgência Pediátrica (UP), tendo como propósito o desenvolvimento de processos de prestação de cuidados à criança, jovem e família (ESEL, 2022). Durante este período realizou-se observação participativa dos cuidados de enfermagem, sendo que em alguns locais houve possibilidade de colaborar diretamente na prestação de cuidados. Posteriormente, refletiu-se sobre os cuidados anteriormente referidos, mobilizando evidência científica, através da análise de documentos normativos da disciplina de enfermagem e considerando a importância da prática baseada na evidência (PBE), norteando o processo de tomada de decisão com base em evidência científica atual.

A problemática selecionada para a elaboração do projeto focalizou-se na promoção da vacinação. A escolha deste tema está relacionada com uma motivação pessoal pré-existente, um gosto há muito desenvolvido sobre a importância da vacinação, que tem vindo a crescer ao longo dos anos e da minha prática profissional. Pessoalmente, este tema reveste-se de maior relevância, dado que na atualidade existem cada vez mais famílias a apresentar hesitação vacinal, tendo já redigido outros trabalhos sobre o mesmo tema. Segundo Guerra (2006), um projeto deve ser a expressão de um desejo, vontade, intenção ou necessidade à qual se pretende dar resposta. Tendo esta premissa como ponto de partida e após alguma reflexão, decidi expor a minha crescente preocupação com este tema, devido ao surgimento de um número crescente de movimentos anti vacinas, o que conseqüentemente contribui para a diminuição da adesão à vacinação pelas famílias.

O título selecionado foi: “Intervenções de enfermagem na promoção da vacinação da criança e jovem”. Este resulta da reflexão das minhas vivências enquanto estudante de enfermagem, mas sobretudo da reflexão das minhas experiências enquanto profissional há quase 10 anos e das práticas de promoção da saúde, exercendo funções numa UP. Na abordagem desta temática e percurso formativo, foram definidos como objetivos gerais o desenvolvimento de competências especializadas no cuidar de enfermagem à criança, jovem e família nos processos de

saúde-doença e o desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da promoção da vacinação da criança e jovem, em parceria com a família, em todos os estádios de desenvolvimento e nos diferentes contextos de saúde.

A vacinação representa uma história de sucesso a nível global de saúde. Os seus efeitos preventivos evitam 23 milhões de mortes anualmente, um número que aumentaria, em pelo menos 6 milhões, se em todo o mundo crianças e jovens cumprissem um esquema vacinal recomendado (Wang et al., 2021). Em todo o mundo existem vacinas para prevenir mais de 20 doenças, o que contribui para a melhoria da qualidade de vida de pessoas de todas as idades. As vacinas são fundamentais para a prevenção e controlo de surtos de doenças infecciosas, bacterianas e virais, garantindo a segurança sanitária global, melhoria do bem-estar dos povos, contribuição para a eficiência e sustentabilidade dos serviços de saúde, atuando como um fator de desenvolvimento e proporcionando amplos ganhos em educação e economia (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde [DGS], 2020; World Health Organization [WHO], n.d.; WHO, 2019).

Desta forma, a *United Nations International Children's Emergency Fund* [UNICEF], (2021) reafirma a necessidade de aumentar a cobertura vacinal para crianças e jovens contra doenças preveníveis, lembrando os decisores políticos e autoridades que a imunização é um investimento para o futuro, criando um futuro mais saudável, seguro e próspero para todos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) está a desenvolver em conjunto com países e parceiros a “*Immunization Agenda 2030*”, com a intenção de contribuir para a melhoria da cobertura vacinal a nível global. Esta agenda pretende estabelecer uma visão e estratégia global e abrangente para a imunização para a década de 2021-2030, através da universalidade do acesso a vacinas (WHO, n.d.). Baseia-se nas descobertas da literatura da última década e reconhece novos desafios colocados pelo aparecimento de novas doenças infecciosas, que exigem o desenvolvimento de pesquisas direcionadas e inovadoras para a criação de novas e melhores vacinas. Pretende-se que todos os países estabeleçam a imunização como uma prioridade e que a sociedade entenda a importância das vacinas (WHO, n.d.).

A nível nacional, a criação do Programa Nacional de Vacinação (PNV) remonta ao ano de 1965, sofrendo contínuas revisões e melhorias, tendo o intuito de vacinar o maior número de pessoas, o mais precocemente possível, contribuindo para a proteção individual, promoção da saúde e sendo uma mais-valia para a saúde pública. É um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em

Portugal. O seu objetivo é a proteção da população contra as doenças que representam maior ameaça à saúde pública e para as quais existe proteção eficaz através da vacinação. Os seus princípios são: “universalidade, destinando-se a todas as pessoas que em Portugal tenham indicação para vacinação; gratuidade, para o utilizador; acessibilidade; equidade; aproveitamento de todas as oportunidades de vacinação.” (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2020, p.17).

No decorrer do meu percurso académico e profissional tenho comprovado que a vacinação é um importante fator de *stress* para a criança, jovem e família, podendo agravar-se pela falta de informação e apoio na tomada de decisão. A hesitação vacinal define-se como a recusa ou atraso na administração de vacinas, apesar da sua disponibilidade nos serviços de saúde, tornando-se uma ameaça às doenças preveníveis. É um conceito complexo e específico de cada contexto com variações ao longo do tempo (Jones & James, 2021; WHO, 2015). Apresenta-se como um tema emergente na literatura atual, abrange uma panóplia de preocupações vacinais e acredita-se que seja responsável pela diminuição da cobertura vacinal em muitos países, tornando-se uma ameaça à imunidade de grupo (Barrows et al., 2015). Torna-se assim urgente o investimento na informação sobre as doenças evitáveis pela vacinação (Portugal. DGS. PNV, 2022).

A necessidade de melhoria da prestação de cuidados nesta área às crianças, jovens e famílias, transformou-se num objetivo fulcral, sendo a filosofia de cuidados centrados na família (CCF) e cuidados não traumáticos (CNT) e os modelos teóricos de Promoção da Saúde de Moyra Allen e Nola Pender, os constructos teóricos que fundamentaram e nortearam a realização deste percurso formativo.

A abordagem dos CCF e dos CNT focaliza-se na importância do envolvimento da família e na redução das experiências traumáticas para crianças e jovens. O seu principal atributo é a relação estabelecida entre a família e os profissionais de saúde, caracterizada por uma dependência mútua e uma responsabilidade partilhada nos cuidados à criança e jovem e o reconhecimento da família como uma constante na vida da criança e jovem (Institute for Patient and Family-Centered Care [IPFCC], 2017; Mikkelsen & Frederiksen, 2011). Os enfermeiros implementam intervenções que visam reduzir os *stressores* que afetam a criança, jovem e família, com o objetivo de evitar ou minorar o desconforto psicológico (ansiedade, medo, vergonha, culpa) e físico (imobilização, ruído, luminosidade, temperatura) (Hockenberry, 2022). Desta forma os CNT tornam-se essenciais na diminuição do *stress*, ansiedade e da experiência traumática evitando a progressão para o *stress* pós-traumático (The

National Child Traumatic Stress Network, 2014). Importa referir que as experiências traumáticas na infância estão relacionadas com resultados negativos a longo prazo (Koball et al., 2020). A escolha dos dois modelos teóricos de Promoção da Saúde, de Moyra Allen e Nola Pender, ganha legitimidade devido ao facto do primeiro defender que a saúde se aprende através da participação ativa da pessoa, mas principalmente no seio da família; enquanto que o segundo se alicerça na promoção da saúde como uma abordagem de bem-estar, centrando os cuidados de saúde na promoção da saúde e prevenção de doenças, antecipando problemas (Victor et al., 2005).

A procura de alternativas com o objetivo da melhoria de cuidados norteou a realização deste projeto, através da consciencialização da posição privilegiada do enfermeiro na prestação de cuidados à criança, jovem e família, podendo desenvolver uma relação interpessoal de grande proximidade com a díade, sustentada na partilha e parceria. Desta forma, os enfermeiros capacitam as famílias através da criação de oportunidades e recursos para que explicitem as suas habilidades e competências e alcancem novas, dando resposta às constantes necessidades da criança e jovem e apoiando a tomada de decisão, tendo em conta as necessidades de todos os membros da família (Hockenberry, 2022).

No que à estrutura concerne, este relatório organiza-se por capítulos, contribuindo para uma melhor consulta e leitura. No primeiro capítulo apresenta-se o enquadramento teórico-conceitual, começando pelos referenciais teóricos que nortearam a minha prática no percurso formativo, segue-se a contextualização da problemática em estudo. No segundo capítulo descreve-se a metodologia utilizada e no terceiro analisa-se o percurso formativo realizado nos diferentes contextos de estágio, mediante uma análise reflexiva das atividades desenvolvidas para alcançar os objetivos definidos. No quarto capítulo efetua-se a autoavaliação das competências desenvolvidas. Por fim, no quinto e último capítulo, explanam-se as considerações finais, projetos futuros e limitações, bem como aspetos relevantes para o seu desenvolvimento e aplicação futura, tendo em perspetiva o seu contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Este relatório foi desenvolvido segundo a Norma de Elaboração de Trabalhos Escritos da ESEL, encontrando-se as referências bibliográficas elaboradas segundo a 7ª edição da *American Psychological Association* (APA 7th). Dado tratar-se de um documento público, serão tidas em consideração as questões éticas relacionadas com confidencialidade, anonimato e proteção de dados.

## **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL**

Este capítulo pretende explanar e fundamentar a temática da vacinação, alicerçada em conhecimento e evidência científica, para dar resposta ao tema central do relatório, através da justificação e contextualização da sua escolha e abordagem.

Serão apresentados os quadros de referência teóricos de Enfermagem mobilizados durante o percurso formativo, que nortearam a minha prática clínica, e consequentemente, sustentaram a elaboração deste relatório: Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender e o Modelo de *McGill* de Moyra Allen. Serão também apresentadas as filosofias do Cuidar em Enfermagem Pediátrica que ancoraram este processo de aprendizagem: os CCF e os CNT. Posteriormente será apresentada uma revisão sobre a importância da vacinação e de seguida a explicitação da intervenção do enfermeiro na promoção da mesma.

### **1.1. Referenciais teóricos de enfermagem**

#### **1.1.1. Cuidados centrados na família**

Iniciando a explicação desta problemática, considero fundamental explicitar o conceito de criança, o cliente de cuidados em pediatria. Segundo o dicionário de língua portuguesa, criança é todo o ser humano de pouca idade, que ainda se encontra na fase da infância (Porto Editora, n.d.). A UNICEF (2019) defende que criança é todo o ser humano, com idade inferior a 18 anos, exceto se a maioridade lhe for atribuída mais cedo, nos termos da lei aplicável. Por se encontrar ainda em desenvolvimento, caracteriza-se por maior vulnerabilidade, tornando-se imperativo que todas as decisões tomadas em sua defesa, tenham em conta o seu interesse superior (UNICEF, 2019).

A pediatria, área responsável por cuidar da criança e jovem, apresenta algumas particularidades. A primeira a considerar-se é a definição do cliente de cuidados, que engloba a criança e a família. Nesta área de especialidade, o binómio criança/jovem-família é inclusivamente identificado como o conceito de pessoa (Regulamento n.º 351/2015, 2015). Corroborando com esta particularidade, a Ordem dos Enfermeiros (OE) afirma que o exercício profissional de enfermagem se alicerça no estabelecimento da relação interpessoal entre o enfermeiro e o seu alvo de cuidados, podendo ser constituído por uma ou mais pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Afirma ainda que as intervenções de enfermagem se otimizam através da presença e participação de toda a família, principalmente no que concerne a ações que visem a adoção de comportamentos promotores de saúde (Regulamento n.º 351/2015, 2015).

Ainda que exista muita literatura sobre o tema, torna-se uma tarefa árdua encontrar uma definição consensual que defina os CCF, existindo um ponto comum: o foco da prestação de cuidados deve ser a criança, jovem e família (Al-Motlaq et al., 2019). O reconhecimento da família como uma constante na vida da criança e jovem, elemento detentor de maior saber sobre as suas características e conseqüentemente o seu principal cuidador, é uma das maiores mudanças dos últimos anos da enfermagem pediátrica (Hockenberry, 2022). Atualmente a família pode prestar cuidados físicos essenciais e emocionais (Instituto de Apoio à Criança, 2008), participar na prestação cuidados técnicos complexos e principalmente ser ouvida na tomada de decisão partilhada e informada quanto aos melhores cuidados (Betz et al., 2017; Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020). O IPFCC (2017) define os CCF como o planeamento, prestação e avaliação dos cuidados prestados à criança ou jovem, tendo por base parcerias definidas com a família, essenciais na garantia da qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

Esta filosofia de cuidados apresenta dois conceitos norteadores: a capacitação e o *empowerment*. A capacitação acontece através da criação de oportunidades e disponibilização de meios para a demonstração, aquisição ou solidificação de competências e habilidades da família, com o objetivo de colmatar as suas necessidades e da criança ou jovem, através de um ambiente que possibilite a partilha das suas capacidades e competências reais. O *empowerment* surge na interação do enfermeiro com a família, através de um estímulo para aquisição e implementação de controlo sobre a sua própria vida (Hockenberry, 2022).

Como conceitos basilares desta filosofia surge a partilha de informação completa e imparcial; a participação ativa e colaboração na tomada de decisão no processo de cuidar da criança, jovem e família, bem como o respeito e dignidade pelos seus valores, crenças e experiências anteriores; equipa multidisciplinar e líderes em saúde no desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas e programas (Grant & Johnson, 2019; IPFCC, 2017).

### **1.1.2. Cuidados não traumáticos**

Face à temática escolhida, considero pertinente sustentar o meu percurso de aprendizagem também nos CNT. Estes cuidados são um dos pilares da enfermagem pediátrica, essenciais na diminuição do *stress*, ansiedade e da experiência traumática da criança ou jovem, que na infância estão relacionadas com resultados negativos a

longo prazo, que também se refletem na família (Koball et al., 2020; The National Child Traumatic Stress Network, 2014).

Os principais objetivos do CNT são evitar ou minimizar a separação da criança, jovem e família, promover o sentimento de controlo e evitar ou minimizar lesões corporais e dor (Hockenberry, 2022). Esta filosofia considera que a maioria das crianças que recorre aos serviços de saúde, já experienciou algum tipo de procedimento para diagnóstico ou tratamento. Experiências como a hospitalização, doença ou dor podem ser vistos como acontecimentos traumáticos, que devem ser minimizados através da implementação do estabelecimento de políticas institucionais e de intervenções de enfermagem (Hockenberry, 2022).

As experiências de dor nos primeiros anos de vida têm efeitos negativos na perceção, sensibilidade, respostas a *stressores*, comportamento, aprendizagem e desenvolvimento. A dor causa medo, ansiedade, perturba o sono, atrasa a recuperação e a mobilidade (Alotaibi et al., 2018). Diogo e colaboradores (2016), referem que na infância, durante o processo de crescimento e desenvolvimento, principalmente nos primeiros anos de vida, experiências como a hospitalização, doença e dor podem originar crise no seio familiar. Noutra obra, a mesma autora acrescenta que o esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informações, são formas de gerir antecipadamente as emoções da criança e de ajudar a estabelecer uma relação de proximidade e confiança, prevenindo picos emocionais e proporcionando tranquilidade e bem-estar (Diogo, 2015).

A ideia de que as crianças diferem dos adultos na forma como respondem aos estímulos dolorosos deve estar presente na prestação de cuidados, devendo a sua avaliação ser multifacetada e ter em conta vários fatores: idade, estágio de desenvolvimento, capacidade da criança expressar a localização, duração ou intensidade da dor e pelas respostas da família à dor da criança ou jovem (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor [APED], 2018; Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2010; Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2012).

Apesar dos esforços constantes na implementação de técnicas farmacológicas e não farmacológicas, a gestão da dor em pediatria é ainda insuficiente e assimétrica (APED, 2018). O reconhecimento da dor como uma experiência complexa, subjetiva e multidimensional, habitualmente de difícil reconhecimento, avaliação ou gestão, particularmente na criança ou jovem, torna-a mais vulnerável à dor (Alotaibi et al., 2018). É fundamental adequar o seu tratamento, através do investimento na formação dos profissionais de saúde e valorização do trabalho em equipa (Santos et al., 2018).

Uma correta e diferenciada gestão da dor pode contribuir para a redução da hospitalização, do sofrimento e melhorar a experiência e hospitalização da criança, jovem e família, contribuindo para a redução de custos (Alotaibi et al., 2018).

### **1.1.3. Modelos teóricos de promoção da saúde**

No seu denominado *Health Promotion Model*, Nola Pender evidencia a enfermagem como a arte de cuidar do outro, tendo como objetivo ajudar o outro a cuidar de si próprio (Wilson, 2022). No âmbito da promoção da saúde, Moyra Allen, da Escola da Promoção da Saúde, desenvolveu o modelo conceptual e de intervenção denominado *The McGill model of nursing*. Este modelo defende que a saúde se aprende através da participação ativa da pessoa, mas principalmente no seio da família, "... a família é apresentada, simultaneamente, como recurso e como entidade passível de ser intervencionada pela enfermeira." (Lopes, 2001, p.56).

Nola Pender, formada em educação, enfermagem, psicologia experimental e desenvolvimento humano, desenvolveu um modelo alicerçado numa perspetiva holística de enfermagem, que engloba a psicologia social e a teoria da aprendizagem social de Albert Bandura (1977). Esta última, intitulada atualmente de teoria cognitiva social, salienta a importância dos processos cognitivos de cada indivíduo para atingir a alteração comportamental, incluindo a prevenção de doenças, a educação para a saúde e a proteção da saúde (Murdaugh et al., 2019).

Este modelo foi desenhado para integrar perspetivas de enfermagem e da ciência do comportamento, bem como dos fatores que influenciam a adesão a comportamentos de saúde. É de fácil aplicabilidade, adaptando-se a todas as faixas etárias, indicado para a abordagem ou competência, dado que não inclui o medo ou ameaça como fonte de motivação (Allgood, 2022; Murdaugh et al., 2019).

Essencialmente o modelo alicerça-se em três componentes: as experiências e características individuais, as cognições e afetação do comportamento que se pretende atingir e o resultado comportamental. O comportamento alvo é influenciado por fatores pessoais, biológicos, psicológicos e socioculturais e por comportamentos anteriores, que podem representar um estímulo para atingir os objetivos delineados ou afetar negativamente a adesão a comportamentos promotores de saúde, caso o indivíduo possua hábitos enraizados. As cognições e afetação referem-se aos benefícios da ação percebidos, barreiras percebidas à ação, autoeficácia percebida, atividades relacionadas com a apresentação, influências interpessoais, normas, apoios ou

modelos e influências situacionais. Neste modelo ocorre a atribuição de um grande significado motivacional às cognições e afetação que englobam o comportamento que se pretende alterar, constituindo-se uma importante área de intervenção de enfermagem. Por fim, para atingir o resultado comportamental é fundamental a definição e implementação de um plano de ação e o compromisso com o mesmo, funcionando como alavanca para o início do comportamento promotor de saúde (Anexo I) (Allgood, 2022; Murdaugh et al., 2019).

A Enfermagem alicerçada neste modelo visa a promoção da qualidade de vida, através da promoção de comportamentos de saúde, surgindo como uma ferramenta a implementar em políticas de saúde e contribuindo para uma mudança de paradigma, onde cada indivíduo está empenhado em alcançar a sua melhor saúde (Wilson, 2022).

Moyra Allen elaborou um modelo, intitulado modelo de enfermagem *McGill*, com o objetivo de promover a saúde da família, através da ativação do processo de aprendizagem e influência mútua (Kérouac et al., 2017). Esta percecionava o papel único e ativo da enfermagem na prestação de cuidados de saúde, através da sua capacidade para envolver o indivíduo e família a participar ativamente na aprendizagem de cuidados de saúde em qualquer fase do ciclo de vida, com uma abordagem focada na promoção e restauração da saúde. Desta forma intervém enquanto agente de mudança, estimulando e motivando a aprendizagem, com recurso à colaboração, coordenação e negociação com a família. Este modelo é também baseado na teoria da aprendizagem social de Albert Bandura (1977) (Gottlieb & Rowat, 1987; Kérouac et al., 2017).

Nas principais premissas deste modelo está descrito que todas as famílias possuem capacidades ou potencial de saúde que sustentam o estabelecimento de metas a atingir no alcance de comportamentos promotores de saúde; os enfermeiros devem esforçar-se por estruturar um ambiente propício à aprendizagem; o grau de envolvimento que cada família deposita na resolução de problemas relacionados com a saúde e na definição de objetivos, reflete o processo de promoção da saúde família; os resultados do processo de promoção da saúde são a competência para a mudança de um comportamento promotor da saúde e a melhoria da saúde (Allen, 1977; Gottlieb & Rowat, 1987). A enfermagem não é vista como substituta de outras profissões, mas sim como complemento. A sua missão é de incentivar e motivar a família a adotar comportamentos promotores da saúde, estabelecendo com a mesma uma relação de proximidade que se alicerça nos basilares do modelo: família, saúde, aprendizagem e colaboração (Gottlieb & Rowat, 1987; Kérouac et al., 2017)

No que aos conceitos metaparadigmáticos concerne, este modelo tem como principal conceito e foco da prática de enfermagem, a saúde. Esta é definida como uma combinação de elementos dinâmicos e multidimensionais, não é vista como um contínuo saúde-doença, nem como um fim, estes dois conceitos coexistem. Considera-se o recurso mais valioso de uma comunidade, um fenómeno aprendido, onde a família é considerada o principal agente no processo de aprendizagem, tornando-se o foco da enfermagem. A saúde é composta, enquanto processo social, por características interpessoais e processos de aprendizagem, onde está incluído o *coping* e o desenvolvimento da família (Gottlieb & Rowat, 1987). O *coping* representa o esforço efetuado pela família para definir e realizar estratégias para enfrentar uma situação adversa, com vista à sua resolução (Stallman, 2020). O desenvolvimento está relacionado com a definição de objetivos, envolve o reconhecimento, mobilização, manutenção e regulação de recursos e potencial da família e do contexto onde se encontra (Winnicott, 2023).

O segundo conceito metaparadigmático referido no modelo é a pessoa. Esta representa a família, transformando-se no foco da intervenção de enfermagem, estando em constante interação com todos os membros que a constituem e o ambiente que os rodeia. Por fim, o terceiro conceito metaparadigmático é o ambiente, considerado o contexto onde se desenvolvem e aprendem os comportamentos promotores de saúde, estando em constante interação com o indivíduo e influenciando-se mutuamente (Gottlieb & Rowat, 1987; Kérouac et al., 2017).

Ao longo dos anos, este modelo foi testado, aperfeiçoado e implementado em diferentes níveis de assistência, ganhando ampla aceitação como estrutura útil para a prática de enfermagem.

## **1.2. A vacinação**

Em 1978, a Declaração de Alma Ata mencionava a importância dos indivíduos participarem no planeamento e execução dos seus cuidados de saúde, considerando-o um direito e um dever (Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, 1978). Anos mais tarde, em 1986, a carta de Ottawa, redigida durante a realização da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde tinha como intuito capacitar os indivíduos e as comunidades a atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde (Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, 1986). Tendo estes dois importantes documentos como pilares, a enfermagem deve

compreender a importância da promoção da saúde e o estabelecimento de um plano de cuidados com foco na avaliação pormenorizada de todos os aspetos do crescimento e desenvolvimento, incluindo a vacinação, nutrição, segurança, higiene oral, socialização, disciplina e educação (Rodgers, 2019). Sendo a vacinação o tema deste relatório, será realizado uma apresentação do mesmo.

A vacinação é uma das maiores histórias de sucesso médico da história devido a ter salvo milhões de vidas e evitado doenças e deficiências ao longo da vida para outros milhões (Washington State Department of Health et al., 2018). É um método seguro, eficaz, que acarreta baixos custos para a economia, uma vez que previne doenças e evita despesas médicas (Anderson, 2015; WHO, 2019). Algumas doenças foram erradicadas através de exaustivas campanhas de vacinação, enquanto outras se espera que sejam eliminadas em breve, como o sarampo e a rubéola. Contudo, subsistem desafios, nomeadamente vacinas recentes contra doenças existentes, tal como a infeção causada pelo vírus do papiloma humano ou a doença invasiva meningocócica causada pela *Neisseria meningitidis* dos serogrupos A, C, W-135 e Y, bem como vacinas que podem ser desenvolvidas contra doenças emergentes no futuro (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2023).

A promoção da vacinação é internacionalmente reconhecida como uma intervenção essencial de saúde pública (Ames et al., 2017). Promover a vacinação é o contrário de instituir a vacinação como um ato, legislado, obrigatório, que poderá afastar os pais do sistema de saúde e impedir que as crianças e jovens tenham acesso a cuidados essenciais ao seu desenvolvimento (Hadjipanayis et al., 2020).

A nível mundial, o impacto da pandemia no início de 2020 foi devastador para a vacinação infantil, com resultados semelhantes aos de há dez anos. Os excelentes resultados alcançados no período compreendido entre 2009 e 2019 foram perdidos, com o surgimento de surtos de sarampo, poliomielite, tosse convulsa, difteria e tétano, especialmente em áreas com recursos limitados, que agora representam grandes ameaças. A cobertura vacinal global diminuiu de 86% em 2019 para 83% em 2020, estimando-se que 23 milhões de crianças com menos de um ano não tenham sido vacinadas de acordo com o esquema recomendado (representando o maior número desde 2009) (Bravo, 2023). Em Portugal, o último boletim informativo do PNV, remonta a abril de 2022, demonstrando que os resultados alcançados, mesmo durante os anos em que fomos assolados por uma pandemia a nível mundial, são excelentes. Em 2021 atingimos 85% de cobertura vacinal para a vacina contra infeções por vírus

do papiloma humano e 95% de cobertura vacinal para as restantes vacinas/idades alvo (Portugal. DGS. PNV, 2022).

Apesar da grande evidência da segurança das vacinas, nem todas as crianças e jovens recebem as vacinas preconizadas, existindo alguns grupos de pais hesitantes ou resistentes, o que pode conduzir à existência de surtos de doenças imunopreveníveis (Haroune & King, 2020). Corroborando com a existência desta problemática, em 2019, a OMS definiu a hesitação vacinal como uma das principais ameaças à saúde global e em 2022 a vacinação infantil foi um dos principais destaques de saúde (WHO, 2019; WHO, 2022). A OMS relata também uma série de equívocos públicos sobre vacinas, incluindo falsas crenças de que as vacinas causam morte, as doenças imunopreveníveis foram eliminadas, as vacinas são ineficazes, as vacinas afetam negativamente o sistema imunológico e a maioria das pessoas que contraem doenças preveníveis é vacinada (WHO, 2023).

Com base em pesquisas que revelam esses equívocos, a OMS desenvolveu um modelo (Anexo II) que permite perceber os fatores impulsionadores comportamentais e sociais da vacinação (WHO, 2023), que explica como o processamento social de normas e informação sobre saúde influenciam a intenção motivacional para vacinar. Este modelo, pode também pode ser utilizado para compreender a tomada de decisão da família sobre a vacinação e os fatores que influenciam esta tomada de decisão, podendo ser utilizado no desenvolvimento de campanhas direcionadas com a promoção da vacinação (Jenkins & Moreno, 2020).

A hesitação vacinal é afetada por um conjunto de fatores, tais como: informação/conhecimento sobre a vacina; crenças em saúde; o facto de os pais não terem experienciado eventos de morbidade ou mortalidade associado a algumas doenças imunopreveníveis: experiência pessoal passada ou experiências de familiares e amigos; testemunho dos pais do desconforto dos filhos durante o procedimento; perceção do risco vacinal; confiança nas vacinas; pesquisa e regulamentação; pressão social; convicções morais e religiosas; condições socioeconómicas, emprego, raça, nível de educação, falta de confiança nos profissionais de saúde e fenómenos de populismo (Adams et al., 2022; Anderson, 2015; Hadjipanayis et al., 2020; Zell-Baran et al., 2023).

Na União Europeia, todos os países têm uma longa tradição de implementação de programas de vacinação (Mora & Trapero-Bertran, 2018). O desenvolvimento do modelo do Grupo de Trabalho *Strategic Advisory Group of Experts on Immunization*, encarregue do aconselhamento da OMS sobre políticas e estratégias globais gerais,

desde pesquisa e desenvolvimento de vacinas e tecnologia, até à imunização e às suas ligações com outras intervenções de saúde, foi um passo significativo para a evolução de um conjunto de indicadores para monitorizar efetivamente a evolução da hesitação vacinal (Larson et al., 2014). Muitas vezes, são questões práticas, e não falta de confiança ou motivação, a principal causa da hesitação vacinal. Estas questões práticas incluem as experiências que as pessoas têm ao tentar ser vacinadas, incluindo as barreiras enfrentadas, por exemplo com o acesso à unidade de saúde ou os custos de transporte (WHO, 2023).

Em suma, embora a vacinação seja cada vez mais segura e eficaz, enfrenta um grande desafio: a oposição de alguma população. Os seus benefícios são sobejamente reconhecidos, transformando algumas doenças numa raridade e fazendo com que não sejam lembradas as suas devastadoras consequências. A comunicação baseada em evidência científica é fundamental para tanto os decisores políticos como a população façam uma escolha informada (ECDC, 2023a).

### **1.3. Intervenção do enfermeiro na promoção da vacinação da criança e jovem**

Um dos grandes alicerces do PNV, são os profissionais de saúde que trabalham nesta área. É graças ao seu profissionalismo e dedicação que os valores relativos à vacinação em Portugal são uma referência a nível internacional (Portugal. DGS. PNV, 2022). As suas funções são inúmeras: divulgação do programa, motivação das famílias e aproveitamento de todas as oportunidades para vacinar as pessoas suscetíveis, nomeadamente através da identificação e aproximação a grupos com menor acessibilidade ao serviço de saúde (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2020). Para a manutenção destes resultados de excelência deve ser preservado o esforço de articulação entre as equipas coordenadoras da vacinação, com o intuito de alcançar os objetivos do PNV e cimentar a literacia dos profissionais de saúde sobre o mesmo (Portugal. DGS. PNV, 2022). O enfermeiro, sendo um dos profissionais de saúde que trabalha nesta área, é um dos principais motores destes resultados, cuja intervenção é fundamental para o cumprimento dos pressupostos do PNV.

Se o PNV é um exemplo de sucesso, muito se deve às intervenções dos enfermeiros. São estes quem o gere, através do esforço e empenho na sua aplicação sistemática e consistente ao longo do tempo. Para alcançar este sucesso, os enfermeiros têm demonstrado habilidades técnicas, científicas, éticas e deontológicas, permitindo assegurar a eficácia, eficiência e efetividade da aplicação

do PNV, resultando em elevadas taxas de cobertura vacinal (acima de 95%) e superiores à da maioria dos outros países (Frade et al., 2017).

Na prática, as intervenções dos enfermeiros passam por administrar vacinas, segundo o esquema vacinal recomendado pela Direção-Geral da Saúde (DGS), promover comportamentos de adesão à vacinação, executar registos, realizar a vigilância epidemiológica de aplicação do PNV e ainda gerir os *stocks* de vacinas (Frade et al., 2017). Na promoção da vacinação, os enfermeiros demonstram competências que demonstram confiança, entre elas: conhecimento das reações pós-vacinais, das contraindicações vacinais falsas e verdadeiras, das vias e locais de administração adequados, dos cuidados pós-vacinais e conservação das vacinas. Estes devem ainda informar e esclarecer previamente as dúvidas sobre as vacinas que vão ser administradas, explicar os benefícios da vacinação, bem como o risco da não vacinação, quando aplicável (Subtil & Vieira, 2011).

Alguns pais optam por não vacinar os seus filhos, na maioria das vezes citando o medo do desconhecido como a sua motivação. Estes comportamentos contribuem para a redução da imunidade de grupo e o reaparecimento de algumas doenças (Haroune & King, 2020). Compreender os elementos centrais da hesitação vacinal permitirá a adoção de estratégias eficazes comunicacionais e comportamentais por parte da equipa de enfermagem (Díaz Crescitelli et al., 2020).

Os enfermeiros podem contribuir para o aumento da taxa de vacinação através da elaboração de um registo das crianças/jovens elegíveis para vacinação, enviar lembretes personalizados, sistemas de chamadas automáticas e até visitas domiciliárias. Estas intervenções têm-se mostrado eficazes para quem raramente recorre a serviços médicos (Anderson & Bryson, 2020). Outra importante ferramenta para promover a vacinação é a ampla divulgação de documentos oficiais de várias instituições de saúde nacionais e internacionais (e.g., DGS, Ministério da Saúde, OMS, UNICEF) estes documentos devem ser mostrados no momento da vacinação, para uma tomada de decisão informada (Anderson & Bryson, 2020).

A literacia vacinal é considerada um importante fator de saúde. É um processo de habilidades para responder às necessidades de saúde, que contribui para a prevenção de doenças e promoção da saúde, bem como para tomar decisões sobre cuidados de saúde. Sendo os enfermeiros responsáveis pela transmissão de informação sobre a vacinação, tornam-se responsáveis pela capacitação vacinal, confiança (eficácia da vacina), confiança no sistema de saúde e conveniência de administração e aceitação de vacinas (Badua et al., 2022).

A comunicação é vista como uma das principais intervenções a implementar pelo EEESIP, tal como está redigido no Regulamento n.º 422/2018 (2018), devendo ser adaptada à idade, estágio de desenvolvimento e cultura da criança, jovem e família. Uma melhor comunicação entre pais e profissionais de saúde está associada a maior captação e cobertura vacinal. No sentido inverso, atitudes menos corretas por parte de profissionais de saúde, longas horas de espera, complicados processos burocráticos, procedimentos desagradáveis com longos períodos de exposição da criança podem dissuadir as famílias em voltar a vacinar a criança ou jovem (Balgovind & Mohammadnezhad, 2022).

Um dos medos mais referidos, pelas crianças relativamente à vacinação, é o medo de agulhas. Estima-se que mais de 80% das crianças em idade pré-escolar tenham medo de procedimentos com agulhas, podendo demonstrar comportamentos de angústia, como chorar, gritar ou exigir contenção física durante a vacinação preconizada no PNV, o que causa *stress* adicional para os pais e equipa de saúde (Pedro et al., 2010). Durante a realização de um procedimento doloroso como é a vacinação, o EEESIP deve garantir a gestão eficaz da dor e bem-estar da criança e jovem e a segurança da família. Isto é possível através da comunicação e da implementação de medidas não farmacológicas para controlo da dor (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Na comunidade podem ser estabelecidas várias intervenções no âmbito da promoção da vacinação, tais como: visitas domiciliárias; reuniões comunitárias, parcerias com a comunidade escolar; utilização dos canais de comunicação das instituições de saúde ou mesmo consulta do *site* da DGS. Os pais devem ser sensibilizados para a importância de vacinarem os filhos, através da implementação de programas promotores de saúde (Gagneur, 2020; MacDonald et al., 2018).

Para uma melhor intervenção, os enfermeiros precisam ser mais eficazes na identificação de fatores que influenciam a hesitação vacinal. Devem estar capacitados de conhecimentos, habilidades e confiança necessários para responder apropriadamente a todas as perguntas (Balgovind & Mohammadnezhad, 2022). A promoção da vacinação deve ocorrer em qualquer contexto de saúde, adaptando as intervenções de enfermagem às necessidades de cada criança, jovem e família.

## 2. METODOLOGIA

A elaboração deste relatório de estágio, teve por base uma metodologia de projeto, que apresenta como finalidade a resolução de problemas e conexão entre a teoria e a prática para desenvolver conhecimentos teóricos e científicos, sustentados em investigação para posterior aplicação na prática (Ferrito et al., 2010). Segundo Guerra (2002), um projeto é a expressão de um desejo e uma vontade, mas também a necessidade de dar resposta a uma situação identificada.

Para alcançar o intento proposto, identificou-se um problema decorrente da minha prática clínica, a promoção da vacinação, considerando o aumento da hesitação vacinal, e definidos dois objetivos gerais, dentro dos quais existem objetivos específicos, norteadores deste percurso formativo, que serviram de âncora para a realização do projeto de estágio nos diferentes contextos. Foram ainda planeadas e realizadas atividades para dar resposta ao problema inicialmente identificado, que serão descritas e analisadas de acordo com os objetivos definidos (Ferrito et al., 2010), transformados em subcapítulos. O desenvolvimento e aplicação do projeto ocorreu nos vários contextos de estágio, em diferentes áreas de intervenção, o que possibilitou o desenvolvimento de competências de Mestre, comuns de EE e específicas de EEESIP, culminando num percurso de aprendizagens pessoais e profissionais. É de salientar que para a identificação das competências comuns de EE e específicas de EEESIP que necessitavam de maior investimento da minha parte, foi elaborado um autodiagnóstico de competências no início do percurso formativo.

Este relatório também se baseia numa metodologia descritiva e reflexiva, segundo uma lógica de aprendizagem experiencial e prática reflexiva. A aprendizagem experiencial é entendida como uma atividade consciente de um indivíduo que aprende de forma voluntária ou imprevista competências existenciais, instrumentais, explicativas através de um acontecimento, situação ou atividade, onde interage consigo próprio, com os outros e com o meio que o rodeia (Cavaco, 2009). A prática reflexiva em enfermagem acontece quando a própria prática é problematizada e refletida, sendo sobejamente conhecida pela implicação que tem na qualidade dos cuidados prestados. A sua procura assume-se como premissa para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos. contribuindo para a assunção de novos conhecimentos e competências, traduzindo-se na evolução de iniciado a perito (Benner, 2001; Peixoto & Peixoto, 2016).

Na disciplina de enfermagem, a prática reflexiva reveste-se de grande importância porque representa uma ferramenta indispensável aos enfermeiros e estudantes de enfermagem. Esta permite que sejam autoconscientes das suas intervenções, o que contribui para a prestação de cuidados de excelência, ancorados em atitudes reflexivas em todos os momentos e contextos (Peixoto & Peixoto, 2016).

A duração dos estágios foi de 18 semanas, num total de 450 horas. Teve início a 26 de setembro de 2022 e término a 12 de fevereiro de 2023, em 5 contextos distintos, anteriormente citados no relatório, apresentados em cronograma (Apêndice I). Estes realizaram-se em diferentes contextos de cuidados de saúde infantil e pediátrica, abrangendo as várias áreas de intervenção à criança, jovem e família. A sua seleção teve em conta as oportunidades únicas de aprendizagem que me proporcionariam, adaptadas à relevância do projeto e ao desenvolvimento de competências comuns de EE, específicas de EEESIP e de Mestre.

Na definição dos objetivos gerais foi tido em conta o desenvolvimento de competências e a adaptabilidade aos diferentes contextos de estágio. Desta forma, foram definidos os seguintes objetivos gerais e respetivos objetivos específicos:

**Objetivo Geral 1** – Desenvolver competências especializadas no cuidar de enfermagem à criança, jovem e família nos processos de saúde-doença, nos diferentes estádios de desenvolvimento e diversos contextos de saúde.

**Objetivos específicos:**

- Conhecer a dinâmica, filosofia de cuidados e os projetos/programas em desenvolvimento nos vários contextos clínicos;
- Estabelecer uma relação terapêutica com a criança, jovem e família adequada ao seu estágio de desenvolvimento, situação de saúde e cultura;
- Prestar cuidados à criança, jovem e família em situações de doença aguda, doença crónica e de especial complexidade;
- Analisar práticas de cuidados relacionadas com a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, jovem, em parceria com a díade.

**Objetivo Geral 2** – Desenvolver competências especializadas no âmbito da promoção da vacinação da criança e jovem, em parceria com a família, nos diferentes estádios de desenvolvimento e diversos contextos de saúde.

**Objetivos específicos:**

- Identificar fatores que contribuam para a hesitação vacinal;
- Contribuir para o aumento da adesão à vacinação.

### **3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO**

#### **3.1. Descrição do percurso formativo**

Neste capítulo realizar-se-á uma breve apresentação dos locais onde decorreram os estágios e uma análise descritiva e crítico-reflexiva das atividades planeadas e implementadas, de acordo com os objetivos previamente definidos. No percurso inicialmente delineado, as escolhas dos locais de estágio tiveram em consideração a problemática em estudo, os objetivos definidos e as competências a desenvolver. Porém, manteve-se fiel à meta traçada de desenvolver competências para a prestação de cuidados de excelência, para alcançar o nível de perito, preconizado por Benner, (2001).

A realização do projeto e a sua constante adaptação e desenvolvimento nos diferentes contextos de estágio potenciou o desenvolvimento e aquisição de competências comuns de EE e específicas de EEESIP. Estas aprendizagens ocorreram através do desenvolvimento e partilha de conhecimento científico e prático, com recurso à minha experiência e à dos pares, mas também a uma PBE. A aprendizagem ancorada na PBE é um processo utilizado na revisão, análise e tradução da evidência científica mais recente, com o objetivo de suportar a decisão clínica informada, que englobe a investigação disponível, experiência e análise crítico-reflexiva (Dang et al., 2021).

Comecei pela definição de objetivos gerais e específicos, posteriormente planeei as atividades a implementar em cada estágio, apresentadas no Guia orientador das atividades de estágio (Apêndice II). Este documento foi elaborado com o objetivo de planear e sistematizar o meu percurso ao longo das 18 semanas. No início de cada contexto foi apresentado e discutido com os enfermeiros orientadores e respetiva chefia, para uma breve apresentação da temática e adequação ao contexto.

No que à parte mais prática deste percurso formativo concerne, foi mantida uma observação participante e sempre que possível colaboração na prestação de cuidados à díade em conjunto com os enfermeiros orientadores. Fui realizando, com os mesmos, reflexões sobre algumas situações de cuidados. Discuti ainda com os orientadores as necessidades de cada serviço relativamente à temática do projeto e o desenvolvimento de atividades com contributo para os resultados em saúde. Culminando com a elaboração de documentos ou apresentações, que representassem uma mais-valia para a díade e equipa de enfermagem.

Este percurso teve início no serviço de Neonatologia, tendo tido a duração de 4 semanas, entre o dia 26 de setembro e 23 de outubro de 2022. Este serviço é composto por 3 salas: sala de intensivos, sala de especiais e sala de pré-alta, existindo ainda um quarto destinado a cirurgias da especialidade de oftalmologia (retinopatia da prematuridade). A sua missão é a prestação de cuidados de saúde ao recém-nascido (RN) e família, utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis, formando profissionais de elevada qualidade e desenvolvendo a investigação em saúde (Departamento da Criança e do Jovem, 2023). Este serviço é considerado nível III, segundo a classificação internacional e da DGS, o que se traduz no atendimento de RN com grande prematuridade, com qualquer patologia que necessite de tratamento médico e/ou cirúrgico, provenientes do bloco de partos, obstetrícia, ou outro hospital.

O segundo estágio decorreu no IP, também com a duração de 4 semanas, com início a 24 de outubro e término a 20 de novembro de 2022. O serviço organiza-se em duas vertentes principais, o internamento e o ambulatório (constituído pelo hospital de dia de pediatria (HDP) e consulta externa), articuladas entre si e com os restantes serviços do hospital. Ao estar integrado num centro oncológico vocacionado para o ensino e investigação, o departamento assegura a disponibilidade das mais modernas tecnologias de intervenção para diagnóstico e tratamento, é tido como referência a nível nacional e de eleição no cuidado de enfermagem oncológico pediátrico.

O IP e o HDP de pediatria têm como missão a prestação de cuidados de diagnóstico e tratamento de crianças e jovens dos 0 aos 17 anos e 364 dias com doença oncológica. A equipa multidisciplinar que opera nestes dois serviços é constituída por enfermeiros, médicos, administrativos, assistentes operacionais, assistentes sociais, educadores de infância, professores, fisioterapeutas, nutricionista, psicólogo e voluntários de animação.

Neste percurso formativo, o terceiro estágio decorreu no CDC, no período compreendido entre o dia 21 de novembro e 2 de dezembro de 2022. O CDC apresenta como missão a prestação de cuidados preventivos, de diagnóstico e tratamento à criança e jovem com patologias neurológicas e do desenvolvimento, em situação (social e clínica) de especial complexidade, podendo destacar algumas situações: malformações morfológicas, alterações cromossómicas, *spina* bífida, paralisia cerebral, epilepsia, espectro de autismo, défice de atenção e hiperatividade e prematuridade. A sua missão engloba ainda a prestação de apoio médico, de enfermagem e psicossocial à díade e a promoção da ligação à comunidade, através do incentivo à continuidade da ação. Privilegia-se a ligação com os cuidados de saúde

primários e promove-se a cooperação interinstitucional e definição conjunta da metodologia mais adequada às suas necessidades.

O quarto estágio decorreu em contexto de cuidados de saúde primários numa USF, entre o dia 5 de dezembro de 2022 e 13 de janeiro de 2023, tendo sofrido uma pausa letiva no período entre 19 de dezembro e 1 de janeiro, perfazendo as 4 semanas de duração. Esta USF integra equipas de família, constituídas por médicos, enfermeiros e assistentes administrativos. É uma unidade funcional orientada para a prestação de cuidados de saúde de proximidade com qualidade e equidade, visando igualmente a satisfação tanto dos clientes como dos profissionais. Apresenta como missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.

Por fim, o último estágio decorreu numa UP, entre os dias 16 de janeiro e 12 de fevereiro de 2023, com a duração de 4 semanas. Este serviço é dotado de recursos físicos e humanos capazes de assegurar a prestação de cuidados médico-cirúrgicos e de enfermagem diferenciados à criança e jovem dos 0 dias aos 17 anos e 364 dias, com condições clínicas, psicológicas ou sociais urgentes e emergentes, por admissão interna ou externa. A sua missão contempla a prestação de cuidados diferenciados e de terceira linha, à criança ou jovem gravemente doente, minimizando os efeitos secundários da doença e/ou tratamento e promovendo a recuperação, em várias vertentes: física, psicológica, espiritual e social e funcional. A equipa é constituída por médicos pediatras com treino e competência em serviço de urgência, médicos internos da especialidade em constante rotação, enfermeiros com experiência, assistentes operacionais e administrativos, contando ainda com o apoio de diferentes especialidades existentes no hospital.

### **3.2. Prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família nos processos de saúde-doença**

- **Conhecer a dinâmica, filosofia de cuidados e os projetos/programas em desenvolvimento nos vários contextos clínicos**

Garantir que os serviços de saúde atendam às necessidades dos cidadãos de maneira integrada é fundamental para uma gestão eficaz, com destaque para a Enfermagem. De acordo com o International Council of Nurses (n.d.), os enfermeiros desempenham um papel crucial na promoção da qualidade e eficiência dos serviços de saúde, participando ativamente no planeamento, desenvolvimento e avaliação das

suas práticas. Esta abordagem busca acrescentar valor aos cuidados prestados, otimizando os resultados com os recursos disponíveis, contribuindo para o objetivo *major* da gestão em saúde: fornecer mais valor à sociedade e satisfazer as necessidades dos cidadãos (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Durante os estágios, o foco foi entender a estrutura e a dinâmica dos diferentes contextos, através da pesquisa de manuais, normas e procedimentos para adquirir conhecimento sobre a missão, valores, teoria de enfermagem aplicada ao local de intervenção, recursos materiais e humanos disponíveis e o sistema de registros utilizado. Constatei que a gestão de cuidados é adaptada às necessidades dos serviços e da população abrangida, podendo exigir a reformulação de políticas e métodos, como por exemplo a implementação do enfermeiro de referência na Neonatologia ou do enfermeiro de família na USF.

