



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Abordagem à Criança em Situação Crítica: Papel do Enfermeiro Especialista em Enferma- gem de Saúde Infantil e Pediátrica

Sara Isabel Cardoso Correia de Sousa

Orientação: Professora Margarida Malcata

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação não inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

A Abordagem à Criança em Situação Crítica: Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Sara Isabel Cardoso Correia de Sousa

Orientação: Professora Margarida Malcata

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal2023

“(...) uma abordagem unidirecional centralizada na patologia não é suficiente para atender as demandas exigidas pela criança e seu familiar em sua complexidade.”

(Diogo et al., 2015)

AGRADECIMENTOS

O percurso percorrido foi longo, com momentos mais positivos outros menos positivos, incertezas, alegrias, conquistas, mas não foi realizado sozinha. Foram diversas as pessoas que permitiram a conclusão do curso de Mestrado, seja diretamente através de partilha de conhecimentos e experiências, como indiretamente pelo apoio emocional.

À Professora Margarida Malcata, pela orientação, disponibilidade demonstrada ao longo de todos os contextos práticos e na realização do presente trabalho.

A todas as Enfermeiras com que tive o prazer acompanhar no decorrer dos estágios, quer pela orientação, ensinamentos, supervisão e disponibilidade, proporcionando experiências incríveis de aquisição de diversas competências.

À minha família que sempre me apoiou e acreditou na minha capacidade de cumprir este desafio, nunca me deixando baixar os braços mesmo nos momentos mais difíceis.

A todas as crianças e família quem pude prestar cuidados, que demonstram que esta área da especialidade foi uma escolha acertada.

A todos um grande obrigado, estão sempre presentes no meu coração.

RESUMO

Título: A Abordagem à Criança em Situação Crítica: Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

A Paragem cardiorrespiratória na criança é um evento raro, no entanto o prognóstico é tanto melhor, quanto mais precoce e correta for a intervenção junto da criança, jovem. A identificação de que esta se encontra em situação crítica e a correta abordagem por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente do Enfermeiro Especialista contribui para a prevenção da paragem cardiorrespiratória e consequente estabilização das funções vitais.

Esta constitui a temática desenvolvida através da metodologia de projeto, ao longo de diversos contextos práticos. Foram desenvolvidas diversas atividades onde demonstraram o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica junto da criança em situação crítica, em diferentes contextos de saúde, desde os cuidados primários, serviço de urgência e hospitalização da criança e jovem.

O presente relatório pretende demonstrar as atividades desenvolvidas no contexto prática deforma a permitir o desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas de mestre e Enfermeiro Especialista numa área específica.

Palavras-Chave: Criança, Reanimação Cardiopulmonar, Atuação do Enfermeiro Especialista e Mestre, Metodologia de Projeto, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ABSTRAT

Title: The Approach to Children in Critical Situations: Role of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing

Cardiorespiratory arrest in children is a rare event, however, the prognosis is considered better the earlier and more effective is the intervention carried out with the young child. The identification of a child in a critical situation and the correct approach to be applied by health professionals, namely the Specialist Nurse, contributes to the prevention of cardiorespiratory arrest and the consequent stabilization of vital functions.

Therefore, this constitutes the topic addressed through out the project methodology applied in several practical contexts. Countless activities were developed which highlighted the role of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing with children in critical situations, in different health contexts, from primary care, emergency service and hospitalization of children and young people.

This report intends to demonstrate the activities carried out in the practical field to allow the development and acquisition of common and distinct competences of Master and Specialist Nurse, in a specific expertise area.

Keywords: Child, Cardiopulmonary Resuscitation, Specialist and Master Nurse's Performance, Project Methodology, Child and Pediatric Health Nursing

Índice Anexos

Anexos I – Escalas de Avaliação Neurológica	115
Anexo II – Algoritmo de Reanimação Neonatal	116

Índice de Apêndices

Apêndice I – Cronograma da Sessão de Educação para a saúde Estágio I	118
Apêndice II – Plano de Sessão para a saúde	119
Apêndice III – PowerPoint da sessão de educação aos pais “Obstrução da Via aérea em pediatria”.	123
Apêndice IV – Folheto Informativo “Obstrução da Via Aérea na Criança”	124
Apêndice V – Questionário de Avaliação da Sessão	125
Apêndice VI - Cronograma da metodologia de projeto no Internamento de Pediatria	126
Apêndice VII – Poster “Criança em Paragem Cardiorrespiratória”	127
Apêndice VIII - Cronograma da metodologia de projeto no Serviço de Urgência Pediátrica	128
Apêndice IX - Norma de Procedimento “O papel do enfermeiro na abordagem da Criança em situação crítica”	129
Apêndice X - Cronograma da metodologia de Projeto UCEN	139
Apêndice XI – Plano de Formação “Reanimação Neonatal”	141
Apêndice XII – Relatório da apresentação do Plano de Formação “Reanimação Neonatal”	155
Apêndice XIII – Artigo Científico “Reanimação Cardiopulmonar em Pediatria: A importância da prática simulada”	163