A entrevista exploratória, com as chefias e orientadores de estágio, desempenhou um papel fundamental na obtenção de informações necessárias para o diagnóstico de situação. Por vezes a documentação de apoio à prática clínica, como normas e protocolos, não estava acessível e, em alguns casos, ainda estava em formato físico. Além disso, durante estas entrevistas, houve a oportunidade de apresentar o projeto, tendo as chefias e orientadores de estágio demonstrado interesse e receptividade em promovê-lo no seio da equipa, facilitando o planeamento das atividades a implementar.

A apresentação informal do projeto decorreu durante as passagens de turno ou durante alguns turnos em conversa com outros colegas, onde procurei transmitir os objetivos traçados e as atividades planeadas. Através de uma abordagem participativa e envolvente, os enfermeiros foram sensibilizados para a importância do tema e encorajados a considerá-lo relevante para incorporação na sua prática. Durante esta partilha ficou claro que alguns objetivos e atividades seriam adaptados às necessidades dos locais, orientações das chefias e orientadores de estágio.

Na Neonatologia promove-se o conhecimento dos modelos de cuidar que orientam o exercício, nomeadamente a parceria de cuidados, os CCF, os CNT, o *trauma informed age appropriate care* e os cuidados neonatais para o desenvolvimento. Os enfermeiros negociam com a família o que preferem fazer no âmbito do papel parental, aceitando, ensinando, encorajando e supervisionando. Considerando ainda os CCF, as crianças e jovens participam na tomada de decisão em função do seu desenvolvimento e da legislação em vigor.

No que diz respeito à caracterização dos RN admitidos no serviço por diagnóstico, destaca-se a prematuridade incluindo a grande prematuridade, síndromes de dificuldade respiratória, risco infeccioso, restrição de crescimento intrauterino, síndromes de abstinência e malformações congénitas (Departamento da Criança e do Jovem, 2023). As 3 salas existentes permitem a prestação de cuidados bastante diferenciados, o que possibilita o desenvolvimento de diferentes competências no cuidar do RN que necessita de cuidados intensivos ou especiais, bem como na preparação para a alta e promoção da parentalidade e vinculação.

A dinâmica do serviço é afetada pelas dotações seguras dos cuidados de enfermagem, que são influenciadas por vários fatores, incluindo o nível de cuidado, o tamanho da unidade, a gravidade das patologias dos RN e as políticas institucionais. É fundamental seguir as normas da instituição para assegurar um ambiente seguro e adequado para o complexo cuidado aqui prestado (OE, 2014). Nos cuidados intensivos é comum manter uma relação de um enfermeiro para dois RN (1:2), nos cuidados especiais, essa relação varia de um enfermeiro para quatro RN (1:4) e na sala de berços um enfermeiro para seis RN (1:6). O método de trabalho é o individual, privilegiando-se a continuidade ao longo dos turnos.

O segundo estágio decorreu no IP onde existe uma clarividente necessidade de cuidado e apoio holísticos para crianças e jovens com diagnóstico de doença oncológica, abrangendo diversas dimensões do cuidado e promovendo o bem-estar. Este serviço ancora-se nos CCF, CNT e parceria de cuidados estabelecida com a família com o intuito de os tornar autónomos nos cuidados a prestar.

O departamento tem parcerias definidas com outros hospitais da região, para sempre que necessário garantir o acesso a cuidados pediátricos especializados noutras áreas. Dependendo do tipo de doença, a criança ou jovem pode ser internada uma ou mais vezes para tratamentos ou devido a complicações com a terapêutica. As leucemias e os tumores do sistema nervoso central são as doenças mais frequentes representando, em conjunto, cerca de metade dos casos recebidos no serviço. Muitos destes casos são de crianças e jovens que residem longe do hospital, sendo necessário planear os cuidados em integração com as unidades de saúde da sua área de residência e com outras instituições que possam prestar apoio. Importa referir que colaboram com o serviço várias associações em regime de voluntariado para apoiar a criança, jovem e família com cancro na multiplicidade das suas necessidades.

A dinâmica do serviço é influenciada pelo número de internamentos e pelo seu grau de complexidade. Habitualmente cada enfermeiro fica com quatro clientes

pediátricos (1:4), exceto quando existe previsão de novas entradas e o enfermeiro responsável pelo acolhimento fica, se possível, com menos um. O método de trabalho é o individual, existindo uma rotação da equipa de enfermagem em função do grau de competências do enfermeiro, da complexidade da díade e da administração de quimioterapia. Ao longo do internamento, e mais intensivamente nos dias que antecedem a alta, a equipa de enfermagem realiza a preparação para a alta, avaliando as necessidades existentes e a rede de apoio na comunidade para evitar reinternamentos desnecessários.

O quarto estágio decorreu no CDC, onde há uma forte aposta na humanização do atendimento à criança e jovem que apresente doença crónica complexa, que ocorre em todos os espaços percorridos pela criança e jovem desde a admissão. Aqui decorrem diariamente consultas de enfermagem com crianças e jovens com perturbações do neurodesenvolvimento, paralisia cerebral, *spina* bífida e *follow-up* de neonatologia, onde é feita uma articulação com a família de acordo com as necessidades verbalizadas e sempre que necessário uma articulação com a comunidade. O método de trabalho é o de enfermeiro de referência, o que possibilita uma estreita ligação e conhecimento da tríade, facilitando a comunicação e interação.

Esta unidade caracteriza-se por uma grande interligação multidisciplinar, sendo composta por enfermeiros, neuropediatras, pediatras com especialidade em desenvolvimento, médicas de medicina física e reabilitação, terapeutas ocupacionais e da fala e fisioterapeutas. Pautando-se por uma filosofia de CCF e individualização dos cuidados, a coesa ligação multidisciplinar favorece a deteção de problemas e o encaminhamento rápido para outras especialidades existentes no CDC.

No estágio decorrido na USF, o método de enfermagem implementado é o do enfermeiro de família por área geográfica. Este método baseia-se numa filosofia de cuidados que prioriza as necessidades da família ao longo do ciclo de vida como principal foco da intervenção do enfermeiro (Decreto-Lei n.º118/2014, 2014). Pretende-se com este método apoiar as famílias na identificação de soluções para os problemas no contexto familiar, planeando intervenções em parceria e adaptadas às suas necessidades específicas.

De acordo com a OE, cada enfermeiro de família deverá ter em média, 350 famílias de uma determinada área geodemográfica – indo desta forma ao encontro de orientações emanadas pela OMS (Decreto-Lei n.º118/2014, 2014). No decorrer do estágio na USF isto não foi verificado devido à ausência prolongada de uma EEESIP. Desta forma, apenas uma EEESIP assegurava as consultas de

vigilância de saúde infantil e juvenil (CVSIJ). Perante este cenário tornou-se necessário o estabelecimento de critérios de priorização de atendimento nas CVSIJ por um especialista, como RN, crianças de língua estrangeira, crianças com atraso no desenvolvimento ou doença crónica, assim como outras situações de especial complexidade. Os enfermeiros generalistas ficaram responsáveis pelas restantes CVSIJ. A priorização, anteriormente referida, deve-se à tentativa de colmatar a falta de recursos humanos existente nesta USF e em muitas outras no território nacional.

A equipa organiza-se de acordo com os programas chave definidos: saúde do adulto, cuidados domiciliários, diabetes, hipertensão arterial, rastreio oncológico, saúde materna, planeamento familiar, consulta de gravidez não desejada, saúde infantil e juvenil, vacinação, doença aguda, gestão de risco e controlo de infeção, programa nacional para a tuberculose, cuidados continuados, tratamento de feridas, programa nacional infeção VIH/SIDA, enfermagem de reabilitação, programa nacional de saúde mental e tratamento de opiáceos.

No estágio realizado na USF tive oportunidade de participar num projeto pioneiro em Portugal, realizado naquele município. No âmbito deste projeto, o agrupamento de centros de saúde (ACES), em parceria com a câmara municipal, criou em 2022 uma forma de dar resposta temporária a cuidados de saúde para clientes sem equipa de família atribuída. Este visa a prestação de cuidados de saúde primários por profissionais do ACES, sendo as vigilâncias de saúde materna e de saúde infantil e juvenil asseguradas predominantemente por EE.

Por último, o estágio decorreu numa UP que se centra na prestação de cuidados de saúde hospitalares e no respeito pela dignidade da díade, através da utilização de forma eficiente dos recursos disponíveis e apostando na formação de profissionais de elevada qualidade. Alicerça-se na filosofia dos CCF e CNT, reconhecendo não somente que a família é a melhor cuidadora, mas que também é afetada no processo de doença da criança ou jovem.

Desde o momento da admissão, existe uma preocupação de garantia de atendimento individualizado, de acordo com as necessidades da díade. Esta atitude envolve as seguintes condições: acolhimento da díade, fornecimento de informação à família sobre a situação e evolução clínica e solicitação de observação de outros profissionais, quando necessário. Na UP, a prestação de cuidados de enfermagem desenvolve-se pelo método individual por posto de trabalho, assume-se o método de enfermeiro responsável.

Em todos os contextos observei uma dedicação total e procura incessante de satisfazer todas as necessidades de cada díade, numa tentativa constante de individualização dos cuidados. Esta constatação relembra-me a importância de nunca esquecermos que cada criança e jovem é única, e as estratégias a implementar devem ter sempre em conta a sua idade, personalidade e necessidades específicas.

- **Estabelecer uma relação terapêutica com a criança, jovem e família adequada ao seu estágio de desenvolvimento, situação de saúde e cultura**

O objetivo da Enfermagem Pediátrica é prestar cuidados de saúde de alta qualidade ao binómio criança/jovem-família, com foco nas suas necessidades específicas. Neste binómio, a criança ou jovem é considerada como alguém frágil, cuja família desempenha um papel crucial como cuidadora. Para tal, é fundamental estabelecer uma relação terapêutica que maximize o potencial de crescimento e desenvolvimento da criança ou jovem, previna doenças, promova a saúde e garanta a segurança o seu bem-estar (OE, 2012; Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Tornar-se pai e mãe é um dos maiores desafios que os seres humanos enfrentam pela responsabilidade que acarreta, pelas mudanças inerentes e pela necessária adaptação que um nascimento provoca no seio da família (OE, 2015). É importante destacar que o nascimento de um filho representa uma reorganização profunda a nível individual, conjugal e social. O momento do nascimento pode significar um parto de um RN de termo com problemas de saúde ou um parto prematuro, originando uma situação imprevista, na qual a incerteza impera e os receios e medos consomem os pais. É essencial que toda a equipa multidisciplinar se mostre disponível para ajudar a família a adaptar-se à nova realidade e a gerir expectativas. Inicia-se neste momento a transição para a parentalidade, processo que acarreta riscos, dado que a qualidade da interação e relação pais/filhos pode ser afetada, tornando-se necessário compreender o modo como os pais experienciam a adaptação a este período de transição (Meleis, 2017).

A parentalidade tem sido identificada como uma das mais importantes questões de saúde pública que a nossa sociedade enfrenta. Apresenta-se como a variável mais importante, quando analisada de forma isolada, implicada na doença na infância, na gravidez na adolescência e no uso indevido de substâncias, no absentismo, no abandono e insucesso escolar, no abuso infantil, no não empregabilidade, na criminalidade juvenil e nos distúrbios mentais e comportamentais (OE, 2015). O processo de adaptação à parentalidade pode ser afetado pela doença e

hospitalização, acontecimentos inesperados para as famílias, que causam dor e sofrimento. Especificamente o parto pré-termo e o internamento do RN, são considerados experiências traumáticas, que podem influenciar negativamente a parentalidade e vinculação (OE, 2015).

Enquanto futura EEESIP tentei promover uma maior proximidade entre o RN e família, através da implementação e gestão de planos de cuidados promotores da parentalidade em parceria com a família. O objetivo principal era mitigar o impacto negativo da hospitalização do RN através de uma abordagem humanizada tanto para o RN como para a família. Este contexto provoca uma panóplia de transições, habitualmente de difícil gestão: transição de saúde-doença, transição do bebé sonhado-bebé real, transição para a parentalidade e transição de hospitalização do RN. Compreendi que a simples presença e a demonstração de disponibilidade, juntamente com a comunicação clara de informações sobre a saúde do RN e a execução de intervenções terapêuticas com tranquilidade e confiança, eram fundamentais para apoiar os pais nesse período desafiante e desenvolver confiança na equipa. Desta forma na Neonatologia o método de trabalho é individual, permitindo que os enfermeiros tenham conhecimentos detalhados da condição de saúde do RN, garantindo a continuidade dos cuidados sem perder nenhuma informação relevante e o estabelecimento de uma relação terapêutica que facilite a interação entre a tríade. Diariamente, compartilhava informações relevantes com os pais sobre o estado de saúde dos seus filhos. Também incentivei a sua participação nos cuidados, envolvendo-os desde o planeamento à execução, respeitando também quando não se sentiam seguros e preferiam permanecer a observar.

No IP e CDC senti maior dificuldade no estabelecimento de uma relação terapêutica com a criança, jovem e família devido à díade já conhecer, na sua maioria, bem a equipa de enfermagem. Isto conduz a que já esteja estabelecida uma relação de grande confiança, onde se torna difícil a entrada de um novo elemento. Em ambos os contextos, o reconhecimento da família como principal cuidadora da criança e jovem, bem como das suas necessidades de aprendizagem específicas, surge como fator primordial para o início de uma relação terapêutica.

A doença oncológica ou doença crónica na criança ou jovem representa uma experiência desafiadora para as famílias, o que acarreta um elevado nível de *stress* emocional e pode afetar o sono, causar ansiedade e depressão. A forma como a família lida com a doença tem um impacto direto na adaptação da criança ou jovem à sua condição de saúde (Adib-Hajbaghery & Ahmadi, 2019; Svavarsdottir et al., 2020).

De acordo com Mihelic e colaboradores (2018), é evidente que as dificuldades do sono e a sobrecarga das mães devido à acumulação de tarefas familiares podem conduzir à sua exaustão, ao aumento de conflitos familiares e ao surgimento de emoções negativas, como depressão. Portanto, dado o foco central da intervenção do EEESIP na família e considerando o impacto da hospitalização sobre a mesma, durante o estágio, foram implementadas intervenções para identificar indicadores fisiológicos e emocionais de desconforto psicológico.

Enfrentar a notícia do diagnóstico de um filho com doença oncológica provoca um sofrimento atroz e que por vezes deixa a família sem capacidade de resposta a este processo de transição saúde-doença. É importante reforçar a ideia de que os membros da família são os melhores cuidadores, objetivando a promoção e adequação da parentalidade em todas as suas dimensões. A equipa de enfermagem é responsável por promover a adaptação da família a esta nova realidade. A sua intervenção passa pela colaboração com cada família na adaptação ao seu processo de doença, através do apoio, ensino, instrução e treino, dotando-os de conhecimentos, habilidades e ferramentas que os capacitem a tornar-se nos melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos (OE, 2015).

Ao estarem devidamente informados e confiantes de todo o processo de cuidados, foi evidente que a família conseguiu desempenhar o seu papel parental e as suas funções de forma satisfatória e estável durante a hospitalização da criança e jovem. Como a teoria das transições explana, o processo de hospitalização acarreta mudanças, desafios e uma panóplia de emoções, como medo, preocupação e ansiedade, relacionadas com a condição de saúde da criança e jovem (Im, 2022). O enfrentamento dessas questões tem um impacto significativo na identidade parental, nos relacionamentos e no bem-estar emocional dos da família.

No CDC, a doença crónica com maior representatividade é a perturbação do neurodesenvolvimento, que impacta não apenas a criança e jovem, mas também a família, representando uma nova experiência para todos. A adaptação à doença ou incapacidade requer um sistema de suporte, no qual os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na integração da doença crónica na dinâmica familiar (Khorsandi et al., 2020; Pinguart, 2018).

Numa tentativa de estabelecimento de relação terapêutica com a díade, reconheci a família como principal cuidadora e tentei perceber quais as preferências da criança e jovem nas suas rotinas durante a hospitalização. Destaco um momento vivenciado no IP, no HDP, com uma criança de 10 anos com suspeita de leucemia,

tendo vindo referenciada de outro hospital. A criança necessitava colher sangue e cateterizar um acesso venoso periférico e apesar de ter entrado na sala de colheitas bem-disposta, na companhia da mãe e do seu urso de peluche, quando se sentou na cadeira começou a ficar muito ansiosa e a negar a realização dos procedimentos. Inicialmente eu e 2 enfermeiros explicámos o procedimento a realizar, mas a recusa manteve-se. De seguida expliquei e realizei o procedimento ao seu urso de peluche, tornando-se maior a sua recetividade ao procedimento. Contudo negou novamente a sua realização. Desta forma tentei abordar outros assuntos sobre as suas preferências do dia-a-dia e das pessoas de quem mais gostava e a conversa foi fluindo, sempre com novos temas. Enquanto a nossa conversa decorria, os outros enfermeiros realizaram os procedimentos, sem qualquer queixa por parte da criança, que no fim verbalizou “esta enfermeira conversa muito e bem, porque eu nem senti nada”. Senti-me bastante lisonjeada com este comentário e feliz por estabelecer uma relação terapêutica com aquela criança e mãe, adequada ao seu estágio de desenvolvimento e ao seu diagnóstico de doença oncológica.

Também destaco uma situação vivenciada na realização de uma consulta, no CDC, de uma criança com espectro do autismo, que devido a não conseguir permanecer sentada e em silêncio enquanto a enfermeira e a mãe conversavam, não estava a ser possível compreender as necessidades da mãe naquele momento. Após autorização da enfermeira orientadora, sentei-me no chão, e recorrendo a brinquedos existentes no gabinete, brinquei com a criança em tom de voz baixo, da forma que me permitiu, e a mãe conseguiu exprimir todas as suas necessidades.

Após esta situação ocorrida no CDC urge a necessidade de referir que neste estágio me foi imposto um grande desafio a nível comunicacional, porque algumas crianças ou jovens com perturbações do neurodesenvolvimento apresentam dificuldades na interação social e na comunicação verbal e não-verbal. Após observar a abordagem da equipa a essas crianças e jovens, foi clarividente que estratégias como falar de forma coerente com um tom de voz calmo, repetição, imitação, reforço positivo e motivação são eficazes para melhorar a comunicação, tanto verbal quanto não-verbal. É fundamental reconhecer que a cultura, as crenças, o suporte financeiro, social e emocional, bem como os laços familiares, são fatores que moldam o impacto das doenças crónicas na criança, jovem e família, e também afetam a maneira como as famílias lidam com essa situação.

Durante o estágio decorrido na USF, promover uma parceria na prestação de cuidados foi fundamental para garantir a segurança e proteção da criança e jovem. A

família desempenha um papel central como mediadora nesse processo, atuando como elo de ligação entre a criança ou jovem e os profissionais de saúde, desempenhando também um papel ativo na negociação e na participação nos cuidados (World Health Organization, 2020). Torna-se, portanto, crucial capacitar a família, através do estabelecimento de uma relação terapêutica, fornecendo o apoio necessário para que adquiram as competências essenciais na gestão competente dos cuidados aos seus filhos, tornando-se mais autônomos e capazes de tomar decisões. Como futura EEESIP o foco deve ser procurar oportunidades para colaborar com a criança, jovem e família, a fim de promover comportamentos saudáveis. Isso implica também fornecer orientações e intervenções que promovam a independência e o bem-estar da criança, jovem e família, tendo por base uma relação empática e comunicação sincera, que promova uma perspectiva realista e que facilite a expressão de emoções (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Neste sentido, enquanto futura EEESIP procurei respeitar, apoiar e potencializar as competências da família nos cuidados a prestar, através da promoção da sua autonomia, de sentimentos de segurança e reforço da autoestima, dando resposta às necessidades específicas de cada criança, jovem e família. Durante a realização das CVSIJ e da vacinação foram vários os momentos em que brinquei com as crianças e conversei com os jovens sobre temas importantes para eles e onde fomentei o debate entre a díade dos temas abordados para ouvir as duas partes e fomentar o diálogo entre elas.

Por fim na UP, provavelmente por ser o contexto onde mais à vontade me sinto, foi fácil estabelecer uma relação terapêutica com a criança, jovem e família, reconhecendo que a experiência ali ocorrida é agravada pela rápida prestação de procedimentos e pela limitada interação com a díade devido ao curto período de permanência (Berté et al., 2017; Martins et al., 2020).

Destaco uma situação ocorrida na UP, perante uma mãe ansiosa e emocionalmente abalada, devido ao seu filho apresentar uma fratura e ser necessário punção venosa periférica e posterior sedação, para redução de fratura. Tendo em consideração os princípios de uma parentalidade consciente, tornou-se essencial oferecer-lhe apoio emocional, dado que os fatores psicológicos podem impactar a autorregulação da criança e jovem (Mihelic et al., 2018). Foi importante acalmá-la, explicar-lhe todo o processo, para que conseguisse transmitir essa calma ao seu filho. Para tal, decidi encaminhá-la até ao exterior, tendo chorado e fumado um cigarro, enquanto esclareci as suas dúvidas. Quando regressou para junto do seu filho

apresentava-se mais tranquila, auxiliando a equipa na sua tranquilização. Durante o estágio, compreendeu-se que a partilha de informações com a família sobre a situação clínica da criança e jovem e dos cuidados necessários não tornou apenas as intervenções de enfermagem mais previsíveis, mas também facilitou o estabelecimento de uma relação empática com os pais, contribuindo para a redução da ansiedade da família.

- **Prestar cuidados à criança, jovem e família em situações de doença aguda, doença crónica e de especial complexidade**

Nos diferentes estágios tive a oportunidade de compreender a importância do papel desempenhado pelos EEESIP na promoção do mais elevado estado de saúde possível, prestação de cuidados à criança e jovem saudável ou doente e educar a díade para a saúde (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Através da sua proatividade e colaboração em inúmeros projetos e trabalho em equipa multidisciplinar para responder às necessidades de saúde da díade desempenham um papel vital como cuidadores e educadores na promoção da saúde e prevenção da doença infantojuvenil, contribuindo para o crescimento e desenvolvimento infantil saudável.

A nível mundial, a prematuridade é um importante fenómeno na avaliação da saúde perinatal, uma vez que nascem anualmente 15 milhões de prematuros. Em Portugal a prematuridade é de cerca de 8%. Apesar da melhoria dos cuidados neonatais, a prematuridade representa um grave desafio de saúde pública e associa-se a um elevado risco de compromisso neurocomportamental, sendo imperativo uma prestação de cuidados com o objetivo de minimizar as complicações da prematuridade (Ferraz et al., 2022; Nunes, 2022).

Importa compreender o conceito de RN de alto risco, que se entende como o bebé que nasça prematuro, com necessidades especiais de saúde ou dependente de tecnologia e em risco por questões familiares (DeMauro & Hintz, 2018). Existem outras definições como a de Cleveland (2022), que define RN de alto risco como aquele que ao nascer, independentemente da sua idade gestacional ou peso, apresenta maior risco de morbilidade e mortalidade, devido às condições ou circunstâncias associadas ao nascimento e à adaptação à vida extrauterina.

É de suma importância que a prevenção, controlo e gestão da dor no RN seja uma prioridade no planeamento dos cuidados de enfermagem, bem como a seleção da estratégia não farmacológica mais adequada à manutenção do seu conforto. Um dos principais destaques deste estágio foi a promoção do método canguru,

ênfatizando o contato físico pele-a-pele como uma estratégia eficaz na prevenção e redução do *stress* e dor no RN. Este método oferece diversas vantagens, incluindo a promoção do vínculo entre pais e filho, redução da resposta à dor, redução do choro, incentivo à amamentação, aumento de peso, aumento da autoestima e confiança dos pais no cuidado do bebê e estabilidade hemodinâmica, o que contribuiu para a redução do tempo de internamento hospitalar. Antes da aplicação deste método é imprescindível uma avaliação completa do estado de saúde e estabilidade do RN e explicação aos pais da técnica e dos seus benefícios (Angelhoff et al., 2018; Nunes, 2022).

Neste contexto de estágio a amamentação era muito incentivada, praticando-se neste hospital a Iniciativa Hospital Amigo dos Bebês (IHAB), através da explicação e operacionalização das medidas englobadas. Era disponibilizada a cada mãe uma bomba extratora de leite materno, quando não era possível amamentar o RN e sempre que possível o RN era colocado à mama. Eram observados os indicadores de uma boa técnica, como o posicionamento do RN, os sinais de boa pega, a duração da mamada e quando necessários corrigidos. Devido à relação entre o choro do RN e o *stress* dos pais, bem como o impacto do *stress* dos pais no choro do RN, surgiu a necessidade de informá-los sobre os benefícios da amamentação em situações dolorosas. Os RN amamentados e submetidos a procedimentos dolorosos tendem a experienciar menos dor, exibem frequências cardíacas mais baixas, mantêm níveis de oxigênio periférico estáveis e choram por menos tempo (Theurich et al., 2021). A combinação de um comportamento calmo dos pais com a amamentação mostrou-se eficaz na realização de procedimentos dolorosos, ajudando a reduzir o *stress* e a ansiedade da díade (Ginsberg et al., 2023; Olsson et al., 2020).

No IP importa considerar que a hospitalização da criança e jovem é um processo crítico que afeta significativamente a díade. Esta é retirada do seu ambiente familiar e social e colocada num ambiente desconhecido, onde é submetida a procedimentos técnicos, muitas vezes invasivos, que podem causar desconforto físico e emocional. Como resultado, sintomas como ansiedade, perda de peso, mudanças de humor, diminuição da capacidade cognitiva, perda de autoestima, desenvolvimento de fobias, inseguranças e dificuldades de adaptação psicossocial são frequentemente observados. Devido à hospitalização ser uma situação potencial geradora de crise, deve ser o último recurso em situação de doença aguda. Segundo a Carta da Criança Hospitalizada, a criança só deve ser hospitalizada quando os cuidados necessários à

sua doença não possam ser prestados em casa, consulta externa ou em hospital de dia (Instituto de Apoio à Criança, 2008).

Neste contexto especificamente, o diagnóstico da doença oncológica gera na família incerteza sobre o prognóstico e um vasto leque de emoções intensas, incluindo medo, ansiedade, confusão, esperança e preocupação. O diagnóstico da doença traz o confronto com o risco de morte e o colapso das aspirações para o futuro, exigindo que o enfermeiro preste apoio emocional (Pires et al., 2020).

Apesar da complexidade da dimensão emocional nos cuidados de enfermagem, que é inerentemente subjetiva, é crucial que a equipa reconheça a necessidade de adquirir novos conhecimentos e habilidades relacionados com o trabalho emocional do enfermeiro. Isto torna-se particularmente evidente na promoção da esperança realista, sendo um elemento essencial para alcançar um nível de cuidado de excelência, especialmente na área de cuidados paliativos, onde confesso ser uma área em desenvolvimento na minha prática profissional. Por esta razão, surgiu a necessidade de realizar um jornal de aprendizagem, utilizando o ciclo de Gibbs, permitindo-me analisar e refletir sobre a minha experiência em lidar com crianças e jovens com doença oncológica e as suas famílias (Apêndice III).

No que diz respeito às abordagens farmacológicas para controlar a dor, destaco a utilização da mistura equimolar de protóxido de azoto e oxigénio, conhecida como MEOPA® e do creme de lidocaína e prilocaína, conhecido como EMLA®, concomitante com a utilização de estratégias não farmacológicas, como intervenções cognitivas, incluindo a distração, imaginação guiada e a transmissão de informações antecipatórias. Destaco ainda uma ampla gama de abordagens não farmacológicas, pois era importante que a criança e jovem tivesse algum controlo sobre o tratamento. Isso incluiu permitir que escolhesse com quem queria estar durante o procedimento, a posição em que se sentia mais confortável e que estratégia não farmacológica preferia adotar. Em algumas situações também tinha a opção de escolher o local onde o procedimento seria realizado, evitando que fosse feito no próprio quarto de internamento para evitar associações negativas. A família desempenhou um papel crucial em todo o processo, sendo consultada e envolvida na preparação, realização e acompanhamento pós-procedimento.

Pude presenciar o momento incrível da visita dos Doutores Palhaços da Operação Nariz Vermelho e observei como a alegria contagiante criada por eles tinha o poder de transformar as emoções negativas das crianças e jovens, que participaram nas brincadeiras. De acordo com Ferreira (2010), o ato de brincar é a atividade mais

significativa na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, tanto a nível pessoal como social. É durante a brincadeira que a criança se sente incentivada a resolver problemas e ao manipular brinquedos, adquire competências na linguagem verbal e escrita, bem como habilidades manipulativas, motoras e sociais.

No CDC tive oportunidade de participar nas consultas de enfermagem a crianças e jovens com diagnóstico de *Spina Bífida*, tendo participado na realização de procedimentos terapêuticos, como esvaziamentos vesicais e colheitas de sangue para análises de rotina. Durante o contato com os adolescentes diagnosticados com *Spina Bífida*, percebi a fadiga e tristeza no seu rosto, refletidas em atitudes de resistência em relação aos profissionais de saúde. Este comportamento pode atribuir-se à frequência de consultas e constante necessidade de intervenções invasivas. De acordo com estudos, o suporte emocional e cognitivo oferecido pelos enfermeiros desempenha um papel crucial na adaptação da díade à criança doença crónica. Este suporte envolve competências de comunicação terapêutica, como empatia, escuta ativa, respeito pelas escolhas do cliente e pelo processo individual de adaptação (Khorsandi et al., 2020; Svavarsdottir et al., 2020).

Neste estágio observei uma constante preocupação com a implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor. Por exemplo em tratamentos de espasticidade que envolvem a administração de toxina botulínica e colheitas de sangue, a equipa de enfermagem optou por usar a aplicação de EMLA, como medida farmacológica. Sendo prática comum o fornecimento de EMLA®, juntamente com um folheto que explica como aplicá-lo a todas as crianças e jovens com colheitas de sangue programadas, permitindo que seja colocado em casa.

A realização do estágio no CDC foi uma experiência extremamente frutuosa no meu percurso de aprendizagem, uma vez que tive contacto com uma realidade muito diferente da habitual. Durante este estágio foi-me disponibilizado tempo para discutir e refletir juntamente com a enfermeira orientadora inúmeras questões que iam surgindo e com as quais me debatia pessoalmente e profissionalmente, contribuindo para a minha evolução a estes dois níveis.

Tive a oportunidade de observar consultas de terapia ocupacional em crianças com distúrbios do neurodesenvolvimento, como défice de atenção e hiperatividade e espectro do autismo e de fisioterapia em bebés com o diagnóstico de prematuridade, onde foi evidente a variedade de posturas e atitudes da família que os acompanhavam. Esta perceção reforçou a importância de avaliar as necessidades individuais e agir de acordo com os recursos e compreensões de cada cliente, o que

implica abordagens distintas. Particpei ainda de uma reunião multidisciplinar que envolveu a equipa multidisciplinar e a equipa local de intervenção, onde foram discutidos vários casos clínicos, cujas intervenções terapêuticas aplicadas ainda não teriam produzido os resultados esperados. Como resultado, foi necessária a elaboração de um plano individual alternativo para essas crianças.

Na USF onde realizei estágio a população é multicultural, tendo sido desenvolvidas intervenções de enfermagem adequadas à cultura e crenças da criança, jovem e família e considerados os diferentes aspetos socioeconómicos da zona geográfica abrangida. Durante as várias CVSIIJ, ocorreram diversos momentos de aprendizagem que contribuíram para o conhecimento e desenvolvimento de competências parentais. Competências estas relacionadas com a gestão de processos específicos de saúde e doença, como a técnica de lavagem nasal, a identificação de sinais de dificuldade respiratória, a promoção da amamentação e o reconhecimento de sinais de alerta. As intervenções de enfermagem implementadas foram direcionadas para uma atuação baseada em orientações antecipatórias que almeja o desenvolvimento saudável da criança e jovem, a maximização do bem-estar da família, através da promoção de comportamentos promotores de saúde e da sua autonomia na prestação de cuidados à criança e jovem.

Com vista à adoção de comportamentos saudáveis e atendendo às suas necessidades, procurei estimular a autonomia da família, através da promoção de sentimentos de segurança e reforço da sua autoestima, mantendo o foco no apoio, respeito e potencialização nos cuidados prestados. Para que estas intervenções tivessem sucesso avaliei a estrutura familiar e o desempenho de papéis, determinantes da manutenção do bom funcionamento da família, bem como o desenvolvimento da parentalidade (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Em algumas CVSIIJ a criança ou jovem fazia-se acompanhar pela mãe e avó, sendo importante avaliar onde e com quem vivia para adaptar as orientações transmitidas. Ao longo de todas as consultas, o discurso foi direcionado para a criança e jovem, quando adequado à idade e desenvolvimento, estimulando a sua participação e resposta às questões colocadas, com vista à negociação de comportamentos saudáveis.

Na UP, o primeiro contacto do enfermeiro com a díade ocorre na sala de triagem, onde se preconiza uma colheita célere de dados sobre a história de doença atual da criança ou jovem, aliada a uma observação global da mesma. De acordo com Diogo et al. (2016), é na triagem que é realizada a primeira interação entre os enfermeiros e a díade, possibilitando o estabelecimento de uma interação acolhedora

transmissora de confiança e segurança, através da demonstração de disponibilidade para responder às suas necessidades e preocupações. Nos serviços de urgência encontra-se estabelecido um método que permite avaliar a prioridade do atendimento com base na queixa e dos seus sintomas no momento da admissão, conhecido como Sistema de Triagem de Manchester.

Na prestação de cuidados de saúde em situações de emergência é reconhecida a importância de ter uma equipa treinada para identificar precocemente a criança e jovem gravemente doente, que possua o conhecimento das habilidades necessárias (Van de Voorde et al., 2021). A hospitalização de uma criança em estado crítico, com instabilidade hemodinâmica e a necessidade de reanimação, é reconhecida como um dos momentos mais stressantes e angustiantes no seio familiar (Ghavi et al., 2022; Manguy et al., 2021). Embora a questão da presença da família em situação de reanimação seja debatida na literatura internacional, há um crescente consenso de que as famílias devem ter a opção de estar presentes nesses cenários, apesar de existirem ainda poucos protocolos estabelecidos (Manguy et al., 2021). Neste contexto experienciei uma situação de uma criança em estado convulsivo febril, tendo dado entrada na sala de reanimação, onde os pais estiveram sempre presentes e a ser informados de todos os procedimentos realizados, por uma equipa especializada, que atuou rapidamente.

São admitidas na UP inúmeras crianças devido a acidentes, como queda, queimadura, ingestão medicamentosa voluntária, entre outros incidentes. Devido à frequência dessas situações, foram desenvolvidas diretrizes para família com o objetivo de promover a aquisição de conhecimentos relacionados com saúde e segurança da criança e jovem (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Essas intervenções foram uma preocupação constante durante o estágio, sendo implementadas em todos os postos da UP, com o propósito de prevenir situações de risco que possam prejudicar a vida ou a qualidade de vida das crianças e jovens.

Neste contexto pude contactar com criança e jovem em situação de risco, alegadamente vítima de maus-tratos. O abuso infantil, definido como qualquer ato ou negligência não intencional, seja ele físico, sexual, emocional, negligência ou exposição à violência doméstica, provoca graves consequências adversas na saúde, educação e comportamento ao longo da vida (DGS 2011; Mathews et al., 2020). A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima refere ainda que devido à improvável possibilidade de a vítima de maus-tratos revelar a situação de forma espontânea, destaca-se a importância fundamental dos profissionais que têm contato com a

criança e jovem, em particular os EEESIP (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2011). Em suma, um diagnóstico rápido e preciso de maus-tratos possibilita a prestação de cuidados imediatos e ajuda a mitigar os efeitos a longo prazo (APAV, 2011; Mathews et al., 2020; McClure et al., 2020).

Neste serviço é conferida autonomia à equipa de enfermagem no uso de estratégias farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor, refletindo o sólido enraizamento da filosofia dos CNT. Na triagem os enfermeiros têm autonomia para administrar paracetamol e ibuprofeno por febre ou dor e para colocação de frio e calor; na sala de tratamentos podem colocar EMLA à criança ou jovem com previsibilidade de punção venosa ou colheita de sangue, podem utilizar protóxido de azoto paralelamente com técnicas de relaxamento como a imaginação guiada, utilização de bolas de sabão, distração com luzes e música e visualização de desenhos animados para diminuir a dor e a ansiedade associada à realização de procedimentos dolorosos.

- **Analisar práticas de cuidados relacionadas com a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, jovem, em parceria com a díade**

A minha prestação de cuidados na Neonatologia alicerçou-se no Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal de Altimier e Phillips (2016), que se baseia na promoção do neurodesenvolvimento do RN e promoção do ambiente terapêutico, onde se incluem a prestação de cuidados em parceria com a família e a redução do desconforto, através da minimização do *stress* e dor. Este modelo inclui sete medidas neuroprotetoras: criação de ambiente saudável, parceria com a família, posicionamento e manipulação, proteção do sono, proteção da pele, minimização do *stress* e por último a otimização da nutrição. Estas medidas podem ser encaradas como estratégias para promoção do desenvolvimento adequado do RN e prevenção de possíveis alterações físicas, comportamentais e neurológicas. A apropriação deste modelo, implica a adoção de uma visão holística do RN, família e ambiente, através da implementação de intervenções para manter e proteger o desenvolvimento cerebral e/ou recuperação após lesão (Altimier & Phillips, 2016). A sua aplicação prática foi uma importante ferramenta na prestação de cuidados ao RN e família, com transmissão de informações e de exemplos práticos, em parceria com a família. Tornou-se bastante útil a lembrança e interiorização destes conceitos essenciais, que posso aplicar no meu local de trabalho, aquando do internamento de RN.

O modelo de Nola Pender destaca a importância da promoção da saúde e prevenção da doença, tendo esta premissa como foco, durante o estágio, os pais foram encorajados a desempenhar um papel ativo nos cuidados ao bebé, não apenas para promover a sua independência, mas também para fomentar uma ligação emocional sólida entre os membros da família. Foi enfatizada a importância da sua participação na preparação para a alta hospitalar, com o objetivo da adoção de comportamentos que promovam a saúde e o desenvolvimento saudável do bebé.

Durante o internamento hospitalar a avaliação do desenvolvimento infantil através de instrumentos não é prática recomendada e pode ser difícil de aplicar, já que o foco nesse contexto geralmente é otimizar o desempenho da criança. Porém, importa ressaltar que é durante o internamento hospitalar que frequentemente se identificam situações de risco em relação ao desenvolvimento infantil. Desta forma os enfermeiros devem deter amplos conhecimentos e competências relacionados com o desenvolvimento infantil, permitindo a deteção de possíveis situações de risco e, concomitantemente, promovendo o desenvolvimento infantil saudável, dadas as implicações físicas e psicológicas que o internamento hospitalar pode ter sobre a díade (OE, 2010). Neste IP, importa lembrar que a doença oncológica é altamente incapacitante durante largos períodos, podendo inclusive haver regressão no desenvolvimento de crianças mais pequenas, como por exemplo voltar a usar fralda ou deixarem de deambular com autonomia. Estas situações devem ser avaliadas individualmente e em conjunto com a equipa multidisciplinar, para se necessário ocorrer o seu correto encaminhamento para outras áreas da reabilitação.

Sabe-se que o brincar é fulcral na adaptação da criança ou jovem ao meio hospitalar, reduz a ansiedade e facilita a realização de intervenções que a doença oncológica exige (Coelho et al., 2021). É de ressaltar que este serviço foi pioneiro neste reconhecimento, quando em 1960 entendeu a importância das atividades lúdicas como forma de o humanizar, criando um espaço de recreio com a presença de educadores de infância. Sabe-se também que o desenvolvimento infantil é afetado negativamente pela hospitalização, enquanto a família influencia positivamente o seu estado emocional, tornando imprescindível a sua presença durante o internamento (OE, 2015). A missão dos profissionais de saúde é aconselhar, orientar e incentivar a díade a manter um padrão de vida adequado ao seu grupo etário e preferências, durante o período de tratamento. Para além dos inegáveis benefícios que uma vida semelhante ao seu quotidiano terá na autoestima e desenvolvimento da criança ou jovem, isto ajudá-la-á, igualmente, a manter a esperança no seu futuro.

Podem considerar-se como diagnósticos de enfermagem mais frequentes as alterações nos domínios da resposta pulmonar, da nutrição, do sono, do conforto, da segurança, do *stress-coping*, comportamento neuromotor desorganizado. Relativamente à família destacam-se as alterações familiares no desempenho do papel parental, da vinculação, ansiedade e medo e a experiência de perda (Departamento da Criança e do Jovem, 2023). Após a minha experiência no IP, uma realidade até então desconhecida, destaco a atenção, sensibilidade e preocupação da equipa de enfermagem em prevenir e minimizar os impactos negativos da hospitalização na díade. Promoveu-se a consciencialização da equipa de enfermagem na adoção de medidas ambientais que promovam o crescimento e desenvolvimento infantil saudável, resultando numa melhor adaptação do plano de cuidados definido.

Nas consultas de follow-up de neonatologia, realizadas no CDC, foi possível avaliar o crescimento através de medições antropométricas, tais como peso, comprimento e perímetro cefálico. A avaliação do desenvolvimento psicomotor realizou-se com recurso à aplicação de instrumentos apropriados, como a Escala de Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, conforme recomendado no PNSIJ. A utilização de instrumentos de rastreio padronizados apresenta uma sensibilidade e especificidade situada na faixa de 70% a 90%, possibilitando, assim, a deteção de problemas no desenvolvimento (Portugal. Ministério da Saúde. DGS., 2013). Houve também oportunidade de transmitir orientações antecipatórias às famílias para otimização do desenvolvimento infantil e promover o fortalecimento dos laços entre a díade. Estas orientações abrangeram não apenas o crescimento e o desenvolvimento psicomotor da criança, mas também aspetos relacionados com a segurança, alimentação, higiene, padrão de sono e vacinação, entre outros aspetos relacionado com a saúde global infantil. Durante a consulta, enfatizava-se a importância da criança e família frequentarem as CVSIJ nos cuidados de saúde primários, devido à extrema importância da educação para a saúde lá realizada e do cumprimento do PNV.

Na avaliação do desenvolvimento infantil realizada nas consultas de enfermagem em crianças ou jovens com perturbações do neurodesenvolvimento, a abordagem não segue um protocolo rígido, englobando uma observação crítica que começa desde o momento em que se procura a díade na sala de espera, analisando o seu comportamento na companhia da família e pares, sem os condicionamentos inerentes ao espaço restrito onde decorre a consulta. Esta observação permanece até ao momento em que abandonam a consulta, sendo acompanhados até à saída. Esta

personalização do contacto contribui para o estabelecimento de uma relação de confiança, gerando sentimentos de segurança, proximidade e respeito.

No decurso das CVSIJ, na USF, foram fornecidas orientações à díade, atendendo ao seu desenvolvimento e fatores socio-culturais, através de intervenções que visam a concretização de um amplo conjunto de pressupostos, com a meta de garantir ganhos contínuos em saúde. Desta forma, seguindo os pressuposto do PNSIJ, na realização de CVSIJ pretende-se avaliar o crescimento e desenvolvimento (através da aplicação da Escala de Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada), estimular comportamentos promotores de saúde, relacionados com a nutrição, atividade física e o brincar, prevenção de consumos nocivos e adoção de medidas de segurança, promover a vacinação e a saúde oral, prevenir as perturbações emocionais e do comportamento, os maus tratos e promover o aleitamento materno; detetar precocemente e encaminhar situações que possam afetar a qualidade de vida da criança e jovem; prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades; sinalizar e proporcionar apoio contínuo às crianças e jovens com doença crónica/deficiência e às suas famílias; identificar, apoiar e orientar a díade vítima de maus tratos e de violência e apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais (Portugal. Ministério da Saúde. DGS., 2013).

A família representa uma ferramenta imprescindível na promoção e aquisição de estilos de vida saudáveis, constituindo-se como o primeiro agente educativo infantil (Hockenberry, 2022). A minha intervenção enquanto futura EEESIP centrou-se na filosofia dos CCF, através do reconhecimento da família como um elemento constante na vida da criança ou jovem. A prestação de cuidados teve em conta o binómio criança-família e o estabelecimento de uma parceria de cuidados, alicerçada no respeito, na partilha de informações, colaboração e negociação, possibilitando uma tomada de decisão informada e conjunta, com o intuito de satisfazer o binómio (Mendes & Martins, 2012). O estabelecimento desta parceria de cuidados com a família, permitiu-me capacitá-la e promover o seu *empowerment*, através de conhecimento e orientações sobre possíveis alterações no desenvolvimento infantil (Portugal. Ministério da Saúde. DGS., 2013). No âmbito da participação no projeto existente no ACES, contatei com população migrante, com pouca vigilância de saúde e onde a língua era uma grande barreira. Tentei clarificar o seu papel e demonstrar a sua importância no desenvolvimento infantil, através do fornecimento de orientações antecipatórias, em inglês, e mostrando imagens ou facultando documentos que pudessem consultar caso prevalecessem dúvidas.

Quando a família recorre à UP, preconiza-se que possa estar presente durante todo o processo de cuidar, proporcionando-lhe momentos de aprendizagem e possibilidade de realizar treino, com vista à sua autonomia na prestação de cuidados que promovam o desenvolvimento da criança e jovem. O EEESIP deve munir a família de conhecimento e habilidades adequadas às suas necessidades, facilitando a aquisição de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença e potencializando a saúde através da adoção de comportamentos que reflitam ganhos em saúde (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Na identificação de problemas do crescimento e desenvolvimento infantil a UP congratula-se como sendo um serviço oportunista, onde podem ser detetados distúrbios durante a observação médica ou realização de procedimentos, uma vez que algumas crianças não têm uma vigilância de saúde regular. Durante a realização do estágio foram detetadas alterações na locomoção e na fala em duas crianças, tendo sido referenciadas em primeira instância para consulta de pediatria geral hospitalar, para uma primeira avaliação aprofundada e se necessário posterior encaminhamento para consulta de especialidade.

Este contexto também influencia as estratégias existentes na prevenção dos maus-tratos infantis, que podem exercer grande influência no crescimento e desenvolvimento infantil. Deve realizar-se uma avaliação completa e baseada em evidência, visando a identificação de indicadores de abuso infantil, a fim de realizar triagem e diagnóstico, essencial na proteção da criança e jovem e analisar o impacto das dinâmicas familiares no desenvolvimento da criança e jovem (APAV, 2011; Mathews et al., 2020; McClure et al., 2020).

Neste sentido, desempenhou-se um papel fundamental na implementação de intervenções personalizadas, centradas nas necessidades específicas de cada diáde, para promover a autonomia da família e alcançar a máxima independência possível. Essas intervenções adotaram uma abordagem holística, reconhecendo a família como um elemento crucial para o desenvolvimento saudável infantil, procurando alcançar equilíbrio e bem-estar através de relacionamentos positivos (Zani et al., 2023).

### **3.3. Prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da promoção da vacinação da criança e jovem, em parceria com a família**

- **Identificar fatores que contribuam para a hesitação vacinal**

A maioria dos países do mundo implementou programas de vacinação como medida de cuidado com a saúde, porém anualmente cerca de 1,5 milhões de crianças com menos de 5 anos perdem a vida devido a doenças que poderiam ser prevenidas através da vacinação. A baixa taxa de cobertura vacinal deixa as populações vulneráveis a surtos de doenças que poderiam ser evitadas. A adesão aos programas de vacinação desempenha um papel crucial na redução da suscetibilidade a doenças evitáveis e na prevenção de surtos (Hobani & Alhalal, 2022). Assim, torna-se imperativo compreender o conceito de hesitação vacinal e os fatores a influenciam.

A hesitação vacinal representa uma questão complexa, uma vez que os pais podem estar hesitantes por diversas razões, sendo os seus determinantes heterogêneos e multifatoriais (McGregor & Goldman, 2021), destacando-se a complacência, conveniência e confiança. A divulgação de informações sobre vacinas nos meios de comunicação provém frequentemente de fontes pouco fidedignas, muitas vezes apresentando perspectivas negativas quanto aos riscos associados às vacinas, o que contribui para a diminuição à sua adesão. Torna-se crucial a implementação de estratégias que promovam informações positivas sobre a vacinação e combater ativamente a desinformação disseminada em alguns meios de comunicação (Jones & James, 2021; WHO, 2015).

Neste sentido, importa compreender que o surgimento da hesitação vacinal pode ser atribuído a um estudo fraudulento veiculado em 1998 pela revista *The Lancet*. No referido estudo, o médico gastroenterologista Andrew Wakefield e os seus colegas estabeleceram uma associação entre a vacina contra o sarampo, parotidite epidémica e rubéola ao autismo. Subsequentemente, investigações detalhadas revelaram que este estudo foi inteiramente fraudulento (Anderson & Bryson, 2020).

A hesitação vacinal está em ascensão em alguns países, notoriamente aqueles onde a cobertura vacinal na infância permanece aquém do esperado, como é o caso do Canadá, sendo as razões por trás desse fenómeno complexas (Shen & Dubey, 2019). Também nos Estados Unidos da América, a hesitação vacinal começa a emergir como uma preocupação de saúde pública. Em março de 2020, uma avaliação revelou que aproximadamente um terço das crianças americanas, com idades entre

os 19 e 35 meses, não estavam a cumprir o calendário de vacinação infantil recomendado. Como resposta a esse desafio, iniciativas como o projeto VAX-TRUST, envolvendo sete países na Europa, que procura abordar a hesitação vacinal, examinando-a como um fenómeno social e visando aprimorar a experiência tanto dos clientes como dos profissionais de saúde (Tampere University, 2022).

No início da idealização do projeto que deu origem a este relatório, por sentir grande interesse e curiosidade sobre o tema da hesitação vacinal e por considerar que o projeto VAX-TRUST era deveras interessante, pedi uma reunião com a representante portuguesa. Foi uma reunião muito produtiva, onde aprendi muito sobre hesitação vacinal e os pressupostos da mesma. Compreendi que este conceito está relacionado com o estilo de vida, onde impera uma decisão deliberada de adiamento ou recusa de vacinas. Este projeto pretende estudar as razões que conduzem à hesitação vacinal, para isso foram realizadas observações em vários locais de cada país e em diferentes contextos de saúde. Apesar dos resultados dessas observações ainda não estarem publicados, foram-me transmitidos alguns factos observados e relatados pelas famílias que consideram que deveria existir maior flexibilidade de aplicação do PNV, que nem todos os efeitos adversos da vacinação são relatados, considerando ocorrer falta de transparência. Desta forma visa-se oportuno a melhoria da relação de confiança entre a família e os profissionais de saúde e que estes compreendam as suas motivações, medos e receios relativamente à vacinação.

A família necessita sentir que os seus medos e receios são ouvidos e reconhecidos, e que lhe podem ser dadas respostas às suas preocupações, não devendo ser pressionada, uma vez que isto pode ter o efeito contrário. O enfermeiro deve ouvir, construir uma relação de confiança, manter a aceitação, e trabalhar com a díade para uma tomada de decisão informada. Estratégias de comunicação, como entrevistas motivacionais são ferramentas valiosas para aumentar a aceitação da vacinação da criança e jovem com pais hesitantes (McGregor & Goldman, 2021).

As razões para os pais não quererem vacinar os seus filhos são inúmeras: devido a equívocos relacionados com a segurança das vacinas, ideias infundadas que as vacinas podem desencadear várias doenças; acreditam que os riscos de reações vacinais superam os benefícios das vacinas, preocupam-se com potenciais riscos como dor e febre, e ainda complicações muito raras, como síndrome de *Guillain-Barré* e encefalite; acreditam que contrair naturalmente uma doença, contribuirá para um sistema imunológico saudável; pensam que o sistema imunológico da criança e jovem ficará sobrecarregado com vacinas combinadas; recusam as vacinas por objeções

religiosas; outra das razões apresentadas é a desconfiança do governo, empresas farmacêuticas e profissionais de saúde (Anderson & Bryson, 2020).

Ao discutir a vacinação com pais hesitantes, não é suficiente fornecer factos e números (Shen & Dubey, 2019), é necessária a consciencialização que a decisão de não vacinar o seu filho, afeta outros bebés, idosos e pessoas com doenças de imunossupressão que podem ser expostas a doenças potencialmente fatais. A sua hesitação vacinal pode levar ao risco de transmissão de doenças e conseqüentemente ao aparecimento de surtos de doenças já erradicadas em alguns países (Anderson & Bryson, 2020). Em nenhum contexto de estágio encontrei famílias que recusassem a vacinação, porém encontrei várias com a vacinação em atraso devido às crianças estarem doentes aquando da data agendada, a esquecimento e a não terem médico de família atribuído. Em todos estes casos promovi a vacinação, esclarecendo os processos e os benefícios do cumprimento do PNV.

Os enfermeiros por estarem numa posição privilegiada de proximidade com as pessoas, enfrentam grandes desafios na construção de relacionamentos de confiança com quem demonstra hesitação vacinal. É necessário o desenvolvimento de conhecimento e habilidades específicas para ouvir as suas preocupações, sem os julgar e auxiliar no processo de decisão sobre comportamentos de saúde (Tampere University, 2022). Devem estar preparados para abordar o debate sobre imunização e entender como educar sobre a importância da vacinação, numa intervenção pautada por transparência. Ao melhorar a compreensão pública, os enfermeiros podem ensinar sobre a segurança das vacinas, aumentando a confiança nas mesmas e conduzindo à redução de hesitação vacinal (Anderson & Bryson, 2020).

- **Contribuir para o aumento da adesão à vacinação**

A sensibilização dos profissionais de saúde e das famílias para a importância do cumprimento do PNV é crucial para garantir uma adesão robusta e eficaz às práticas de imunização. Ensinar sobre doenças preveníveis através da vacinação, fornecer orientações antecipatórias sobre possíveis reações adversas, facilitar o acesso à informação e agendamento da vacinação, esclarecer dúvidas e mitos, bem como implementar medidas não farmacológicas para o alívio da dor, adaptadas ao estágio desenvolvimento da criança ou jovem e às preferências da família, contribui para o aumento da taxa de vacinação (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2020).

Na neonatologia encontrei uma equipa bastante motivada com o cumprimento do PNV em todos os bebés, frequentemente internados durante longos meses. O PNV refere que a vacinação não deve ser adiada devido à prematuridade, os RN clinicamente estáveis devem ser vacinados de acordo com o esquema recomendado, com as mesmas doses e na mesma idade cronológica que as crianças de termo, com algumas exceções, que requerem algumas precauções, de acordo com a idade gestacional (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2020).

Diariamente no turno da noite, quando são realizadas as folhas de enfermagem para o dia seguinte, deverá ser confirmado o peso e a data em que podem ser vacinados, fazendo jus às particularidades da vacinação na prematuridade, emanadas pela DGS. Contudo, devido ao elevado volume de trabalho esta rotina nem sempre era realizada, razão pela qual durante os turnos realizados confirmei estes dados de todos os bebés internados e identifiquei alguns que já reuniam condições para realizar a vacinação. Desta forma e porque por vezes existem algumas dúvidas das recomendações, elaborei um documento de apoio para a equipa de enfermagem, onde estão resumidas as particularidades a ser tidas em conta na vacinação do bebé prematuro (Apêndice IV). Este documento foi considerado um instrumento essencial pela equipa de enfermagem, de fácil consulta e com esquematização de todos os aspetos importantes à temática, conferindo maior segurança sobre as orientações a transmitir à família aquando da vacinação e no momento da alta.

Também no âmbito da promoção da vacinação, depois de me terem explicado o projeto implementado no serviço, denominado “Os nossos dias na Neonatologia”, que consiste num livro para cada RN onde vão sendo colados autocolantes e fotografias dos momentos e conquistas importantes ao longo do internamento e onde a família pode deixar testemunhos, criei um autocolante para o dia em que fossem vacinados. Quando me falaram sobre este incrível projeto fui consultar o dossier dos autocolantes existentes e verifiquei que não existia nenhum sobre a vacinação, o que para os pais representa uma grande conquista. Desta forma criei dois autocolantes que possam ser colados nos livros dos RN, para que nunca se esqueçam do dia em que a sua bravura e resiliência permitiu que fossem vacinados (Apêndice V).

No IP optou-se por realizar uma formação sobre a vacinação na criança e jovem com doença oncológica (Apêndice VI), ideia que surgiu após uma conversa com a Enfermeira chefe e orientadora sobre as atividades a realizar no estágio, no âmbito do projeto. Decidimos em conjunto ser mais proveitoso a realização de uma atividade para a equipa de enfermagem, uma vez que as famílias das crianças e jovens

internadas não estariam, naquele momento da sua vida, recetivas a receber informação sobre vacinação infantil e isso poderia provocar-lhes maior ansiedade.

Relativamente ao planeamento e execução da sessão de formação em contexto de trabalho para os enfermeiros da equipa, esta ocorreu no dia 18 de novembro de 2022, na sala de enfermagem do serviço, na hora e local destinadas à passagem de turno da equipa de enfermagem, fator decisivo à concentração de um maior número profissionais, contando assim, com a presença de 10 enfermeiros. A sessão de formação, foi conduzida de acordo com o plano de formação previamente elaborado, abordando os objetivos propostos. Na generalidade conclui-se que o tema da sessão foi considerado pertinente (88,9%) e com objetivos claros (100%) e conteúdos adequados aos mesmos (100%). No que concerne à avaliação do impacto da formação, verificou-se que a mesma teve um impacto positivo, onde 88,9% dos enfermeiros revelaram ter adquirido novos conhecimentos, os quais foram considerados úteis ao seu exercício das suas funções (100%), e resultaram num melhor desempenho profissional (88,8%).

A vacinação de crianças e jovens com comprometimento do sistema imunitário deve ser supervisionada e prescrita pelo médico assistente. É fundamental a delineação de esquemas personalizados de acordo com as suas condições individuais (Jasmins et al., 2019; Vieira & Marques, 2007). Após análise e reflexão, intensificou-se o esforço para consciencializar os profissionais sobre a necessidade de promover a vacinação após o término dos tratamentos, através de discussão e reflexão individual, enfatizando a importância de adaptar o plano de cuidados da criança e jovem de forma personalizada. Essas ações contribuíram significativamente para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

No CDC, por indicação da Enfermeira orientadora, não foi realizada uma atividade especificamente relacionada com a promoção da vacinação, devido a este procedimento não se realizar naquele contexto. Sempre que possível nas consultas realizadas, questionei as famílias sobre o cumprimento do PNV, explicitando a sua importância e lembrando as próximas tomas do esquema vacinal, de acordo com a idade. Após reunião com a Enfermeira orientadora decidiu-se que seria benéfico adaptar o tema do relatório e realizar uma sessão de formação sobre a intervenção do enfermeiro na aplicação de estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança e jovem (Apêndice VII), tema também englobado na promoção da vacinação.

A sessão de formação em contexto de trabalho foi realizada em formato presencial num dos gabinetes de enfermagem, no dia 28 de novembro de 2022, antes

da hora de almoço, período de maior disponibilidade da equipa. A avaliação da formação foi realizada em suporte papel, existindo total disponibilidade para o seu preenchimento, contou com a presença de 3 formandos. A sessão de formação decorreu de acordo com o plano previamente definido, elencando os objetivos propostos. Pode concluir-se que o tema da sessão foi considerado pertinente, com objetivos claros e conteúdos adequados aos mesmos (100%). Verificou-se que a formação teve um impacto positivo, os enfermeiros revelaram ter adquirido novos conhecimentos, úteis ao seu exercício das suas funções, o que resulta num melhor desempenho profissional (100%). O formador demonstrou dominar a temática, utilizando linguagem clara e estabelecendo uma relação positiva com os formandos (100%). Com a realização desta atividade e apesar da adaptação às necessidades do local de estágio, contribui-se para a realização do objetivo definido.

A administração de vacinas é a causa mais comum de dor iatrogénica em crianças, sendo possível atenuar e controlar essa dor uma vez que é um evento transitório e previsível. Importa referir que a subvalorização dessa dor pode ter efeitos adversos, podendo resultar em ansiedade prévia a procedimentos futuros, medo de agulhas e evicção de cuidados de saúde (Abadesso, 2022). Neste sentido, na USF, no contexto da vacinação e de procedimentos dolorosos, como o rastreio metabólico, procurou-se adotar e promover abordagens não farmacológicas no alívio da dor, realizando a revisão de uma norma de procedimentos: boas práticas em procedimentos com agulha na criança/adolescente (Apêndice VIII). Enfatizou-se a importância da participação dos pais no procedimento, caso desejassem, e incentivou-se a colaboração das crianças e jovens, desmistificando medos e concepções pré-existentes. A utilização do colo dos pais, juntamente com a otimização do uso de chucha, a amamentação, o toque terapêutico e a técnica de “*shushing*”, demonstraram ser estratégias eficazes para proporcionar conforto e relaxamento. A implementação dessas abordagens resultou num notável e rápido alívio da ansiedade da díade.

No sentido de promover a vacinação infantil foi criado um *kit* sem dor, que também pode ser utilizado noutros procedimentos dolorosos e durante a realização de CVSIJ (Apêndice IX). Com todas as crianças tentei utilizar os materiais que compunham o *kit*, juntamente com estratégias cognitivo-comportamentais como a distração e imaginação guiada, adaptando as técnicas e instrumentos utilizados à idade. O uso dos recursos educacionais e lúdicos do *kit*, adaptados às diferentes idades, promoveu a criação das referidas estratégias, que ajudam a controlar a dor

relacionada com os procedimentos e estimula a colaboração e a criatividade de todas as partes envolvidas através do brincar (OE, 2013).

Na UP o levantamento do cumprimento do PNV não se encontrava a ser realizado, o que pode contribuir para o comprometimento da sua atualização. Por essa razão, foi sensibilizada a equipa de enfermagem para a necessidade de implementar essa apreciação, reconhecendo que a UP é um serviço oportunista e muitas vezes o único serviço ao qual algumas crianças e jovens recorrem. Questionando a família no momento da triagem e na avaliação inicial das crianças internadas, podemos identificar quais as crianças que têm o PNV desatualizado, tentando perceber o porquê e sensibilizá-las para a importância da sua atualização e informá-las a que serviços de saúde podem recorrer. Sempre que apropriado salientou-se a importância do cumprimento do PNV e alertando para as consequências da hesitação vacinal.

Assim neste estágio, e indo ao encontro dos modelos de promoção da saúde estudados procurou-se no âmbito dos cuidados de enfermagem promover a adoção de comportamentos saudáveis por parte da criança, jovem e família, através de uma comunicação apropriada ao estágio de desenvolvimento e culturalmente sensível. Neste âmbito surgiu a ideia de realizar um póster intitulado “os super-heróis também precisam de vacinas... e o/a seu filho/a tem as vacinas atualizadas?” (Apêndice X), que será incluído num projeto do serviço que contempla ações no âmbito da promoção da saúde, a ser divulgadas em écrans na sala de espera. Este poster contém informação sobre os benefícios das vacinas, os princípios do PNV, importância da imunidade de grupo e de consultar um enfermeiro para se informar e ainda um *QR code* que permite a visualização do esquema recomendado do PNV.

Após concluir este estágio e à semelhança de outros contextos, ficou claro que, com base na análise das práticas de enfermagem, bem como à luz dos modelos de enfermagem adotados para este relatório, há uma necessidade evidente de aprimorar o conhecimento dos enfermeiros em relação à promoção da vacinação infantil, como elemento central para melhorar os cuidados de enfermagem prestados. Nos vários contextos denotei a necessidade de uniformizar práticas e atualizar as recomendações transmitida aos pais sobre a importância da vacinação.

## 4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O percurso formativo durante os estágios foi marcado por uma progressiva complexidade, visando garantir a aquisição e desenvolvimento de competências de EEESIP, EE e Mestre. Todas as atividades e aprendizagens descritas no capítulo anterior, foram guiadas pelos objetivos do projeto de estágio, baseados no autodiagnóstico de competências, e pelas competências estabelecidas pela OE. Em cada estágio foram vivenciadas experiências desafiantes, que exigiram o desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e reflexivas, integrando o cuidado de enfermagem especializado à criança, jovem e família.

Competência é a perícia adquirida através do conhecimento que capacita um profissional a desempenhar atividades, interpretar, compreender e resolver problemas. Essa habilidade demonstra a capacidade do profissional em lidar eficazmente com situações complexas na sua prática, abrangendo o domínio do conhecimento prático, atitudes e comportamento. No contexto da enfermagem, o desenvolvimento de competências de EEESIP atribui ao enfermeiro a responsabilidade de criar um plano de ação com estratégias eficazes para lidar com eventos complexos na sua área de especialização (Regulamento n.º 351/2015, 2015).

A aquisição de competências segundo Benner (2001) desenrola-se através de uma lógica organizada por cinco níveis: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito, definidos de acordo com as suas características, experiência e domínio de competências. Os enfermeiros peritos são profissionais com uma vasta experiência, capazes de lidar intuitivamente com situações clínicas imprevistas e potenciais problemas e gerir situações complexas. (Benner, 2001) defende ainda que o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros ocorre através da reflexão, pesquisa adequada e integração prática desses conhecimentos. O meu percurso enquanto futura EEESIP foi moldado por este processo gradual, centrado na aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências.

Na sua generalidade, os enfermeiros constituem o maior número de profissionais nos serviços de saúde, assumindo a Enfermagem, enquanto profissão e disciplina, uma crescente diferenciação e importância. Enquanto profissão tem evoluído no sentido de dar resposta às progressivas necessidades de cuidados nos diferentes contextos clínicos, adotando uma complexificação de práticas e conhecimentos, o que inova os campos de intervenção do exercício profissional autónomo da enfermagem. Importa ressaltar que na sua prática os enfermeiros

assumem uma conduta responsável e ética, intervindo pelos direitos e interesses dos clientes, de acordo com a deontologia e com respeito pela *legis artis*, responsabilizando-se pelas suas tomadas de decisão, pelas intervenções que praticam e tarefas que delegam (Regulamento n.º 613/2022, 2022).

Segundo o Regulamento de Competências Comuns de EE, este é reconhecido por demonstrar um conjunto especializado de competências numa área específica de intervenção, utilizando o conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem. Isso reflete-se em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Assim, ao analisar e refletir individualmente sobre as experiências em cada estágio, torna-se crucial avaliar globalmente o desenvolvimento de competências comuns de EE e específicas EEESIP. Começando competências comuns de EE, estas dividem-se em quatro domínios: A – o da responsabilidade ética e legal; B – o da melhoria contínua da qualidade; C – o da gestão dos cuidados e por último, D – o do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No que ao domínio A diz respeito, está enraizado na minha prática clínica, orientando o meu raciocínio clínico e tomada de decisão não apenas na melhor evidência, mas também pelo cumprimento de normas legais e princípios ético-deontológicos. Destaco o respeito pela segurança, valores e crenças, privacidade e dignidade da díade, enfatizando a defesa dos direitos humanos em todas as minhas intervenções. Intervenções estas que se regem por documentos norteadores da profissão como: o código deontológico do enfermeiro, os já referidos regulamentos de competências, o regulamento do ato do enfermeiro, regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados em enfermagem, regulamento do exercício profissional dos enfermeiros, destacando na área da pediatria a convenção internacional sobre os direitos da criança e a carta da criança hospitalizada. São exemplo de intervenções deste domínio o consentimento livre, esclarecido e informado antes de realizar qualquer intervenção, o respeito pelo sigilo e privacidade, a tomada de decisão baseada nos documentos que regem a profissão, a prestação de cuidados culturalmente sensíveis e a comunicação estabelecida com a díade, adequado ao desenvolvimento e situação clínica.

Em relação ao domínio B, sabe-se que a qualidade dos cuidados de saúde é uma prioridade, existindo investimento contínuo em formação e pesquisa para desenvolver a profissão, dever atribuído pela OE (2012). Neste sentido saliento a realização de formação em contexto de trabalho e a revisão de uma norma de

procedimentos: boas práticas em procedimentos com agulha na criança/adolescente, e a realização de documentos informativos sobre a temática, contribuindo para o aumento do conhecimento das equipas de enfermagem e conseqüentemente para a melhoria dos cuidados prestados.

No que ao domínio C concerne, foi possível compreender a importância das várias tarefas de gestão realizadas pelo enfermeiro, dado que tive a sorte de ser orientada nos diferentes estágios por chefes de equipa ou coordenadores de unidade. Desta forma foi-me dada a possibilidade de ver o campo de ação amplo da enfermagem, na prestação de cuidados, mas também na gestão de turno, de equipas e de materiais, o que me permitiu relacionar conteúdo com o mestrado de gestão em saúde que detenho.

Por último, o domínio D, as nossas aprendizagens profissionais devem alicerçar-se no desenvolvimento de competências de reflexão e aprofundamento de conhecimentos baseados na melhor evidência possível. A análise crítico-reflexiva tem ganho maior ênfase no desenvolvimento da Enfermagem, enquanto disciplina com um escopo próprio e bem definido, o que se traduz em profissionais com um desenvolvimento sentido crítico e melhoria da qualidade dos cuidados. Enquanto enfermeira e futura EEESIP é da minha inteira responsabilidade o desenvolvimento de um autoconhecimento, que me permita o reconhecimento das minhas capacidades e limitações, de forma a prestar os melhores cuidados possíveis à criança, jovem e família. Alarcão & Rua, (2005) afirmam que a avaliação das próprias habilidades e competências, identificação de mais valias e fragilidades e o desenvolvimento do autoconhecimento e autorregulação estão englobados no processo de desenvolvimento. Os jornais de aprendizagem elaborados permitiram-me ter outro olhar sobre as experiências vivenciadas, contribuindo para a sua interpretação. Também as competências desenvolvidas nas formações em contexto de trabalho, contribuíram para o meu percurso enquanto futura EEESIP e elemento dinamizador e facilitador da disseminação de conhecimento.

No que toca às competências específicas de EEESIP, dividem-se em três domínios: E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e, por último, E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Em todos os estágios estive patente, o desenvolvimento de competências nos

domínios e a prestação de cuidados assente nas filosofias de CCF e CNF, sustentando-se nos modelos de promoção da saúde de Nola Pender e Moyra Allen.

No 1º domínio destaco a prestação de cuidados que respondessem às necessidades do ciclo de vida, com especial enfoque nos cuidados antecipatórios, para proteção da saúde e prevenção da doença (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Em todos os estágios houve uma forte aposta em dotar a família de conhecimentos e capacidades que visem o desenvolvimento saudável da criança ou jovem e maximização da saúde família, promovendo o exercício de uma parentalidade positiva. Devendo estas intervenções ser implementadas o mais precocemente possível, de forma a potenciar a aquisição de estratégias que visam a autorregulação e autonomia da criança ou jovem (Martins et al., 2022). Em todos os estágios há exemplos da parceria de cuidados estabelecida com a família, desde a Neonatologia e IP, onde estava preconizado que a família desempenhasse o papel de principal cuidadora, sempre que o estado clínico da criança ou jovem o permitisse, passando pela USF e CDC onde foram estabelecidos planos de saúde nas consultas e chegando à UP onde a díade foi incentivada a participar ativamente no seu processo de cuidados, mesmo que em atendimentos rápidos. Todas as atividades relacionadas com a promoção da vacinação se inserem neste domínio, uma vez que um dos objetivos da enfermagem é a promoção de comportamentos de vida saudáveis. Nesta promoção, o EEESIP deve ter em conta as especificidades da díade, compreendendo e intervindo de acordo com as suas necessidades e encarando-os como parceiros de cuidados.

No decorrer dos estágios, foram muitas as situações que me permitiram desenvolver competências relacionadas com o 2º domínio. Começando pela prestação de cuidados altamente especializada ao RN de alto risco internado na Neonatologia; à criança e jovem internada com doença oncológica, diagnóstico que acarreta muitas particularidades e pressupõe resiliência na díade; o contacto com a criança e jovem com doença rara no CDC, a identificação de situações de maus-tratos quer na USF, quer na UP, onde foi ainda possível prestar cuidados à criança com instabilidade hemodinâmica e risco de morte.

Também todas as atividades relacionadas com a gestão diferenciada da dor, com recurso a intervenções farmacológicas e não farmacológicas, contribuíram para o desenvolvimento da unidade de competência dentro deste domínio. Destaco a formação realizada em contexto de trabalho sobre a intervenção do enfermeiro na aplicação de estratégias não farmacológicas no alívio da dor, a revisão da norma de procedimentos: boas práticas em procedimentos com agulha na criança/adolescente,

bem com todas as intervenções implementadas ao longo dos estágios durante a realização de procedimentos dolorosos, ou quando existia dor ou desconforto. A OE focando-se na questão da dor sentida pelas crianças, reconhece que compete ao EEESIP a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, implementado medidas farmacológicas e não farmacológicas para a gestão da dor (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Por último, no que diz respeito ao 3º domínio, foi fundamental a aquisição de conhecimento sobre crescimento e desenvolvimento infantil, essencial na avaliação da criança, com vista à maximização do seu potencial de desenvolvimento. Foi possível realizar esta avaliação maioritariamente nas CVSIJ realizadas na USF e nas consultas decorridas no CDC. Também o reconhecimento da importância das medidas neuroprotetoras no cuidado ao RN contribuiu para o desenvolvimento desta competência, concomitantemente com o incentivo à participação dos cuidados pela família, implementação do método canguru e promoção da amamentação. Todas estas intervenções que contribuem para o estabelecimento da vinculação, fulcral na promoção do crescimento e desenvolvimento do RN, muitas vezes afetada pelo processo de adaptação da família à nova realidade. Em suma, a família deve ser vista como um sistema em constante mudança, a vivenciar um contexto de transformação e adaptação a uma nova realidade, onde lhe são impostos novos desafios e onde terá de dar resposta a novas necessidades. O EEESIP deve assegurar-se que as transições ocorrem de forma saudável, através da promoção de mecanismos de *coping* para enfrentar novos desafios, que garantam a estabilidade da família e dos seus membros, favorecida pela resiliência (Ash et al., 2021). Através do apoio prestado à família nos momentos de mudança e do reconhecimento das suas reais necessidades, o EEESIP consegue capacitar a família para o desenvolvimento de competências parentais. Esta capacitação ocorre por meio de transmissão de orientações antecipatórias à família, com vista a potenciar e maximizar o desenvolvimento infantojuvenil (OE, 2015, WHO, 2019c).

No final deste percurso reconheço que o estabelecimento de objetivos, a realização de atividades, o julgamento crítico, as reflexões realizadas, a interação com a equipa multidisciplinar e as experiências vivenciadas com a díade foram cruciais para o meu desenvolvimento enquanto profissional de saúde e aquisição de competências.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS

Vivemos numa sociedade cada vez mais complexa, onde os problemas de saúde acompanham este crescendo de complexidade, impondo constantes desafios aos profissionais de saúde. Assim a sua abordagem deve ser multidisciplinar, com o intuito de encontrar uma panóplia de soluções e intervenções a implementar. Ao longo da experiência vivenciada nos vários locais de estágio, contatei com diferentes situações e conseqüentemente diferentes abordagens, o que me permitiu refletir de forma constante e sistemática sobre as mesmas, com foco no desenvolvimento de competências comuns de EE, específicas de EEESIP e de mestre. O desenvolvimento destas competências instiga-me a prestar cuidados de excelência à criança, jovem e família, que se almejam éticos, holísticos e culturalmente sensíveis, alicerçados em modelos teóricos de enfermagem e em filosofias de cuidados.

Atualmente, os cuidados de Enfermagem, assumem uma maior importância e exigência técnica e científica, o que significa a necessidade de uma maior diferenciação e especialização (Regulamento n.º 140/2019, 2019). O EEESIP contribui para a melhoria contínua dos cuidados à criança, jovem e família, na prestação de cuidados personalizados, encontrando-se numa posição privilegiada para promover comportamentos saudáveis (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Para que o cuidado à doença não seja uma prioridade, é necessário centrar os cuidados de saúde na promoção da saúde e prevenção de doenças, antecipando problemas. Neste processo é fundamental o estabelecimento de uma relação terapêutica com a criança, jovem e família, a individualização dos cuidados prestados, atendendo às suas necessidades de saúde, com o objetivo *major* de alcançar a excelência do exercício profissional e neste caso específico, promover a vacinação.

A proximidade estabelecida entre enfermeiros e famílias, coloca-os numa posição privilegiada na educação das mesmas. Em suma, a principal intervenção para promover a vacinação é a educação. Os enfermeiros devem ouvir, interagir, e informar sobre a finalidade, segurança e eficácia das vacinas na prevenção de doenças. Devem estabelecer uma relação terapêutica com a díade, através da demonstração de compaixão, paciência, respeito e reconhecendo as suas reais preocupações. Evidências mostram que os enfermeiros são a fonte de informação mais importante para quem toma decisões sobre vacinar-se (Anderson & Bryson, 2020; Deem, 2017).

Na sequência desta jornada, pretendo integrar a Unidade Coordenadora Materno Infantil, na qual o hospital onde trabalho se insere. Desta forma tenciono

tornar-me um dos elementos que faz a ligação com os cuidados de saúde primários, para juntos criarmos estratégias que reduzam a hesitação vacinal e consequentemente promovam a vacinação infantil e ainda facilitar a comunicação entre os cuidados de saúde primários e meio hospitalar.

Pretendo também frequentar, o Curso de Formação Pedagógica Inicial de Formadores, com o intuito de adquirir competências enquanto formadora e contribuir para a disseminação do conhecimento, dentro e fora do serviço onde exerço funções. A exigência imposta ao desempenho de funções de enfermagem é cada vez maior e deve estar ancorada num conhecimento contextualizado, dinâmico e personalizado. A aquisição deste conhecimento acontece através de um processo contínuo de formação, onde a interação existente em cada contexto permite e apropriação do saber (Alarcão & Rua, 2005).

Um dos objetivos alcançados durante a realização deste curso foi a incorporação no grupo responsável pela implementação de Projetos de Melhoria Continua da Qualidade, bem como do grupo da IHAB, representando o serviço. Faço parte de ambos como elemento dinamizador, tendo estado envolvida no último processo de acreditação hospitalar do meu serviço e realizando formação e apoio a grávidas e puérperas no âmbito da amamentação.

Enquanto limitação, reconheço que tive dificuldade em implementar o tema em alguns contextos de estágio, o que conduziu à sua adaptação adequada às necessidades específicas de cada local. Considero que apesar desta adaptação todas as atividades desenvolvidas tiveram como foco comportamentos a promotores de saúde, em específico a promoção da vacinação.

No decorrer desta maratona académica, a descoberta fundamental foi que o crescimento genuíno ocorre quando enfrentamos desafios que nos levam a ultrapassar os nossos próprios limites. Isso resulta na expansão de horizontes, tanto a nível pessoal quanto profissional, e reflete a ideia de que um EE deve ter uma profunda compreensão de si mesmo como indivíduo e como profissional de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Como nota final deste trabalho, gostaria de deixar uma importante mensagem, presente neste relatório e que sustenta o PNV:

*O PNV é de todos e para todos, contribuindo para uma vida longa e saudável*  
(Portugal. Direção-Geral da Saúde. PNV, 2022)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abadesso, C. (2022). Recomendações da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor para o Controlo da Dor na vacinação pediátrica: linhas orientadoras para a prática clínica. *Revista DOR*, 28(2), 51–62. <https://doi.org/10.24875/dor.m22000018>
- Adib-Hajbaghery, M., & Ahmadi, B. (2019). Caregiver burden and its associated factors in caregivers of children and adolescents with chronic conditions. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 7(4), 258–269. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2019.73893.0>
- Al-Motlaq, M. A., Carter, B., Neill, S., Hallstrom, I. K., Foster, M., Coyne, I., Arabiat, D., Darbyshire, P., Feeg, V. D., & Shields, L. (2019). Toward developing consensus on family-centred care: An international descriptive study and discussion. *Journal of Child Health Care*, 23(3), 458–467. <https://doi.org/10.1177/1367493518795341>
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Allen, M. (1977). Comparative theories of the expanded role in nursing and its implications for nursing practice: A working paper. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 38–45.
- Alotaibi, K., Higgins, I., Day, J., & Chan, S. (2018). Paediatric pain management: knowledge, attitudes, barriers and facilitators among nurses – integrative review. *International Nursing Review*, 65(4), 524–533. <https://doi.org/10.1111/inr.12465>
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>
- Ames, H. M., Glenton, C., & Lewin, S. (2017). Parents' and informal caregivers' views and experiences of communication about routine childhood vaccination: a synthesis of qualitative evidence (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011787>
- Anderson, V. L. (2015). Promoting Childhood Immunizations. *Journal for Nurse Practitioners*, 11(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2014.10.016>
- Anderson, P., & Bryson, J. (2020). Confronting vaccine hesitancy: What nurses need to know. *Nursing*, 50(8), 43–46.

<https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000668436.83267.29>

- Ash, T., Taveras, E. M., Redline, S., Haneuse, S., Quante, M., & Davison, K. (2021). Contextual and Parenting Factors Contribute to Shorter Sleep among Hispanic/Latinx Compared to Non-Hispanic White Infants. *Annals of Behavioral Medicine*, 55(5), 424–435. <https://doi.org/10.1093/abm/kaaa062>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. APAV.
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2018). *Desenhos da minha dor*. APED.
- Badua, A. R., Caraquel, K. J., Cruz, M., & Narvaez, R. A. (2022). Vaccine literacy: A concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/inm.12988>
- Balgovind, P., & Mohammadnezhad, M. (2022). Factors affecting childhood immunization: Thematic analysis of parents and healthcare workers' perceptions. *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 18(6), 1–15. <https://doi.org/10.1080/21645515.2022.2137338>
- Barrows, M. A., Coddington, J. A., Richards, E. A., & Aaltonen, P. M. (2015). Parental Vaccine Hesitancy: Clinical implications for pediatric providers. *Journal of Pediatric Health Care*, 29(4), 385–394. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.04.019>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Quarteto.
- Bravo, L. (2023). Children vaccination and the pandemic. *International Journal of Infectious Diseases*, 130.
- Cavaco, C. (2009). Experiência e formação experiencial: a especificidade dos adquiridos experienciais. *Educação Unisinos*, 13(3), 220–227. <https://doi.org/10.4013/edu.2009.133.04>;
- Cerqueira, C., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Modelos de Cuidados em Saúde Infantil e Pediatria. In *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 25–38). Lidel – Edições Técnicas Lda.
- Cleveland, L. M. (2022). Health Promotion of the Newborn and Family. In M. J. Hockenberry, C. C. Rodgers, & D. Wilson (Eds.), *WONG'S Nursing Care of Infants and Children* (11 ed, pp. 178–189). Elsevier.
- Coelho, H. P., Souza, G. dos S. D. de, Freitas, V. H. da S., Santos, I. R. A. dos, Ribeiro, C. de A., Sales, J. K. D. de, Oliveira, J. D. de, Gonçalves, G. A. A., & Castro, A. P. R. de. (2021). Perception of the hospitalized child about the instructional

- therapeutic play in intravenous therapy. *Escola Anna Nery*, 25(3), 1–10.  
<https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0353>
- Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. (1978). *Declaração de Alma-Ata*.
- Dang, D., Dearholt, S. L., Bissett, K., Ascenzi, J., & Whalen, M. (2021). *Johns Hopkins Evidence-Based Practice for Nurses and Healthcare Professionals: Model and Guidelines* (4th ed.). Sigma Theta Tau International.
- Decreto-Lei n.º 65/2018. Assembleia da República. (2018). *Diário Da República*, 1.ª Série (N.º 157 de 16-08-2018), 4147–4182.
- Decreto-Lei n.º 118/2014. Assembleia da República. (2014). *Diário Da República*, 1.ª Série (N.º 149 de 05/08/2014), 4069–4071. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/55076561/details/maximized>
- DeMauro, S. B., & Hintz, S. R. (2018). Risk Assessment and Neurodevelopmental Outcomes. In C. A. Gleason & S. E. Juul (Eds.), *Avery's Diseases of the Newborn* (10th Ed, pp. 971–990). Elsevier.
- Departamento da Criança e do Jovem. (2023). *Manual de acolhimento para enfermeiros recém admitidos e no serviço de neonatologia e unidade de cuidados intensivos e especiais pediátricos*.
- Díaz Crescitelli, M. E., Ghirotto, L., Sisson, H., Sarli, L., Artioli, G., Bassi, M. C., Appicciutoli, G., & Hayter, M. (2020). A meta-synthesis study of the key elements involved in childhood vaccine hesitancy. *Public Health*, 180, 38–45.  
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.10.027>
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica - Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2nd ed.). Lusodidacta.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Em Enfermagem*, 20(2), 26–47.
- Direção-Geral de Saúde. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. DGS.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2022). *Documento Orientador - UC Estágio com Relatório* (pp. 1–7). 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2023). *Immunisation and vaccines*. Immunisation and Vaccines.

<https://www.ecdc.europa.eu/en/immunisation-and-vaccines>

- Ferraz, L. P. L., Fernandes, A. M., & Gameiro, M. G. H. (2022). Cuidados Centrados No Desenvolvimento Do Recém-Nascido Prematuro: Estudo Sobre As Práticas Em Unidades Neonatais Portuguesas. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 31. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2021-0235pt>
- Ferreira, D. (2010). O direito a brincar. *Cadernos de Educação de Infância*, 90, 12–13.
- Ferrito, C., Nunes, L., & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1–37.
- Frade, J. M. G., Frade, M. de F. G., Henriques, C. M. G., Silva, A., & Gonçalves, G. (2017). A enfermagem e a vacinação: evolução do cumprimento da vacina combinada contra o sarampo, parotidite e rubéola. *Revista de Enfermagem Referência*, 13(IV série), 9–18.
- Gagneur, A. (2020). Motivational interviewing: A promising tool to address vaccine hesitancy. *Can Commun Dis Rep Commun Dis Rep*, 46(4), 93–97. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.10.049>
- Ghavi, A., Hassankhani, H., Powers, K., Arshadi-Bostanabad, M., Namdar-Areshtanab, H., & Heidarzadeh, M. (2022). Parental support needs during pediatric resuscitation: A systematic review. *International Emergency Nursing*, 63(June 2021), 101173. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101173>
- Gottlieb, L., & Rowat, K. (1987). The McGill model of nursing: A practice-derived model. *Advances in Nursing Science*, 9(4), 51–61.
- Grant, S. M., & Johnson, B. H. (2019). Advancing the Practice of Patient- and Family-Centered Care: The Central Role of Nursing Leadership. *Nurse Leader*, 17(4), 325–330. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2019.05.009>
- Guerra, I. (2002). *Fundamentos e processos de uma sociologia da acção: o planeamento em Ciências Sociais* (2ª ed). Principia.
- Hadjipanayis, A., Dornbusch, H. J., Grossman, Z., Theophilou, L., & Brierley, J. (2020). Mandatory vaccination: a joint statement of the Ethics and Vaccination working groups of the European Academy of Paediatrics. *European Journal of Pediatrics*, 179(4), 683–687. <https://doi.org/10.1007/s00431-019-03523-4>
- Haroune, V., & King, L. (2020). Factors contributing to parental “vaccine hesitancy” for childhood immunisations. *Nursing Children and Young People*, 32(4), 20–25. <https://doi.org/10.7748/ncyp.2020.e1269>
- Hobani, F., & Alhalal, E. (2022). Factors related to parents’ adherence to childhood immunization. *BMC Public Health*, 22(1), 1–12. [https://doi.org/10.1186/s12889-](https://doi.org/10.1186/s12889-68)

- Hockenberry, M. J. (2022). Perspectives of Pediatric Nursing. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *WONG'S Nursing Care of Infants and Children* (11 ed, pp. 1–14). Elsevier.
- Im, E. (2022). Afaf Ibrahim Meleis: Transitions Theory. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and their work* (10<sup>a</sup> ed, pp. 306–319). Elsevier.
- Institute for Patient and Family-Centered Care. (2017). *Advancing the practice of patient and family-centered care in hospitals: How to get started....* Bethesda.
- Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada* (4<sup>a</sup>). Grupo Medinfar.  
[http://www.pipop.info/fotos/editor2/anotacoes\\_carta\\_crianca\\_hospitalizada\\_2009.pdf](http://www.pipop.info/fotos/editor2/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf)
- International Council of Nurses. (n.d.). *Nursing definitions*. Retrieved September 3, 2023, from <https://www.icn.ch/resources/nursing-definitions>
- Jenkins, M. C., & Moreno, M. A. (2020). Vaccination Discussion among Parents on Social Media: A Content Analysis of Comments on Parenting Blogs. *Journal of Health Communication*, 25(3), 232–242.  
<https://doi.org/10.1080/10810730.2020.1737761>
- Jones, M., & James, J. (2021). The influence of social media on parents' vaccine hesitancy. *Bournemouth University*, 1–23.
- Kérouac, S., Ducharme, F., & Pepin, J. (2017). *La pensée infirmière* (4<sup>a</sup>). Chenelière Education.
- Khorsandi, F., Parizad, N., Feizi, A., & Hemmati MaslakPak, M. (2020). How do parents deal with their children's chronic kidney disease? A qualitative study for identifying factors related to parent's adaptation. *BMC Nephrology*, 21(1), 1–14.  
<https://doi.org/10.1186/s12882-020-02170-4>
- Koball, A., Domoff, S. E., Klevan, J., Olson-Dorff, D., Borgert, A., & Rasmussen, C. (2020). The impact of adverse childhood experiences on healthcare utilization in children. *Child Abuse & Neglect*, 111(7S).  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104797>
- Larson, H. J., Jarrett, C., Eckersberger, E., Smith, D. M. D., & Paterson, P. (2014). Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine*, 32(19), 2150–2159. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.01.081>
- Lopes, N. (2001). *Recomposição Profissional de enfermagem – estudo sociológico em*

*contexto hospitalar*. Quarteto Editora.

- Manguy, A. M., Oakley, E., Gordon, R., & Joubert, L. (2021). Acute psychosocial care of families in paediatric resuscitation settings: Variables associated with parent emotional response. *Australasian Emergency Care*, 24(3), 224–229. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2020.11.001>
- Martins, M., Marques, R., Sousa, M., Valério, A., Cabral, I., & Almeida, F. (2020). Frequent users of the pediatric emergency department: To know, to intervene and to evaluate - A pilot study. *Acta Medica Portuguesa*, 33(5), 311–317. <https://doi.org/10.20344/AMP.12769>
- Martins, S., Augusto, C., Silva, M. J., Duarte, A., Martins, F., & Rosário, R. (2022). Parentalidade positiva e a sua relação com o desenvolvimento socioemocional em crianças. *Revista de Estudios e Investigación En Psicología y Educación*, 9, 118–131.
- Mathews, B., Pacella, R., Dunne, M. P., Simunovic, M., & Marston, C. (2020). Improving measurement of child abuse and neglect: A systematic review and analysis of national prevalence studies. *PLoS ONE*, 15(1), 1–22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227884>
- McClure, N., Nelson, B., Anderson, M., Donnell, C., & Knox, D. (2020). Child Abuse Response Simulation for Advanced Practice Nursing Students. *Clinical Nurse Specialist*, 34(4), 157–161. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000529>
- McGregor, S., & Goldman, R. D. (2021). Determinants of parental vaccine hesitancy. *Canadian Family Physician*, 67(5), 339–341. <https://doi.org/10.46747/cfp.6705339>
- Meleis, A. I. (2017). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (6th ed.). Lippincott Williams and Wilkins.
- Mendes, M. G. S. R., & Martins, M. M. F. P. da S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 113–121.
- Mihelic, M., Morawska, A., & Filus, A. (2018). Preparing parents for parenthood: Protocol for a randomized controlled trial of a preventative parenting intervention for expectant parents. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1939-2>
- Mikkelsen, G., & Frederiksen, K. (2011). Family-centred care of children in hospital - a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1152–1162. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05574.x>

- Mora, T., & Trapero-Bertran, M. (2018). The influence of education on the access to childhood immunization: The case of Spain. *BMC Public Health*, *18*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5810-1>
- Murdaugh, C. L., Parsons, M. A., & Pender, N. J. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8<sup>a</sup> ed). Pearson.
- Nunes, A. M. L. (2022). A Importância Do Método Canguru Para Recém-Nascidos Prematuros E/Ou De Baixo Peso Ao Nascer. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, *8*(2), 400–407. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i2.4186>
- Olsson, E., Carlsen Misic, M., Dovland Andersen, R., Ericson, J., Eriksson, M., Thernström Blomqvist, Y., & Ullsten, A. (2020). Study protocol: Parents as pain management in Swedish neonatal care-SWEpap, a multi-center randomized controlled trial. *BMC Pediatrics*, *20*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02356-7>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil - Entrevista ao Adolescente/ Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança. In *Cadernos OE: Série 1, N.º 3, Volume 1*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. In *Cadernos OE: Série 1, N.º6*. Cadernos OE. Série 1. Número 6. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. In *Cadernos OE: Série 1, N.º8* (Issue Cad. OE Série 1, N.º8). Cadernos OE. Série 1. Número 8.
- Pedro, H., Barros, L., & Moleiro, C. (2010). Brief report: parents and nurses' behaviors associated with child distress during routine immunization in a portuguese population. *Journal of Pediatric Psychology*, *35*(6), 602–610. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp062>
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). A Prática da reflexão em Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, *IV*(11), 121–132. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pinquart, M. (2018). Parenting stress in caregivers of children with chronic physical condition—A meta-analysis. *Stress and Health*, *34*(2), 197–207.