Índice de Imagens

Figura 1 - Cadeia de Sobrevivência Pediátrica	17
Figura 2 - Cadeia de sobrevivência Pediátrica em meio intra e extra-hospitalar da AHA	18
Figura 3 - Algoritmo de Suporte Básico de Vida Pediátrico	26
Figura 4 - Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender	34

ABREVIATURAS

FiO₂ – Fração inspirada oxigénio

Idem – O mesmo

n^o - Número

p. – Página

pp. – Páginas

SOS – Em caso de emergência

SpO₂ – Saturação Periférica de Oxigénio

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSA – Agência Calidad Sanitária de Andalucía

AHA – Associação Americana do Coração

CDC – Convenção dos Direitos da Criança

CODU - Centros de Orientação de Doentes Urgentes

CRP – Concelho Português de Ressuscitação

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DFEM – Departamento de Formação em Emergência Médica

DGS – Direção Geral-Saúde

E.P.E – Empresa Publica Empresarial

EACH – European Association for Children in hospital

ECTS – European Credit Transfer System

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EMLA - Mistura Eutética de Anestésicos locais

ERC – Concelho Europeu de Ressuscitação

ESIP – Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica

ESS – Escola Superior de Saúde

GPT – Grupo Português de Triagem

HAP – Hospitais de Apoio Perinatal

HAPD – Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado

ILCOR – Comité de Ligação Internacional em Ressuscitação

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional Emergência Médica

IPS – Instituto Politécnico de Setúbal

OE – Ordem dos Enfermeiros

OVA – Obstrução Via Aérea

OVACE – Obstrução Via Área por Corpo Estranho

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PEG – Gastrotomia Percutânea endoscópica

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RCEESIP – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

RCP – Reanimação Cardiopulmonar

RN – Recém-Nascido

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SBVped – Suporte Básico de Vida Pediátrico

SIJ – Saúde Infantil e Juvenil

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SOPed - Sala De Observações Pediátrica

SUP – Serviço de Urgência Pediátrico

SUPP – Serviço de Urgência Pediátrico Polivalente

TAP – Triângulo de Avaliação Pediátrica

TCE – Traumatismo Crânio Encefálico

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCEN – Unidade Cuidados Especiais Neonatais

UCIPed – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCSP – Unidade Cuidados Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

UTPed – Unidades Técnicas de Pediatria

ÍNDICE

Introdução.....	12
1. Enquadramento Teórico.....	14
1.1 Criança Situação Crítica.....	14
1.1.1 Abordagem do Enfermeiro ESIP à Criança em Situação Crítica	17
1.1.2 Suporte Básico de vida Pediátrico	23
1.1.3 Reanimação Neonatal	28
1.2 Teorias de Enfermagem	30
1.2.1 Modelo Parceria de Cuidados de <i>Anne Casey</i>	30
1.2.2 Modelo de Promoção de Saúde de Nola J. Pender	32
2. Metodologia de Projeto	35
3. Percurso Académico: Implementação metodologia de Projeto	37
3.1 Estágio I: Cuidados de Saúde Primária	37
3.1.1 Aquisição de Competências	41
3.1.2 Sessão de Formação: “Obstrução da Via aérea e SBV pediátrico” –	
Metodologia de projeto	49
3.2 Locais do Estágio - Estágio Final	53
3.2.1 Internamento Pediátrico, descrição do contexto	54
3.2.1.1 Aquisição de Competências.....	58
3.2.1.2 Elaboração de um poster “Suporte Básico de Vida Pediátrico” –	
Metodologia de Projeto	65
3.2.2 Serviço de Urgência Pediátrica, descrição do contexto	68
3.2.2.1 Aquisição de Competências.....	73
3.2.2.2 Elaboração de uma Norma de Procedimento “Abordagem do enfermeiro	
perante a criança gravemente doente” – Metodologia de Projeto.....	80
3.2.3 Unidade de Cuidados de Especializados em Neonatologia – descrição do	
serviço	83
3.2.3.1 Aquisição de competências	86
3.2.3.2 Elaboração de um plano de formação “Reanimação Neonatal” –	
Metodologia de Projeto	90
4. Atuação do EESIP, junto da criança em situação crítica.....	94

5.	Análise reflexiva sobre as competências dos enfermeiros especialista e mestre ..	96
5.1	Análise das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	98
5.2	Análise das Competências Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	102
5.3	Competências de Mestre: análise reflexiva	105
6.	Conclusão	108
7.	Referências Bibliográficas	110

INTRODUÇÃO

O presente trabalho, insere-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) Relatório Final, integrado no 1º semestre do 2º ano do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, a decorrer na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) durante o ano letivo 2022/2023. Este trabalho caracteriza-se por um relatório de estágio, onde será descrito o processo de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e pediátrica (EEE-SIP) e de Mestre, ao longos dos estágios, assim como uma reflexão sobre todo este processo.