<https://doi.org/10.1002/smi.2780>

- Pires, R., Santos, M. R., & Pinto, C. (2020). Perceção dos pais sobre o futuro da criança com cancro. *Rev. Rol Enferm*, 43(1), 458–463. [https://e-rol.es/rol\\_2020/IC\\_RESEARCH\\_INNOVATION\\_DEVELOPMENT\\_NURSING\\_2019.pdf](https://e-rol.es/rol_2020/IC_RESEARCH_INNOVATION_DEVELOPMENT_NURSING_2019.pdf)
- Porto Editora. (n.d.). *Dicionário infopédia da Língua Portuguesa*. Porto: Porto Editora. Retrieved June 22, 2022, from <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/brincar>
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação. (2022). *Boletim nº5 Programa Nacional de Vacinação*. 1–11. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/boletim-n-5-do-programa-nacional-de-vacinacao-abril-2022-pdf.aspx>
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. <https://doi.org/10.4324/9781315715315-31>
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. DGS.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2010). *Circular normativa Nº14/2010 - Orientações técnicas sobre a avaliação de dor nas crianças*. Lisboa: DGS.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2012). *Circular normativa Nº 022/2012 Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: DGS.
- Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde. (1986). *Carta de Ottawa*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. *Diário Da República, 2.ª Série (N.º 26 de 06/02/2019)*, 4744–4750.
- Regulamento n.º 351/2015. (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem da saúde de criança e do jovem. Assembleia da República. *Diário Da República, 2.ª Série (N.º 119 - 22/07/2015)*, 16660–16665.
- Regulamento n.º 613/2022. (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. Assembleia da República. *Diário Da República, 2ª Série (N.º119 08/07/2022)*, 179–182. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26674/regulamento-ato-do-enfermeiro.pdf>

- Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia da República. *Diário Da República*, 2.<sup>a</sup> Série (N.º 133 - 12-07-2018), 19192–19194.
- Rodgers, C. C. (2019). Childhood Communicable and Infectious Diseases. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *WONG'S Nursing Care of Infants and Children* (11 ed, pp. 169–179). Elsevier.
- Santos, S., Santos, E. A., & Lacerda, A. F. de. (2018). Dor crónica em Pediatria: orientações para os profissionais de saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 49, 167–177. <https://doi.org/10.21069/app.2018.13014>
- Shen, S., & Dubey, V. (2019). Addressing vaccine hesitancy. *Canadian Family Physician*, 65(3), 175–181.
- Stallman, H. M. (2020). Health theory of coping. *Australian Psychologist*, 55(4), 295–306. <https://doi.org/10.1111/ap.12465>
- Subtil, C., & Vieira, M. (2011). Os primórdios da organização do Programa Nacional de Vacinação em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(III série), 167–174. <https://doi.org/10.12707/riii11hm2>
- Svavarsdottir, E. K., Kamban, S. W., Konradsdottir, E., & Sigurdardottir, A. O. (2020). The Impact of Family Strengths Oriented Therapeutic Conversations on Parents of Children with a New Chronic Illness Diagnosis. *Journal of Family Nursing*, 26(3), 269–281. <https://doi.org/10.1177/1074840720940674>
- Tampere University. (2022). *VAX-TRUST newsletter*. <https://doi.org/10.1111/fcre.12621>
- The National Child Traumatic Stress Network. (2014). *Pediatric medical traumatic stress: A comprehensive guide*. NCTSN.
- Theurich, M. A., McCool-Myers, M., & Koletzko, B. (2021). Supporting breastfeeding of small, sick and preterm neonates. *Seminars in Perinatology*, 45(2), 151387. <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2020.151387>
- United Nations International Children's Emergency Fund. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. [https://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)
- United Nations International Children's Emergency Fund. (2021). *Every child has the right to be vaccinated*. <https://www.unicef.org/romania/press-releases/every-child-has-right-be-vaccinated>
- Van de Voorde, P., Turner, N. M., Djakow, J., de Lucas, N., Martinez-Mejias, A.,

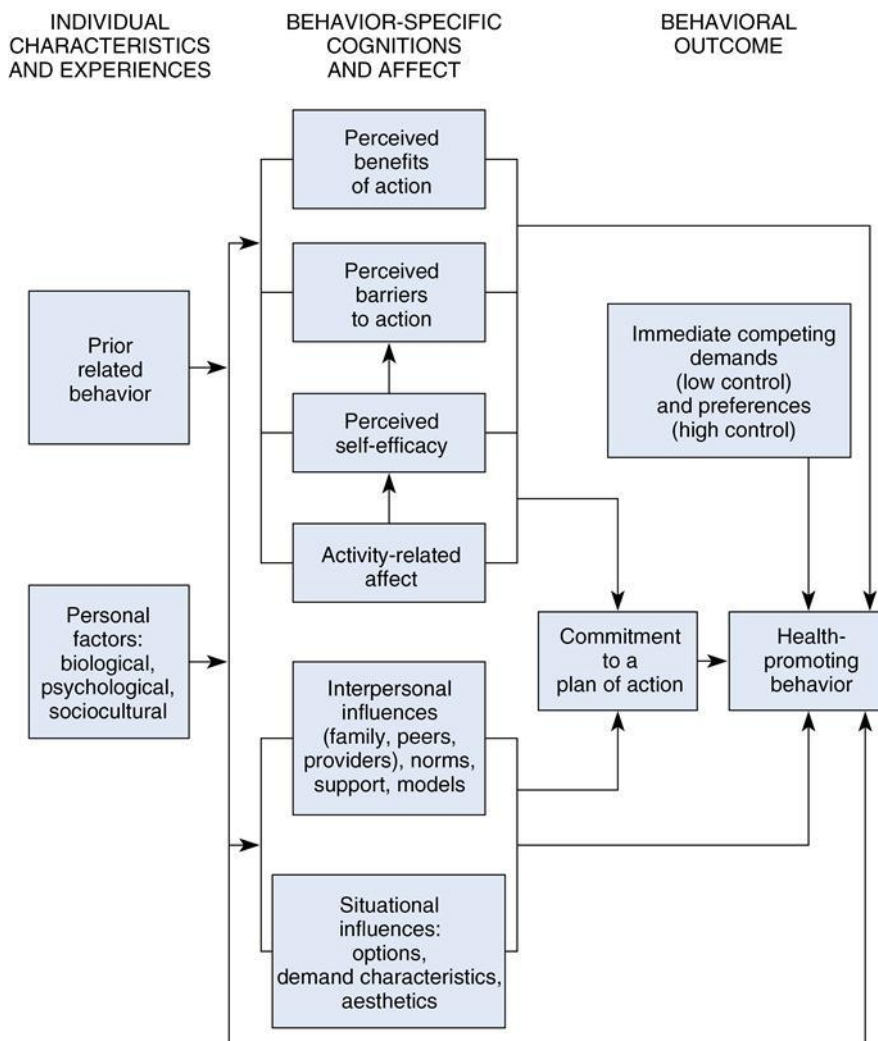
- Biarent, D., Bingham, R., Brissaud, O., Hoffmann, F., Johannesdottir, G. B., Lauritsen, T., & Maconochie, I. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support. *Resuscitation*, *161*, 327–387. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.015>
- Victor, J. F., Lopes, M. V. de O., & Ximenes, L. B. (2005). Analysis of diagram the health promotion model of Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm*, *18*(3), 235–240.
- Vieira, M., & Marques, J. G. (2007). Vacinas na criança com imunodeficiência. *Acta Pediátrica Portuguesa*, *38*(2), 85–89. [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/5/20080417095746\\_Acta\\_Ped\\_Vol\\_38\\_N2.pdf#page=35](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/5/20080417095746_Acta_Ped_Vol_38_N2.pdf#page=35)
- Wang, H. P., Wang, Z. G., & Liu, S. L. (2021). Current status and future trends of vaccine development against viral infection and disease. *New Journal of Chemistry*, *45*(17), 7437–7449. <https://doi.org/10.1039/d1nj00996f>
- Washington State Department of Health, Immunization Action Coalition of Washington (WithinReach), Public Health – Seattle & King County, Spokane Regional Health District, & District, S. H. (2018). *Plain talk about childhood immunization*. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1n6pvf1.14>
- Wilson, J. C. (2022). Nola J. Pender: Health Promotion Model. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and their work* (10<sup>a</sup> ed, pp. 320–333). Elsevier.
- Winnicott, D. W. (2023). *Família e Desenvolvimento Individual*. Ubu Editora.
- World Health Organization. (n.d.). *Vaccines and immunization*. [https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1)
- World Health Organization. (2015). *Summary WHO SAGE conclusions and recommendations on Vaccine Hesitancy*. World Health Organization. [http://www.who.int/immunization/programmes\\_systems/summary\\_of\\_sage\\_vaccinehesitancy\\_2pager.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/immunization/programmes\\_systems/summary\\_of\\_sage\\_vaccinehesitancy\\_2pager.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/immunization/programmes\\_systems/](http://www.who.int/immunization/programmes_systems/summary_of_sage_vaccinehesitancy_2pager.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/immunization/programmes_systems/summary_of_sage_vaccinehesitancy_2pager.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/immunization/programmes_systems/)
- World Health Organization. (2019a). *Immunization*. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/immunization>
- World Health Organization. (2019b). *Ten threats to global health in 2019*. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
- World Health Organization. (2019c). *WHO guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age*. WHO. <https://doi.org/10.1055/a-1489-8049>

- World Health Organization. (2020). Improving early childhood development: WHO guideline. In *World Health Organization*. WHO. <https://www.who.int/research/publication/improving-early-childhood-development-policies-and-practices>
- World Health Organization. (2022). *WHO health highlights 2022*. <https://www.who.int/news-room/spotlight/health-highlights-2022>
- World Health Organization. (2023). *Confidence and Demand*. Essential Programme on Immunization. <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/essential-programme-on-immunization/demand>

**ANEXOS**

**Anexo I – Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender**

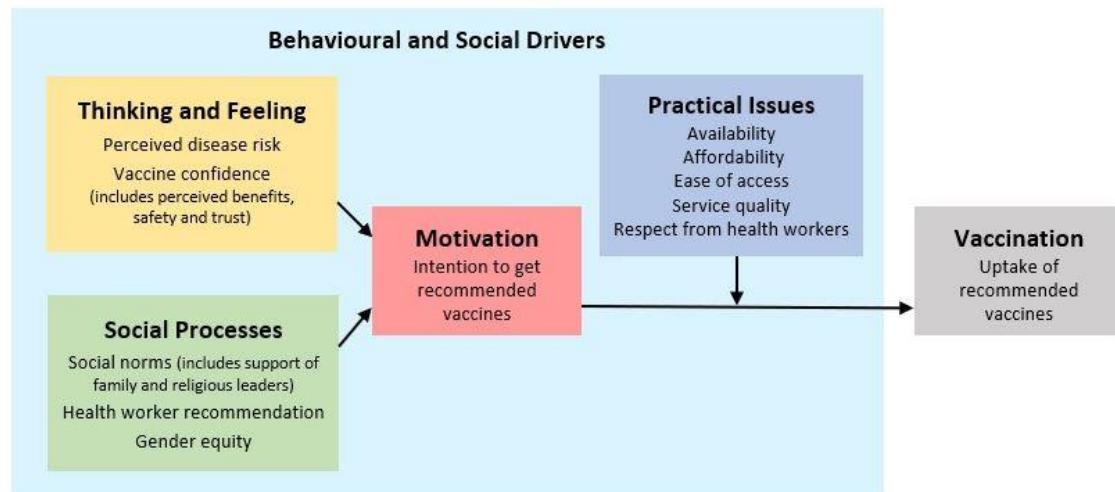
## Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender



Fonte: Murdaugh, C. L., Parsons, M. A., & Pender, N. J. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8ª ed). Pearson.

## **Anexo II – Vetores comportamentais e sociais da vacinação da WHO**

## Vetores comportamentais e sociais da vacinação da WHO



Fonte: The framework of behavioural and social drivers of vaccine uptake com base em *Brewer et al., (2017)*

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I – Cronograma de estágio**



## **Apêndice II – Guia orientador das atividades de estágio**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil  
e Pediatria  
Relatório de Estágio**

**Guia orientador das atividades de estágio  
Intervenções de enfermagem na promoção da vacinação  
da criança e jovem**

**Márcia Filipa Bodião Oliveira**

---

**Lisboa  
2023**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil  
e Pediatria  
Relatório de Estágio**

**Guia orientador das atividades de estágio  
Intervenções de enfermagem na promoção da vacinação  
da criança e jovem**

**Márcia Filipa Bodião Oliveira**

---

Orientador: Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues

---

**Lisboa  
2023**

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CCF – Cuidados centrados na família

CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança

CNT – Cuidados não traumáticos

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IP – Internamento de Pediatria

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RN – Recém-nascido

UC – Unidade curricular

UCIN – Unidade de cuidados intensivos

UICD – Unidade de internamento de curta duração

UP – Urgência Pediátrica

USF – Unidade de Saúde Familiar

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	5
1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO .....	6
2. CONTEXTUALIZAÇÃO .....	7
3. OBJETIVOS.....	12
4. ATIVIDADES A DESENVOLVER .....	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	43

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Opção II, inserida no 2.º semestre do 1.º ano do 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi proposta a elaboração de um guia orientador das atividades de estágio. Este tem como objetivo perspetivar o meu percurso de formação no decorrer da prática de cuidados em diferentes contextos de estágio, permitindo desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista (EE), competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) e de mestre. Contribuindo desta forma para a integração das diferentes dimensões do exercício profissional e concomitantemente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança, jovem e família.

O tema em estudo no projeto será as intervenções de enfermagem na promoção da vacinação da criança e jovem, estando a sua escolha relacionada com uma motivação pessoal pré-existente, um gosto há muito desenvolvido sobre a importância da vacinação, que tem vindo a crescer ao longo dos anos e da minha prática clínica. Pessoalmente, este tema ganhou mais importância dado que na atualidade existem cada vez mais pais a apresentarem hesitação vacinal. Já redigi outros trabalhos sobre o mesmo tema, já tive uma aula com a Profª Drª Graça Freitas, uma das principais impulsionadoras da criação e desenvolvimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV), sobre esta temática, que me fascinou.

Pretendo que este projeto seja implementado nos estágios que realizarei, para promover a vacinação, através da implementação de intervenções, divulgação de informação e recursos junto da criança, jovem e família, envolvendo a equipa multidisciplinar. Para a sua elaboração baseei-me na metodologia de revisão de evidência científica, através da pesquisa em bases de dados, sites de instituições de saúde e livros.

A nível de estrutura, o relatório inicia-se com esta breve introdução, segue-se o primeiro capítulo, onde ocorre a identificação do projeto, o segundo contextualiza o projeto, o terceiro enuncia os objetivos e o quarto explana as atividades a desenvolver em cada contexto de estágio. Por fim apresento as referências bibliográficas.

Este projeto foi desenvolvido segundo a Norma de Elaboração de Trabalhos Escritos da ESEL, encontrando-se as referências bibliográficas elaboradas segundo a 7ª edição da *American Psychological Association*.

## **1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO**

### **Título:**

Intervenções de enfermagem na promoção da vacinação da criança e jovem.

### **Data do início:**

O projeto teve início no dia 26 de setembro de 2022 e término no dia 10 de fevereiro de 2023, tendo como interrupção a pausa do Natal de 19 de dezembro a 2 de janeiro.

### **Duração:**

A aplicação deste projeto terá a duração de 18 semanas.

### **Palavras-chave:**

Criança, jovem, promoção da vacinação e enfermeiro.

## 2. CONTEXTUALIZAÇÃO

O tema da promoção da vacinação acarreta um enorme interesse pessoal, porém na minha prática clínica não tenho grande oportunidade de operacionalizá-lo. Trabalho numa Urgência Pediátrica (UP) onde na maioria das vezes o contato com a criança, jovem e família é efêmero e tem um objetivo definido, tratar uma situação de doença aguda. Este facto significa que, na sua maioria, quando as pessoas recorrem ao SUP não estão disponíveis para ser educadas para comportamentos promotores de saúde, como é exemplo a promoção da vacinação.

Apesar de o local onde exerço funções não seja o mais oportuno para intervir na promoção da vacinação, a relevância do tema não se esgota. Enquanto futura EEESIP considero extremamente importante que este tema seja cada vez mais debatido em todos os contextos clínicos, no sentido de sensibilizar não só a criança, jovem e família para a sua importância, bem como todos os profissionais de saúde. Desta forma, este projeto pretende explicar a intervenção do enfermeiro junto da criança, jovem e família na promoção da vacinação, através da implementação de intervenções de enfermagem pensadas, estruturadas e adequadas às necessidades e dúvidas de cada pessoa.

Segundo Guerra (2006), um projeto deve ser a expressão de um desejo, vontade, intenção ou necessidade à qual se pretende dar resposta. Tendo esta premissa como ponto de partida, e após alguma reflexão, decidi expor a minha preocupação crescente com este tema, devido ao aparecimento de movimentos anti vacinas nos últimos anos, o que conseqüentemente contribui para a diminuição da adesão à vacinação. Comprovei a sua pertinência através da confrontação com a evidência mais atual.

A vacinação representa uma história de sucesso a nível global de saúde. Os seus efeitos preventivos evitam 23 milhões de mortes anualmente, um número que aumentaria, em pelo menos 6 milhões, se em todo o mundo as crianças cumprissem um esquema de vacinação recomendado. Muitas doenças como a varicela, varíola, sarampo, raiva, meningite e poliomielite e também doenças que causam lesões em órgãos internos como a gripe e hepatite viral, podem ser causados por vírus, representando um enorme risco para a saúde e sociedade (Wang et al., 2021).

Em todo o mundo existem vacinas para prevenir mais de 20 doenças, o que contribui para a melhoria da qualidade de vida de pessoas de todas as idades. As vacinas são fundamentais para a prevenção e controlo de surtos de doenças

infeciosas, bacterianas e virais garantindo a segurança sanitária global, melhoria do bem-estar dos povos, contribuição para a eficiência e sustentabilidade dos serviços de saúde, sendo um fator de desenvolvimento e proporcionando ganhos mais amplos em educação e economia (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde [DGS], 2020 World Health Organization [WHO], n.d.; WHO, 2019)

Desta forma a United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) (2021) reafirma a necessidade de aumentar a cobertura vacinal para crianças e jovens contra doenças preveníveis, lembrando os decisores políticos e autoridades que a imunização é um investimento para o futuro, criando um futuro mais saudável, seguro e próspero para todos.

A nível internacional, a Organização Mundial de Saúde (OMS) está a desenvolver em conjunto com países e parceiros a “*Immunization Agenda 2030*”, com a intenção de contribuir para a melhoria da cobertura vacinal a nível global. Esta agenda pretende estabelecer uma visão e estratégia abrangente para a imunização na década de 2021-2030, através da universalidade do acesso a vacinas. Baseia-se nas descobertas da literatura da última década e reconhece novos desafios colocados através do aparecimento de novas doenças infecciosas, que exigem o desenvolvimento de pesquisas direcionadas e inovadoras para a criação de novas e melhores vacinas. Pretende-se assim que todos países estabeleçam a imunização como uma prioridade, que a sociedade entenda a importância das vacinas (WHO, n.d.).

A nível nacional, a criação do PNV remonta ao ano de 1965, sofrendo contínuas revisões e melhorias, tendo o intuito de vacinar o maior número de pessoas, o mais precocemente possível, contribuindo para a proteção individual, promoção da saúde e sendo uma mais-valia para a Saúde Pública. É um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal. O seu objetivo é a proteção da população contra as doenças que representam maior ameaça à saúde pública e para as quais existe proteção eficaz através da vacinação. Os seus princípios são: “universalidade, destinando-se a todas as pessoas que em Portugal tenham indicação para vacinação; gratuidade, para o utilizador; acessibilidade; equidade; aproveitamento de todas as oportunidades de vacinação.” (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2020, p.17).

O PNV defende que “aos profissionais de saúde compete divulgar o programa, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas suscetíveis, nomeadamente através da identificação e da aproximação a grupos com

menor acessibilidade ao serviço de saúde” (Portugal. Ministério da Saúde. DGS 2020, p.20). A intervenção do enfermeiro é fundamental para que estes pressupostos sejam cumpridos, dado que os enfermeiros nos cuidados de saúde primários são a imagem major da vacinação em Portugal.

Na garantia da eficácia da promoção da vacinação é fulcral o envolvimento da equipa multidisciplinar e família, para promover a uniformização da prática, assegurando e melhorando a prestação de cuidados e capacitando e educando a família para o cuidar e tomada de decisão informada, competente e adequada.

Com foco na importância do envolvimento da família, irei abordar a filosofia de cuidados centrados na família (CCF) e cuidados não traumáticos (CNT). Mikkelsen & Frederiksen (2011) afirmam que o principal atributo dos CCF é a relação estabelecida entre a família e os profissionais de saúde, caracterizada por uma dependência mútua e uma responsabilidade partilhada nos cuidados à criança e jovem. O Institute for Family-Centered Care (2017) entende a filosofia dos CCF como o reconhecimento da família como uma constante na vida da criança e jovem, centrando-se nos seguintes pressupostos: dignidade, respeito, partilha de informação, participação e colaboração.

Na prestação de cuidados à criança, jovem e família, o enfermeiro desenvolve uma relação interpessoal de proximidade com a díade, sustentada na partilha e parceria, sendo os cuidados prestados ao binómio criança-família. Desta forma, os enfermeiros capacitam as famílias através da criação de oportunidades e recursos para que explicitem as suas habilidades e competências e alcancem novas, dando resposta às necessidades da criança e jovem e apoiando a tomada de decisão, tendo em conta as necessidades de todos os membros da família (Hockenberry, 2022).

A capacitação da família, competência que pretendo desenvolver em todos os contextos de estágio, será alcançada através da educação para a saúde, incorporando temas como o desenvolvimento e crescimento infantil, prevenção de doenças e promoção da saúde. Para alcançar esta capacitação os enfermeiros devem desenvolver competências de interação e comunicação, que lhes permitam negociar a participação da díade em todo o processo de cuidar e comunicar com a mesma utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Com base no mesmo documento, outra das competências que pretendo desenvolver, com a elaboração deste projeto, pretende-se com a gestão diferenciada da dor da criança e jovem, facto que preocupa os pais no momento da administração de vacinas (Regulamento n.º 422/2018).

O desenvolvimento desta competência visa contribuir para uma parentalidade positiva, também através do envolvimento da família na prestação de cuidados à criança e jovem, especificamente no processo de vacinação, reconhecendo as exigências que se afiguram no desempenho do seu papel parental. Segundo Hockenberry (2019), através deste envolvimento os enfermeiros são capazes de desenvolver o *empowerment* das famílias, de forma a que estas mantenham ou adquiram um sentimento de controlo sobre o seu processo de saúde.

Acrescento ainda a importância de abordar a filosofia dos CNT, uma vez que esta é um dos pilares da enfermagem pediátrica. Os enfermeiros implementam intervenções que visam reduzir os *stressores* que afetam a criança, jovem e família, com o objetivo de evitar ou minorar o desconforto psicológico (ansiedade, medo, vergonha, culpa) e físico (imobilização, ruído, luminosidade, temperatura) (Hockenberry, 2022). Desta forma, os CNT tornam-se essenciais na diminuição do *stress*, ansiedade e da experiência traumática evitando a progressão para o *stress* pós-traumático (The National Child Traumatic Stress Network, 2014). Importa referir que as experiências traumáticas na infância estão relacionadas com resultados negativos a longo prazo (Koball et al., 2020).

Para além destes referenciais teóricos, pretendo basear a prestação de cuidados nos modelos teóricos de Promoção da Saúde de Moyra Allen e Nola Pender. Para estudar a promoção da saúde, Moyra Allen, da Escola da Promoção da Saúde, desenvolveu o modelo conceitual e de intervenção conhecido por “modelo de McGill”. Este modelo de cuidados defende que a saúde se aprende através da participação ativa da pessoa, mas principalmente no seio da família, “... a família é apresentada, simultaneamente, como recurso e como entidade passível de ser intervencionada pela enfermeira.” (Lopes, 2001, p.56) Já de acordo com Nola Pender, para que o cuidado à doença não seja uma prioridade, deve centrar-se os cuidados de saúde na promoção da saúde e prevenção da doença, antecipando problemas. A promoção da saúde é uma abordagem de bem-estar, definida como o comportamento motivado pelo desejo de aumentar o bem-estar e atingir o potencial de saúde. O Modelo de Nola Pender refere que as ações de cada pessoa, são influenciadas por características e experiências pessoais e únicas, sendo o seu principal objetivo o comportamento de promoção da saúde. O conjunto de variáveis comportamentais, reveste-se de grande significância motivacional, podendo ser modificadas através de intervenções de enfermagem. Este modelo surge como uma abordagem para identificar fatores

influenciadores da adesão a comportamentos de saúde, podendo ser utilizado para implementar e avaliar ações de promoção de saúde. Em suma os comportamentos de promoção da saúde devem resultar em melhoria da saúde, aumento da capacidade funcional e melhoria da qualidade de vida (Victor et al., 2005).

Previamente à elaboração deste projeto foi realizado um autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem, com enfoque no desenvolvimento de competências específicas de EEESIP. De forma mais abrangente, e segundo o Regulamento n.º 422/2018 (2018), com a realização deste projeto pretendo desenvolver competências no âmbito da assistência da criança, jovem e família, em comportamentos maximizadores da sua saúde; cuidado da criança e jovem em situações de especial complexidade e prestação de cuidados específicos em resposta às suas necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento. Tendo por base as competências comuns de EE, pretendo mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade na assunção de comportamentos promotores de saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019). A definição dos objetivos e atividades que pretendo desenvolver nos diferentes contextos de estágio tiveram por base as competências acima referidas, no sentido do cuidado holístico à díade.

A elaboração do presente projeto tem como principal finalidade contribuir para o desenvolvimento e consolidação das referidas competências de EEESIP. Com a concretização deste objetivo pretendo melhorar a minha prestação de cuidados, através da implementação de intervenções de enfermagem individualizadas para cada díade com quem pretendo estabelecer uma relação de confiança, contribuindo para a aquisição de comportamentos promotores de saúde.

Em suma, este projeto pretende o reconhecimento da importância da intervenção do enfermeiro na promoção da vacinação, através da educação para a saúde, capacitação da família para uma tomada de decisão informada, gestão eficaz da dor no momento da vacinação, contribuindo para o aumento da adesão à vacinação. Pretende-se também ancorar a reflexão ao desenvolvimento da profissão e do corpo de conhecimentos de enfermagem através do contributo do EEESIP, para melhorar a prestação de CCF, individualizados e não traumáticos, o que se traduz em ganhos em saúde.

### 3. OBJETIVOS

Com o objetivo de desenvolvimento e aquisição de competências de EE e EEESIP foram definidos os seguintes objetivos gerais e específicos, transversais a todos os contextos de estágio:

**Objetivo Geral 1** – Desenvolver competências especializadas no cuidar de enfermagem à criança, jovem e família nos processos de saúde-doença, nos diferentes estádios de desenvolvimento e diversos contextos de saúde.

**Objetivos específicos:**

- Conhecer a dinâmica, filosofia de cuidados e os projetos/programas em desenvolvimento nos vários contextos clínicos;
- Estabelecer uma relação terapêutica com a criança, jovem e família adequada ao seu estágio de desenvolvimento, situação de saúde e cultura;
- Prestar cuidados à criança, jovem e família em situações de doença aguda, doença crónica e de especial complexidade;
- Analisar práticas de cuidados relacionadas com a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, jovem, em parceria com a díade.

**Objetivo Geral 2** – Desenvolver competências especializadas no âmbito da promoção da vacinação da criança e jovem, em parceria com a família, nos diferentes estádios de desenvolvimento e diversos contextos de saúde.

**Objetivos específicos:**

- Identificar fatores que contribuam para a hesitação vacinal;
- Contribuir para o aumento da adesão à vacinação.

#### 4. ATIVIDADES A DESENVOLVER

**Objetivo Geral 1** – Desenvolver competências especializadas no cuidar de enfermagem à criança/jovem e família nos processos de saúde-doença, nos diferentes estádios de desenvolvimento e diversos contextos de saúde.

<b>Objetivo específico:</b> Conhecer a dinâmica, filosofia de cuidados e os projetos/programas em desenvolvimento nos vários contextos clínicos			
<b>Atividades</b>	<b>Contexto</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências a desenvolver</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista exploratória com o enfermeiro chefe e enfermeiro orientador em cada contexto de estágio, para conhecer o serviço, missão, objetivos, população alvo dos cuidados bem como os projetos de enfermagem implementados e/ou em fase de implementação;</li> <li>- Conhecimento da equipa multidisciplinar;</li> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre legislação, políticas e protocolos em vigor em cada contexto de estágio;</li> <li>- Apresentação do Projeto de Estágio ao enfermeiro orientador e discussão da sua adequação a cada contexto de estágio;</li> <li>- Observação participante de práticas de cuidados e da metodologia de trabalho;</li> <li>- Treino de competências comunicacionais;</li> <li>- Conhecimento da articulação do serviço com outras serviços e instituições de saúde;</li> <li>- Análise da conceção de cuidados de enfermagem que norteia o contexto da prática;</li> <li>- Elaboração de uma síntese reflexiva sobre as atividades realizadas em cada contexto de estágio analisando-as à luz de referenciais teóricos e evidência científica, dando ênfase ao seu contributo para o desenvolvimento de competências comuns de EE e específicas de EEESIP;</li> <li>- Elaboração de um documento síntese da caracterização dos diferentes contextos clínicos;</li> <li>- Elaboração de um portefólio, constituído pelos documentos elaborados para a realização das atividades.</li> </ul>	Transversal a todos os contextos de estágio.	<p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Legislação, manuais, normas, procedimentos e protocolos do serviço/instituição de estágio.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar de cada contexto de estágio.</li> </ul>	<p><b>Competências comuns</b> (Regulamento n.º140/2019, 2019):</p> <p>A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal: A1 – A1.1, A1.2 e A1.3.</p> <p>B – Domínio da melhoria contínua da qualidade: B1 – B1.1.</p> <p>C – Domínio da gestão dos cuidados: C1 – C1.1 C2 – C2.1.</p> <p>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D1.1.</p>
<p><b>Critérios de avaliação comuns</b> (Regulamento n.º140/2019, 2019): A1.1.1, A1.1.2, A1.1.3, A1.1.4, A1.1.5, A1.1.6, A1.1.7, A1.2.1, A1.2.2, A1.2.3, A1.2.4, A1.3.1, A1.3.2, B1.1.1, B1.1.2, B1.1.3, C1.1.1, C1.1.2, C1.1.3, C1.1.4, C2.1.1, C2.1.5, D1.1.1, D1.1.2, D1.1.3 e D1.1.4.</p>			

<b>Objetivo específico:</b> Estabelecer uma relação terapêutica com a criança/jovem e família adequada ao seu estágio de desenvolvimento, situação de saúde e cultura			
<b>Atividades</b>	<b>Contexto</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências a desenvolver</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das minhas competências a melhorar para estabelecer uma relação terapêutica com a criança/jovem e família adequadas ao seu estágio de desenvolvimento, situação de saúde e cultura;</li> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre técnicas e estratégias comunicacionais a estabelecer com a criança/jovem e família, adequada ao seu estágio de desenvolvimento e situação de saúde;</li> <li>- Observação das técnicas e estratégias comunicacionais utilizadas pelo enfermeiro orientador e equipa de enfermagem para comunicar com a criança/jovem e família;</li> <li>- Promoção de um ambiente terapêutico facilitador da implementação de técnicas e estratégias comunicacionais;</li> <li>- Comunicação com a criança/jovem e família com recurso a técnicas e estratégias verbais e não verbais adequadas ao seu estágio de desenvolvimento, situação de saúde e cultura;</li> <li>- Realização de uma reunião com o enfermeiro orientador para discussão sobre a eficácia das técnicas e estratégias comunicacionais implementadas com a criança/jovem e família.</li> </ul>	Transversal a todos os contextos de estágio.	<p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador com acesso à internet;</li> <li>- Bases de dados;</li> <li>- Documentos científicos sobre as temáticas;</li> <li>- Manuais de referência;</li> <li>- Legislação, manuais, normas, procedimentos e protocolos do serviço/instituição de estágio.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crianças/jovens e as suas famílias;</li> <li>- Enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar de cada contexto de estágio;</li> <li>- Peritos na área.</li> </ul>	<p><b>Competências comuns</b> (Regulamento n.º140/2019, 2019):</p> <p>A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal: A1 – A1.1, A1.2 e A1.3. A2 – A2.1</p> <p>B – Domínio da melhoria contínua da qualidade: B1 – B1.1. B3 – B3.1.</p> <p>C – Domínio da gestão dos cuidados: C1 – C1.1. C2 – C2.1.</p> <p>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D1 – D1.1. e D1.2.</p> <p><b>Competências específicas</b> (Regulamento n.º422/2018, 2018):</p> <p>E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde: E1.1 E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem: E3.3.</p>
<p><b>Critérios de avaliação comuns</b> (Regulamento n.º140/2019, 2019): A1.1.1, A1.1.2, A1.1.3, A1.1.4, A1.1.5, A1.1.6, A1.1.7, A1.2.1, A1.2.2, A1.2.3, A1.2.4, A1.3.1, A1.3.2, A2.1.1, A2.1.2, A2.1.3, A2.1.4, A2.1.5, A2.1.6, B1.1.1, B1.1.2, B1.1.3, B3.1.1, B3.1.2, C1.1.1, C1.1.2, C1.1.3, C1.1.4, C2.1.1, C2.1.5, D1.1.1, D1.1.2, D1.1.3, D1.1.4, D1.2.1, D1.2.2, D1.2.4 e D1.2.5.</p> <p><b>Critérios de avaliação específicos</b> (Regulamento n.º422/2018, 2018): E1.1.1, E1.1.2, E1.1.3, E3.3.1, E3.3.2 e E3.3.3.</p>			

<b>Objetivo específico:</b> Prestar cuidados à criança/jovem e família em situações de doença aguda, doença crónica e de especial complexidade			
<b>Atividades</b>	<b>Contexto</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências a desenvolver</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das minhas competências a melhorar na prestação de cuidados à criança/jovem e família com situações específicas de saúde;</li> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre doenças comuns, crónicas e raras mais comuns em cada estágio de desenvolvimento;</li> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre terapias complementares na prática de enfermagem para dar respostas às necessidades da criança/jovem e família com situações específicas de saúde;</li> <li>- Consulta de documentação existente nos serviços sobre a assistência à criança/jovem e família com situações específicas de saúde;</li> <li>- Observação participante dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família com situações específicas de saúde;</li> <li>- Elaboração de um jornal de aprendizagem sobre a prestação de cuidados à criança/jovem e família com situações específicas de saúde, adequadas a cada contexto de estágio, à luz de referenciais teóricos e evidência científica, dando ênfase ao seu contributo para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESIP;</li> <li>- Realização de uma reunião com o enfermeiro orientador para discussão sobre a abordagem à criança/jovem e família com situações específicas de saúde.</li> </ul>	<p>Transversal a todos os contextos de estágio.</p>	<p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador com acesso à internet;</li> <li>- Bases de dados;</li> <li>- Documentos científicos sobre as temáticas;</li> <li>- Manuais de referência;</li> <li>- Legislação, manuais, normas, procedimentos e protocolos do serviço/instituição de estágio.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crianças/jovens e as suas famílias;</li> <li>- Enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar de cada contexto de estágio;</li> <li>- Peritos na área.</li> </ul>	<p><b>Competências comuns</b> (Regulamento n.º140/2019, 2019):</p> <p>A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal: A1 – A1.1, A1.2 e A1.3 A2 – A2.1 e A2.2.</p> <p>B – Domínio da melhoria contínua da qualidade: B1 – B1.1. B3 – B3.1.</p> <p>C – Domínio da gestão dos cuidados: C1 – C1.1. C2 – C2.1.</p> <p>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D1 – D1.1. e D1.2.</p> <p><b>Competências específicas</b> (Regulamento n.º422/2018, 2018):</p> <p>E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde: E1.2. E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade: E2.1, E2.2, E2.3, E2.4 e E2.5. E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem: E3.2.</p>

**Critérios de avaliação comuns** (Regulamento n.º140/2019, 2019): A1.1.1, A1.1.2, A1.1.3, A1.1.4, A1.1.5, A1.1.6, A1.1.7, A1.2.1, A1.2.2, A1.2.3, A1.2.4, A1.3.1, A1.3.2, A2.1.1, A2.1.2, A2.1.3, A2.1.4, A2.1.5, A2.1.6, A2.2.1, A2.2.2, A2.2.3, A2.2.4, B1.1.1, B1.1.2, B1.1.3, B3.1.1, B3.1.2, B3.1.3, B3.1.4, B3.1.5, B3.1.6, C1.1.1, C1.1.2, C1.1.3, C1.1.4, C2.1.1, C2.1.5, D1.1.1, D1.1.2, D1.1.3, D1.1.4, D1.2.1, D1.2.2, D1.2.3, D1.2.4 e D1.2.5.

**Critérios de avaliação específicos** (Regulamento n.º422/2018, 2018): E1.2.1, E1.2.2, E1.2.3, E1.2.4, E1.2.5, E1.2.6, E1.2.7, E1.2.8, E2.1.1, E2.1.2, E2.1.3, E2.2.1, E2.2.2, E2.2.3, E2.3.1, E2.3.2, E2.4.1, E2.4.2, E2.4.3, E2.5.1, E2.5.2, E2.5.3, E2.5.4, E2.5.5, E2.5.6, E3.2.1, E3.2.2, E3.2.3, E3.2.4, E3.2.5, E3.2.6 e E3.2.7.

## Neonatologia

<b>Objetivo específico:</b> Analisar práticas de cuidados relacionadas com a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, em parceria com a díade			
<b>Atividades</b>	<b>Contexto</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências a desenvolver</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das minhas competências a melhorar sobre a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento do recém-nascido (RN);</li> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre a avaliação do crescimento e desenvolvimento do RN;</li> <li>- Consulta de instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento do RN disponíveis;</li> <li>- Observação participante da avaliação do crescimento e desenvolvimento do RN;</li> <li>- Identificação de alterações nas etapas do crescimento e desenvolvimento adequado a cada idade e referência à equipa médica;</li> <li>- Aplicação de instrumentos adequados de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil (ex: Infant Positioning Assessment Tool e Neonatal Behavioral Assessment Scale - NBAS);</li> <li>- Participação no desenvolvimento e avaliação de planos individuais de saúde, com foco nos comportamentos promotores de saúde e tomada de decisão responsável, através da identificação de problemas, definição de resultados a atingir e planeamento de intervenções;</li> <li>- Transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento e maior autonomia no cuidado do RN;</li> <li>- Implementação de cuidados promotores da vinculação e parentalidade;</li> <li>- Elaboração de um jornal de aprendizagem sobre a implementação de intervenções promotoras do crescimento e desenvolvimento do RN e família, à luz de referenciais teóricos e evidência científica, dando ênfase ao seu contributo para o desenvolvimento de competências comuns de EE e específicas de EEESIP;</li> </ul>	Neonatologia	<p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador com acesso à internet;</li> <li>- Bases de dados;</li> <li>- Documentos científicos sobre as temáticas;</li> <li>- Manuais de referência;</li> <li>- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil;</li> <li>- Aplicação de instrumentos adequados de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil (ex: Infant Positioning Assessment Tool e Neonatal Behavioral Assessment Scale - NBAS);</li> <li>- Legislação, manuais, normas, procedimentos e protocolos do serviço/instituição de estágio.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crianças/jovens e as suas famílias;</li> <li>- Enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar de cada contexto de estágio;</li> <li>- Peritos na área.</li> </ul>	<p><b>Competências comuns</b> (Regulamento n.º140/2019, 2019):</p> <p>A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal: A1 – A1.1, A1.2 e A1.3 A2 – A2.1</p> <p>B – Domínio da melhoria contínua da qualidade: B1 – B1.1. B3 – B3.1.</p> <p>C – Domínio da gestão dos cuidados: C1 – C1.1. C2 – C2.1.</p> <p>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D1 – D1.1. e D1.2.</p> <p><b>Competências específicas</b> (Regulamento n.º422/2018, 2018):</p> <p>E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde: E1.1. E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem: E3.1.</p>

<p>- Realização de uma reunião com o enfermeiro orientador para discussão sobre a aplicação de instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento do RN.</p>			
<p><b>Critérios de avaliação comuns</b> (Regulamento n.º140/2019, 2019): A1.1.1, A1.1.2, A1.1.3, A1.1.4, A1.1.5, A1.1.6, A1.1.7, A1.2.1, A1.2.2, A1.2.3, A1.2.4, A1.3.1, A1.3.2, A2.1.1, A2.1.2, A2.1.3, A2.1.4, A2.1.5, A2.1.6, B1.1.1, B1.1.2, B1.1.3, B3.1.1, B3.1.2, C1.1.1, C1.1.2, C1.1.3, C1.1.4, C2.1.1, C2.1.5, D1.1.1, D1.1.2, D1.1.3, D1.1.4, D1.2.1, D1.2.2, D1.2.4 e D1.2.5.</p> <p><b>Critérios de avaliação específicos</b> (Regulamento n.º422/2018, 2018): E1.1.1, E1.1.2, E1.1.3 E1.1.4, E1.1.5, E1.1.6, E3.1.1, E3.1.2 e E3.1.3</p>			

## Internamento de Pediatria (IP)

<b>Objetivo específico:</b> Analisar práticas de cuidados relacionadas com a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, em parceria com a díade			
<b>Atividades</b>	<b>Contexto</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências a desenvolver</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das minhas competências a melhorar sobre a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem;</li> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem;</li> <li>- Consulta de instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem disponíveis;</li> <li>- Observação participante da avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem;</li> <li>- Identificação de alterações nas etapas do crescimento e desenvolvimento devido à doença oncológica, adequado a cada idade, e referência à equipa médica;</li> <li>- Participação no desenvolvimento e avaliação de planos individuais de saúde, com foco nos comportamentos promotores de saúde e tomada de decisão responsável, adequados às limitações devido à doença oncológica e respetivos tratamentos, através da identificação de problemas, definição de resultados a atingir e planeamento de intervenções;</li> <li>- Transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento e maior autonomia no cuidado da criança/jovem com doença oncológica;</li> <li>- Implementação de cuidados promotores da vinculação e parentalidade;</li> <li>- Realização de uma reunião com o enfermeiro orientador para discussão sobre a aplicação de instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem.</li> </ul>	IP	<p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador com acesso à internet;</li> <li>- Bases de dados;</li> <li>- Documentos científicos sobre as temáticas;</li> <li>- Manuais de referência;</li> <li>- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil;</li> <li>- Legislação, manuais, normas, procedimentos e protocolos do serviço/instituição de estágio.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crianças/jovens e as suas famílias;</li> <li>- Enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar de cada contexto de estágio;</li> <li>- Peritos na área.</li> </ul>	<p><b>Competências comuns</b> (Regulamento n.º140/2019, 2019):</p> <p>A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal: A1 – A1.1, A1.2 e A1.3 A2 – A2.1</p> <p>B – Domínio da melhoria contínua da qualidade: B1 – B1.1. B3 – B3.1.</p> <p>C – Domínio da gestão dos cuidados: C1 – C1.1. C2 – C2.1.</p> <p>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D1 – D1.1. e D1.2.</p> <p><b>Competências específicas</b> (Regulamento n.º422/2018, 2018):</p> <p>E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde: E1.1. E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem: E3.1.</p>

**Critérios de avaliação comuns** (Regulamento n.º140/2019, 2019): A1.1.1, A1.1.2, A1.1.3, A1.1.4, A1.1.5, A1.1.6, A1.1.7, A1.2.1, A1.2.2, A1.2.3, A1.2.4, A1.3.1, A1.3.2, A2.1.1, A2.1.2, A2.1.3, A2.1.4, A2.1.5, A2.1.6, B1.1.1, B1.1.2, B1.1.3, B3.1.1, B3.1.2, C1.1.1, C1.1.2, C1.1.3, C1.1.4, C2.1.1, C2.1.5, D1.1.1, D1.1.2, D1.1.3, D1.1.4, D1.2.1, D1.2.2, D1.2.4 e D1.2.5.

**Critérios de avaliação específicos** (Regulamento n.º422/2018, 2018): E1.1.1, E1.1.2, E1.1.3 E1.1.4, E1.1.5, E1.1.6, E3.1.1, E3.1.2 e E3.1.3

## Centro de desenvolvimento da Criança (CDC)

<b>Objetivo específico:</b> Analisar práticas de cuidados relacionadas com a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, em parceria com a díade			
<b>Atividades</b>	<b>Contexto</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências a desenvolver</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das minhas competências a melhorar sobre a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem com doença crónica e de especial complexidade;</li> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem com doença crónica e de especial complexidade;</li> <li>- Consulta de instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem disponíveis no serviço;</li> <li>- Observação participante na avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem nas consultas de enfermagem de follow-up e neonatologia;</li> <li>- Colaboração com o enfermeiro orientador nas intervenções preconizadas para as consultas de enfermagem de follow-up e neonatologia;</li> <li>- Aplicação de instrumentos adequados de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil (ex: <i>Mary Sheridan, Schedule of Growing Skills</i> e <i>Test of Infant Motor Performance - TIMP</i>);</li> <li>Participação no desenvolvimento e avaliação de planos individuais de saúde, com foco nos comportamentos promotores de saúde e tomada de decisão responsável, adequados às limitações devido à doença crónica e de especial complexidade, através da identificação de problemas, definição de resultados a atingir e planeamento de intervenções;</li> <li>- Transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento e maior autonomia no cuidado da criança/jovem com doença crónica e de especial complexidade;</li> <li>- Implementação de cuidados promotores da vinculação e parentalidade;</li> </ul>	CDC	<p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador com acesso à internet;</li> <li>- Bases de dados;</li> <li>- Documentos científicos sobre as temáticas;</li> <li>- Manuais de referência;</li> <li>- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil;</li> <li>- Aplicação de instrumentos adequados de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil (ex: <i>Mary Sheridan, Schedule of Growing Skills</i> e <i>Test of Infant Motor Performance - TIMP</i>);</li> <li>- Legislação, manuais, normas, procedimentos e protocolos do serviço/instituição de estágio.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crianças/jovens e as suas famílias;</li> <li>- Enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar de cada contexto de estágio;</li> <li>- Peritos na área.</li> </ul>	<p><b>Competências comuns</b> (Regulamento n.º140/2019, 2019):</p> <p>A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal: A1 – A1.1, A1.2 e A1.3 A2 – A2.1</p> <p>B – Domínio da melhoria contínua da qualidade: B1 – B1.1. B3 – B3.1.</p> <p>C – Domínio da gestão dos cuidados: C1 – C1.1. C2 – C2.1.</p> <p>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D1 – D1.1. e D1.2.</p> <p><b>Competências específicas</b> (Regulamento n.º422/2018, 2018):</p> <p>E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde: E1.1. E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem: E3.1.</p>

<p>- Observação participante nas reuniões multidisciplinares realizadas no serviço em conjunto com as equipas locais de intervenção (ELI), para elaboração e avaliação da implementação de intervenções, no âmbito de planos individuais de saúde;</p> <p>- Realização de uma reunião com o enfermeiro orientador para discussão sobre a aplicação de instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem com doença crónica e de especial complexidade e colaboração nas consultas realizadas.</p>			
<p><b>Critérios de avaliação comuns</b> (Regulamento n.º140/2019, 2019): A1.1.1, A1.1.2, A1.1.3, A1.1.4, A1.1.5, A1.1.6, A1.1.7, A1.2.1, A1.2.2, A1.2.3, A1.2.4, A1.3.1, A1.3.2, A2.1.1, A2.1.2, A2.1.3, A2.1.4, A2.1.5, A2.1.6, B1.1.1, B1.1.2, B1.1.3, B3.1.1, B3.1.2, C1.1.1, C1.1.2, C1.1.3, C1.1.4, C2.1.1, C2.1.5, D1.1.1, D1.1.2, D1.1.3, D1.1.4, D1.2.1, D1.2.2, D1.2.4 e D1.2.5.</p> <p><b>Critérios de avaliação específicos</b> (Regulamento n.º422/2018, 2018): E1.1.1, E1.1.2, E1.1.3 E1.1.4, E1.1.5, E1.1.6, E3.1.1, E3.1.2 e E3.1.3</p>			

## Unidade de Saúde Familiar (USF)

<b>Objetivo específico:</b> Analisar práticas de cuidados relacionadas com a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, em parceria com a diáde			
<b>Atividades</b>	<b>Contexto</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências a desenvolver</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das minhas competências a melhorar sobre a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem;</li> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem;</li> <li>- Consulta de instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem disponíveis;</li> <li>- Observação participante da avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem;</li> <li>- Identificação de alterações nas etapas do crescimento e desenvolvimento adequado a cada idade e referência à equipa médica;</li> <li>- Colaboração com o enfermeiro orientador nas intervenções preconizadas para as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil;</li> <li>- Aplicação de instrumentos adequados de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil (ex: <i>Mary Sheridan</i> e <i>Schedule of Growing Skills</i>);</li> <li>- Participação no desenvolvimento e avaliação de planos individuais de saúde, com foco nos comportamentos promotores de saúde e tomada de decisão responsável, através da identificação de problemas, definição de resultados a atingir e planeamento de intervenções;</li> <li>- Transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento e maior autonomia no cuidado da criança/jovem;</li> <li>- Implementação de cuidados promotores da vinculação e parentalidade;</li> <li>- Realização de uma reunião com o enfermeiro orientador para discussão sobre a aplicação de instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e colaboração nas consultas realizadas.</li> </ul>	USF	<p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador com acesso à internet;</li> <li>- Bases de dados;</li> <li>- Documentos científicos sobre as temáticas;</li> <li>- Manuais de referência;</li> <li>- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil;</li> <li>- Aplicação de instrumentos adequados de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil (ex: <i>Mary Sheridan</i> e <i>Schedule of Growing Skills</i>);</li> <li>- Legislação, manuais, normas, procedimentos e protocolos do serviço/instituição de estágio.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crianças/jovens e as suas famílias;</li> <li>- Enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar de cada contexto de estágio;</li> <li>- Peritos na área.</li> </ul>	<p><b>Competências comuns</b> (Regulamento n.º140/2019, 2019):</p> <p>A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal: A1 – A1.1, A1.2 e A1.3 A2 – A2.1</p> <p>B – Domínio da melhoria contínua da qualidade: B1 – B1.1. B3 – B3.1.</p> <p>C – Domínio da gestão dos cuidados: C1 – C1.1. C2 – C2.1.</p> <p>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D1 – D1.1. e D1.2.</p> <p><b>Competências específicas</b> (Regulamento n.º422/2018, 2018):</p> <p>E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde: E1.1. E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem: E3.1.</p>

**Critérios de avaliação comuns** (Regulamento n.º140/2019, 2019): A1.1.1, A1.1.2, A1.1.3, A1.1.4, A1.1.5, A1.1.6, A1.1.7, A1.2.1, A1.2.2, A1.2.3, A1.2.4, A1.3.1, A1.3.2, A2.1.1, A2.1.2, A2.1.3, A2.1.4, A2.1.5, A2.1.6, B1.1.1, B1.1.2, B1.1.3, B3.1.1, B3.1.2, C1.1.1, C1.1.2, C1.1.3, C1.1.4, C2.1.1, C2.1.5, D1.1.1, D1.1.2, D1.1.3, D1.1.4, D1.2.1, D1.2.2, D1.2.4 e D1.2.5.

**Critérios de avaliação específicos** (Regulamento n.º422/2018, 2018): E1.1.1, E1.1.2, E1.1.3 E1.1.4, E1.1.5, E1.1.6, E3.1.1, E3.1.2 e E3.1.3

## Urgência Pediátrica

<b>Objetivo específico:</b> Analisar práticas de cuidados relacionadas com a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, em parceria com a díade			
<b>Atividades</b>	<b>Contexto</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências a desenvolver</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das minhas competências a melhorar sobre a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem;</li> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem;</li>   <li>- Consulta de instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem disponíveis;</li> <li>- Observação participante da avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem;</li> <li>- Identificação de alterações nas etapas do crescimento e desenvolvimento adequado a cada idade e referência à equipa médica (Sala de tratamentos ou Serviço de observação);</li> <li>- Transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento e maior autonomia no cuidado da criança/jovem;</li> <li>- Implementação de cuidados promotores da vinculação e parentalidade.</li> </ul>	UP	<p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador com acesso à internet;</li> <li>- Bases de dados;</li> <li>- Documentos científicos sobre as temáticas;</li> <li>- Manuais de referência;</li> <li>- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil;</li> <li>- Legislação, manuais, normas, procedimentos e protocolos do serviço/instituição de estágio.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crianças/jovens e as suas famílias;</li> <li>- Enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar de cada contexto de estágio;</li> <li>- Peritos na área.</li> </ul>	<p><b>Competências comuns</b> (Regulamento n.º140/2019, 2019):</p> <p>A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal: A1 – A1.1, A1.2 e A1.3 A2 – A2.1</p> <p>B – Domínio da melhoria contínua da qualidade: B1 – B1.1. B3 – B3.1.</p> <p>C – Domínio da gestão dos cuidados: C1 – C1.1. C2 – C2.1.</p> <p>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D1 – D1.1. e D1.2.</p> <p><b>Competências específicas</b> (Regulamento n.º422/2018, 2018):</p> <p>E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde: E1.1. E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem: E3.1.</p>
<p><b>Crítérios de avaliação comuns</b> (Regulamento n.º140/2019, 2019): A1.1.1, A1.1.2, A1.1.3, A1.1.4, A1.1.5, A1.1.6, A1.1.7, A1.2.1, A1.2.2, A1.2.3, A1.2.4, A1.3.1, A1.3.2, A2.1.1, A2.1.2, A2.1.3, A2.1.4, A2.1.5, A2.1.6, B1.1.1, B1.1.2, B1.1.3, B3.1.1, B3.1.2, C1.1.1, C1.1.2, C1.1.3, C1.1.4, C2.1.1, C2.1.5, D1.1.1, D1.1.2, D1.1.3, D1.1.4, D1.2.1, D1.2.2, D1.2.4 e D1.2.5.</p>			

**Critérios de avaliação específicos** (Regulamento n.º422/2018, 2018): E1.1.1, E1.1.2, E1.1.3 E1.1.4, E1.1.5, E1.1.6, E3.1.1, E3.1.2 e E3.1.3

**Objetivo Geral 2** – Desenvolver competências especializadas no âmbito da promoção da vacinação da criança/jovem, em parceria com a família, nos diferentes estádios de desenvolvimento e diversos contextos de saúde.

<b>Objetivo específico:</b> Identificar fatores que contribuam para a hesitação vacinal			
<b>Atividades</b>	<b>Contexto</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências a desenvolver</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das minhas competências a melhorar na prestação de cuidados à criança/jovem e família que apresente hesitação vacinal;</li> <li>- Entrevista exploratória com perita na área, representante portuguesa no projeto: “<i>VAX-TRUST – Addressing vaccine hesitancy in Europe</i>”;</li> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre fatores que contribuem para a hesitação vacinal;</li> <li>- Consulta de documentação existente no serviço sobre a assistência à criança/jovem e família que apresente hesitação vacinal;</li> <li>- Consulta do protocolo de revisão <i>scoping</i> elaborado no âmbito deste projeto: “intervenção do enfermeiro na hesitação vacinal parental em crianças e jovens: Um protocolo de revisão <i>scoping</i>”;</li> <li>- Observação participante dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família que apresente hesitação vacinal;</li> <li>- Identificar famílias que apresentem hesitação vacinal e em conjunto com a equipa médica realizar o correto reencaminhamento;</li> <li>- Intervir junto da criança/jovem e família que apresente hesitação vacinal, para compreender e esclarecer os seus receios e dúvidas;</li> <li>- Elaboração de um folheto intitulado: “Quais as questões frequentes dos pais sobre a vacinação?” (adequado a cada contexto de estágio);</li> <li>- Elaboração de um estudo de caso sobre uma criança/jovem e família que apresente hesitação vacinal;</li> <li>- Realização de uma reunião com o enfermeiro orientador para discussão sobre a abordagem à criança/jovem e família com hesitação vacinal.</li> </ul>	<p>Transversal a todos os contextos de estágio.</p>	<p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador com acesso à internet;</li> <li>- Bases de dados;</li> <li>- Documentos científicos sobre as temáticas;</li> <li>- Manuais de referência;</li> <li>- Legislação, manuais, normas, procedimentos e protocolos do serviço/instituição de estágio.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crianças/jovens e as suas famílias;</li> <li>- Enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar de cada contexto de estágio;</li> <li>- Peritos na área.</li> </ul>	<p><b>Competências comuns</b> (Regulamento n.º140/2019, 2019):</p> <p>A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal: A1 – A1.1, A1.2 e A1.3 A2 – A2.1</p> <p>B – Domínio da melhoria contínua da qualidade: B1 – B1.1. B3 – B3.1.</p> <p>C – Domínio da gestão dos cuidados: C1 – C1.1. C2 – C2.1.</p> <p>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D1 – D.1.1 e D1.2. D2 – D2.1, D.2. e D2.3.</p> <p><b>Competências específicas</b> (Regulamento n.º422/2018, 2018):</p> <p>E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde: E1.1 e E1.2. E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem: E3.3.</p>

**Critérios de avaliação comuns** (Regulamento n.º140/2019, 2019): A1.1.1, A1.1.2, A1.1.3, A1.1.4, A1.1.5, A1.1.6, A1.1.7, A1.2.1, A1.2.2, A1.2.3, A1.2.4, A1.3.1, A1.3.2, A2.1.1, A2.1.2, A2.1.3, A2.1.4, A2.1.5, A2.1.6, B1.1.1, B1.1.2, B1.1.3, B3.1.1, B3.1.2, B3.1.3, B3.1.4, B3.1.5, B3.1.6, C1.1.1, C1.1.2, C1.1.3, C1.1.4, C2.1.1, C2.1.5, D1.1.1, D1.1.2, D1.1.3, D1.1.4, D1.2.1, D1.2.2, D1.2.3, D1.2.4, D1.2.5, D2.1.1, D2.1.2, D2.1.4, D2.1.5, D2.2.1, D2.2.2, D2.2.3, D2.2.4, D2.2.5, D2.2.6, D2.3.1, D2.3.2, D2.3.3, D2.3.4 e D2.3.5.

**Critérios de avaliação específicos** (Regulamento n.º422/2018, 2018): E1.1.1, E1.1.2, E1.1.3, E1.1.4, E1.1.5, E1.2.7 e E3.3.2.

## Neonatologia

<b>Objetivo específico:</b> Contribuir para o aumento da adesão à vacinação			
<b>Atividades</b>	<b>Contexto</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências a desenvolver</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das minhas competências a melhorar na promoção da vacinação do RN, em parceria com a família;</li> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre as intervenções de enfermagem na promoção da vacinação do RN, em parceria com a família;</li> <li>- Consulta de documentação existente no serviço sobre a promoção da vacinação do RN, em parceria com a família;</li> <li>- Consulta deste relatório de projeto: "Intervenções de enfermagem na promoção da vacinação da criança e jovem";</li> <li>- Identificação das necessidades de formação da equipa de enfermagem sobre a temática;</li> <li>- Elaboração de um documento para a equipa de enfermagem sobre a vacinação no bebé prematuro;</li> <li>- Realização da vigilância epidemiológica de aplicação do PNV;</li> <li>- Aproveitamento de todas as oportunidades para vacinar o RN elegível;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas da família sobre as potencialidades, efeitos secundários e contra-indicações das vacinas;</li> <li>- Elaboração um autocolante alusivo à vacinação que seja incluído no projeto existente no serviço, intitulado: "Os nossos dias na Neonatologia";</li> <li>- Realização de uma sessão de educação para a saúde para os pais intitulada: "A vacinação no bebé prematuro";</li> <li>- Identificação das escalas de avaliação da dor utilizadas em neonatologia;</li> <li>- Consulta de normas e protocolos no âmbito do controlo e gestão da dor (utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas) em vigor no serviço;</li> <li>- Observação participante dos cuidados de enfermagem na promoção da vacinação do RN, em parceria com a família;</li> <li>- Prestação de cuidados de enfermagem ao RN e família com foco na gestão diferenciada da dor, através da implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, na administração de vacinas;</li> </ul>	Neonatologia	<p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador com acesso à internet;</li> <li>- Bases de dados;</li> <li>- Documentos científicos sobre as temáticas;</li> <li>- Manuais de referência;</li> <li>- PNV;</li> <li>- Legislação, manuais, normas, procedimentos e protocolos do serviço/instituição de estágio.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crianças/jovens e as suas famílias;</li> <li>- Enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar de cada contexto de estágio;</li> <li>- Peritos na área.</li> </ul>	<p><b>Competências comuns</b> (Regulamento n.º140/2019, 2019):</p> <p>A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal: A1 – A1.1, A1.2 e A1.3 A2 – A2.1</p> <p>B – Domínio da melhoria contínua da qualidade: B1 – B1.1. B3 – B3.1.</p> <p>C – Domínio da gestão dos cuidados: C1 – C1.1. C2 – C2.1.</p> <p>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D1 – D.1.1 e D1.2. D2 – D2.1, D.2. e D2.3.</p> <p><b>Competências específicas</b> (Regulamento n.º422/2018, 2018):</p> <p>E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde: E1.1 e E1.2. E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade: E2.2. E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de</p>

- Realização de uma reunião com o enfermeiro orientador para discussão sobre a promoção da vacinação do recém-nascido, em parceria com a família.			desenvolvimento da criança e do jovem: E3.3.
<p><b>Critérios de avaliação comuns</b> (Regulamento n.º140/2019, 2019): A1.1.1, A1.1.2, A1.1.3, A1.1.4, A1.1.5, A1.1.6, A1.1.7, A1.2.1, A1.2.2, A1.2.3, A1.2.4, A1.3.1, A1.3.2, A2.1.1, A2.1.2, A2.1.3, A2.1.4, A2.1.5, A2.1.6, B1.1.1, B1.1.2, B1.1.3, B3.1.1, B3.1.2, B3.1.3, B3.1.4, B3.1.5, B3.1.6, C1.1.1, C1.1.2, C1.1.3, C1.1.4, C2.1.1, C2.1.5, D1.1.1, D1.1.2, D1.1.3, D1.1.4, D1.2.1, D1.2.2, D1.2.4, D1.2.5, D2.1.1, D2.1.2, D2.1.3, D2.1.4, D2.1.5, D2.2.1, D2.2.2, D2.2.3, D2.2.4, D2.2.5, D2.2.6, D2.3.1, D2.3.2, D2.3.3, D2.3.4 e D2.3.5.</p> <p><b>Critérios de avaliação específicos</b> (Regulamento n.º422/2018, 2018): E1.1.1, E1.1.2, E1.1.3, E1.1.4, E1.1.5, E1.1.6, E1.2.7, E1.2.8, E2.2.1, E2.2.2, E2.2.3, E3.3.2 e E3.3.3.</p>			

## Internamento de Pediatria

<b>Objetivo específico:</b> Contribuir para o aumento da adesão à vacinação			
<b>Atividades</b>	<b>Contexto</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências a desenvolver</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das minhas competências a melhorar na promoção da vacinação da criança/jovem com doença oncológica, em parceria com a família;</li> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre as intervenções de enfermagem na promoção da vacinação da criança/jovem com doença oncológica, em parceria com a família;</li> <li>- Consulta de documentação existente no serviço sobre a promoção da vacinação da criança/jovem com doença oncológica, em parceria com a família;</li> <li>- Consulta deste relatório de projeto: "Intervenções de enfermagem na promoção da vacinação da criança e jovem";</li> <li>- Identificação das necessidades de formação da equipa de enfermagem sobre a temática;</li> <li>- Realização da vigilância epidemiológica de aplicação do PNV;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas da criança/jovem e família sobre as potencialidades, efeitos secundários e contraindicações das vacinas;</li> <li>- Realização de uma sessão formativa para a equipa de enfermagem sobre a vacinação na criança com doença oncológica;</li> <li>- Identificação das escalas de avaliação da dor utilizadas no serviço;</li> <li>- Consulta de normas e protocolos no âmbito do controlo e gestão da dor (utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas) em vigor no serviço;</li> <li>- Observação participante dos cuidados de enfermagem na promoção da vacinação da criança/jovem com doença oncológica, em parceria com a família;</li> <li>- Prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família com foco na gestão diferenciada da dor, através da implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas;</li> <li>- Realização de uma reunião com o enfermeiro orientador para discussão sobre a promoção da vacinação da criança/jovem, em parceria com a família.</li> </ul>	IP	<p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador com acesso à internet;</li> <li>- Bases de dados;</li> <li>- Documentos científicos sobre as temáticas;</li> <li>- Manuais de referência;</li> <li>- PNV;</li> <li>- Legislação, manuais, normas, procedimentos e protocolos do serviço/instituição de estágio.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crianças/jovens e as suas famílias;</li> <li>- Enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar de cada contexto de estágio;</li> <li>- Peritos na área.</li> </ul>	<p><b>Competências comuns</b> (Regulamento n.º140/2019, 2019):</p> <p>A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal: A1 – A1.1, A1.2 e A1.3 A2 – A2.1</p> <p>B – Domínio da melhoria contínua da qualidade: B1 – B1.1. B3 – B3.1.</p> <p>C – Domínio da gestão dos cuidados: C1 – C1.1. C2 – C2.1.</p> <p>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D1 – D.1.1 e D1.2. D2 – D2.1, D.2. e D2.3.</p> <p><b>Competências específicas</b> (Regulamento n.º422/2018, 2018):</p> <p>E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde: E1.1 e E1.2. E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade: E2.2. E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem: E3.3.</p>

**Critérios de avaliação comuns** (Regulamento n.º140/2019, 2019): A1.1.1, A1.1.2, A1.1.3, A1.1.4, A1.1.5, A1.1.6, A1.1.7, A1.2.1, A1.2.2, A1.2.3, A1.2.4, A1.3.1, A1.3.2, A2.1.1, A2.1.2, A2.1.3, A2.1.4, A2.1.5, A2.1.6, B1.1.1, B1.1.2, B1.1.3, B3.1.1, B3.1.2, B3.1.3, B3.1.4, B3.1.5, B3.1.6, C1.1.1, C1.1.2, C1.1.3, C1.1.4, C2.1.1, C2.1.5, D1.1.1, D1.1.2, D1.1.3, D1.1.4, D1.2.1, D1.2.2, D1.2.4, D1.2.5, D2.1.1, D2.1.2, D2.1.3, D2.1.4, D2.1.5, D2.2.1, D2.2.2, D2.2.3, D2.2.4, D2.2.5, D2.2.6, D2.3.1, D2.3.2, D2.3.3, D2.3.4 e D2.3.5.

**Critérios de avaliação específicos** (Regulamento n.º422/2018, 2018): E1.1.1, E1.1.2, E1.1.3, E1.1.4, E1.1.5, E1.1.6, E1.2.7, E1.2.8, E2.2.1, E2.2.2, E2.2.3, E3.3.2 e E3.3.3.

## Centro de Desenvolvimento da Criança

<b>Objetivo específico:</b> Contribuir para o aumento da adesão à vacinação			
<b>Atividades</b>	<b>Contexto</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências a desenvolver</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das minhas competências a melhorar na promoção da vacinação da criança/jovem, com doença crónica e de especial complexidade, em parceria com a família;</li> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre as intervenções de enfermagem na promoção da vacinação da criança/jovem com doença crónica e de especial complexidade, em parceria com a família;</li> <li>- Consulta de documentação existente no serviço sobre a promoção da vacinação da criança/jovem com doença crónica e de especial complexidade em parceria com a família;</li> <li>- Consulta deste relatório de projeto: "Intervenções de enfermagem na promoção da vacinação da criança e jovem";</li> <li>- Identificação das necessidades de formação da equipa de enfermagem sobre a temática;</li> <li>- Realização de uma sessão de formação dirigida à equipa de enfermagem sobre as intervenções de enfermagem na aplicação de estratégias não farmacológicas para alívio da dor na criança/jovem;</li> <li>- Realização da vigilância epidemiológica de aplicação do PNV;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas da criança/jovem e família sobre as potencialidades, efeitos secundários e contraindicações das vacinas;</li> <li>- Identificação das escalas de avaliação da dor utilizadas;</li> <li>- Consulta de normas e protocolos no âmbito do controlo e gestão da dor (utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas) em vigor;</li> <li>- Observação participante dos cuidados de enfermagem na promoção da vacinação da criança/jovem com doença crónica e de especial complexidade em parceria com a família;</li> <li>- Prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem com doença crónica e de especial complexidade, e família com foco na gestão diferenciada da dor, através da implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas;</li> </ul>	CDC	<p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador com acesso à internet;</li> <li>- Bases de dados;</li> <li>- Documentos científicos sobre as temáticas;</li> <li>- Manuais de referência;</li> <li>- PNV;</li> <li>- Legislação, manuais, normas, procedimentos e protocolos do serviço/instituição de estágio.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crianças/jovens e as suas famílias;</li> <li>- Enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar de cada contexto de estágio;</li> <li>- Peritos na área.</li> </ul>	<p><b>Competências comuns</b> (Regulamento n.º140/2019, 2019):</p> <p>A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal: A1 – A1.1, A1.2 e A1.3 A2 – A2.1</p> <p>B – Domínio da melhoria contínua da qualidade: B1 – B1.1. B3 – B3.1.</p> <p>C – Domínio da gestão dos cuidados: C1 – C1.1. C2 – C2.1.</p> <p>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D1 – D.1.1 e D1.2. D2 – D2.1, D.2. e D2.3.</p> <p><b>Competências específicas</b> (Regulamento n.º422/2018, 2018):</p> <p>E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde: E1.1 e E1.2. E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade: E2.2. E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de</p>

- Realização de uma reunião com o enfermeiro orientador para discussão sobre a promoção da vacinação da criança/jovem, em parceria com a família.			desenvolvimento da criança e do jovem: E3.3.
<p><b>Critérios de avaliação comuns</b> (Regulamento n.º140/2019, 2019): A1.1.1, A1.1.2, A1.1.3, A1.1.4, A1.1.5, A1.1.6, A1.1.7, A1.2.1, A1.2.2, A1.2.3, A1.2.4, A1.3.1, A1.3.2, A2.1.1, A2.1.2, A2.1.3, A2.1.4, A2.1.5, A2.1.6, B1.1.1, B1.1.2, B1.1.3, B3.1.1, B3.1.2, B3.1.3, B3.1.4, B3.1.5, B3.1.6, C1.1.1, C1.1.2, C1.1.3, C1.1.4, C2.1.1, C2.1.5, D1.1.1, D1.1.2, D1.1.3, D1.1.4, D1.2.1, D1.2.2, D1.2.4, D1.2.5, D2.1.1, D2.1.2, D2.1.3, D2.1.4, D2.1.5, D2.2.1, D2.2.2, D2.2.3, D2.2.4, D2.2.5, D2.2.6, D2.3.1, D2.3.2, D2.3.3, D2.3.4 e D2.3.5.</p> <p><b>Critérios de avaliação específicos</b> (Regulamento n.º422/2018, 2018): E1.1.1, E1.1.2, E1.1.3, E1.1.4, E1.1.5, E1.1.6, E1.2.7, E1.2.8, E2.2.1, E2.2.2, E2.2.3, E3.3.2 e E3.3.3.</p>			

## Unidade de Saúde Familiar

<b>Objetivo específico:</b> Contribuir para o aumento da adesão à vacinação			
<b>Atividades</b>	<b>Contexto</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências a desenvolver</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das minhas competências a melhorar na promoção da vacinação da criança/jovem, em parceria com a família;</li> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre as intervenções de enfermagem na promoção da vacinação da criança/jovem, em parceria com a família;</li> <li>- Consulta de documentação existente nos serviços sobre a promoção da vacinação da criança/jovem, em parceria com a família;</li> <li>- Consulta deste relatório de projeto: "Intervenções de enfermagem na promoção da vacinação da criança e jovem";</li> <li>- Identificação das necessidades de formação da equipa de enfermagem sobre a temática;</li> <li>- Elaboração de um "kit sem dor", adequado às várias faixas etárias;</li> <li>- Revisão da norma de boas práticas sobre procedimentos com agulha na criança/adolescente;</li> <li>- Realização da vigilância epidemiológica de aplicação do PNV;</li> <li>- Aproveitamento de todas as oportunidades para vacinar a criança/jovem elegível;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas da criança/jovem e família sobre as potencialidades, efeitos secundários e contraindicações das vacinas;</li> <li>- Identificação das escalas de avaliação da dor utilizadas em cada contexto de estágio;</li> <li>- Consulta de normas e protocolos no âmbito do controlo e gestão da dor (utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas) em vigor nos diversos contextos de estágio;</li> <li>- Observação participante dos cuidados de enfermagem na promoção da vacinação da criança/jovem, em parceria com a família;</li> <li>- Prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família com foco na gestão diferenciada da dor, através da</li> </ul>	USF	<p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador com acesso à internet;</li> <li>- Bases de dados;</li> <li>- Documentos científicos sobre as temáticas;</li> <li>- Manuais de referência;</li> <li>- PNV;</li> <li>- Legislação, manuais, normas, procedimentos e protocolos do serviço/instituição de estágio.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crianças/jovens e as suas famílias;</li> <li>- Enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar de cada contexto de estágio;</li> <li>- Peritos na área.</li> </ul>	<p><b>Competências comuns</b> (Regulamento n.º140/2019, 2019):</p> <p>A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal: A1 – A1.1, A1.2 e A1.3 A2 – A2.1</p> <p>B – Domínio da melhoria contínua da qualidade: B1 – B1.1. B3 – B3.1.</p> <p>C – Domínio da gestão dos cuidados: C1 – C1.1. C2 – C2.1.</p> <p>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D1 – D.1.1 e D1.2. D2 – D2.1, D.2. e D2.3.</p> <p><b>Competências específicas</b> (Regulamento n.º422/2018, 2018):</p> <p>E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde: E1.1 e E1.2. E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade: E2.2. E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de</p>

<p>implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas, na administração de vacinas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstração de comportamentos de elogio e recompensa da criança/jovem após administração da vacina;</li> <li>- Realização de uma reunião com o enfermeiro orientador para discussão sobre a promoção da vacinação da criança/jovem, em parceria com a família.</li> </ul>			<p>desenvolvimento da criança e do jovem: E3.3.</p>
<p><b>Critérios de avaliação comuns</b> (Regulamento n.º140/2019, 2019): A1.1.1, A1.1.2, A1.1.3, A1.1.4, A1.1.5, A1.1.6, A1.1.7, A1.2.1, A1.2.2, A1.2.3, A1.2.4, A1.3.1, A1.3.2, A2.1.1, A2.1.2, A2.1.3, A2.1.4, A2.1.5, A2.1.6, B1.1.1, B1.1.2, B1.1.3, B3.1.1, B3.1.2, B3.1.3, B3.1.4, B3.1.5, B3.1.6, C1.1.1, C1.1.2, C1.1.3, C1.1.4, C2.1.1, C2.1.5, D1.1.1, D1.1.2, D1.1.3, D1.1.4, D1.2.1, D1.2.2, D1.2.4, D1.2.5, D2.1.1, D2.1.2, D2.1.3, D2.1.4, D2.1.5, D2.2.1, D2.2.2, D2.2.3, D2.2.4, D2.2.5, D2.2.6, D2.3.1, D2.3.2, D2.3.3, D2.3.4 e D2.3.5.</p> <p><b>Critérios de avaliação específicos</b> (Regulamento n.º422/2018, 2018): E1.1.1, E1.1.2, E1.1.3, E1.1.4, E1.1.5, E1.1.6, E1.2.7, E1.2.8, E2.2.1, E2.2.2, E2.2.3, E3.3.2 e E3.3.3.</p>			

## Urgência Pediátrica

<b>Objetivo específico:</b> Contribuir para o aumento da adesão à vacinação			
<b>Atividades</b>	<b>Contexto</b>	<b>Recursos</b>	<b>Competências a desenvolver</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação das minhas competências a melhorar na promoção da vacinação da criança/jovem, em parceria com a família;</li> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre as intervenções de enfermagem na promoção da vacinação da criança/jovem, em parceria com a família;</li> <li>- Consulta de documentação existente no serviço sobre a promoção da vacinação da criança/jovem, em parceria com a família;</li> <li>- Consulta deste relatório de projeto: "Intervenções de enfermagem na promoção da vacinação da criança e jovem";</li> <li>- Identificação das necessidades de formação da equipa de enfermagem sobre a temática;</li> <li>- Elaboração de um poster para promoção da vacinação, intitulado: "Os super-heróis também precisam de vacinas, e o seu filho/a tem as vacinas atualizadas?";</li> <li>- Realização da vigilância epidemiológica de aplicação do PNV;</li> <li>- Esclarecimento de dúvidas da criança/jovem e família sobre as potencialidades, efeitos secundários e contraindicações das vacinas;</li> <li>- Identificação das escalas de avaliação da dor utilizadas em cada contexto de estágio;</li> <li>- Consulta de normas e protocolos no âmbito do controlo e gestão da dor (utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas) em vigor no serviço;</li> <li>- Observação participante dos cuidados de enfermagem na promoção da vacinação da criança/jovem, em parceria com a família;</li> <li>- Prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família com foco na gestão diferenciada da dor, através da implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas;</li> </ul>	UP	<p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador com acesso à internet;</li> <li>- Bases de dados;</li> <li>- Documentos científicos sobre as temáticas;</li> <li>- Manuais de referência;</li> <li>- PNV;</li> <li>- Legislação, manuais, normas, procedimentos e protocolos do serviço/instituição de estágio.</li> </ul> <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crianças/jovens e as suas famílias;</li> <li>- Enfermeiro orientador e equipa multidisciplinar de cada contexto de estágio;</li> <li>- Peritos na área.</li> </ul>	<p><b>Competências comuns</b> (Regulamento n.º140/2019, 2019):</p> <p>A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal: A1 – A1.1, A1.2 e A1.3 A2 – A2.1</p> <p>B – Domínio da melhoria contínua da qualidade: B1 – B1.1. B3 – B3.1.</p> <p>C – Domínio da gestão dos cuidados: C1 – C1.1. C2 – C2.1.</p> <p>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D1 – D.1.1 e D1.2. D2 – D2.1, D.2. e D2.3.</p> <p><b>Competências específicas</b> (Regulamento n.º422/2018, 2018):</p> <p>E1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde: E1.1 e E1.2. E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade: E2.2. E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de</p>

- Realização de uma reunião com o enfermeiro orientador para discussão sobre a promoção da vacinação da criança/jovem, em parceria com a família.			desenvolvimento da criança e do jovem: E3.3.
<p><b>Critérios de avaliação comuns</b> (Regulamento n.º140/2019, 2019): A1.1.1, A1.1.2, A1.1.3, A1.1.4, A1.1.5, A1.1.6, A1.1.7, A1.2.1, A1.2.2, A1.2.3, A1.2.4, A1.3.1, A1.3.2, A2.1.1, A2.1.2, A2.1.3, A2.1.4, A2.1.5, A2.1.6, B1.1.1, B1.1.2, B1.1.3, B3.1.1, B3.1.2, B3.1.3, B3.1.4, B3.1.5, B3.1.6, C1.1.1, C1.1.2, C1.1.3, C1.1.4, C2.1.1, C2.1.5, D1.1.1, D1.1.2, D1.1.3, D1.1.4, D1.2.1, D1.2.2, D1.2.4, D1.2.5, D2.1.1, D2.1.2, D2.1.3, D2.1.4, D2.1.5, D2.2.1, D2.2.2, D2.2.3, D2.2.4, D2.2.5, D2.2.6, D2.3.1, D2.3.2, D2.3.3, D2.3.4 e D2.3.5.</p> <p><b>Critérios de avaliação específicos</b> (Regulamento n.º422/2018, 2018): E1.1.1, E1.1.2, E1.1.3, E1.1.4, E1.1.5, E1.1.6, E1.2.7, E1.2.8, E2.2.1, E2.2.2, E2.2.3, E3.3.2 e E3.3.3.</p>			

## Legenda das Competências comuns de EE e específicas de EEESIP

### Competências Comuns e Critérios de Avaliação de Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746 - 4750):

“A1.1 - Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas  
A1.1.1 - Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente. A1.1.2 - Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência. A1.1.3 - Participa na construção da tomada de decisão em equipa. A1.1.4 - Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções. A1.1.5 - Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional. A1.1.6 - Integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem. A1.1.7 - Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido.”

“A1.2 - Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade

A1.2.1 - Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade. A1.2.2 - Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão. A1.2.3 - Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão. A1.2.4 - Reconhece a sua competência na área da sua especialidade”

“A1.3 - Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão

A1.3.1 - Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada. A1.3.2 - Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão.”

“A2.1 - Promove a proteção dos direitos humanos

A2.1.1 - Assume a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional. A2.1.2 - Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação. A2.1.3 - Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional. A2.1.4 - Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade. A2.1.5 - Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. A2.1.6 - Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos”

“A2.2 - Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente

A2.2.1 - Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. A2.2.2 - Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco. A2.2.3 - Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. A2.2.4 - Acompanha incidentes de prática insegura para prevenir recorrência”

“B1.1 - Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade

B1.1.1 - Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.1.2 - Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.1.3 - Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.

“B3.1 - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo

B3.1.1 - Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo. B3.1.2 - Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais. B3.1.3 - Assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares. B3.1.4 - Assegura a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes. B3.1.5 - Fomenta a adesão à saúde e segurança ocupacional. B3.1.6 - Incrementa a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos.”

“C1.1 - Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão

C1.1.1 - Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa. C1.1.2 - Colabora nas decisões da equipa de saúde. C1.1.3 - Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar. C1.1.4 - Reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde.”

“C2.1 - Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados

C2.1.1 - Aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados, C2.1.5 - Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.”

“D1.1 - Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro

D1.1.1 - Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. D1.1. 2 - Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3 - Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. D1.1.4 - Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.”

“D1.2 - Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional

D1.2.1 - Otimiza a congruência entre auto e heteropercepção. D1.2.2 - Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 - Atua eficazmente sob pressão. D1.2.4 - Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5 - Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.”

“D2.1 - Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho

D2.1.1 - Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.2 - Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 - Gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 - Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 - Avalia o impacto da formação”

“D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica

D2.2.1 - Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 - Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.4 - Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5 - Discute as implicações da investigação. D2.2.6 - Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.”

“D2.3 - Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho

D2.3.1 - Possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2 - Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3 - Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas. D2.3.4 - Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. D2.3.5 - Assegura a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.”

## **Competências Específicas e Critérios de Avaliação de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19193 - 19194):**

“E1.1 - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem

E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de

cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.

E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde. E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a

gestão dos processos específicos de saúde/doença. E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de

comportamentos potenciadores de saúde. E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.”

“E1.2 - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem

E1.2.1. Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando

respostas de enfermagem apropriadas. E1.2.2. Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais. E1.2.3. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar

psíquico. E1.2.4. Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus-tratos, negligência e comportamentos de risco). E1.2.5. Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de

violência, consequências e prevenção. E1.2.6. Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos. E1.2.7. Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e

família relativos à saúde. E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.”

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

E2.1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos

de instabilidade e resposta pronta antecipatória. E2.1.2. Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico. E2.1.3. Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da

“dignificação da morte” e dos processos de luto.”

“E2.2 - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas

E2.2.1. Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual

da criança/jovem. E2.2.2. Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.”

“E2.3 - Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados

E2.3.1. Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem

apropriadas. E2.3.2. Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.”

“E2.4 - Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência

E2.4.1. Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros

relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem. E2.4.2. Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem. E2.4.3.

Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar.”

“E2.5 - Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade

E2.5.1. Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem. E2.5.2. Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação. E2.5.1. Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem. E2.5.2. Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação. E2.5.3. Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada. E2.5.4. Adequa o suporte familiar e comunitário. E2.5.5. Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança. E2.5.6. Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.”

“E3.1 - Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil

E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil”

“E3.2 - Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais

E3.2.1. Avalia o desenvolvimento da parentalidade. E3.2.2. Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo. E3.2.3. Utiliza estratégias promotoras de esperança realista.

E3.2.4. Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN. E3.2.5. Promove a amamentação. E3.2.6. Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN. E3.2.7. Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.”

“E3.3 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura

E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. E3.3.2. Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.”

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Guerra, I. (2002). *Fundamentos e processos de uma sociologia da acção: o planeamento em Ciências Sociais* (2ª ed). Principia.
- Hockenberry, M. J. (2022). Perspectives of Pediatric Nursing. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *WONG'S Nursing Care of Infants and Children* (11 ed, pp. 1–14). Elsevier.
- Institute for Patient and Family-Centered Care. (2017). *Advancing the practice of patient and family-centered care in hospitals: How to get started....* Bethesda.
- Koball, A., Domoff, S. E., Klevan, J., Olson-Dorff, D., Borgert, A., & Rasmussen, C. (2020). The impact of adverse childhood experiences on healthcare utilization in children. *Child Abuse & Neglect*, 111(7S). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104797>
- Lopes, N. (2001). *Recomposição Profissional de enfermagem – estudo sociológico em contexto hospitalar*. Quarteto Editora.
- Mikkelsen, G., & Frederiksen, K. (2011). Family-centred care of children in hospital - a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1152–1162. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05574.x>
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. DGS.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. *Diário Da República*, 2.ª Série (N.º 26 de 06/02/2019), 4744–4750.
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia da República. *Diário Da República*, 2.ª Série (N.º 133 - 12-07-2018), 19192–19194.
- The National Child Traumatic Stress Network. (2014). *Pediatric medical traumatic stress: A comprehensive guide*. NCTSN.
- United Nations International Children's Emergency Fund. (2021). *Every child has the right to be vaccinated*. <https://www.unicef.org/romania/press-releases/every-child-has-right-be-vaccinated>
- Victor, J. F., Lopes, M. V. de O., & Ximenes, L. B. (2005). Analysis of diagram the health promotion model of Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm*, 18(3), 235–240.
- Wang, H. P., Wang, Z. G., & Liu, S. L. (2021). Current status and future trends of

vaccine development against viral infection and disease. *New Journal of Chemistry*, 45(17), 7437–7449. <https://doi.org/10.1039/d1nj00996f>

World Health Organization. (n.d.). *Vaccines and immunization*. [https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1)

World Health Organization. (2019). *Immunization*. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/immunization>

**Apêndice III – Jornal de Aprendizagem no internamento de pediatria**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil  
e Pediatria  
Relatório de Estágio**

**Jornal de aprendizagem no internamento de pediatria**

**Márcia Filipa Bodião Oliveira**

---

**Lisboa  
2022**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil  
e Pediatria**

**Relatório de Estágio**

**Jornal de aprendizagem no internamento de pediatria**

**Márcia Filipa Bodião Oliveira**



**Orientador: Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues**



**Lisboa**

**2022**

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

CCF – Cuidados centrados na família

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OMS – Organização Mundial de Saúde

IP – Internamento de pediatria

UC – Unidade curricular

O presente jornal de aprendizagem surge no âmbito do estágio realizado no internamento de pediatria (IP), englobado na Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, inserida no 3.º semestre do 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Este jornal será realizado com recurso ao Ciclo Reflexivo de Gibbs, também conhecido como Modelo de Reflexão de Gibbs, desenvolvido por Graham Gibbs. É uma ferramenta valiosa para autorreflexão, monitorização do bem-estar mental, representando um processo estruturado para a reflexão crítica em situações práticas (Gibbs, 1988). É frequentemente utilizado em contextos de educação e formação, especialmente na área da saúde, assistência social e outras profissões que envolvem interações humanas. Ajuda na análise de experiências de forma crítica, na compreensão de sentimentos e pensamentos, e desenvolvimento de estratégias para aprimorar a prática profissional. Pode estruturar-se em seis fases: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e plano de ação. É uma abordagem que encoraja a melhoria contínua e o desenvolvimento pessoal (Galli & New, 2022).

No início deste estágio, e após reunião com a Enfermeira orientadora e Enfermeira chefe do serviço, delineei o meu plano de ação no IP, alinhado com os objetivos gerais e específicos previamente definidos no projeto de estágio e tendo em conta as competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE), de Mestre e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) a desenvolver. As atividades planeadas tiveram em consideração as características do contexto, as necessidades da equipa de enfermagem e as necessidades da população-alvo, crianças e jovens com doença oncológica e a sua família.

No primeiro dia de estágio fui muito bem recebida por toda a equipa, que prontamente me apresentou a equipa e o espaço físico do serviço. De seguida iniciou-se a passagem de turno, com todos os elementos da equipa de enfermagem do turno da noite, do turno da manhã, estudantes de licenciatura e a Enfermeira chefe e responsável. Desde cedo percebi que era uma área completamente nova para mim, e que por isso representaria um enorme desafio e acarretaria inúmeras novas aprendizagens. Durante a passagem de turno fui apontando todos os termos com os quais não estava familiarizada e eram imensos, fazendo com que me sentisse mal, dado que sou enfermeira há 10 anos e não imaginava que durante 30 minutos me sentisse tão perdida. Outro fator que me fez sentir completamente assoberbada e

triste, foi a quantidade de crianças que estavam internadas com diagnósticos terminais. No final da passagem de turno, mentalmente, questionei-me inúmeras vezes se teria feito a escolha certa para local de estágio, talvez aquele contexto fosse demasiado diferente e duro para mim, sendo difícil fazer a separação entre a enfermeira e a pessoa que sou. Após o término da passagem de turno, fui com a Enfermeira orientadora conhecer as crianças, jovens e famílias que lhe foram atribuídas para realizar uma apreciação geral, incluindo avaliação de sinais vitais.

Durante o turno, foi para mim, muito impactante conhecer aquelas crianças, jovens e famílias e as suas histórias de vida, não cingindo apenas à doença oncológica. Perante a maioria das crianças e jovens tive alguma dificuldade em estabelecer um primeiro contato, que visasse uma relação terapêutica, dado que já conhecem muito bem todos os elementos da equipa de enfermagem e um elemento diferente é estranho e aparentemente intrusivo. A relação de estreita proximidade com a equipa de enfermagem ficou bem patente desde cedo.

Desta forma foi facilmente perceptível que um dos pilares do serviço era a filosofia dos cuidados centrados na família (CCF) através do grau de confiança e relação terapêutica vigente entre os elementos da equipa multidisciplinar e todas as crianças, jovens e famílias. Este facto trouxe-me alguma felicidade, devido a perceber, que apesar daquelas díades lidarem diariamente durante meses ou anos com um diagnóstico muito difícil de aceitar, os enfermeiros têm um papel preponderante nas suas vidas, sendo considerados muitas vezes como um elemento da família. Importa referir que os CCF são uma filosofia de cuidado que enfatiza a parceria entre os profissionais de saúde, a criança, jovem e família no planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde. Os enfermeiros oferecem suporte no esclarecimento de dúvidas das famílias, sustentando a tomada de decisão informada, assumindo um papel de parceria e facilitador da prestação de cuidados. É fundamental compreender que a criança, jovem e família são um sistema, a criança ou jovem é indissociável da sua família, uma vez que não é autónoma em muitas dimensões (Hockenberry, 2022).

Referir a importância dos CCF faz-me automaticamente pensar que estes potenciam a redução do *stress* das crianças, o que contribui para o seu desenvolvimento e conseqüentemente melhoria dos cuidados (Ridgway et al., 2021). A implementação dos CCF evita a separação da família, que dependendo da idade, é um dos principais fatores de *stress* para a criança e jovem, o que neste contexto se reveste de especial importância devido à duração prolongada dos tratamentos.

Sendo a separação da família, um fator de *stress* para a criança e jovem, a sua presença e envolvimento na prestação de cuidados tem potencial de prevenção desses níveis de *stress*. Esta intervenção faz jus a um dos direitos da criança, reconhecidos internacionalmente através da carta da criança hospitalizada, que refere a participação ativa da família nos cuidados e junto à criança (Instituto de Apoio à Criança, 2008).

O envolvimento da família na prestação de cuidados e reconhecimento do seu importante papel na resposta às necessidades de cuidados da criança e jovem doente ou hospitalizada, visa contribuir para uma parentalidade positiva, reconhecendo as exigências que se afiguram no desempenho do seu papel parental (Popova et al., 2022). Kokorelias et al., (2019) afirmam que sem apoio adequado a sua própria saúde e bem-estar podem ser comprometidos. Neste sentido procurei saber os apoios existentes para as famílias e compreendi que eram vários, existindo psicólogos, terapeutas, psiquiatras ao seu dispor.

O sentimento de impotência e frustração ao conhecer aquelas crianças, jovens e famílias apoderou-se de mim durante as primeiras horas de contacto. Pensar que poderia ser alguma criança com especial significado na minha vida com um diagnóstico semelhante fez-me sentir pequena e receosa das vicissitudes e desafios que a vida nos coloca. Decidi partilhar com a Enfermeira orientadora os meus sentimentos e pensamentos das primeiras horas, que reconheceu a dureza psicológica de trabalhar naquele contexto e me disse que nos seus primeiros dias de trabalho saía todos os dias a chorar. Esta partilha colocou-me a pensar até que ponto conseguimos nós separar a vida profissional, dos sentimentos da pessoa que somos? De que forma somos diariamente afetados pela profissão?

Avaliando a situação e os pensamentos e sentimentos experienciados julgo que se torna muito difícil ou até impossível ocorrer uma separação total da vida profissional e pessoal. Na minha ótica, isto acontece pelo facto de criarmos laços com as pessoas de quem cuidamos e de todos termos família e imaginarmos que aquele cenário poderia ocorrer com qualquer um de nós, imaginando o impacto que um diagnóstico de cancro infantil teria nas nossas famílias.

O cancro é inquestionavelmente uma doença complexa, que geralmente requer múltiplos tratamentos, que podem causar efeitos físicos e psicológicos colaterais imprevisíveis a curto, médio e longo prazo. É bastante impactante para a família, muito estigmatizada na sociedade e além disso a possibilidade de morte está sempre presente (Pires et al., 2020). A experiência do cancro infantil é um evento de vida que

requer adaptação tanto da criança e jovem como da família, envolvendo a aquisição de habilidades para lidar com as adversidades. As crianças e jovens precisam adaptar-se e adquirir novas habilidades para lidar com a doença, o que envolve mudanças significativas comportamentais, rotina escolar e social, percepção da imagem corporal e cuidados alimentares, entre outros aspetos. Também a família experimenta a doença, uma vez que o diagnóstico de cancro resulta num aumento das responsabilidades e competências para responder às necessidades físicas, sociais e psicológicas da criança ou jovem doente, bem como às necessidades de outros membros da família, como irmãos saudáveis. Além disso, enfrentam várias mudanças nas rotinas, redistribuição de funções e papéis e maiores encargos económicos (Costa & Gomes, 2018).

A família enfrenta um processo de transição, pautado por uma carga emocional intensa ao lidar com a doença oncológica de uma criança ou jovem, marcada pela imprevisibilidade do curso da doença e pelo medo constante da recidiva e da morte. Tem de lidar com o tratamento e os seus efeitos, enquanto enfrenta a imprevisibilidade do que está por vir, experimenta sentimentos ambivalentes entre o medo e a esperança. Isso leva à alteração do seu foco de visão a longo prazo, para preocupações imediatas do dia a dia e a valorizar cada momento com a criança ou jovem (Pires et al., 2020). Como a teoria das transições explana, o processo de doença e consequentemente hospitalização, acarreta mudanças, desafios e uma panóplia de emoções, como medo, preocupação e ansiedade, relacionadas com a condição de saúde da criança e jovem (Im, 2022). A intervenção do EEESIP deve passar pela compreensão do seu medo, abordando as suas preocupações específicas. É importante implementar estratégias que apoiem a construção da relação, mostrar sensibilidade, respeito e apoio (Popova et al., 2022). O enfrentamento e compreensão dessas questões tem um impacto significativo na identidade parental, nos relacionamentos e no bem-estar emocional dos da família

A análise dos sentimentos de frustração experienciados nas primeiras horas de estágio, que permaneceram de forma mais atenuada ao longo do estágio, permite-me compreender o impacto que a palavra cancro e tudo o que esta significa tem na minha vida. O significado que atribuo a essa palavra e às alterações que provoca na vida de quem padece de doença oncológica tem para mim grande impacto, na medida em que pessoas muito próximas já tiveram diagnósticos oncológicos. Percebi que o sofrimento já vivenciado nunca será esquecido e que este diagnóstico em crianças e jovens tinha

para mim um impacto ainda maior, provavelmente devido a ser uma ideia contranatura.

O cancro é uma doença crónica, que especialmente na infância, surge de forma inesperada e perturbadora. Abala as expectativas de uma infância feliz e saudável, bem como a visão de um futuro longo. É uma das doenças mais temidas devido ao seu histórico de mortalidade e ao impacto significativo que tem nas famílias, frutos dos complexos e longos tratamentos que envolve (Pires et al., 2020). O cancro em crianças com menos de 14 anos representa 1,06% de todos os cancros diagnosticados em todo o mundo. De acordo com os dados fornecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 27.000 casos de cancro são diagnosticados anualmente em crianças com menos de 14 anos nas Américas, e destes, aproximadamente 45% não sobrevivem, tornando o cancro a segunda principal causa de morte neste grupo etário (Vega Vega et al., 2021).

Em suma, numa abordagem humanizada aos cuidados de saúde, é essencial dar resposta às necessidades da família para promover respostas adaptativas eficazes ao cancro infantil. A incerteza associada à doença pode desestabilizar a dinâmica familiar, que desempenha um papel crucial na vida de todos os seus membros (Costa & Gomes, 2018). Os enfermeiros, como parte de uma equipa multidisciplinar, devem realizar intervenções que ajudem na gestão da incerteza, facilitando a adaptação e a gestão do *stress*, tanto para os pais como para as crianças e jovens. Essas intervenções devem contribuir para a criação de uma "nova normalidade" na vida familiar, na qual a adversidade seja enfrentada com resiliência. Resumindo, para ser uma abordagem verdadeiramente humanizada, deve abordar não apenas os aspetos clínicos, mas também os aspetos psicossociais da pessoa e da família (Pires et al., 2020). É do escopo de intervenção do EE a capacidade para dar resposta em situações de especial complexidade, em áreas de grande diversidade, como a de deter conhecimentos e habilidades para antecipar problemas e dar resposta às dúvidas da família, através da prévia avaliação das suas necessidades, adaptando a sua intervenção (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Concluo frisando a importância de cuidar dos profissionais de saúde que lidam diariamente com estas crianças, jovens e famílias e são afetados a vários níveis com a agressiva e dolorosa realidade do cancro infantil. Algumas destas situações culminam com a morte da criança ou jovem a quem prestaram cuidados durante anos, estabelecendo uma relação de grande proximidade com a família, o que confere maior impacto e frustração a este desfecho. A morte é, portanto, uma realidade enfrentada

pelas equipas que cuidam de crianças com doença oncológica, podendo ser concebida como uma situação de insucesso no local de trabalho ou como a perda de alguém significativo. É esse sentimento de perda e a perceção de prestação de cuidados menos eficazes que podem gerar impotência, sofrimento, raiva, tristeza e insegurança, levando o profissional a um maior esgotamento emocional (Vega Vega et al., 2021).

Vários estudos demonstraram que o apoio a profissionais de saúde pode ser um fator importante para lidar com a morte de crianças e jovens. No entanto, esse apoio não deve ser mediado apenas pelo reconhecimento do vínculo emocional estabelecido, mas pela possibilidade de expressar a dor da perda e sentir um apoio real que corresponda às expectativas e necessidades (Vega Vega et al., 2021).

A busca incessante por respostas norteou a realização deste jornal de aprendizagem, tendo consciência de que os enfermeiros deste serviço se encontram numa posição privilegiada e são dotados de uma empatia única para compreender os processos de transição vivenciados por estas crianças, jovens e famílias. Também devido à relação estabelecida com cada uma delas, são elementos fulcrais na perceção das variáveis pessoais e contextuais que influenciam a sua adaptação à doença oncológica, implementando estratégias que facilitem e contribuam para o processo contínuo de estabilidade.

Em situações futuras importa relevar que a criança ou jovem é um elemento fulcral no equilíbrio e homeostasia e equilíbrio da família (Costa & Gomes, 2018), devendo a sua manutenção, mesmo com a existência de um diagnóstico de cancro infantil, ser uma prioridade dos cuidados de enfermagem. Importa também lembrar que embora a situação seja extremamente difícil, muitas crianças com doença oncológica demonstram uma incrível resiliência e força.

Retiro como ilação das experiências vivenciadas não só neste primeiro dia, como em todo o estágio que cuidar da criança e jovem com doença oncológica é um enorme desafio emocional e físico, sendo uma área essencial da enfermagem pediátrica e oncológica. É normal emocionar-nos com os acontecimentos experienciados pelas pessoas de quem cuidados e com quem estabelecemos relações estreitas. Em suma, os enfermeiros desempenham um papel crucial na ajuda à criança, jovem e família a enfrentar a doença oncológica e a trabalhar rumo à recuperação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Costa, F., & Gomes, L. (2018). Cancro Pediátrico: Impacto Do Adoecer Da Criança Em Cuidadores. *Actas Do 12º Congresso Nacional de Psicologia Da Saúde*, 321–328.
- Galli, F., & New, C. J. (2022). Gibbs' cycle review. Emotions as a part of the cycle. *E-Motion: Revista de Educación, Motricidad e Investigación*, 19, 92–101. <https://doi.org/10.33776/remo.vi19.7224>
- Gibbs, G. (1988). Learning by Doing, A Guide to Teaching and Learning Methods. In *Instructional-Design Theories and Models: A New Paradigm of Instructional Theory* (Vol. 2). Oxford Brookes University. <https://doi.org/10.4324/9781410603784-14>
- Hockenberry, M. J. (2022). Perspectives of Pediatric Nursing. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *WONG'S Nursing Care of Infants and Children* (11 ed, pp. 1–14). Elsevier.
- Im, E. (2022). Afaf Ibrahim Meleis: Transitions Theory. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and their work* (10<sup>a</sup> ed, pp. 306–319). Elsevier.
- Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada* (4<sup>a</sup>). Grupo Medinfar. [http://www.pipop.info/fotos/editor2/anotacoes\\_carta\\_crianca\\_hospitalizada\\_2009.pdf](http://www.pipop.info/fotos/editor2/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf)
- Pires, R., Santos, M. R., & Pinto, C. (2020). Percepção dos pais sobre o futuro da criança com cancro. *Rev. Rol Enferm*, 43(1), 458–463. [https://e-rol.es/rol\\_2020/IC\\_RESEARCH\\_INNOVATION\\_DEVELOPMENT\\_NURSING\\_2019.pdf](https://e-rol.es/rol_2020/IC_RESEARCH_INNOVATION_DEVELOPMENT_NURSING_2019.pdf)
- Popova, E. S., O'Brien, J. C., & Taylor, R. R. (2022). Communicating with Intention: Therapist and Parent Perspectives on Family-Centered Care in Early Intervention. *American Journal of Occupational Therapy*, 76(5), 1–10. <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.049131>
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. *Diário Da República*, 2.<sup>a</sup> Série (N.º 26 de 06/02/2019), 4744–4750.
- Ridgway, L., Hackworth, N., Nicholson, J. M., & McKenna, L. (2021). Working with families: A systematic scoping review of family-centred care in universal, community-based maternal, child, and family health services. *Journal of Child*

*Health Care*, 25(2), 268–289. <https://doi.org/10.1177/1367493520930172>

Vega Vega, P., Carrasco Aldunate, P., Rojo Suárez, L., López Encina, M. E., González Rodríguez, R., & González Briones, X. (2021). Transcend the Death of Child with Cancer: Professional Health Experiences. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 10(2), 73–88. <https://doi.org/10.22235/ech.v10i2.2410>

## **Apêndice IV – Vacinação no bebê prematuro**

## Vacinação no bebé prematuro

A vacinação do bebé pré-termo não deve ser adiada, mesmo quando permanecem internados em enfermaria ou unidades de cuidados intensivos neonatais.

Os lactentes pré-termo, clinicamente estáveis, devem ser vacinados de acordo com o esquema recomendado no PNV (Programa Nacional de Vacinação), com as mesmas doses e na mesma idade cronológica que as crianças de termo, com exceção das vacinas VHB e BCG.

**Quadro 1:** PNV – Esquema geral recomendado

Vacina   Doença	Idade												
	Nasci-mento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos	
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3									
<i>Haemophilus influenzae</i> b		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4							
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5						
Poliomielite		VIP 1	VIP 2	VIP 3		VIP 4	VIP 5						
<i>Streptococcus pneumoniae</i>		Pn <sub>13</sub> 1	Pn <sub>13</sub> 2		Pn <sub>13</sub> 3								
<i>Neisseria meningitidis</i> B		MenB 1	MenB 2		MenB 3								
<i>Neisseria meningitidis</i> C					MenC								
Sarampo, parotidite epidémica, rubéola					VASPR 1		VASPR 2						
Vírus Papiloma humano								HPV 1,2					
Tétano, difteria e tosse convulsa									Tdpa - Grávidas				
Tétano e difteria									Td	Td	Td	Td	

**Legenda:** BCG Vacina contra a tuberculose (*Bacille Calmette-Guérin*); DTPa - Vacina contra difteria, tétano e tosse convulsa acelular, doses pediátricas; Hib - Vacina contra doença invasiva por *Haemophilus influenzae* do serotipo b; HPV4 - Vacina contra infeções por vírus do Papiloma humano; MenB - Vacina contra doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do grupo B; MenC - Vacina contra doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do grupo C; Pn13 - Vacina conjugada contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* de 13 serotipos; Td - Vacina contra tétano e difteria, doses reduzidas; Tdpa - Vacina contra tétano, difteria e tosse convulsa, doses reduzidas; VASPR - Vacina contra sarampo, parotidite epidémica e rubéola; VHB - Vírus da hepatite B. Vacina contra hepatite B e VIP - Vacina inativada contra a poliomielite.

**Quadro 2:** PNV – Locais de administração das vacinas – Idade < 12 meses

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

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

**Quadro 3:** PNV – Idade mínima para iniciar a vacinação e intervalos mínimos entre doses sequenciais da mesma vacina

Vacina	Idade mínima para a 1ª dose	Intervalos mínimos			
		Entre a 1ª e a 2ª dose	Entre a 2ª e a 3ª dose	Entre a 3ª e a 4ª dose	Entre a 4ª e a 5ª dose
VHB	nascimento	4 semanas	8 semanas	-	-
Hib	6 semanas	4 semanas	4 semanas	8 semanas	-
DTPa	6 semanas	4 semanas	4 semanas	6 meses	6 meses
VIP	6 semanas	4 semanas	4 semanas	6 meses	6 meses
Pn13	6 semanas	4 semanas	8 semanas	-	-
MenB	8 semanas	4 semanas	4 semanas		
MenC	6 semanas	8 semanas	-	-	-
VASPR	12 meses	4 semanas	-	-	-
HPV	9 anos	5 meses	-	-	-
Tdpa	7 anos	4 semanas	6 meses	6 meses	-
Td	7 anos	4 semanas	6 meses	6 meses	6 meses

**Quadro 4:** PNV – Vacinação com VHB e BCG de recém-nascidos e lactentes de baixo peso, de acordo com o peso ao nascer e o estado serológico da mãe

Vacinas	Peso ao nascer <2.000g	Peso ao nascer ≥2.000g
	<p>A) Mãe Ag HBs negativo</p> <p>Vacinação - Esquema de 3 doses (0,2,6 meses de idade):</p> <p>1ª dose - quando atingir 1 mês de idade ou 2.000g (o que se verificar primeiro);</p> <p>2ª dose - 2 meses de idade (≥4 semanas após a 1ª dose);</p> <p>3ª dose - 6 meses de idade (≥16 semanas após a 1ª dose e ≥8 semanas após a 2ª dose).</p>	<p>D) Mãe Ag HBs negativo</p> <p>Vacinação - Esquema PNV: 0,2,6 meses de idade</p>
VHB	<p>B) Mãe Ag HBs positivo</p> <p>Primeiras 12 h de vida:</p> <p>Vacina + IgG anti-VHB</p> <p>Vacinação - esquema de 4 doses: 0,1,2,6 meses de idade</p>	<p>E) Mãe Ag HBs positivo</p> <p>Primeiras 12 h de vida:</p> <p>Vacina + IgG anti-VHB</p> <p>Vacinação - Esquema de 3 doses: 0,1,6 meses de idade</p>
	<p>C) Mãe Ag HBs desconhecido</p> <p>Investigar imediatamente serologia materna:</p> <p>Mãe Ag HBs negativo - igual a A</p> <p>Mãe Ag HBs positivo - igual a B</p> <p>Se não for possível efetuar serologia ou se os resultados permanecerem desconhecidos até às 12 horas de vida:</p> <p>proceder como mãe Ag HBs positivo - igual a B</p>	<p>F) Mãe Ag HBs desconhecido</p> <p>Investigar imediatamente serologia materna:</p> <p>Mãe Ag HBs negativo - igual a D</p> <p>Mãe Ag HBs positivo - igual a E</p> <p>Se não for possível efetuar serologia ou se os resultados permanecerem desconhecidos até às 12 horas de vida:</p> <p>proceder como mãe Ag HBs positivo - igual a E</p>
BCG (grupos de risco)	Aguarda até ter 2.000 g	Vacinar de imediato

**Fonte:** Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação 2020. Lisboa: DGS, 2020

Documento elaborado pela Enfermeira Márcia Bodião Oliveira (nº2871), aluna do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Outubro de 2022.

## **Apêndice V – Autocolantes vacinação**



**Apêndice VI – Sessão de formação em contexto de trabalho:  
A vacinação na criança e jovem com doença oncológica**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil  
e Pediatria**

**Relatório de Estágio**

**Sessão de formação em contexto de trabalho:  
A vacinação na criança e jovem com doença oncológica**

**Márcia Filipa Bodião Oliveira**

---

**Lisboa  
2022**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil  
e Pediatria**

**Relatório de Estágio**

**Sessão de formação em contexto de trabalho:  
A vacinação na criança e jovem com doença oncológica**

**Márcia Filipa Bodião Oliveira**



**Orientador: Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues**



**Lisboa  
2022**

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BCG – Vacina contra a tuberculose - Bacille Calmette-Guérin

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

PNV – Programa nacional de vacinação

VAP – Vacina oral contra poliomielite de vírus atenuados

VASPR – Vacina anti sarampo, parotidite epidémica e rubéola

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	5
1. JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO .....	6
2. PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO .....	10
3. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO .....	12
4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO .....	16
5. CONCLUSÃO .....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	22

## INTRODUÇÃO

Durante a realização do estágio no Internamento de Pediatria, englobado na Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 3.º semestre do 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, surgiu a oportunidade de realizar uma sessão de formação em contexto de trabalho para a equipa de enfermagem, sobre a vacinação na criança e jovem com doença oncológica.

Esta oportunidade surgiu após uma reunião com a Enfermeira responsável e a Enfermeira orientadora sobre as atividades a realizar no estágio, no âmbito do meu projeto. Decidimos em conjunto ser mais proveitoso a realização de uma atividade para a equipa de enfermagem, uma vez que as famílias das crianças e jovens internados não estariam, naquele momento da sua vida, recetivas a receber informação sobre vacinação infantil e isso poderia provocar-lhes maior ansiedade. A realização desta sessão foi considerada pertinente pelas enfermeiras e por mim, e posteriormente, teve também o aval da Enfermeira chefe, tendo em conta a necessidade de atualização do conhecimento e melhoria da prática de cuidados da equipa no que à vacinação da criança e jovem com doença oncológica concerne.

Dado que os destinatários desta sessão de formação são os enfermeiros que prestam cuidados num internamento de pediatria, a mesma foi definida de acordo com a atual importância no fortalecimento da capacidade de resposta da enfermagem aos desafios emergentes, o que representa um papel crucial no exercício profissional de excelência. Esta mudança constitui-se um fator diferenciador e determinante para a manutenção da empregabilidade, adaptabilidade, desenvolvimento profissional e realização pessoal (Regulamento n.º 656/2021, 2021).

Importa ainda referir que após a formação é fundamental a sua avaliação, permitindo a monitorização sistemática da ação formativa, com recurso a padrões de qualidade de referência, com o objetivo de produzir juízos de valor que suportem a tomada de decisão e também a avaliação das aprendizagens, aferindo em que medida os objetivos de aprendizagem propostos, foram alcançados pelos formandos (Regulamento n.º 656/2021, 2021).

Desta forma este documento divide-se em quatro capítulos: justificação, planeamento e avaliação da sessão de formação e por fim conclusão.

## 1. JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Nos últimos anos, tem-se observado um aumento no número de casos de imunodeficiências em crianças e jovens, tanto devido ao aumento de imunodeficiências secundárias (causadas por tratamentos como corticoterapia prolongada, quimioterapia ou infecção pelo vírus da imunodeficiência humana) quanto ao surgimento de novas imunodeficiências primárias. Ao mesmo tempo que essas crianças e jovens têm uma esperança média de vida cada vez maior, emergem novas vacinas. Destaca-se assim a necessidade de recomendações consensuais sobre a vacinação infantil, embora nem sempre haja estudos sólidos para suportá-las (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde [DGS], 2020; Vieira & Marques, 2007).

A vacinação de crianças e jovens com comprometimento do sistema imunitário deve ser supervisionada e prescrita pelo médico assistente. É fundamental a delimitação de esquemas personalizados de acordo com as suas condições individuais. Na sua generalidade, é recomendada a administração de vacinas, mesmo que haja dúvidas sobre a sua eficácia, desde que sejam seguras. Costumam administrar-se vacinas inativadas e desaconselha-se a administração de vacinas vivas em casos de imunodeficiência, contudo existem exceções (Jasmins et al., 2019; Vieira & Marques, 2007). Importa ressaltar que na presença de imunodeficiência combinada grave, tanto primária quanto secundária, é mais prudente adiar a vacinação até que ocorra uma reconstituição imunológica. Posteriormente podem ser necessárias doses adicionais de reforço ou até mesmo a revacinação de crianças que já foram imunizadas anteriormente (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2020).

É também importante considerar que mesmo com um esquema de vacinação atualizado, crianças e jovens com imunodeficiência podem permanecer potencialmente suscetíveis a doenças evitáveis através da vacinação. Quando possível, a terapia imunossupressora pode ser temporariamente suspensa ou reduzida antes da vacinação, a critério do médico assistente, para melhorar a resposta imunológica, considerando a situação clínica específica. Em situações de exposição a um agente patogénico, pode ser necessário administrar imunoprofilaxia passiva, como imunoglobulina humana normal ou imunoglobulina humana específica, e/ou quimioprofilaxia para garantir a sua proteção. Essas decisões devem ser tomadas caso a caso, tendo em consideração a situação clínica específica da criança ou jovem

e a orientação do médico assistente, na garantia da melhor abordagem para a vacinação e proteção contra doenças infecciosas (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2020).

A vacinação de familiares e cuidadores deve ser realizada com muito cuidado e sob a orientação direta de um profissional de saúde. Estes podem ajudar a determinar quais as vacinas vivas seguras e apropriadas para administrar, considerando a situação específica da criança e jovem com imunodeficiência e qualquer potencial risco (Jasmins et al., 2019; Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2020; Vieira & Marques, 2007).

Crianças e jovens com imunodeficiência primária ou secundária são geralmente aconselhados a evitar a administração de vacinas vivas, devido ao risco de desenvolverem doença causada pelo próprio microorganismo presente na vacina. As vacinas vivas que normalmente são evitadas incluem a vacina contra a tuberculose - Bacille Calmette-Guérin (BCG), vacina oral contra poliomielite de vírus atenuados (VAP), vacina anti sarampo, parotidite epidémica e rubéola (VASPR), varicela, febre tifoide, febre amarela e a vacina contra a gripe administrada por via intranasal. No entanto, existem exceções, principalmente em relação à administração da VASPR. Em alguns casos a sua administração pode ser considerada sob orientação médica, dependendo da situação clínica específica e da avaliação dos riscos e benefícios individuais. Essas decisões devem ser tomadas com cuidado e apenas por profissionais de saúde especializados em imunizações e doenças imunológicas (Freedman et al., 2015; Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2020; Vieira & Marques, 2007).

A resposta imunológica após a vacinação pode ser imprevisível e varia de pessoa para pessoa, o que justifica a necessidade de adotar a profilaxia após a exposição em algumas situações, mesmo quando o esquema de imunização está completo. A interpretação dos níveis de anticorpos específicos nem sempre é direta, e determiná-los pode ser desafiante. Portanto, a determinação dos níveis de anticorpos não deve ser realizada rotineiramente, mas sim considerada em situações específicas, quando necessário, para auxiliar nas decisões relativas à imunização (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2020; Vieira & Marques, 2007).

Dependendo da idade no momento do diagnóstico do cancro a recomendação do calendário de vacinação infantil é adiado ou interrompido durante a quimioterapia. A maioria destes medicamentos deprime a imunidade humoral e celular, o que limita

a capacidade de manter a imunidade previamente adquirida (Ward et al., 2017). Ainda assim, a administração de vacinas inativadas durante a quimioterapia pode ser considerada, sendo as únicas recomendadas, desde que a situação clínica seja estável, isto é, na ausência de infeções ativas ou toxicidade de órgãos na data da imunização e previsivelmente nas três semanas seguintes. No entanto, é importante destacar que a eficácia dessas vacinas inativadas pode ser reduzida durante os períodos de imunossupressão, devido a uma resposta imunológica enfraquecida ao complexo antigénio/anticorpo. Para proteger adequadamente a criança e jovem que necessite de quimioterapia, é ideal realizar a vacinação antes de iniciar o tratamento de quimioterapia, de preferência até duas semanas antes do início. Se a vacinação for administrada num intervalo mais curto ou durante a quimioterapia, é aconselhável considerar a revacinação após o término do tratamento, uma vez que a resposta imunológica pode não ser suficiente (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2020; Vieira & Marques, 2007).

Em relação aos transplantes de medula óssea, é geralmente assumido que todas as crianças e jovens transplantados estão em risco de perder os seus anticorpos protetores naturais ou pós-vacinais. O estado imunológico após este tipo de transplante pode variar significativamente de pessoa para pessoa. A questão de se as crianças e jovens transplantados permanecem sem resposta imunológica ou adquirem a imunidade do doador é uma questão complexa e debatida. A avaliação do estado imunológico após um transplante é uma parte fundamental do acompanhamento médico pós-transplante, e os médicos consideram diversas variáveis para determinar a necessidade de revacinação ou imunização suplementar. A segurança e a eficácia da imunização são prioridades, especialmente em pacientes transplantados, que podem ser mais vulneráveis a infeções devido à supressão do sistema imunológico (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2020; Vieira & Marques, 2007).

Pressupõe-se que a maioria das crianças submetidas a transplantes de órgãos sólidos provavelmente terá iniciado ou até mesmo completado o esquema de vacinação padrão de acordo com o Programa Nacional de Vacinação (PNV) antes do transplante. No entanto, após o transplante, essas crianças frequentemente passarão por períodos prolongados de imunossupressão, o que pode tornar difícil ou impossível a administração de vacinas em condições ideais. Devido à imunossupressão crónica após o transplante, é fundamental assegurar que o esquema de vacinação preconizado no PNV esteja completo e atualizado antes do procedimento de

transplante. Garantir que a criança tenha recebido todas as vacinas recomendadas antes do transplante é uma estratégia importante para proporcionar a melhor proteção possível contra doenças preveníveis por vacinação. Após o transplante, a imunossupressão é frequentemente necessária para evitar a rejeição do órgão transplantado, mas isso também pode comprometer a resposta imunológica às vacinas (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2020).

Após o cancro surgem muitas questões sobre a vacinação às famílias. Sabe-se que as recomendações dos profissionais de saúde que os acompanharam, durante este difícil período, influenciam positivamente a sua intenção de reiniciar as vacinas. As diretrizes sugerem que a maioria das crianças e jovens que tiveram cancro, recomeça o esquema geral de vacinação recomendado assim que a recuperação imunológica estiver completa. O que acontece aproximadamente três a seis meses após a conclusão da quimioterapia dependendo do tipo de tratamento administrado, recuperação e tipo de vacina (Choi et al., 2020).

Em suma, a imunização de crianças e jovens imunodeprimidos é uma questão complexa e desafiante devido à falta de informações comprovadas em ensaios clínicos específicos para esse grupo, o que resulta na ausência de uma estratégia única e padronizada. Na prática clínica, em situações em que não há epidemias ou endemias de doenças, a abordagem adotada geralmente baseia-se na segurança. Isso significa que os profissionais de saúde tendem a seguir esquemas de vacinação que proporcionam o maior intervalo possível entre as doses, para minimizar qualquer risco potencial de complicações devido à imunossupressão. No entanto, em situações de risco elevado, como surtos de doenças evitáveis por vacinação, pode ser necessário adotar medidas diferentes e administrar vacinas para garantir proteção imediata (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2020; Vieira & Marques, 2007).

É importante seguir os princípios gerais estabelecidos, como a vacinação dos familiares e prestadores de cuidados para criar um ambiente mais seguro para a criança e jovem com imunossupressão. Em casos complexos e difíceis, a opinião de um especialista em imunização ou um médico com experiência em imunodeficiência pode ser crucial para tomar decisões informadas e adaptadas à situação individual. A proteção da saúde da criança e jovem deve sempre ser a principal prioridade ao decidir sobre a imunização em casos de imunossupressão.

## 2. PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

**Tema:** A vacinação na criança e jovem com doença oncológica;

**População Alvo (Público-alvo ou destinatários):** Equipa de enfermagem do internamento de pediatria;

**Data:** 18 de novembro de 2022;

**Horário da sessão:** Das 15h30 horas às 16h;

**Duração:** 30 minutos;

**Local:** Sala de enfermagem do serviço;

**Formador:** Márcia Bodião Oliveira, estudante do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;

**Metodologia:** Expositiva, interrogativa e participativa;

### **Objetivo geral:**

- Conhecer as particularidades da vacinação na criança e jovem com doença oncológica;

### **Objetivos específicos:**

- Identificar as mais recentes atualizações do PNV;
- Reconhecer a importância da vacinação na criança e jovem com doença oncológica;
- Distinguir mitos e verdades sobre a da vacinação na criança e jovem com doença oncológica;
- Estimular a prática dos cuidados não traumáticos;
- Reforçar a importância da vacinação após o término dos tratamentos da doença oncológica;
- Refletir sobre a prática existente no serviço da vacinação na criança e jovem com doença oncológica.

## Plano da sessão de formação

ETAPAS	OBJETIVOS	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	METODOLOGIA	RECURSOS	TEMPO	FORMADOR
<b>INTRODUÇÃO</b>	- Apresentar o formador, o tema e objetivos da sessão	- Apresentação da temática a abordar e do plano da sessão; - Evidência dos objetivos e método de trabalho	Expositiva		3 minutos	Márcia Bodião Oliveira
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	- Dar a conhecer o PNV atualizado; - Aprofundar conhecimentos sobre a vacinação na criança e jovem com doença oncológica; - Sensibilizar para o papel do enfermeiro na implementação de cuidados não traumáticos e na promoção da vacinação após o término dos tratamentos da doença oncológica;	- Esquema geral recomendado do PNV; - Vacinação na criança e jovem com doença oncológica; - Mitos vs verdades; - Cuidados não traumáticos; - Pós tratamento	Expositiva	Computador do formador	15 minutos	
<b>CONCLUSÃO</b>	- Salientar aspetos relevantes dos conteúdos apresentados; - Refletir com os formandos sobre as estratégias utilizadas para a promoção da vacinação da criança e jovem com doença oncológica	- Considerações finais; - Dúvidas; - Referências Bibliográficas	Interrogativa e participativa		10 minutos	
<b>AVALIAÇÃO</b>	- Avaliar a sessão através do preenchimento de um questionário de avaliação.	- Avaliação da sessão		Telemóvel ou computador dos formandos	2 minutos	

### 3. DIAPOSITIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

## A vacinação na criança e jovem com doença oncológica

13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de  
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Discente: Márcia Filipa Bodião Oliveira n.º 2871

Professora Regente: Paula Manuela Jorge Diogo  
Professora Orientadora: Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues



novembro, 2022

## ÍNDICE

- Objetivos;
- Programa Nacional de Vacinação (PNV) – Esquema geral recomendado;
- Vacinação na criança e jovem com doença oncológica;
- Mitos vs verdades;
- Cuidados não traumáticos;
- Pós tratamento;
- Referências bibliográficas

## OBJETIVOS

- **Objetivo geral:**
  - Conhecer as particularidades da vacinação na criança e jovem com doença oncológica;
- **Objetivos específicos:**
  - Identificar as mais recentes atualizações do PNV;
  - Reconhecer a importância da vacinação na criança e jovem com doença oncológica;
  - Distinguir mitos e verdades sobre a da vacinação na criança e jovem com doença oncológica;
  - Estimular a prática dos cuidados não traumáticos;
  - Reforçar a importância da vacinação após o término dos tratamentos da doença oncológica;
  - Refletir com a equipa de enfermagem sobre a prática existente no serviço da vacinação na criança e jovem com doença oncológica.

## PNV - ESQUEMA GERAL RECOMENDADO

Vacina   Doença	Idade											
	Nasci-mento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3								
<i>Haemophilus influenzae</i> b		Hb 1	Hb 2	Hb 3		Hb 4						
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5					
Poliomielite		VP 1	VP 2	VP 3		VP 4	VP 5					
<i>Streptococcus pneumoniae</i>		Pr <sub>13</sub> 1	Pr <sub>13</sub> 2		Pr <sub>13</sub> 3							
<i>Neisseria meningitidis</i> B		MenB 1	MenB 2		MenB 3							
<i>Neisseria meningitidis</i> C					MenC							
Sarampo, parotidite epidémica, rubéola				VASPR 1			VASPR 2					
Vírus Papiloma humano									HPV 1,2			
Tétano, difteria e tosse convulsa										Tdpa - Grávidas		
Tétano e difteria										Td	Td	Td

(Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2020)

## VACINAÇÃO NA CRIANÇA E JOVEM COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Vacinação de crianças com alterações imunitárias



orientação e prescrição do médico assistente

A eficácia e efetividade das vacinas podem estar diminuídas



Administração de um maior número de doses

(Jasmino et al., 2019)

(Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2020)

## MITOS vs VERDADES

- As vacinas inativadas podem ser administradas em pessoas com imunodeficiência ?
- As vacinas vivas estão contraindicadas ?
- Podem antecipar-se vacinas antes do início da imunossupressão ?
- Deve efetuar-se a titulação de anticorpos ?
- Os familiares devem ter algum cuidado quando são vacinados ?
- As crianças com doença oncológica não podem voltar a fazer vacinas ?

- Em caso de doença grave, a prioridade deverá ser o início da terapêutica e não a vacinação.

Não se consegue estabelecer uma resposta imunitária protetora às vacinas devido à imunodepressão, inerente à doença e aos tratamentos.


(Choi et al., 2020)  
(Jasmins et al., 2019)  
(Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2020)

## CUIDADOS NÃO TRAUMÁTICOS

- Colocação de EMLA®;
- Ambiente seguro;
- Gestão das emoções
- Posicionamento;
- Técnicas de distração e relaxamento;
- Elogiar e recompensar

(Hockenberry, 2019)  
(The National Child Traumatic Stress Network, 2014)

## PÓS TRATAMENTO

- As recomendações dos profissionais de saúde influenciam positivamente a intenção dos pais
- Dúvidas sobre a segurança das vacinas e sistema imunitário da criança  - Valor  
- Segurança  
- Eficácia

(Jasmins et al., 2019)  
(Warner et al., 2020)

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Choi, D. K., Strzepka, J. T., Hunt, S. R., Tannenbaum, V. L., & Jang, I. E. (2020). Vaccination in pediatric cancer survivors: Vaccination rates, immune status, and knowledge regarding compliance. *Pediatric Blood and Cancer*, 67(10), 1–7. <https://doi.org/10.1002/pbc.28565>
- Freedman, J. L., Reilly, A. F., Powell, S. C., & Bailey, L. C. (2015). Quality improvement initiative to increase influenza vaccination in pediatric cancer patients. *Pediatrics*, 135(2), e540–e546. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0943>
- Jasmins, D., Caldeira, M., Resende, M. dos A., Luís, E. B., & Aveiro, F. (2019). Imunização no doente hemato-oncológico. *Patient Care*, 27–30.
- Hockenberry, M. J. (2019). Perspectives of Pediatric Nursing. In M. J. Hockenberry, D. Wilson & C. C. Rodgers. *WONG's Nursing Care of Infants and Children* (11th ed., pp. 1–14). Elsevier.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. Lisboa: DGS.
- Ward, E. M., Flowers, C. R., Gansler, T., Omer, S. B., & Bednarczyk, R. A. (2017). The importance of immunization in cancer prevention, treatment, and survivorship. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 67(5), 398–410. <https://doi.org/10.3322/caac.21407>
- The National Child Traumatic Stress Network. (2014). *Pediatric medical traumatic stress: A comprehensive guide*. NCTSN.
- Warner, E. L., Vaca Lopez, P. L., Kepka, D., Mann, K., Kaddas, H. K., Fair, D., Fluchel, M., Knackstedt, E. D., Pannier, S. T., Martel, L., & Kirchoff, A. C. (2020). Influence of provider recommendations to restart vaccines after childhood cancer on caregiver intention to vaccinate. *Journal of Cancer Survivorship*, 14(5), 757–767. <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00890-y>



## 4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Após a realização desta sessão de formação em contexto de trabalho, foi essencial realizar uma avaliação da satisfação da equipa de enfermagem em relação à mesma, aos seus conteúdos e desempenho do formador. Para o efeito aplicou-se um questionário de avaliação, que apresento de seguida, juntamente com os resultados obtidos. Durante a colheita de dados através deste questionário, foram respeitados princípios éticos e deontológicos, garantindo o respeito pelo anonimato dos participantes e obtendo o consentimento livre e esclarecido para preenchimento do instrumento de avaliação.

A sessão contou com a presença de elementos da equipa de enfermagem, (10 elementos, dos quais 9 responderam ao questionário de avaliação da formação), do internamento de pediatria. A duração previamente definida revelou-se insuficiente devido ao elevado grau de participação dos intervenientes, aquando da partilha das estratégias de promoção da vacinação na criança ou jovem com doença oncológica e das práticas realizadas no serviço, tendo sido excedida em dez minutos.

Foi importante obter *feedback* da equipa sobre a sessão de formação, que me permitiu melhorar o desempenho enquanto formadora e promotora da importância da vacinação. Na generalidade conclui-se que o tema da sessão foi considerado pertinente e com objetivos claros e conteúdos adequados aos mesmos. A sessão poderia ter sido mais longa, possibilitado maior partilha de ideias entre a equipa e com meios audiovisuais melhorados, adequando-se ao número de formandos e às dimensões da sala. Relativamente ao impacto da formação, esta revelou-se pertinente para a prática de cuidados de enfermagem, permitindo a aquisição de novos conhecimentos, que foram considerados úteis no exercício das funções, mas nem sempre refletidos na melhoria do desempenho profissional. Os formandos consideraram que a linguagem utilizada pelo formador foi clara, que o mesmo revelou domínio da temática, contribuindo para a transmissão de conhecimentos e que ao longo da sessão estabeleceu uma relação positiva com os mesmos.

### **Questionário aplicado: Avaliação da formação: "A vacinação na criança e jovem com doença oncológica"**

Caros colegas,  
Este questionário pretende avaliar a sessão que acabou de assistir "A vacinação na criança ou jovem com doença oncológica". Mais uma vez agradeço a vossa colaboração. Para o preenchimento do questionário propõe-se a utilização de uma escala de 1 a 5 (assinalando com um X): 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Nem discordo nem concordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente

### Avaliação global da formação

O tema da formação foi pertinente \*

1 2 3 4 5

Discordo totalmente      Concordo totalmente

Os objetivos da formação foram claros \*

1 2 3 4 5

Discordo totalmente      Concordo totalmente

Os conteúdos foram adequados aos objetivos da formação \*

1 2 3 4 5

Discordo totalmente      Concordo totalmente

A duração da formação foi adequada \*

1 2 3 4 5

Discordo totalmente      Concordo totalmente

Os meios audiovisuais foram adequados \*

1 2 3 4 5

Discordo totalmente      Concordo totalmente

### Avaliação do impacto da formação

O tema da formação é pertinente para a prática de cuidados de enfermagem \*

1 2 3 4 5

Discordo totalmente      Concordo totalmente

A formação permitiu a aquisição de novos conhecimentos \*

1 2 3 4 5

Discordo totalmente      Concordo totalmente

Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções \*

1 2 3 4 5

Discordo totalmente      Concordo totalmente

Os conhecimentos adquiridos vão contribuir para melhoria do meu desempenho profissional \*

1 2 3 4 5

Discordo totalmente      Concordo totalmente

### Avaliação do formador

O formador utilizou linguagem clara \*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

O formador revelou dominar a temática \*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

O formador demonstrou capacidade de transmissão de conhecimentos \*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

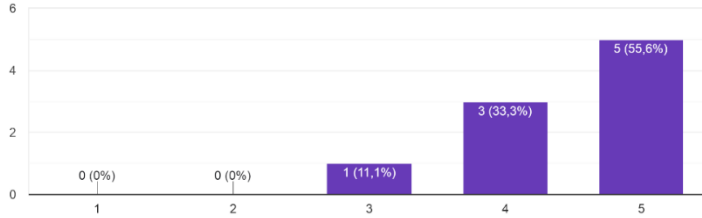
A relação estabelecida com os formandos foi positiva \*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

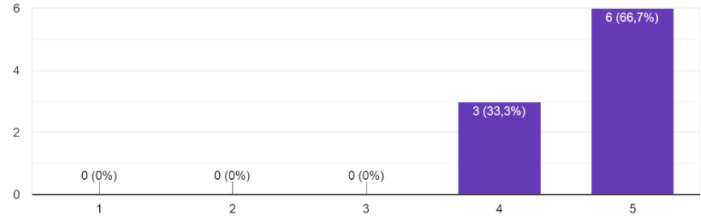
# Resultados dos questionários:

## 1. Avaliação global da formação

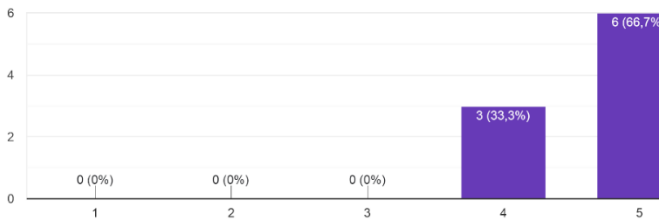
O tema da formação foi pertinente  
9 respostas



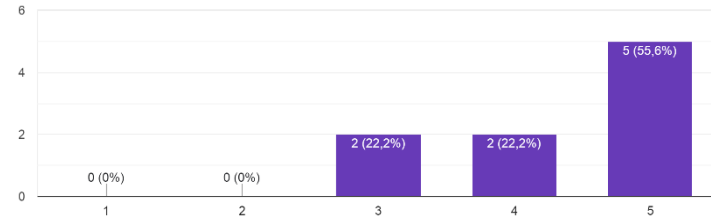
Os objetivos da formação foram claros  
9 respostas



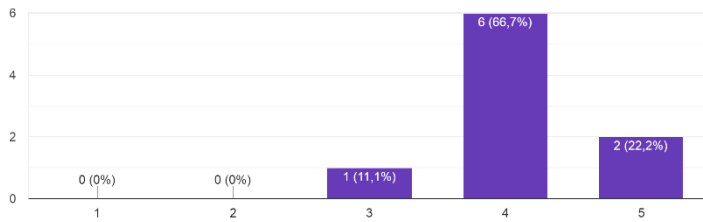
Os conteúdos foram adequados aos objetivos da formação  
9 respostas



A duração da formação foi adequada  
9 respostas

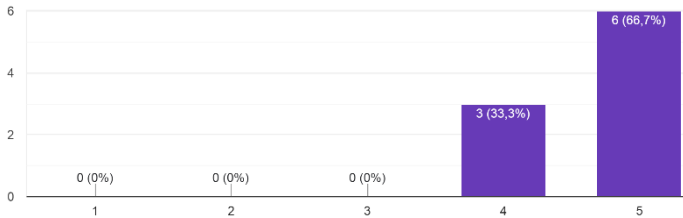


Os meios audiovisuais foram adequados  
9 respostas

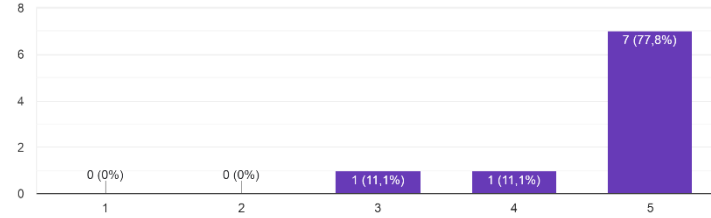


## 2. Avaliação do impacto da formação

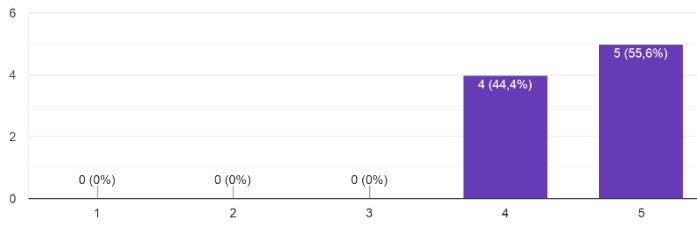
O tema da formação é pertinente para a prática de cuidados de enfermagem  
9 respostas



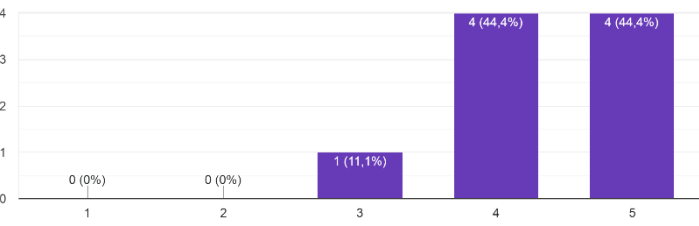
A formação permitiu a aquisição de novos conhecimentos  
9 respostas



Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções  
9 respostas

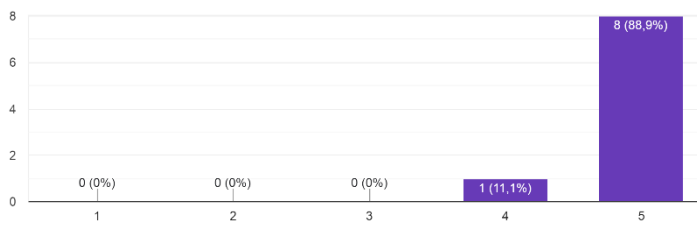


Os conhecimentos adquiridos vão contribuir para melhoria do meu desempenho profissional  
9 respostas

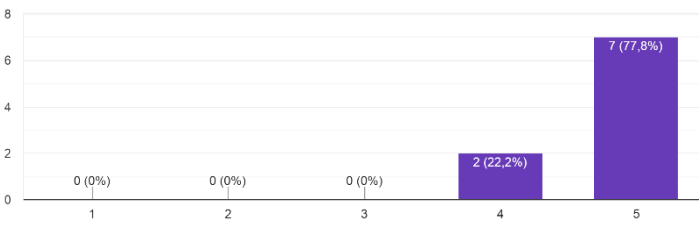


### 3. Avaliação do formador

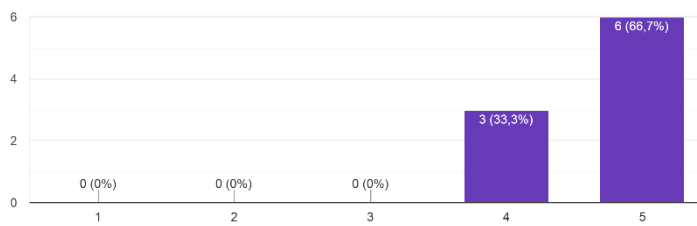
O formador utilizou linguagem clara  
9 respostas



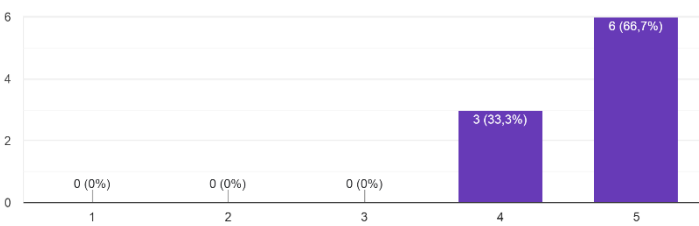
O formador revelou dominar a temática  
9 respostas



O formador demonstrou capacidade de transmissão de conhecimentos  
9 respostas



A relação estabelecida com os formandos foi positiva  
9 respostas



## 5. CONCLUSÃO

Perante o que observei na prática e pelo que foi partilhado pela equipa de enfermagem ao longo dos turnos e no final da sessão, a vacinação na criança e jovem com doença oncológica sempre foi considerada uma temática não prioritária durante o decorrer dos tratamentos, contudo após o seu término continuava a não ser um tema abordado. Esta perceção tornou a aplicação do meu projeto, naquele contexto, um desafio ainda maior.

Considero que após a sensibilização para a temática e transmissão de novos conhecimentos sobre a mesma, a abordagem da equipa será diferente. A sessão formativa gerou discussão em equipa da melhor estratégia a definir para promover a continuidade da aplicação do PNV, mesmo em crianças e jovens com doença oncológica. Esta promoção terá de envolver a equipa multidisciplinar, uma vez que a literatura nos mostra que as famílias necessitam de aprovação dos profissionais que os acompanham durante a doença, para retomarem a aplicação do PNV (Choi et al., 2020).

Uma das ideias defendidas pela equipa, com a qual concordo, é de conceder o poder de decisão sobre a vacinação, não apenas à família, mas também aos adolescentes. Este reconhecimento da família como um canal de comunicação crucial para a disseminação de informações sobre saúde, incluindo a vacinação, é fundamental para promover uma compreensão adequada e a tomada de decisões informadas pelas crianças e jovens (Adams et al., 2022).

Enquanto formadora e futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) foi muito enriquecedor a realização desta sessão, que me permitiu melhorar a prática de apresentação em público e de aprofundar conhecimentos sobre a temática com enfermeiros peritos na área da criança e jovem com doença oncológica. Os resultados da avaliação da sessão permitiram-me avaliar a minha *performance* e aspetos a melhorar.

Em suma, considero que na sua globalidade a formação atingiu os objetivos pré-definidos e recebeu uma crítica positiva por parte da equipa de enfermagem, apesar de *a priori* parecer um tema que não se adequava ao contexto de trabalho.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, R. B., Aladé, F., & Ellithorpe, M. E. (2022). A Qualitative Content Analysis of Caregiver Reports of Conversations with Their Children about Vaccinations. *Journal of Health Communication*, 27(9), 664–671. <https://doi.org/10.1080/10810730.2022.2148024>
- Choi, D. K., Strzepka, J. T., Hunt, S. R., Tannenbaum, V. L., & Jang, I. E. (2020). Vaccination in pediatric cancer survivors: Vaccination rates, immune status, and knowledge regarding compliance. *Pediatric Blood and Cancer*, 67(10), 1–7. <https://doi.org/10.1002/pbc.28565>
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. DGS.
- Regulamento n.º 656/2021. (2021). Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. Assembleia da República. *Diário Da República, 2ª Série (N.º137/2021, 16/07/2021)*, 173–191.
- Vieira, M., & Marques, J. G. (2007). Vacinas na criança com imunodeficiência. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38(2), 85–89.
- Ward, E. M., Flowers, C. R., Gansler, T., Omer, S. B., & Bednarczyk, R. A. (2017). The importance of immunization in cancer prevention, treatment, and survivorship. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 67(5), 398–410. <https://doi.org/10.3322/caac.21407>

**Apêndice VII – Sessão de formação em contexto de trabalho:  
Intervenção do Enfermeiro na aplicação de estratégias não farmacológicas no  
alívio da dor na criança e jovem**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil  
e Pediatria  
Relatório de Estágio**

**Sessão de formação em contexto de trabalho:  
Intervenção do Enfermeiro na aplicação de estratégias  
não farmacológicas no alívio da dor na criança e jovem**

**Márcia Filipa Bodião Oliveira**

---

**Lisboa  
2022**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil  
e Pediatria**

**Relatório de Estágio**

**Sessão de formação em contexto de trabalho:  
Intervenção do Enfermeiro na aplicação de estratégias  
não farmacológicas no alívio da dor na criança e jovem**

**Márcia Filipa Bodião Oliveira**



**Orientador: Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues**



**Lisboa  
2022**

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CDC – Centro de desenvolvimento da criança

CNT – Cuidados não traumáticos

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	5
1. JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO .....	6
2. PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO .....	10
3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO .....	12
4. CONCLUSÃO .....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

## INTRODUÇÃO

Durante a realização do estágio no Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) englobado na Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 3.º semestre do 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, surgiu a oportunidade de realizar uma sessão de formação em contexto de trabalho para a equipa de enfermagem, sobre a intervenção do enfermeiro na aplicação de estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança e jovem.

Esta oportunidade surgiu após uma reunião com a Enfermeira orientadora, que era também coordenadora do CDC, sobre as atividades a realizar no estágio, no âmbito do meu projeto. Decidimos em conjunto ser benéfico a realização de uma adaptação do meu projeto, abordando um tema englobado no mesmo, dado que não se vacinam crianças no CDC. A realização desta sessão para a equipa de enfermagem foi considerada pertinente pela equipa e por mim, tendo em conta a importância do tema para a prática de enfermagem e a necessidade de atualização do conhecimento numa área em constante atualização.

Uma vez que os destinatários desta sessão de formação são os enfermeiros que prestam cuidados no CDC, a mesma foi definida em concordância com a atual importância no fortalecimento da capacidade de resposta da enfermagem aos desafios emergentes, o que representa um papel crucial no exercício profissional de excelência. Esta mudança constitui-se um fator diferenciador e determinante para a manutenção da empregabilidade, adaptabilidade, desenvolvimento profissional e realização pessoal (Regulamento n.º 656/2021, 2021).

É importante ressaltar que após a realização de uma formação é fundamental a sua avaliação, permitindo a monitorização sistemática da ação formativa, com recurso a padrões de qualidade de referência, com o objetivo de produzir juízos de valor que suportem a tomada de decisão e também a avaliação das aprendizagens, aferindo em que medida os objetivos de aprendizagem propostos, foram alcançados pelos formandos (Regulamento n.º 656/2021, 2021).

Este documento divide-se em quatro capítulos: justificação, planeamento e avaliação da sessão de formação e conclusão.

## 1. JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Esta sessão de formação em contexto de trabalho, funcionou de forma informal, como uma conversa entre pares, a pedido da Enfermeira orientadora e coordenadora. De seguida demonstrarei os temas abordados ao longo da sessão.

As experiências de dor nos primeiros anos de vida têm efeitos negativos na percepção, sensibilidade, respostas a *stressores*, comportamento, aprendizagem e desenvolvimento. A dor causa medo, ansiedade, perturba o sono, atrasa a recuperação e a mobilidade (Alotaibi et al., 2018). Diogo e colaboradores (2016), referem que na infância, durante o processo de crescimento e desenvolvimento, principalmente nos primeiros anos de vida, experiências como a hospitalização, doença e dor podem originar crise no seio familiar. Noutra obra, a mesma autora acrescenta que o esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informações, são formas de gerir antecipadamente as emoções da criança e de ajudar a estabelecer uma relação de proximidade e confiança, prevenindo picos emocionais e proporcionando tranquilidade e bem-estar (Diogo, 2015). Na prestação de cuidados os enfermeiros recorrem a estratégias de empatia e de gestão da dor para irem ao encontro das necessidades do cliente, considerando de extrema relevância o envolvimento da família e a adaptação dos cuidados ao estágio de desenvolvimento e culturalmente sensível, numa filosofia de cuidados não traumáticos (CNT).

Os principais objetivos do CNT são evitar ou minimizar a separação da criança, jovem e família, promover o sentimento de controlo e evitar ou minimizar lesões corporais e dor (Hockenberry, 2022). Experiências como a hospitalização, doença ou dor podem ser vistos como acontecimentos traumáticos, que devem ser minimizados através da implementação do estabelecimento de políticas institucionais e de intervenções de enfermagem (Hockenberry, 2022).

Para implementar estratégias de gestão da dor, é necessário uma avaliação da dor, que na criança e jovem está muitas vezes relacionada com medo e ansiedade, fatores que dificultam a sua avaliação. A dor é vivida de forma única por cada pessoa, na criança e jovem, pelo seu desenvolvimento cognitivo, afetivo e da linguagem, a abordagem tem de ser específica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013). Entende-se o alívio da dor como um direito das crianças, um dever dos profissionais de saúde e um indicador de qualidade em saúde dos serviços de saúde (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor [APED], 2018).

A experiência da dor resulta da interação de vários fatores: fatores biológicos (idade, género, estágio desenvolvimento, predisposição genética, tipologia da lesão/doença), fatores socioculturais (modelos de reação à dor, influência familiar, nível de ansiedade dos pais, educação, suporte social, amigos, ambiente escolar, crenças culturais e religiosas) e fatores psicológicos (experiências prévias de dor, personalidade, medo, ansiedade e estratégias de *coping*), estes últimos podem ter a intervenção dos profissionais de saúde (APED, 2018).

A ideia de que as crianças e jovens diferem dos adultos na forma como respondem aos estímulos dolorosos deve estar presente na prestação de cuidados, devendo a sua avaliação ser multifacetada e ter em conta vários fatores: idade, estágio de desenvolvimento, capacidade da criança ou jovem expressar a sua localização, duração ou intensidade da dor e pelas respostas da família à dor da criança ou jovem. Existem ainda outros fatores a considerar, tais como: acreditar na palavra da criança e jovem que afirma sentir dor, ter perceção do comportamento habitual de uma criança da mesma idade sem dor e ainda conversar com a criança (quando possível devido à idade) ou com o a família, observar o seu comportamento e utilizar um instrumento de avaliação da dor (APED, 2018; Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde [DGS], 2010; Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2012).

Apesar dos esforços constantes na implementação de técnicas farmacológicas e não farmacológicas, a gestão da dor em pediatria é ainda insuficiente e assimétrica (APED, 2018). O reconhecimento da dor como uma experiência complexa, subjetiva e multidimensional, habitualmente de difícil reconhecimento, avaliação ou gestão, particularmente na criança ou jovem, torna-a mais vulnerável à dor (Alotaibi et al., 2018). É fundamental adequar o seu tratamento, através do investimento na formação dos profissionais de saúde e valorização do trabalho em equipa (Santos et al., 2018). Uma correta e diferenciada gestão da dor pode contribuir para a redução da hospitalização, do sofrimento e melhorar a experiência e hospitalização da criança, jovem e família, contribuindo para a redução de custos (Alotaibi et al., 2018).

A Direção-Geral da Saúde (DGS) reitera que para controlar a dor da criança e jovem é imperativo prepará-la e informá-la previamente dos procedimentos a realizar, utilizando linguagem e estratégias adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo. Também deve ser tida em conta preparação e informação dos pais, da forma como devem agir durante a realização do procedimento, para prestarem apoio à criança, desta forma os pais tornam-se parceiros de cuidados (Portugal. Ministério da Saúde,

DGS, 2012). A OE focando-se na questão da dor sentida pelas crianças, reconhece que compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, implementando medidas farmacológicas e não farmacológicas para a gestão da dor (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

No CDC existe o contacto com crianças e jovens com doença crónica complexa, que convivem durante largos anos com a dor crónica. Em pediatria, a dor crónica é uma realidade cada vez mais presente no dia a dia de todos os profissionais de saúde. Desta forma é fundamental adequar o seu tratamento, através do investimento na formação dos profissionais de saúde e valorização do trabalho em equipa (Santos et al., 2018). Vários estudos têm revelado a importância de uma adequada gestão da dor, através da implementação de várias escalas de dor e de medidas farmacológicas e não farmacológicas de gestão da dor (Young, 2017). Para implementação de estratégias não farmacológicas, uma das medidas pode ser a utilização de um *kit* sem dor, dependendo do objetivo terapêutico e das necessidades específicas da criança ou jovem. A sua utilização tem benefícios reconhecidos como a redução da ansiedade, desenvolvimento de habilidades de comunicação, preparação para procedimentos médicos, aumento da empatia e compreensão e promoção da resiliência (OE, 2013).

Quando não tratada, a dor pode ativar processos físicos, bioquímicos e celulares que modificam a resposta futura à dor, fenómeno conhecido como sensibilização. O EEESIP tem um papel importantíssimo no reconhecimento das barreiras existentes à gestão da dor: falta de preparação, desconhecimento das orientações nacionais e internacionais, ausência de protocolos locais e de políticas organizacionais que valorizem a gestão da dor como um padrão de qualidade de cuidados e serviços (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2012).

As medidas não farmacológicas habitualmente são eficazes em situações de dor ligeira, procedimentos dolorosos e rápidos, dado que modificam o significado da dor, podem utilizar-se como complemento de analgésicos, aumentam o sentimento de controlo da dor, promovem maior autonomia da criança e da família, são seguras, não invasivas, económicas e a criança e os pais podem aprender a usá-las (APED, 2018)

Cohen (2008), Koller e Goldman (2012) e OE (2013), identificam várias estratégias não farmacológicas de gestão da dor: preparação para o procedimento; fornecimento de informação à criança e jovem, adequada à idade, para lidar com o

procedimento; presença da família; posicionamento confortável (normalmente ao colo dos pais); atividades de distração (óculos de realidade virtual, brinquedos e vídeos interativos, jogos eletrónicos, ver televisão, ouvir música, fazer bolas de sabão e contar histórias); exercícios respiratórios; relaxamento; imaginação guiada; reforço positivo e premiação.

Uma vez que a separação da família é um fator desencadeante de *stress*, a sua presença é um dos principais fatores a ter em conta, habitualmente as crianças querem permanecer ao seu colo. É deveras importante estabelecer uma parceria de cuidado com a família, para em conjunto com a mesma interpretar o estado emocional da criança e jovem e agir em conformidade, através da implementação de estratégias não farmacológicas no alívio da dor (OE, 2013).

Atualmente a literatura diz-nos que a presença e participação dos pais nos cuidados tem um efeito positivo no bem-estar físico, psicológico e social da criança. Alguns estudos demonstram inclusivamente, em procedimentos realizados num serviço de urgência, que os níveis de dor e de ansiedade em crianças entre os 9 e 12 anos reduz na presença dos pais (Sağlık & Çağlar, 2018).

O EESIP tem um importante contributo na redução do nível de *stress* da família, informando-a sobre os procedimentos a realizar, o que conseqüentemente contribui para a redução do nível de ansiedade da criança e jovem. Em suma é muito importante não esquecer que um cuidado centrado na família, contribui para a melhoria do bem-estar da díade, melhora a comunicação, cooperação e vínculo com os profissionais de saúde, influenciando a sensação de autocontrolo e dor da criança e jovem.

Não esquecendo o tema do meu projeto, apesar de no CDC não se realizar vacinação, lembrei a equipa de enfermagem que a administração de vacinas é a causa mais comum de dor iatrogénica em crianças, sendo possível atenuar e controlar essa dor uma vez que é um evento transitório e previsível. Importa referir que a subvalorização dessa dor pode ter efeitos adversos, podendo resultar em ansiedade prévia a procedimentos futuros, medo de agulhas e evicção de cuidados de saúde (Abadesso, 2022). Durante a realização deste procedimento doloroso, o EESIP deve garantir a gestão eficaz da dor e bem-estar da criança e jovem e a segurança dos pais, isto é possível através da comunicação e da implementação de medidas não farmacológicas para controlo da dor (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Deve ainda promover a participação dos pais para minimizar o impacto negativo que pode resultar nas vivências daquela criança/jovem e família.

## 2. PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

**Tema:** Intervenção do Enfermeiro na aplicação de estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança e jovem;

**População Alvo (Público-alvo ou destinatários):** Equipa de enfermagem do CDC;

**Data:** 28 de novembro de 2022;

**Horário da sessão:** Das 12h30 às 13h;

**Duração:** 60 minutos;

**Local:** Gabinete de enfermagem

**Formador:** Márcia Bodião Oliveira, estudante do 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;

**Metodologia:** Expositiva, interrogativa e participativa;

### **Objetivo geral:**

- Conhecer as particularidades da intervenção do enfermeiro na aplicação de estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança e jovem;

### **Objetivos específicos:**

- Identificar os fatores que influenciam a dor na criança e jovem;
- Reconhecer os efeitos negativos da experiência da dor na criança e jovem;
- Estimular a prática dos CNT;
- Identificar as estratégias não farmacológicas no alívio da dor;
- Partilhar conhecimentos sobre as intervenções do enfermeiro na aplicação de estratégias não farmacológicas no alívio da dor;
- Refletir sobre a prática existente no serviço na aplicação de estratégias não farmacológicas no alívio da dor.

## Plano da sessão de formação

ETAPAS	OBJETIVOS	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	METODOLOGIA	RECURSOS	TEMPO	FORMADOR
<b>INTRODUÇÃO</b>	- Apresentar o formador, o tema e objetivos da sessão	- Apresentação da temática a abordar e do plano da sessão; - Evidência dos objetivos e método de trabalho	Expositiva		3 minutos	
<b>DESENVOLVIMENTO</b>	- Dar a conhecer os fatores que influenciam a dor na criança e jovem; - Aprofundar conhecimentos sobre a prática dos CNT; - Sensibilizar para a intervenção do EEESIP na aplicação de estratégias não farmacológicas no alívio da dor;	- A dor na criança e jovem e os fatores que a influenciam; - CNT; - Estratégias não farmacológicas no alívio da dor;	Expositiva	Formador	15 minutos	Márcia Bodião Oliveira
<b>CONCLUSÃO</b>	- Salientar aspetos relevantes dos conteúdos apresentados; - Refletir com os formandos sobre a aplicação de estratégias não farmacológicas no alívio da dor;	- Considerações finais; - Dúvidas; - Referências Bibliográficas	Interrogativa e participativa		10 minutos	
<b>AVALIAÇÃO</b>	- Avaliar a sessão através do preenchimento de um questionário de avaliação	- Avaliação da sessão			2 minutos	

### 3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Após a sessão de formação em contexto de trabalho, foi essencial realizar uma avaliação da satisfação da equipa de enfermagem em relação à mesma, aos seus conteúdos e desempenho do formador. Aplicou-se um questionário de avaliação em papel, que apresento de seguida, juntamente com os resultados obtidos. Durante a colheita de dados através deste questionário, foram respeitados princípios éticos e deontológicos, garantindo o respeito pelo anonimato dos participantes e obtendo o consentimento livre e esclarecido para preenchimento do mesmo.

A sessão contou com a presença de 3 elementos da equipa de enfermagem (é composta por 4, o elemento em falta encontrava-se em período de férias) do CDC. A duração previamente definida revelou-se insuficiente, tendo durado o dobro do tempo previsto, devido ao elevado ao grau de participação dos intervenientes. A partilha de experiências de todos os elementos, com mais de 20 anos de experiência, sobre a evolução dos CNT em pediatria e da aplicação de estratégias não farmacológicas no alívio da dor e das práticas realizadas no serviço, foi bastante enriquecedora.

Foi importante obter *feedback* da equipa sobre a sessão de formação, que me permitiu melhorar o desempenho enquanto formadora e promotora dos CNT e da intervenção do enfermeiro na diminuição da dor na criança e jovem. Conclui-se que o tema da sessão foi considerado pertinente e com objetivos claros e conteúdos adequados aos mesmos. A sessão poderia ter sido mais longa, possibilitado uma partilha de ideias entre os intervenientes. A formação revelou-se pertinente para a prática de cuidados de enfermagem, permitindo a aquisição de novos conhecimentos, que foram considerados úteis no exercício das funções e que se refletem na melhoria do desempenho profissional. Os formandos consideraram que a linguagem utilizada pelo formador foi clara, que este revelou domínio da temática, contribuindo para a transmissão de conhecimentos e que estabeleceu uma relação positiva com os mesmos.

#### Questionário aplicado:

#### Avaliação da formação: "**Intervenção do enfermeiro na aplicação de estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança e jovem**"

Caros colegas,  
Este questionário pretende avaliar a sessão que acabou de assistir "**Intervenção do enfermeiro na aplicação de estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança e jovem**". Mais uma vez agradeço a vossa colaboração.  
Para o preenchimento do questionário propõe-se a utilização de uma escala de 1 a 5 (assinalando com um X): 1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Nem discordo nem concordo; 4 – Concordo; 5 – Concordo totalmente

### Avaliação global da formação

O tema da formação foi pertinente \*

1 2 3 4 5

Discordo totalmente      Concordo totalmente

Os objetivos da formação foram claros \*

1 2 3 4 5

Discordo totalmente      Concordo totalmente

Os conteúdos foram adequados aos objetivos da formação \*

1 2 3 4 5

Discordo totalmente      Concordo totalmente

A duração da formação foi adequada \*

1 2 3 4 5

Discordo totalmente      Concordo totalmente

### Avaliação do impacto da formação

O tema da formação é pertinente para a prática de cuidados de enfermagem \*

1 2 3 4 5

Discordo totalmente      Concordo totalmente

A formação permitiu a aquisição de novos conhecimentos \*

1 2 3 4 5

Discordo totalmente      Concordo totalmente

Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções \*

1 2 3 4 5

Discordo totalmente      Concordo totalmente

Os conhecimentos adquiridos vão contribuir para melhoria do meu desempenho profissional \*

1 2 3 4 5

Discordo totalmente      Concordo totalmente

### Avaliação do formador

O formador utilizou linguagem clara \*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

O formador revelou dominar a temática \*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

O formador demonstrou capacidade de transmissão de conhecimentos \*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

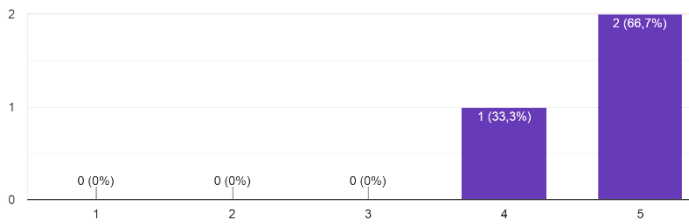
A relação estabelecida com os formandos foi positiva \*

	1	2	3	4	5	
Discordo totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo totalmente

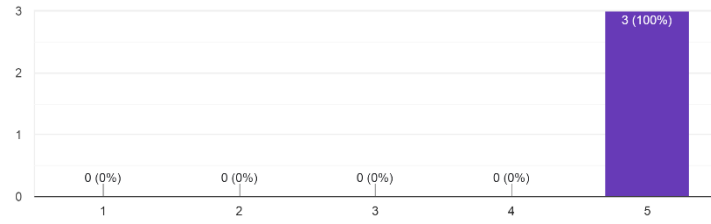
## Resultados dos questionários:

### 4. Avaliação global da formação

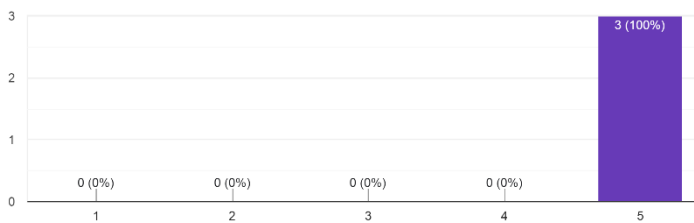
O tema da formação foi pertinente  
3 respostas



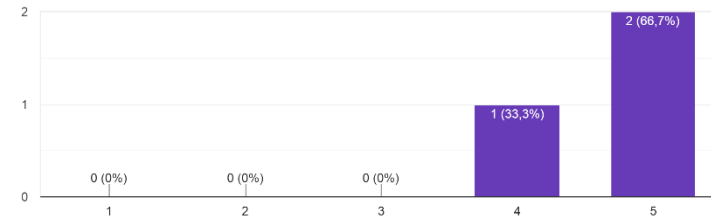
Os objetivos da formação foram claros  
3 respostas



Os conteúdos foram adequados aos objetivos da formação  
3 respostas

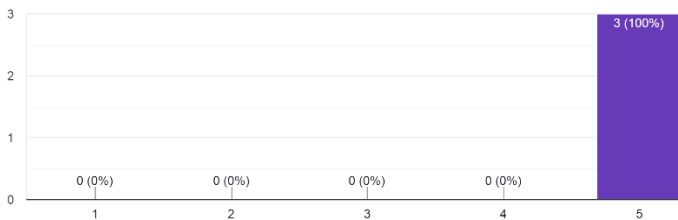


A duração da formação foi adequada  
3 respostas

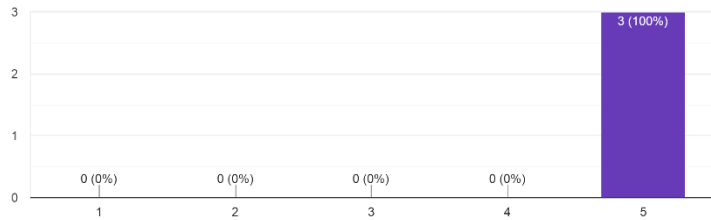


### 5. Avaliação do impacto da formação

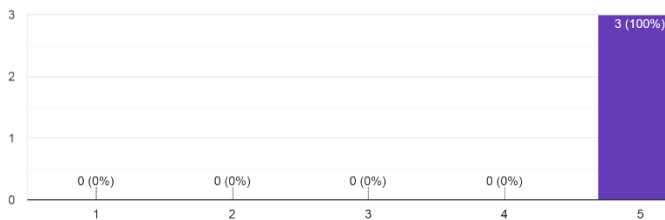
O tema da formação é pertinente para a prática de cuidados de enfermagem  
3 respostas



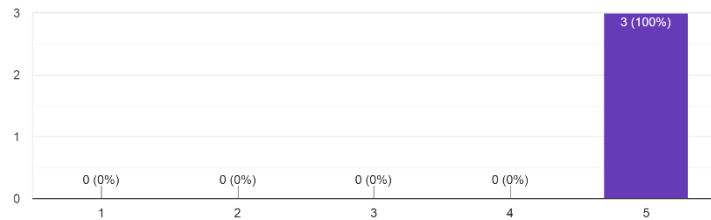
A formação permitiu a aquisição de novos conhecimentos  
3 respostas



Os conhecimentos adquiridos são úteis para o exercício das minhas funções  
3 respostas



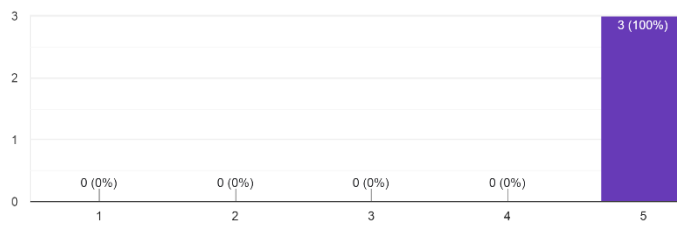
Os conhecimentos adquiridos vão contribuir para melhoria do meu desempenho profissional  
3 respostas



## 6. Avaliação do formador

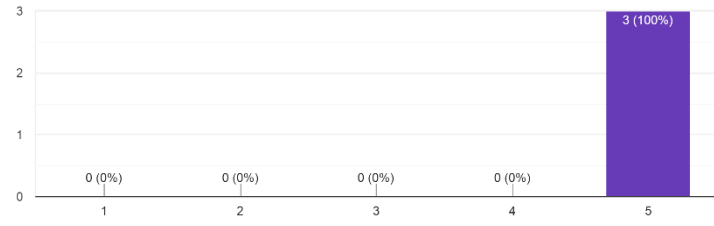
O formador utilizou linguagem clara

3 respostas



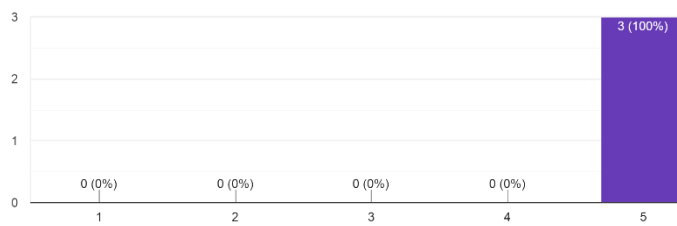
O formador revelou dominar a temática

3 respostas



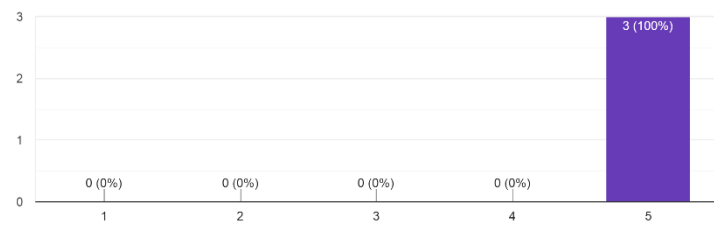
O formador demonstrou capacidade de transmissão de conhecimentos

3 respostas



A relação estabelecida com os formandos foi positiva

3 respostas



## 4. CONCLUSÃO

Depois da conclusão do estágio e de acordo com o observado na prática e pelo que foi partilhado pela equipa de enfermagem no decorrer dos turnos e no final da sessão, a utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor sempre foi considerada como uma prioridade no serviço, englobada na filosofia dos CNT. Foi também possível compreender pelas vivências partilhadas de mais de 20 anos de experiência que temos percorrido um longo caminho na implementação desta filosofia.

Considero que com a realização desta sessão de formação, não alterei práticas, nem era essa a intenção, visto que já se implementavam bastantes estratégias não farmacológicas no alívio da dor no serviço, adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e jovem. A sessão criou partilha e discussão em equipa das melhores estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança e jovem a utilizar, tendo em conta as particularidades das díades que recorrem ao CDC. Foi também possível nesta sessão mostrar particularidades da utilização de um *kit* sem dor, que colocou os vários elementos da equipa a ponderar criarem um para utilizar nos vários procedimentos ali realizados.

Um dos pontos positivos apontados pela equipa foi a referência a métodos e materiais que ainda não conheciam e que podem ser utilizados por crianças com défices no desenvolvimento psicomotor, permitindo uma abordagem mais humanizada e individualizada do cuidar em pediatria. A OE (2013) corrobora com esta ideia, defendendo que a forma como se vive e classifica a dor é única e intransmissível, o que lhe concede a necessidade de intervenção individualizada, que vai muito além da administração de analgésicos, devendo englobar a aplicação de medidas não farmacológicas.

Enquanto formadora e futura EEESIP foi muito enriquecedor a realização desta sessão, que me permitiu melhorar a prática de apresentação em público e de aprofundar conhecimentos sobre a temática com enfermeiros peritos na área da criança e jovem. Os resultados da avaliação da sessão permitiram-me avaliar a minha *performance* e aspetos a melhorar.

Em suma, considero que na sua globalidade a formação atingiu os objetivos pré-definidos e recebeu uma crítica positiva por parte da equipa de enfermagem, apesar de não ser o tema do meu projeto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abadesso, C. (2022). Recomendações da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor para o Controlo da Dor na vacinação pediátrica: linhas orientadoras para a prática clínica. *Revista DOR*, 28(2), 51–62. <https://doi.org/10.24875/dor.m22000018>
- Alotaibi, K., Higgins, I., Day, J., & Chan, S. (2018). Paediatric pain management: knowledge, attitudes, barriers and facilitators among nurses – integrative review. *International Nursing Review*, 65(4), 524–533. <https://doi.org/10.1111/inr.12465>
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2018). *Desenhos da minha dor*. APED.
- Cohen, L. L. (2008). Behavioral approaches to anxiety and pain management for pediatric venous access. *Pediatrics*, 122, 134–139. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1055f>
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica - Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2nd ed.). Lusodidacta.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Em Enfermagem*, 20(2), 26–47.
- Hockenberry, M. J. (2022). Perspectives of Pediatric Nursing. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *WONG'S Nursing Care of Infants and Children* (11 ed, pp. 1–14). Elsevier.
- Koller, D., & Goldman, R. D. (2012). Distraction techniques for children undergoing procedures: a critical review of pediatric research. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(6), 652–681. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.08.001>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. In *Cadernos OE: Série 1, N.º6*. Cadernos OE. Série 1. Número 6. Lisboa.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2010). *Circular normativa N.º14/2010 - Orientações técnicas sobre a avaliação de dor nas*

*crianças*. Lisboa: DGS.

Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2012). *Circular normativa Nº 022/2012 Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: DGS.

Regulamento n.º 656/2021. (2021). Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros. Assembleia da República. *Diário Da República, 2ª Série (N.º137/2021, 16/07/2021)*, 173–191.

Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia da República. *Diário Da República, 2.ª Série (N.º 133 - 12-07-2018)*, 19192–19194.

Sağlık, D. S., & Çağlar, S. (2018). The effect of parental presence on pain and anxiety levels during invasive procedures in the pediatric emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.07.003>

Santos, S., Santos, E. A., & Lacerda, A. F. de. (2018). Dor crónica em Pediatria: orientações para os profissionais de saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 49, 167–177. <https://doi.org/10.21069/app.2018.13014>

Young, V. B. (2017). Effective management of pain and anxiety for the pediatric patient in the emergency department. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2017.01.007>

**Apêndice VIII – Revisão da norma de procedimentos:  
boas práticas em procedimentos com agulha na criança/adolescente**

	<b>NORMA DE PROCEDIMENTOS</b> <b>BOAS PRÁTICAS EM</b> <b>PROCEDIMENTOS COM AGULHA</b> <b>NA CRIANÇA / ADOLESCENTE</b>
--	--

<b>Elaborado em:</b> 06/2018	<b>Próxima revisão em:</b> 01/2027
<b>Revisto em:</b> 01/2023	

**Coordenação científica:** – Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

**Destinatário:** Equipa de enfermagem

### **CONTEXTUALIZAÇÃO**

As normas de boas práticas configuram enunciados sistemáticos que possibilitam aos profissionais de saúde o acesso a informação atualizada e de fiabilidade irrepreensível para a conduta ante um determinado sintoma e/ou situação específica, nomeadamente no que concerne às intervenções inerentes aos processos de cuidados e respetivos resultados (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

A presente norma pretende abordar as questões do controlo da dor na criança nos procedimentos dolorosos. O controlo da dor é um direito de todas as pessoas, atingindo o seu máximo reduto nas crianças, seres indefesos que devem ser poupados a todo e qualquer sofrimento. A dor é considerada pela Direção-Geral da Saúde como o 5º sinal vital, o seu controlo assume-se como um dever e um indicador de boa prática. Desta feita é imprescindível avaliar a dor, intervir e registar o resultado das intervenções implementadas (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Sendo a dor uma experiência subjetiva por definição, a forma como é sentida e classificada é única e intransmissível. Na criança, a dor apresenta uma enorme variabilidade na forma como se expressa, devido às especificidades de cada grupo etário (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Na criança que recorre aos serviços de saúde, a causa mais frequente de dor centra-se nos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, muitos deles invasivos e dolorosos (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde, 2012)

O medo e ansiedade da criança e família configuram fatores agravantes da experiência algica, pelo que qualquer intervenção deve contemplar todos os elementos presentes durante a realização do procedimento em causa (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde, 2012). Por este motivo é necessária uma intervenção individualizada, para a qual contribuem as intervenções não farmacológicas para controlo da dor, que têm um importante papel na promoção da saúde e bem-estar das crianças e pais (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Gaglani e Gross (2018), referem que é imperativo a utilização concomitante de estratégias não farmacológicas como medidas de conforto físico e técnicas de distração.

No âmbito da prestação de cuidados de vigilância e prevenção na saúde infantil e juvenil, a par do preconizado no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, a realização do diagnóstico precoce e a vacinação configuram duas atividades frequentemente realizadas no âmbito dos cuidados de saúde primários. Estas atividades implicam procedimentos invasivos e dolorosos (injeção subcutânea, injeção intramuscular e punção no calcâneo), com impacto negativo na criança e família (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde., 2013)

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica defende que este deve fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e família, garantindo a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e aplicando conhecimentos e habilidades em estratégias não farmacológicas para alívio da dor (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

As intervenções não farmacológicas no controlo da dor são essencialmente intervenções de carácter psicológico, eficazes em situação de dor ligeira, procedimentos dolorosos ou como complemento dos analgésicos, uma vez que aumentam o sentimento de controlo da dor, promovem a saúde e bem-estar e contribuem para uma maior autonomia da criança e família. A sua escolha deve ser realizada de acordo com o desenvolvimento cognitivo da criança, as suas preferências, bem como o contexto envolvente e a situação de cuidados (Koller & Goldman, 2012). O enfermeiro deverá compreender que as intervenções implementadas influenciam positiva ou negativamente a experiência da criança e família nos cuidados de saúde primários (Gaglani & Gross, 2018). As intervenções não farmacológicas são também um importante recurso para o alívio da dor de forma isolada ou concomitantemente com intervenções farmacológicas (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A experiência de dor nas crianças é fortemente influenciada pelo medo e ansiedade, fatores que dificultam a sua avaliação, bem como a tomada de decisão dos enfermeiros quanto à intervenção a implementar (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Os cuidados não traumáticos referem-se ao conjunto de cuidados promovidos em diferentes níveis (ambientais, cognitivos, sensoriais, etc.) visando a diminuição da dor e promoção de conforto da criança submetida a um procedimento potencialmente doloroso (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde., 2013).

O facto da criança não possuir os mecanismos necessários para enfrentar a situação de crise que a doença e a hospitalização representam, causa-lhe dor e sofrimento, sendo esta uma das principais preocupações de enfermeiros e pais. É de extrema importância que os enfermeiros, em parceria com os pais, consigam avaliar e interpretar o estado emocional da criança, de forma a intervir corretamente e contribuir para a implementação de cuidados não traumáticos (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Em suma os enfermeiros devem contribuir para a implementação de cuidados não traumáticos assentes em três pilares: evitar a separação da criança e da família, promover a sensação de controlo e minimizar as intervenções invasivas e de dor, com o intuito de diminuir as experiências traumáticas (Hockenberry, 2022).

## **OBJETIVO**

Uniformizar a atuação para a minimização da dor na criança durante a realização de procedimentos com agulha (vacinação e diagnóstico precoce)

## OPERACIONALIZAÇÃO

A realização do diagnóstico precoce e/ou a administração de vacinas implicam dois momentos essenciais: a preparação e realização do procedimento. Esta norma não versa os aspetos técnicos inerentes, antes se cinge ao cuidado não traumático e exige um conhecimento das diferentes intervenções não farmacológicas de controlo da dor existentes para uma tomada de decisão sobre qual ou quais a utilizar para cada criança. A operacionalização dos cuidados não traumáticos deve segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013) reger-se por alguns princípios que garantam os direitos das crianças:

- Adequar a intervenção à idade e desenvolvimento cognitivo da criança;
- Negociar a presença de alguém significativo;
- Facilitar a segurança e proteção pela família;
- Permitir que a família decida o tipo de colaboração que pretende dar;
- Sempre que possível, assegurar que os procedimentos sejam executados pelo enfermeiro com quem a criança e família já tem uma relação de confiança estabelecida;
- Dar informação à criança de forma simples e exata sobre o procedimento que será realizado;
- Nunca usar procedimentos médicos ou de enfermagem como ameaça;
- Ser honesto;
- Ajudar na expressão de sentimentos e questões da criança;
- Não utilizar expressões com as quais a criança se possa sentir humilhada;
- Ajudar a criança a participar no controlo da sua dor;
- Dar *feedback* positivo;
- Planear os procedimentos para que ocorra a menor manipulação possível e que sejam realizados com analgesia.

As intervenções não farmacológicas para controlo da dor, e respetiva operacionalização, emanadas pela Direção-Geral da Saúde são: (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde, 2012)

- **Amamentação:** antes e durante o procedimento, mantendo uns minutos após o final;
- **Contenção com lençol** (*swaddling*): envolver com lençol/cobertor, com flexão membros e tronco, mão livres para chegar à boca;
- **Contenção manual** (*facilitated tuckin* ou *containment*): mãos para segurar cabeça, braços e pernas do lactente, mantendo tronco e membros alinhados e em flexão;
- **Distração:** antes e durante procedimento, desviar atenção com atividades cognitivas (vídeo, imagens, contar histórias, pintar e/ou desenhar, jogos, cantar, soprar bolas de sabão), adaptado à idade e preferências da criança;
- **Glicose 30%** ou **sacarose 24%:** 2ml solução oral sobre a porção anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento (eficaz no 1º ano de vida);
- **Sucção não nutritiva:** utilização da chupeta como medida terapêutica (só para lactentes doentes e que já utilizem chupeta);
- **Imaginação guiada:** imagem mental que envolva componentes visuais, auditivas, olfativas e gustativas;

- **Massagem:** estimulação cutânea com ou sem aplicação de óleos durante 15-30 minutos;
- **Modelação:** observar procedimento semelhante (outra criança, outro adulto, vídeo, demonstração em boneco);
- **Preparação:** explicar procedimento e eventual experiência sensorial para criar experiência realista (pode incluir demonstração e manipulação);
- **Reforço positivo:** combinar comportamento esperado e recompensa, no final elogiar verbalmente e oferecer pequenos prémios (penso rápido infantil e/ou diploma);
- **Relaxamento:** antes e/ou depois relaxamento muscular progressivo e exercícios respiratórios para diminuir nível de vigília e ansiedade;

### **Antes do procedimento**

- Explicar o procedimento à família e solicitar a sua colaboração na preparação da criança e das suas expectativas;
- Demonstrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e receios da criança e família;
- Apoiar a criança e família, se necessário.

NOTA: No lactente, as estratégias de amamentação ou administração de glucose30%/sacarose24% devem ter início 2 minutos antes do procedimento. A utilização de creme anestésico depende exclusivamente da família, na medida em que a unidade não contempla esta terapêutica. Caso o pretenda, a família pode adquirir o produto previamente e, preferencialmente, proceder à sua aplicação correta e atempada.

### **Seleção da(s) estratégia(s) a utilizar**

A seleção da(s) estratégia(s) a utilizar deve obedecer ao estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra, bem como contemplar as suas características individuais. É nesta medida que a sua determinação deve ser negociada com a família, parceira determinante para o sucesso da intervenção (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde, 2012).

#### **LACTENTE (0-12 meses)**

- Amamentação (iniciar 2/3 minutos antes do procedimento)
- Contenção com lençol/manta
- Contenção manual
- Método canguru ou contacto pele-a-pele
- Chupeta
- Glucose 30%/sacarose 24% (iniciar 2/3 minutos antes do procedimento)
- Distração adequada à idade: brinquedo favorito, cantar, música ou objeto de conforto

#### **TODDLERS (1-5 anos)**

- Criança sentada ereta
- Abraçar a criança durante o procedimento
- Distração adequada à idade: vídeo, imagens, brinquedos, desenhar e/ou pintar, livros, bolas de sabão, moinho de vento ou jogos

NOTA: a visualização de vídeos reduz a percepção de dor e aumenta o uso do balanço e conforto físico promovido pela família

#### **IDADE ESCOLAR (6-12 anos)**

- Sentar a criança na posição vertical
- Abraçar a criança ou ficar por perto durante o procedimento
- Algumas crianças desta idade gostam de observar a realização do procedimento
- Distração apropriada para a idade: jogos eletrônicos, brinquedos, desenhar e/ou pintar, livros, atividades que estimulem a respiração profunda ou que a envolvam ativamente

#### **ADOLESCENTE (13-18 anos)**

- Sentar o adolescente na vertical (se quiser)
- Família disponível para apoio
- Alguns adolescentes gostam de observar a realização do procedimento
- Distração adequada à idade: música, jogos, aparelhos eletrônicos ou ver filmes
- Múltiplas combinações

Após introdução da agulha nos tecidos, não proceder à aspiração e introduzir, de imediato, a terapêutica. Ao longo do procedimento avaliar eficácia da(s) estratégia(s) escolhida(s) e efetivar as necessárias adaptações. Dar o tempo necessário para a criança se organizar e conter, respeitando o seu próprio processo de gestão da dor.

#### **Após o procedimento**

- Avaliar o estado geral da criança;
- Demonstrar disponibilidade para prestar apoio e esclarecer dúvidas da criança e família;
- Reforçar positivamente o empenho e bravura da criança e preencher certificado de coragem (apêndice 1) com nome e idade da criança, incentivando-a, nos casos aplicáveis, a fornecer os dados necessários;
- Elogiar a colaboração da família ao longo de todo o procedimento.

NOTA: Não obstante o disposto, preconiza-se que, em cada gabinete de enfermagem, com particular relevância para o destinado à consulta de saúde infantil, seja disponibilizado o documento de suporte em apêndice (apêndice 2) como apoio à tomada de decisão.

Para a implementação de algumas das estratégias não farmacológicas para controlo da dor acima referidas, são necessários materiais adequados ao desenvolvimento e idade da criança que fazem parte de um “*Kit sem dói-dói*” (construído para a unidade – apêndice 3)

#### ***Kit sem dói-dói***

É constituído por uma variedade de materiais didáticos e lúdicos, que se destinam à aprendizagem de estratégias para diminuir o medo e a ansiedade da criança e dos pais e contribuir para a diminuição da perceção de dor nos procedimentos dolorosos. A utilização dos materiais do *kit* permite o desenvolvimento de estratégias cognitivas, comportamentais e sensoriais que favorecem o controlo da dor associada aos procedimentos e estimula a participação de todos os intervenientes, através do brincar terapêutico (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

O brincar representa um papel essencial no desenvolvimento das crianças mesmo em situação de doença, é também um dos principais componentes dos cuidados de enfermagem holísticos. A intervenção do

enfermeiro deve ser planeada tendo como base a brincadeira, com foco na melhoria da qualidade dos cuidados e diminuição do *stress* da criança e da família (Hockenberry, 2022).

A utilização de brinquedos durante a realização de procedimentos e a partilha de informação à família acerca dos mesmos, reduz a ansiedade e aumenta a satisfação relacionada com os cuidados (Ghabeli et al., 2014).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013), um exemplo de *kit* sem dor adequado a cada idade e estágio de desenvolvimento pode ser o seguinte:

Idades	Brinquedo terapêutico e lúdico Material didático e terapêutico	Estratégia não farmacológica
0 – 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brinquedos macios, com cores vivas, que produzam sons: roca, telemóvel e caixinha de música;</li> <li>• Panos macios;</li> <li>• Bola com espelho e som, bola macia;</li> <li>• Livros com música e texturas em relevo;</li> <li>• CD's de música para bebés;</li> <li>• Máscara, barrete, sistema de soro e penso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploração dos objetos que proporcionam sensações de movimento, auditivas, visuais e táteis;</li> <li>• Jogo do “esconde-esconde”;</li> <li>• Simulação de procedimentos associados a procedimentos invasivos, através da colocação de máscara, barrete, perfusão endovenosa, penso na pessoa significativa e fazer com que o bebé toque estes materiais.</li> </ul>
1 – 3 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boneco para servir de modelo;</li> <li>• Material didático como compressas, pensos, adesivo, ligaduras;</li> <li>• Livros de histórias que podem estar relacionadas com a saúde;</li> <li>• Livros coloridos com histórias, canções e rimas;</li> <li>• Instrumentos musicais como o tambor, pandeireta, o piano, o xilofone;</li> <li>• Jogos de encaixe;</li> <li>• Fantoches de dedo;</li> <li>• Caixinha com grãos de café;</li> <li>• CD's de música para crianças;</li> <li>• Material, como lápis e papel, para desenhos;</li> <li>• Apitos coloridos tipo «língua da sogra»;</li> <li>• Bolas de sabão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Simulação de procedimentos efetuados pela criança através da imitação sobre o que vai acontecer e experimentar;</li> <li>• Distração através da perceção visual, auditiva, tátil e olfativa;</li> <li>• Distração proporcionada pela concentração em jogos de construção;</li> <li>• Contar histórias que permitem a identificação da criança com as situações vividas ou a experimentar;</li> <li>• Arteterapia através do desenho e da pintura;</li> <li>• Relaxamento através de exercícios respiratórios.</li> </ul>
4 – 6 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boneco para servir de modelo;</li> <li>• Material didático, como compressas, pensos, adesivos, ligaduras, seringas, frasco e sistema de soro;</li> <li>• Fantoches, bonecos variados;</li> <li>• Livros de histórias, que podem estar relacionadas com a saúde;</li> <li>• Livros coloridos com histórias, canções, lengalengas, rimas, adivinhas;</li> <li>• Jogos, como os <i>puzzles</i>;</li> <li>• Material como lápis e papel para desenhos;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dramatização das situações já vividas ou que irá experimentar, representando situações a partir de informações dadas sobre as rotinas hospitalares e procedimentos a realizar;</li> <li>• Distração através da perceção visual, auditiva e tátil;</li> <li>• Distração proporcionada pela concentração em jogos de construção;</li> <li>• Arteterapia através do desenho e da pintura;</li> <li>• Humor;</li> <li>• Relaxamento através dos exercícios respiratórios e contração e descontração muscular progressivos;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CD's de música e histórias infantis e vídeos;</li> <li>• «Cobra d'água»;</li> <li>• Apitos coloridos tipo «língua da sogra»;</li> <li>• Bolas coloridas;</li> <li>• Certificado de coragem ou medalhas de bom comportamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorização das atitudes de cooperação e controlo da situação.</li> </ul>
7 – 11 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livros «O Corpo Humano»;</li> <li>• Material didático, como compressas, pensos, adesivos, ligaduras, seringas;</li> <li>• Livros de temáticas diversas: ciência, anedotas, adivinhas;</li> <li>• Jogos: puzzles, «quebra-cabeças», encaixar bolas em buracos, enigmas, caleidoscópio, <i>sudoku</i>, palavras cruzadas;</li> <li>• CD's de música e vídeos;</li> <li>• Bolas coloridas anti-stress, «Cobra d'água», copo de massa maleável que permite produzir sons (para exercícios de relaxamento).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicação e demonstração dos procedimentos;</li> <li>• Manipulação do material didático;</li> <li>• Visualização das áreas do corpo envolvidas nos procedimentos;</li> <li>• Leitura;</li> <li>• Distração;</li> <li>• Humor;</li> <li>• Relaxamento através dos exercícios respiratórios e contração e descontração muscular progressivos.</li> </ul>
12 – 18 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livros «O Corpo Humano»;</li> <li>• Livros de temáticas diversas: ciência, anedotas, adivinhas;</li> <li>• Jogos: <i>puzzles</i>, «quebra-cabeças», encaixar bolas em buracos, enigmas, cubo mágico, <i>hand spinner</i>, <i>sudoku</i>, <i>mandalas</i>, palavras cruzadas, cartas;</li> <li>• CD's de música e vídeos;</li> <li>• Bolas coloridas anti-stress.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicação e demonstração dos procedimentos;</li> <li>• Visualização das áreas do corpo envolvidas nos procedimentos;</li> <li>• Leitura;</li> <li>• Distração;</li> <li>• Humor;</li> <li>• Relaxamento através dos exercícios respiratórios e contração e descontração muscular progressivos.</li> </ul>

#### BIBLIOGRAFIA

- Aydin, D., Sahiner, N.C., & Ciftci, E.K. (2017). Non-pharmacological strategies used to reduce procedural pain in infants by nurses at family health centres. *JPMA*, 67(6), 889-894.
- Ballard, A., et al. (2017). Distraction kits for pain management of children undergoing painful procedures in the emergency department: A pilot study. *Pain Management Nursing*, 18(6), 418-426. doi: 10.1016/j.pmn.2017.08.001
- Erkul, M., & Efe, E. (2017). Efficacy of breastfeeding on babies' pain during vaccinations. *Breastfeeding Medicine*, 20(20), 110-115. doi: 10.1089/bfm.2016.0141
- Gaglani, A., & Gross, T. (2018). Pediatric Pain Management. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 36(2), 323–334. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2017.12.002>
- Gates, A., et al. (2018). Procedural pain: Systematic review of parent experiences and information needs. *Clinical Pediatrics*, 57(6), 672-688. doi: 10.1177/0009922817733694
- Ghabeli, F., Moheb, N., & Hosseini Nasab, S. D. (2014). Effect of Toys and Preoperative Visit on Reducing Children's Anxiety and their Parents before Surgery and Satisfaction with the Treatment Process. *Journal of Caring Sciences*, 3(1), 21–28. <https://doi.org/10.5681/jcs.2014.003>
- Göl, İ., & Özsoy, S.A. (2017). Effects of rapid vaccine injection without aspiration and applying manual pressure before vaccination on pain and crying time in infants. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 14(2), 154-162. doi: 10.1111/wvn.12206

- Gold, J.I., & Mahrer, N.E. (2018). Is virtual reality ready for prime time in the medical space? A randomized control trial of pediatric virtual reality for acute procedural pain management. *Journal of Pediatric Psychology*, 43(3), 266–275. doi: 10.1093/jpepsy/jsx129
- Hockenberry, M. J. (2019). Perspectives of Pediatric Nursing. In *In M. J. Hockenberry, D. Wilson & C. C. Rodgers. WONG's Nursing Care of Infants and Children* (11th ed., pp. 1–14). Elsevier.
- Leite, A.M., Silva, S.C.T.O., Castral, T.C., Nascimento, L.C., Sousa, M.I., & Scochi, C.G.S. (2015). Amamentação e contato pele-a-pele no alívio da dor em recém-nascidos na vacina contra Hepatite B. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17(3), 1-9. doi: 10.5216/ree.v17i3.31932
- Koller, D., & Goldman, R. D. (2012). Distraction techniques for children undergoing procedures: a critical review of pediatric research. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(6), 652–681. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.08.001>
- Maisonneuve, A. R., Witteman, H. O., Brehaut, J., Dubé, È., & Wilson, K. (2018). Educating children and adolescents about vaccines: a review of current literature. *Expert Review of Vaccines*, 17(4), 311-321. doi: 10.1080/14760584.2018.1456921
- McNair, C., et al. (2017). Parent-led interventions in reducing infant vaccination pain after participation in a longitudinal randomized control trial. *Paediatrics & Child Health*, 22(4), 217-219. doi: 10.1093/pch/pxx040
- Oommen, S., Kathuria, O. K., & Mathur, R. G. (2014). Effectiveness of the distraction technique on pain & behavioral distress during invasive pediatric procedure among school age children. *International Journal of Nursing Education*, 6(2), 159-164. doi: 10.5958/0974-9357.2014.00626.6
- Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 351/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República*, 2ª série, 119, 16660-16665.
- Peng, H., Yin, T., Yang, L., Wang, C., Chang, Y., Jeng, M., & Liaw, J. (2018). Non-nutritive sucking, oral breast milk, and facilitated tucking relieve preterm infant pain during heel-stick procedures: A prospective, randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 162-170. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.10.001:10.1016/j.ijnurstu.2015.04.012
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2012a). *Orientação n.º 022/2012. Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos)*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2012b). *Orientação n.º 024/2012. Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2013). *Norma da Direção Nacional de Saúde n.º 010/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Redfern, R.E., Chen, J.T., & Sibrel, S. (2018). Effects of thermomechanical stimulation during vaccination on anxiety, pain, and satisfaction in pediatric patients: A randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Nursing*, 38, 1-7. doi: 10.1016/j.pedn.2017.09.009
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário Da República*, 2.ª Série (N.º 133 - 12-07-2018), 19192–19194.
- Ridell, R.P., O'Neill, M.C., Campbell, L., Taddio, A., Greenber, S., & Garfield, H. (2018). The ABCDs of pain management: A double-blind randomized controlled trial examining the impact of a brief educational video on infants' and Toddlers' pain scores and parent soothing behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 43(3), 224-233.

doi: 10.1093/jpepsy/jsx122

Saleh, E., Swamy, G.K., Moody, M.A., & Walter, E.B. (2017). Parental approach to the prevention and management of fever and pain following childhood immunizations: A survey study. *Clinical Pediatrics*, 56(5), 435-442. doi: 10.1177/0009922816675116

Satchi, N.S., Perdita, H., & Sankar, J. (2017). Pain perception of children during venipuncture. *International Journal of Advance Research, Ideas and Innovations in Technology*, 3(4), 1006-1009.

Schurman, J.V., et al. (2017). Using quality improvement methods to increase use of pain prevention strategies for childhood vaccination. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 6(1), 81-88. doi: 10.5409/wjcp.v6.i1.81

Taddio, A., et al. (2017). A longitudinal randomized trial of the effect of consistent pain management for infant vaccinations on future vaccination distress. *Journal of Pain*, 18(9), 1060-1066. doi: 10.1016/j.jpain.2017.04.002. Epub 2017 Apr 26

Taddio, A., et al. (2015). Procedural and physical interventions for vaccine injections: Systematic review of randomized controlled trials and quasi-randomized controlled trials. *Clinical Journal of Pain*, 31(10), S20-37. doi: 10.1097/AJP.0000000000000264

Taddio, A., et al (2015). Reducing pain during vaccine injections: clinical practice guideline. *CMAJ*, 187(13), 975-82. doi: 10.1503/cmaj.150391

Thakur, S., Sarin, J., & Kumar, Y. (2015). Effect of swaddling on pain and physiological parameters in neonates during heel lance. *International Journal of Nursing Education*, 7(1), 54-57. doi: 10.5958/0974-9357.2015.00011.2

Yin, H., Cheng, S., Yang, C., Chiu, Y., & Weng, Y. (2017). Comparative survey of holding positions for reducing vaccination pain in young Infants. *Pain Research & Management*, 2017, 1-7. doi: 10.1155/2017/3273171

Yin, T., Yang, L., Lee, T., Li, C., Hua, Y., & Liaw, J. (2015). Development of atraumatic heel-stick procedures by combined treatment with non-nutritive sucking, oral sucrose, and facilitated tucking: A randomised, controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(8), 1288-1299. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.04.012

**Elaborado por**

**Revisto por**

Márcia Bodião Oliveira

(Enfermeira, estudante do MEEESIP – ESEL)

**Revisto por**

Conselho Técnico da USF

**Aprovado por**

Equipa de Enfermagem

da USF

# APÊNDICES

## APÊNDICE 1 – CERTIFICADO DE CORAGEM



# CERTIFICADO DE CORAGEM

Certifica-se que \_\_\_\_\_,

de \_\_\_\_\_ anos, enfrentou a temida agulha e venceu esta batalha,

tendo as doses de vacinas completas para a idade.



\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.



## APÊNDICE 2 – DOCUMENTO DE SUPORTE



# CUIDADO ATRAUMÁTICO EM PROCEDIMENTOS COM AGULHA

### LACTENTE (0-12 meses)

- Amamentação (iniciar 2/3 minutos antes do procedimento)
- Contenção com lençol/manta
- Contenção manual
- Método canguru
- Chucha
- Glucose 30% (iniciar 3/3 minutos antes do procedimento)
- Distração adequada à idade (brinquedo favorito, cantar, música ou objeto de conforto)
- Múltiplas combinações

### TODDLERS (1-5 anos)

- Criança sentada ereta
- Abraçar a criança durante o procedimento
- Distração adequada à idade (brinquedos, livros, bolas de sabão, moinho de vento ou jogos)
- Visualização de vídeo reduz a percepção de dor e aumenta o uso do balanço e conforto físico promovido pelos pais

### IDADE ESCOLAR (6-12 anos)

- Sentar a criança na posição vertical
- Abraçar a criança ou ficar por perto durante o procedimento
- Algumas crianças desta idade gostam de ver
- Distração apropriada para a idade (jogos eletrónicos, brinquedos, atividades que estimulam a respiração profunda ou que a envolvem ativamente)

### ADOLESCENTE (13-18 anos)

- Sentar o adolescente na vertical (se quiser)
- Cuidadores disponíveis para apoio
- Alguns adolescentes gostam de assistir
- Distração adequada à idade (música, jogos, aparelhos eletrónicos ou assistir)



Envolver os pais



Não aspirar



Reforço positivo





## ESTRATÉGIAS NÃO-FARMACOLÓGICAS RECOMENDADAS PELA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

**Amamentação:** antes e durante o procedimento, mantendo uns minutos após o final

**Contenção com lençol** (*swaddling*): envolver com lençol / cobertor, com flexão membros e tronco, mão livres para chegar à boca

**Contenção manual** (*facilitated tuckin* ou *containment*): mãos para segurar cabeça, braços e pernas do lactente, mantendo tronco e membros alinhados e em flexão

**Distração:** antes e durante procedimento, desviar atenção com atividades cognitivas (vídeo, imagens, contar histórias, cantar, soprar bolas de sabão), consoante da idade e preferências da criança

**Glicose 30% ou sacarose 24%:** 2ml solução oral sobre a porção anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento. Eficaz no 1º ano de vida.

**Sucção não nutritiva:** chupeta e só para lactentes doentes e que utilizam chupeta

**Imaginação guiada:** imagem mental que envolva componentes visuais, auditivas, olfativas e gustativas

**Massagem:** estimulação cutânea com ou sem aplicação de óleos durante 15-30 minutos

**Modelação:** observar procedimento semelhante (outra criança, outro adulto, vídeo, demonstração boneco)

**Preparação:** explicar procedimento e eventual experiência sensorial para criar experiência realista (pode incluir demonstração e manipulação)

**Reforço positivo:** combinar comportamento esperado e recompensa, no final elogiar verbalmente e oferecer pequenos prémios (diploma)

**Relaxamento:** antes e/ou depois relaxamento muscular progressivo e exercícios respiratórios para diminuir nível de vigília e ansiedade



### APÊNDICE 3 – COMPOSIÇÃO DO KIT SEM DÓI-DÓI

Material
1 roca
1 pato de borracha
2 livros com sons e texturas
5 caixas de pensos rápidos infantis
1 nenuco
Material didático: 2 pacotes de compressas, 2 seringas e 3 ligaduras
1 pandeireta
1 jogo de encaixe
3 livros para colorir com desenhos infantis
2 caixas de lápis (de cor e de cera)
2 frascos de bolas de sabão
1 caleidoscópio
300 certificados de coragem
1 atlas do corpo humano
1 cubo mágico
1 baralho de cartas
1 revista de <i>sudoku</i>
1 livro para colorir de <i>mandalas</i>
1 bola <i>anti-stress</i>
1 <i>hand spinner</i>

## **Apêndice IX – Kit sem dói-dói**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil  
e Pediatria  
Relatório de Estágio**

*Kit sem dói-dói*

**Márcia Filipa Bodião Oliveira**

---

**Lisboa  
2023**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil  
e Pediatria  
Relatório de Estágio**

*Kit sem dói-dói*

**Márcia Filipa Bodião Oliveira**



**Orientador: Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues**



**Lisboa  
2023**

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

USF – Unidade de Saúde Familiar

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	5
1. JUSTIFICAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO <i>KIT</i> .....	6
2. CONSTITUIÇÃO DO <i>KIT</i> .....	9
3. CONCLUSÃO .....	12
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	14

## INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio realizado em cuidados de saúde primários, numa Unidade de Saúde Familiar (USF), englobado na Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 3.º semestre do 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, surgiu a oportunidade criar um *kit* sem dor, intitulado “*kit* sem dói-dói” para ser utilizado pela equipa de enfermagem durante as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil e procedimentos dolorosos realizados.

Esta ideia surgiu após a apresentação do tema do meu projeto à Enfermeira orientadora, que me elucidou para o facto de no âmbito da vacinação muita coisa já ter sido feita na USF e que preferia que fizesse algo diferente e se possível englobar outras áreas de trabalho da saúde infantil e juvenil. Da ausência da existência de um *kit* sem dor emergiu a ideia da sua criação, constituído por vários brinquedos terapêuticos e materiais didáticos, que fosse utilizado quer durante a vacinação, como na realização de outros procedimentos dolorosos e durante a realização de consultas de vigilância preconizadas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ).

Este *kit* foi criado com base nas indicações emanadas pela Ordem dos Enfermeiros, (OE, 2013) devendo ser constituído por uma panóplia de materiais didáticos e lúdicos. Estes serão utilizados na implementação de estratégias para redução do medo e ansiedade da criança, jovem e família, associados aos cuidados e profissionais de saúde, assim como na redução da perceção de dor em procedimentos dolorosos para profilaxia, diagnóstico e/ou tratamento.

A fundamentação teórica e constituição do “*kit* sem dói-dói” foi introduzida na norma de boas práticas em procedimentos com agulha na criança/adolescente, já existente na USF e que foi revista por mim. O *kit* foi disponibilizado e apresentado a toda a equipa de enfermagem, permanecendo na sala destinada à realização de consultas de saúde infantil e juvenil, onde já existiam alguns materiais didáticos e paredes decoradas com bonecos. A sua aplicação ocorreu durante a última semana de estágio, durante a realização de consultas e vacinação a crianças e jovens de várias idades, o que permitiu a aplicação de diferentes estratégias e materiais.

Desta forma este documento divide-se em três capítulos: justificação, constituição do kit e conclusão.

## 1. JUSTIFICAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DO KIT

A experiência da dor é influenciada por diversos fatores, incluindo fatores biológicos (idade, género, estágio de desenvolvimento, predisposição genética, tipo de lesão/doença), fatores socioculturais (modelos de reação à dor, influência da família, níveis de ansiedade dos pais, educação, apoio social, amizades, ambiente escolar, crenças culturais e religiosas) e fatores psicológicos (experiências anteriores com a dor, personalidade, medo, ansiedade e estratégias de *coping*), podendo os últimos sofrer intervenção dos profissionais de saúde (APED, 2018).

O controlo da dor é um direito de todas as pessoas, com destaque especial para as crianças e jovens, que são seres indefesos e devem ser protegidos de qualquer sofrimento. A dor é reconhecida como o 5.º sinal vital e o seu controlo é um dever e indicador de boa prática de acordo com a Direção-Geral da Saúde. Portanto, é fundamental avaliar, tratar e documentar as intervenções para garantir o alívio adequado da dor (OE, 2013).

Para implementar estratégias de gestão da dor, é essencial iniciar a sua avaliação. Nas crianças e jovens, essa avaliação pode ser dificultada devido à associação frequente da dor com medos e ansiedades, transformando-a num desafio. Além disso, a experiência da dor é única para cada pessoa, nas crianças e jovens em particular, devido ao seu desenvolvimento cognitivo, emocional e linguístico em constante evolução, a abordagem deve ser altamente específica e adaptada às suas necessidades individuais (APED, 2018).

No controlo da dor na criança e jovem é imperativa a preparação e informação prévia dos procedimentos a realizar, utilizando linguagem e estratégias adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo. Também a família deve ser preparada e informada da forma como deve agir durante a realização de procedimentos, tornando-se parceira de cuidados (Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde [DGS], 2012).

Gaglani e Gross (2018), referem que ser essencial a utilização de intervenções não farmacológicas como medidas de conforto físico e técnicas de distração. Estas consideram-se abordagens psicológicas eficazes em casos de dor leve, procedimentos dolorosos ou como complemento aos analgésicos. Auxiliam no aumento do controlo da dor, promovem a saúde e o bem-estar e contribuem para uma maior autonomia da criança e da família. A escolha das intervenções deve ser

baseada no desenvolvimento cognitivo da criança, suas preferências, bem como no contexto envolvente e na situação de cuidados (Koller & Goldman, 2012).

Na ajuda da escolha da melhor estratégia não farmacológica a implementar, Cohen (2008) e Koller & Goldman (2012), identificam várias: preparação para o procedimento; fornecimento de informação à criança, adequada à idade, para lidar com o procedimento; posicionamento confortável (normalmente ao colo dos pais); atividades de distração (óculos de realidade virtual, brinquedos, jogos e vídeos interativos, jogos eletrónicos, ver televisão, ouvir música, fazer bolas de sabão e contar histórias); exercícios respiratórios; relaxamento; imaginação guiada; reforço positivo e elogio.

A implementação de todas as referidas estratégias, exige o uso de técnicas comunicacionais, como é exemplo o brincar terapêutico, que contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados pediátricos e da relação de confiança estabelecida com a criança e jovem, fortalecendo o vínculo e a empatia (Coelho et al., 2021). O brincar desempenha um papel fundamental no desenvolvimento infantil, inclusive em situações de doença, sendo um componente crucial dos cuidados de enfermagem holísticos. Os enfermeiros devem planear as suas intervenções tendo como alicerce a brincadeira, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados e reduzir *stress* da criança, jovem e família (Hockenberry, 2022) O brincar pode ainda ser interpretado como um importante meio de comunicação na infância, podendo ser utilizado como forma de tratamento e de estratégia para ganhar a confiança da criança (Koukourikos et al., 2015).

Dentro do contexto do brincar terapêutico pode surgir uma estratégia valiosa: a utilização de um *kit* sem dor, dependendo do objetivo terapêutico e das necessidades específicas da criança ou jovem. A sua utilização tem benefícios reconhecidos como a redução da ansiedade, desenvolvimento de habilidades de comunicação, preparação para procedimentos médicos, aumento da empatia e compreensão e promoção da resiliência. No entanto, a inclusão deste *kit* deve ser adaptada às necessidades individuais e supervisionada por um profissional treinado em brincar terapêutico (OE, 2013; Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2012).

Este *kit* consiste numa coleção de materiais educativos e lúdicos projetados para ajudar crianças, jovens e famílias a lidar com o medo e a ansiedade relacionados com procedimentos dolorosos, visando também a redução da perceção da dor durante os mesmos. A utilização destes materiais permite o desenvolvimento de estratégias

cognitivas, comportamentais e sensoriais para controlar a dor associada aos procedimentos, promovendo a participação de todos os intervenientes através do brincar terapêutico (Ordem dos Enfermeiros, 2013). A utilização destes brinquedos durante a realização de procedimentos e a partilha de informação à família acerca dos mesmos, reduz a ansiedade e aumenta a satisfação relacionada com os cuidados (Ghabeli et al., 2014).

Em suma, relativamente à comunicação, o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica refere que é do seu âmbito de competências a demonstração de conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança, jovem e família e habilidades de adaptação da comunicação ao seu estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis, bem como a negociação da participação da criança, jovem e família em todo o processo de cuidar (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

O enfermeiro deve capacitar a criança e jovem a participar ativamente no seu processo de cuidados, através da adaptação das intervenções às suas particularidades. Os fatores de *stress* associados à idade devem identificar-se, para planejar as intervenções no sentido de os prevenir ou diminuir (Coelho et al., 2021).

Concluindo os enfermeiros devem contribuir para a implementação de cuidados não traumáticos assentes em três pilares: evitar a separação da criança e da família, promover a sensação de controlo e minimizar as intervenções invasivas e de dor, como intuito de diminuir as experiências traumáticas, com recurso, se possível, aos materiais de um *kit* sem dor (Hockenberry, 2022).

## 2. CONSTITUIÇÃO DO KIT

Idades	Brinquedo terapêutico e lúdico Material didático e terapêutico	Estratégia não farmacológica
0 – 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Brinquedos macios, com cores vivas, que produzam sons: roca, telemóvel e caixinha de música;</b></li> <li>• Panos macios;</li> <li>• Bola com espelho e som, bola macia;</li> <li>• Livros com música e texturas em relevo;</li> <li>• CD's de música para bebês;</li> <li>• Máscara, barrete, sistema de soro e penso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploração dos objetos que proporcionam sensações de movimento, auditivas, visuais e táteis;</li> <li>• Jogo do “esconde-esconde”;</li> <li>• Simulação de procedimentos associados a procedimentos invasivos, através da colocação de máscara, barrete, perfusão endovenosa, penso na pessoa significativa e fazer com que o bebê toque estes materiais.</li> </ul>
1 – 3 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Boneco para servir de modelo;</b></li> <li>• Material didático como compressas, pensos, adesivo, ligaduras; Livros de histórias que podem estar relacionadas com a saúde;</li> <li>• Livros coloridos com histórias, canções e rimas;</li> <li>• <b>Instrumentos musicais como o tambor, pandeireta, o piano, o xilofone;</b></li> <li>• <b>Jogos de encaixe;</b></li> <li>• Fantoches de dedo;</li> <li>• Caixinha com grãos de café;</li> <li>• CD's de música para crianças;</li> <li>• <b>Material, como lápis e papel, para desenhos;</b></li> <li>• Apitos coloridos tipo «língua da sogra»;</li> <li>• <b>Bolas de sabão.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Simulação de procedimentos efetuados pela criança através da imitação sobre o que vai acontecer e experimentar;</li> <li>• Distração através da percepção visual, auditiva, tátil e olfativa;</li> <li>• Distração proporcionada pela concentração em jogos de construção;</li> <li>• Contar histórias que permitem a identificação da criança com as situações vividas ou a experimentar;</li> <li>• Arteterapia através do desenho e da pintura;</li> <li>• Relaxamento através de exercícios respiratórios.</li> </ul>
4 – 6 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Boneco para servir de modelo;</b></li> <li>• <b>Material didático, como compressas, pensos, adesivos, ligaduras, seringas, frasco e sistema de soro;</b></li> <li>• Fantoches, bonecos variados;</li> <li>• <b>Livros de histórias, que podem estar relacionadas com a saúde;</b></li> <li>• Livros coloridos com histórias, canções, lengalengas, rimas, adivinhas;</li> <li>• <b>Jogos, como os puzzles;</b></li> <li>• Material como lápis e papel para desenhos;</li> <li>• CD's de música e histórias infantis e vídeos;</li> <li>• «Cobra d'água»;</li> <li>• Apitos coloridos tipo «língua da sogra»;</li> <li>• Bolas coloridas;</li> <li>• <b>Blocos de diplomas ou medalhas de bom comportamento.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dramatização das situações já vividas ou que irá experimentar, representando situações a partir de informações dadas sobre as rotinas hospitalares e procedimentos a realizar;</li> <li>• Distração através da percepção visual, auditiva e tátil;</li> <li>• Distração proporcionada pela concentração em jogos de construção;</li> <li>• Arteterapia através do desenho e da pintura;</li> <li>• Humor;</li> <li>• Relaxamento através dos exercícios respiratórios e contração e descontração muscular progressivos;</li> <li>• Valorização das atitudes de cooperação e controlo da situação.</li> </ul>

<p>7 – 11 anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Livros «O Corpo Humano»;</b></li> <li>• <b>Material didático, como compressas, pensos, adesivos, ligaduras, seringas;</b></li> <li>• Livros de temáticas diversas: ciência, anedotas, adivinhas;</li> <li>• <b>Jogos: puzzles, «quebra-cabeças», encaixar bolas em buracos, enigmas, sudoku, palavras cruzadas;</b></li> <li>• CD's de música e vídeos;</li> <li>• Bolas coloridas anti-stresse, «Cobra d'água», copo de massa maleável que permite produzir sons (para exercícios de relaxamento).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicação e demonstração dos procedimentos;</li> <li>• Manipulação do material didático;</li> <li>• Visualização das áreas do corpo envolvidas nos procedimentos;</li> <li>• Leitura;</li> <li>• Distração;</li> <li>• Humor;</li> <li>• Relaxamento através dos exercícios respiratórios e contração e descontração muscular progressivos.</li> </ul>
<p>12 – 18 anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Livros «O Corpo Humano»;</b></li> <li>• Livros de temáticas diversas: ciência, anedotas, adivinhas;</li> <li>• <b>Jogos: puzzles, «quebra-cabeças», encaixar bolas em buracos, enigmas, sudoku, palavras cruzadas, cartas;</b></li> <li>• CD's de música e vídeos;</li> <li>• <b>Bolas coloridas anti-stresse.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicação e demonstração dos procedimentos;</li> <li>• Visualização das áreas do corpo envolvidas nos procedimentos;</li> <li>• Leitura;</li> <li>• Distração;</li> <li>• Humor;</li> <li>• Relaxamento através dos exercícios respiratórios e contração e descontração muscular progressivos.</li> </ul>





### 3. CONCLUSÃO

Desde cedo percebi que, nesta USF, existia uma preocupação constante com a aplicação de medidas não farmacológicas de alívio da dor na realização de procedimentos dolorosos na Poluição infantil. Estas medidas são um importante recurso para o alívio da dor de forma isolada ou concomitantemente com intervenções farmacológicas. A sua utilização é importante em situações potencialmente dolorosas, como é o exemplo da vacinação, tema do meu projeto. Todavia pareciam faltar alguns materiais didáticos e brinquedos que se adequassem a todas as faixas etárias. Desta forma, decidi que a criação de um *kit* sem dor traria benefícios para a experiência da criança, jovem e família e no estabelecimento de uma relação terapêutica entre a equipa e a díade.

Uma das minhas principais preocupações foi envolver, sempre que possível, a família no procedimento e utilizá-la como elemento transmissor de segurança, uma vez que a separação de si é um fator desencadeante de *stress*. Desta feita, a sua presença é um dos principais fatores a ter em conta até porque, habitualmente, as crianças querem permanecer ao seu colo. É deveras importante estabelecer uma parceria de cuidado com a família, para em conjunto com a mesma interpretar o estado emocional da criança e jovem, agindo em conformidade, através da implementação de estratégias não farmacológicas para a gestão da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A utilização de um *kit* sem dor em procedimentos dolorosos é uma abordagem significativa e compassiva para melhorar a experiência das crianças, jovens e famílias em situações desafiadoras. Em resumo permitem o alívio do sofrimento, redução da ansiedade, a melhoria na adesão ao tratamento e do bem-estar geral e a humanização dos cuidados. A sua eficácia depende da sua correta aplicação, através da adequada escolha farmacológica e de técnica a utilizar. Não obstante, importa referir que a segurança da díade deve sempre ser uma prioridade, garantindo que os procedimentos sejam realizados com precisão e que os riscos sejam devidamente avaliados.

Tive oportunidade de fazer uma breve apresentação à equipa de enfermagem dos vários materiais didáticos e brinquedos constituintes do *kit*, o que foi essencial para conhecimento geral do material que tinham à sua disposição. Tive ainda oportunidade de os utilizar no decorrer das consultas de saúde infantil e juvenil e na

administração de vacinas, o que se tornou bastante lisonjeante. Foi muito bom ver a aplicação prática do meu trabalho e perceber que contribuía para uma melhor experiência da tríade nos cuidados de saúde primários. Algumas famílias expressaram agradecimento pela aplicação do brincar terapêutico e verbalizaram que tinha decorrido melhor do que em experiências anteriores.

Em resumo, a utilização do “*kit sem dói-dói*” em procedimentos dolorosos tem o potencial de melhorar significativamente a experiência das crianças, jovens e famílias, o que contribui para a melhoria dos cuidados. Importa lembrar que cada criança e jovem são únicos, e as estratégias a aplicar podem precisar de ser adaptadas de acordo com sua idade, personalidade e necessidades específicas. Além disso, é essencial estabelecer uma parceria com a família, que melhor conhece a criança e jovem, o que nos permitirá escolher a melhor estratégia a aplicar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2018). *Desenhos da minha dor*. APED.
- Coelho, H. P., Souza, G. dos S. D. de, Freitas, V. H. da S., Santos, I. R. A. dos, Ribeiro, C. de A., Sales, J. K. D. de, Oliveira, J. D. de, Gonçalves, G. A. A., & Castro, A. P. R. de. (2021). Perception of the hospitalized child about the instructional therapeutic play in intravenous therapy. *Escola Anna Nery*, 25(3), 1–10. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0353>
- Cohen, L. L. (2008). Behavioral approaches to anxiety and pain management for pediatric venous access. *Pediatrics*, 122, 134–139. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1055f>
- Ghabeli, F., Moheb, N., & Hosseini Nasab, S. D. (2014). Effect of Toys and Preoperative Visit on Reducing Children's Anxiety and their Parents before Surgery and Satisfaction with the Treatment Process. *Journal of Caring Sciences*, 3(1), 21–28. <https://doi.org/10.5681/jcs.2014.003>
- Hockenberry, M. J. (2022). Perspectives of Pediatric Nursing. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *WONG'S Nursing Care of Infants and Children* (11 ed, pp. 1–14). Elsevier.
- Koller, D., & Goldman, R. D. (2012). Distraction techniques for children undergoing procedures: a critical review of pediatric research. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(6), 652–681. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2011.08.001>
- Koukourikos, K., Tzeha, L., Pantelidou, P., & Tsaloglidou, A. (2015). The Importance of Play During Hospitalization of Children. *Materia Socio Medica*, 27(6), 438–441. <https://doi.org/10.5455/msm.2015.27.438-441>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. In *Cadernos OE: Série 1, N.º6*. Cadernos OE. Série 1. Número 6. Lisboa.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2012). *Circular normativa N.º 022/2012 Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: DGS.
- Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia da República. *Diário Da República*, 2.ª Série (N.º 133 - 12-07-2018), 19192–19194.

**Apêndice X – Póster: “os super-heróis também precisam de vacinas... e o/a seu filho/a tem as vacinas atualizadas?”**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil  
e Pediatria**

**Relatório de Estágio**

**Póster: Os super-heróis também precisam de vacinas... e  
o/a seu filho/a tem as vacinas atualizadas?**

**Márcia Filipa Bodião Oliveira**

---

**Lisboa**

**2023**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil  
e Pediatria  
Relatório de Estágio**

**Póster: Os super-heróis também precisam de vacinas... e  
o/a seu filho/a tem as vacinas atualizadas?**

**Márcia Filipa Bodião Oliveira**



**Orientador: Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues**



**Lisboa  
2023**

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

PNV – Programa Nacional de Vacinação

OMS – Organização Mundial de Saúde

UP – Urgência Pediátrica

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	5
1. JUSTIFICAÇÃO.....	6
2. PÓSTER.....	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	10

## INTRODUÇÃO

Durante a realização do estágio na Urgência Pediátrica (UP), englobado na Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 3.º semestre do 13.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, surgiu a oportunidade de realizar um póster para colocar na sala de espera, que será utilizado num projeto do serviço que contempla ações no âmbito da promoção da saúde, a ser divulgadas em écrans na sala de espera.

Esta oportunidade surgiu após discussão de ideias com a Enfermeira orientadora sobre as atividades a realizar no estágio, no âmbito do meu projeto. Uma vez que em breve seria implementado no serviço o projeto relacionado com atividades de promoção da saúde, pareceu-nos oportuno a realização de um póster que abordasse o tema da vacinação, tão importante de comportamentos promotores de saúde. Este poster contém informação sobre os benefícios das vacinas, os princípios do Programa Nacional de Vacinação (PNV), importância da imunidade de grupo e de consultar um enfermeiro para se informar sobre a vacinação e ainda um *QR code* que permite a visualização do esquema recomendado do PNV.

A realização do póster e a sua divulgação no serviço contribuiu para suprimir algumas necessidades do serviço, uma vez que o cumprimento do PNV era pouco abordado pela equipa de enfermagem. A equipa foi sensibilizada para a necessidade de implementar essa apreciação na triagem e no serviço de observação, reconhecendo que a UP é um serviço oportunista e muitas vezes o único serviço ao qual algumas crianças e jovens recorrem.

Este póster surge como atividade para dar resposta ao objetivo geral definido de desenvolver competências especializadas no âmbito da promoção da vacinação da criança e jovem, em parceria com a família e contribuir para a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). É relevante passar a mensagem dos inúmeros benefícios da vacinação, dos quais se destacam a prevenção e eliminação de doenças, a redução da mortalidade infantil e melhoria da qualidade de vida. É ainda de ressaltar os pressupostos do PNV, que em muito tem contribuído para a melhoria dos indicadores de saúde em Portugal, sem esquecer a importância de informar sobre as potenciais reações adversas das vacinas.

# 1. JUSTIFICAÇÃO

A vacinação é uma das maiores histórias de sucesso médico da história devido a ter salvo milhões de vidas e evitado doenças e deficiências ao longo da vida para outros milhões (Washington State Department of Health et al., 2018). Os seus efeitos preventivos evitam 23 milhões de mortes anualmente, um número que aumentaria, em pelo menos 6 milhões, se em todo o mundo crianças e jovens cumprissem um esquema vacinal recomendado (Wang et al., 2021). As vacinas são fundamentais para a prevenção e controlo de surtos de doenças infecciosas, bacterianas e virais, garantindo a segurança sanitária global, melhoria do bem-estar dos povos, contribuição para a eficiência e sustentabilidade dos serviços de saúde, atuando como um fator de desenvolvimento e proporcionando amplos ganhos em educação e economia (World Health Organization [WHO], n.d.; WHO, 2019; Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde [DGS], 2020).

É um método seguro, eficaz, que acarreta baixos custos para a economia, uma vez que previne doenças e evita despesas médicas (Anderson, 2015; WHO, 2019). Em todo o mundo existem vacinas para prevenir mais de 20 doenças, o que contribui para a melhoria da qualidade de vida de pessoas de todas as idades. Algumas doenças foram erradicadas através de exaustivas campanhas de vacinação, enquanto outras se espera que sejam eliminadas em breve, como o sarampo e a rubéola. Contudo subsistem desafios, vacinas recentes contra doenças existentes, tal como a infeção causada pelo vírus do papiloma humano ou a doença invasiva meningocócica causada pela *Neisseria meningitidis* dos serogrupos A, C, W-135 e Y, bem como vacinas que podem ser desenvolvidas contra doenças emergentes no futuro (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2023).

A promoção da vacinação é internacionalmente reconhecida como uma intervenção essencial de saúde pública (Ames et al., 2017). Promover a vacinação é o contrário de instituir a vacinação como um ato, legislado, obrigatório, que poderá afastar os pais do sistema de saúde e impedir que as crianças e jovens tenham acesso a cuidados essenciais ao seu desenvolvimento (Hadjipanayis et al., 2020).

A nível nacional, a criação do PNV remonta ao ano de 1965, sofrendo contínuas revisões e melhorias, com o intuito de vacinar o maior número de pessoas, o mais precocemente possível, contribuindo para a proteção individual, promoção da saúde e sendo uma mais-valia para a saúde pública. É um programa universal, gratuito, cujo objetivo é a proteção da população contra as doenças que representam maior ameaça

à saúde pública e para as quais existe proteção eficaz através da vacinação. Os seus princípios são: “universalidade, destinando-se a todas as pessoas que em Portugal tenham indicação para vacinação; gratuidade, para o utilizador; acessibilidade; equidade; aproveitamento de todas as oportunidades de vacinação.” (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2020, p.17).

Um dos grandes alicerces do PNV, são os profissionais de saúde que trabalham nesta área. É graças ao seu profissionalismo e dedicação que os valores relativos à vacinação em Portugal são uma referência a nível internacional (Portugal. DGS. PNV, 2022). As suas funções são inúmeras: divulgação do programa, motivação das famílias e aproveitamento de todas as oportunidades para vacinar as pessoas suscetíveis, nomeadamente através da identificação e aproximação a grupos com menor acessibilidade ao serviço de saúde (Portugal. Ministério da Saúde. DGS, 2020). É neste sentido que a UP surge como uma oportunidade para identificar pessoas com o esquema de vacinação recomendado em atraso e como local para sensibilização da importância da atualização do mesmo. Para a manutenção destes resultados de excelência deve ser preservado o esforço de articulação entre as equipas coordenadoras da vacinação, com o intuito de alcançar os objetivos do PNV e cimentar a literacia dos profissionais de saúde sobre o mesmo (Portugal. DGS. PNV, 2022). O enfermeiro, sendo um dos profissionais de saúde que trabalha nesta área, é um dos principais motores destes resultados, a sua intervenção é fundamental para o cumprimento dos pressupostos do PNV.

Na prática, as intervenções dos enfermeiros passam por administrar vacinas, segundo o esquema vacinal recomendado pela Direção-Geral da Saúde (DGS), promover comportamentos de adesão à vacinação, executar registos, realizar a vigilância epidemiológica de aplicação do PNV e ainda gerir os *stocks* de vacinas (Frade et al., 2017). Na promoção da vacinação, os enfermeiros demonstram competências que demonstram confiança, entre elas: conhecimento das reações potenciais adversas, das contraindicações vacinais falsas e verdadeiras, das vias e locais de administração adequados, dos cuidados pós-vacinais e conservação das vacinas. Estes devem ainda informar e esclarecer previamente as dúvidas sobre as vacinas que vão ser administradas, explicar os benefícios da vacinação, bem como o risco da não vacinação, quando aplicável (Subtil & Vieira, 2011).

Apesar da grande evidência da segurança das vacinas, nem todas as crianças e jovens recebem as vacinas preconizadas, existindo alguns grupos de pais hesitantes ou resistentes, o que pode conduzir à existência de surtos de doenças

imunopreveníveis (Haroune & King, 2020). Corroborando com a existência desta problemática, em 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a hesitação vacinal como uma das principais ameaças à saúde global e em 2022 a vacinação infantil foi um dos principais destaques de saúde (WHO, 2019; WHO, 2022). A OMS relata também uma série de equívocos públicos sobre vacinas, incluindo falsas crenças de que as vacinas causam morte, as doenças imunopreveníveis foram eliminadas, as vacinas são ineficazes ou afetam negativamente o sistema imunológico e a maioria das pessoas que contraem doenças preveníveis é vacinada (WHO, 2023).

Na União Europeia, todos os países têm uma longa tradição de implementação de programas de vacinação (Mora & Trapero-Bertran, 2018). O desenvolvimento do modelo do Grupo de Trabalho *Strategic Advisory Group of Experts on Immunization*, encarregue do aconselhamento da OMS sobre políticas e estratégias globais gerais, desde pesquisa e desenvolvimento de vacinas e tecnologia, até à imunização e às suas ligações com outras intervenções de saúde, foi um passo significativo para a evolução de um conjunto de indicadores para monitorizar efetivamente a evolução da hesitação vacinal (Larson et al., 2014). Muitas vezes, são questões práticas, e não falta de confiança ou motivação, a principal causa da hesitação vacinal. Questões práticas incluem as experiências que as pessoas têm ao tentar ser vacinadas, incluindo as barreiras enfrentadas, por exemplo com acesso à unidade de saúde ou custos de transporte (WHO, 2023).

Os enfermeiros podem contribuir para o aumento da taxa de vacinação através da elaboração de um registo das crianças e jovens elegíveis para vacinação, enviar lembretes personalizados, sistemas de chamadas automáticas e até visitas domiciliárias. Estas intervenções têm-se mostrado eficazes para quem raramente recorre a serviços médicos (Anderson & Bryson, 2020). Outra importante ferramenta para promover a vacinação é a ampla divulgação de documentos oficiais de várias instituições de saúde nacionais e internacionais (ex: DGS, Ministério da Saúde, OMS, UNICEF) estes documentos devem ser mostrados no momento da vacinação, para uma tomada de decisão informada (Anderson & Bryson, 2020).

Para uma melhor intervenção, os enfermeiros precisam ser mais eficazes na identificação de fatores que influenciam a hesitação vacinal. Devem estar capacitados de conhecimentos, habilidades e confiança necessários para responder apropriadamente a todas as perguntas (Balgovind & Mohammadnezhad, 2022). A promoção da vacinação deve ocorrer em qualquer contexto de saúde, adaptando as intervenções de enfermagem às necessidades de cada criança, jovem e família.

## 2. PÓSTER

ESEL  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa



[www.esel.isg.ulisboa.pt/pt/pt/contato](http://www.esel.isg.ulisboa.pt/pt/pt/contato)

# OS SUPER-HERÓIS também PRECISAM DE VACINAS... e o SEU FILHO/A tem as VACINAS atualizadas ?

### As vacinas:

1. Previnem e controlam surtos de doenças infecciosas, bacterianas e virais;
2. Promovem a eliminação de doenças;
3. Contribuem para a baixa taxa de mortalidade infantil;
4. Aumentam a qualidade de vida dos indivíduos. (WHO, n.d.; WHO, 2019; DGS, 2020)



O Programa Nacional de Vacinação (PNV) foi criado em 1965

Universal

Gratuito

Acessível a **todas as**  
**pessoas** em Portugal

(DGS, 2020)

Ao vacinar o seu filho está a protegê-lo de doenças que podem afetar a sua saúde e a dos que o rodeiam!

Procure um enfermeiro e informe-se sobre:



Benefícios da vacinação



Potenciais reações adversas

- Dor, inchaço ou vermelhidão no local da injeção;
- Febre;
- Dor de cabeça;
- Irritabilidade;
- Dores musculares;
- Vômitos;
- Diarreia;
- Dor de barriga.

(DGS, 2020)

Em crianças  
São recomendadas  
vacinas contra,  
pelo menos, 13  
doenças

Consulte o PNV:



[www.dgs.gov.pt](http://www.dgs.gov.pt)  
[www.esel.isg.ulisboa.pt](http://www.esel.isg.ulisboa.pt)  
[www.nuvem.pt](http://www.nuvem.pt)



Todos juntos contribuímos para a imunidade de grupo e eliminação de doenças!

12º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria | CESIP Mécia Oliveira | CEF Orientadora: Sandra Domingues | Profª Orientadora: Sónia Borges Rodrigues

[www.esel.isg.ulisboa.pt](http://www.esel.isg.ulisboa.pt)  
[www.nuvem.pt](http://www.nuvem.pt)

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde. (2020). Programa Nacional de vacinação 2020 DGS.  
World Health Organization (n.d.). Vaccines and immunization. <https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization>  
World Health Organization. (2020). Immunization. <https://www.who.int/news-room/facts-figures/immunization>  
fevereiro, 2022

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ames, H. M., Glenton, C., & Lewin, S. (2017). Parents' and informal caregivers' views and experiences of communication about routine childhood vaccination: a synthesis of qualitative evidence (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011787>
- Anderson, P., & Bryson, J. (2020). Confronting vaccine hesitancy: What nurses need to know. *Nursing*, 50(8), 43–46. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000668436.83267.29>
- Balgovind, P., & Mohammadnezhad, M. (2022). Factors affecting childhood immunization: Thematic analysis of parents and healthcare workers' perceptions. *Human Vaccines and Immunotherapeutics*, 18(6), 1–15. <https://doi.org/10.1080/21645515.2022.2137338>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2023). *Immunisation and vaccines*. Immunisation and Vaccines. <https://www.ecdc.europa.eu/en/immunisation-and-vaccines>
- Frade, J. M. G., Frade, M. de F. G., Henriques, C. M. G., Silva, A., & Gonçalves, G. (2017). A enfermagem e a vacinação: evolução do cumprimento da vacina combinada contra o sarampo, parotidite e rubéola. *Revista de Enfermagem Referência*, 13(IV série), 9–18.
- Hadjipanayis, A., Dornbusch, H. J., Grossman, Z., Theophilou, L., & Brierley, J. (2020). Mandatory vaccination: a joint statement of the Ethics and Vaccination working groups of the European Academy of Paediatrics. *European Journal of Pediatrics*, 179(4), 683–687. <https://doi.org/10.1007/s00431-019-03523-4>
- Haroune, V., & King, L. (2020). Factors contributing to parental “vaccine hesitancy” for childhood immunisations. *Nursing Children and Young People*, 32(4), 20–25. <https://doi.org/10.7748/ncyp.2020.e1269>
- Larson, H. J., Jarrett, C., Eckersberger, E., Smith, D. M. D., & Paterson, P. (2014). Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine*, 32(19), 2150–2159. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.01.081>
- Mora, T., & Trapero-Bertran, M. (2018). The influence of education on the access to childhood immunization: The case of Spain. *BMC Public Health*, 18(1), 1–10.

<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5810-1>

- Portugal. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação. (2022). *Boletim nº5 Programa Nacional de Vacinação*. 1–11. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/boletim-n-5-do-programa-nacional-de-vacinacao-abril-2022-pdf.aspx>
- Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. DGS.
- Subtil, C., & Vieira, M. (2011). Os primórdios da organização do Programa Nacional de Vacinação em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(III série), 167–174. <https://doi.org/10.12707/riii11hm2>
- Wang, H. P., Wang, Z. G., & Liu, S. L. (2021). Current status and future trends of vaccine development against viral infection and disease. *New Journal of Chemistry*, 45(17), 7437–7449. <https://doi.org/10.1039/d1nj00996f>
- Washington State Department of Health, Immunization Action Coalition of Washington (WithinReach), Public Health – Seattle & King County, Spokane Regional Health District, & District, S. H. (2018). *Plain talk about childhood immunization*. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1n6pvf1.14>
- World Health Organization. (n.d.). *Vaccines and immunization*. [https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1)
- World Health Organization. (2019a). *Immunization*. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/immunization>
- World Health Organization. (2019b). *Ten threats to global health in 2019*. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
- World Health Organization. (2022). *WHO health highlights 2022*. <https://www.who.int/news-room/spotlight/health-highlights-2022>
- World Health Organization. (2023). *Confidence and Demand*. Essential Programme on Immunization. <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/essential-programme-on-immunization/demand>