Ao longo deste curso foi nos propostos a escolha de uma temática para o desenvolvimento e aplicação da Metodologia de Projeto no decorrer dos contextos práticos. A área escolhida foi: “A Abordagem à Criança em Situação Crítica: Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”, a ocorrência da paragem cardiorrespiratória na criança é um fenómeno raro e com mau prognóstico, pelo que a formação constante tanto dos profissionais de saúde, como de cidadãos que se encontrem junto de crianças se torna muito importante. A correta avaliação inicial da criança, identificação e intervenção precoce, da situação crítica contribui para o aumento da sobrevivência desta (Van de Voorde et al., 2021).

A Metodologia de Projeto surgiu no século XV e define-se como um “conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” (Guerra cit. por Ruivo & Ferrito, 2010, p.3). Tem como finalidade a resolução de problemas, em situação real, fazendo ligação entre a teoria (conhecimento teórico) e a prática. Consiste em 5 etapas; Diagnóstico de Situação, Definição de Objetivos, Planeamento, Execução e Avaliação e por último a Divulgação dos resultados (Ruivo & Ferrito, 2010).

Os contextos práticos decorreram divididos em duas UC; Estágio I e Estágio Final. O Estágio I decorreu em 6 semanas com um total de 144 horas, numa unidade de cuidados personalizados, em consulta de saúde infantil (cuidados de saúde primários). O Estágio Final, com 366 horas distribuídas em 3 contextos diferentes de unidades hospitalares distintas, foram elas um serviço de internamento de pediatria, um serviço de urgência pediátrica (SUP) e uma unidade de cuidados especiais neonatais (UCEN).

A Prestação de cuidados à criança, caracteriza-se pela sua complexidade exigindo aos enfermeiros que lhes prestam cuidados, mais concretamente ao Enfermeiro Especialista a integração de múltiplos conhecimentos teóricos e práticos (habilidades), permitindo responder às necessidades do binómio, criança e família ou pais ou pessoa significativa, resultando em ganhos de saúde. Na teorização em Enfermagem ajudamos a fundamentar a forma como agimos e pensamos nas nossas intervenções, pelo que foi utilizado o modelo de Anne Casey e Teoria de Nola Pender.

O presente trabalho, relatório de estágio tem como objetivo geral; “Desenvolver as competências de Mestre e Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.”, para tal terão de ser atingidos, os seguintes objetivos específicos: apresentar a pertinência da temática da metodologia de projeto utilizada ao longo de todo o percurso de estágio, descrever o projeto de intervenção desenvolvido, refletir sobre a elaboração, implementação da metodologia de projeto, avaliar a implementação metodologia de projeto, descrever a fundamentação teórica utilizada ao longo da implementação da metodologia de projeto, refletir sobre as aprendizagens adquiridas ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica, analisar o desenvolvimento de competências específicas do EESIP e avaliar a concretização dos objetivos propostos no projeto de estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica e no estágio final.

A estruturação do presente relatório organiza-se em enquadramento teórico, onde são abordadas as principais temáticas que permitiram a realização de projeto, seguido da introdução da metodologia de projeto, descrição de cada contexto de estágio, onde integra as suas características, atividades desenvolvidas para a aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) e como a Metodologia de Projeto foi desenvolvida em cada uma delas. Surge o capítulo do papel do EESIP junto da criança em situação crítica, terminando com a análise da aquisição de competências comuns, específicas do EESIP e Mestre e respetiva conclusão do presente trabalho.

Ao longo do trabalho quando surgir o termo recém-nascido refere-se a indivíduos com 28 dias de vida, lactentes com idade entre os 28 dias e 1ano de vida e crianças de 1 ano a adolescência.

Para a redação do relatório será utilizada a norma APA *American Psychological Association*, sétima edição, e elaborado de acordo com o Acordo Ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No Capítulo “Enquadramento teórico”, será apresentado a evidência científica mais recente, sobre a temática do projeto implementado ao longo dos diferentes contextos de estágio “Criança em situação crítica”. Ao longo da implementação do projeto, as ações e atividades foram apoiadas em Teóricas de Enfermagem, pelo que também estas serão aqui identificadas e esclarecidas.

De acordo com a “Convenção sobre os Direitos da Criança” (CDC) adotada pela Assembleia das Nações Unidas em 1989, adotada um ano mais tarde em Portugal, define no seu artigo 1^a que a criança “(...) é todo o ser humano menor de 18 anos (...)” (UNICEF, 2019, p.8). Em 2017 o Colégio da Especialidade de Enfermagem de saúde infantil, publicou os padrões de qualidade dos cuidados especializados em ESIP, definindo a pessoa alvo dos seus cuidados a criança/jovem e família, sendo a criança caracterizada tal como na CDC, todas as pessoas com menos de 18 anos de idade, no entanto explicita que em situações de doença crónica, deficiência ou incapacidade a faixa etária possa ser prolongada até aos 21, ou 25 anos, ou ainda que aquando a ocorrência de uma apropriada transição para a vida adulta.

1.1 - CRIANÇA SITUAÇÃO CRÍTICA

A prestação de cuidados à população pediátrica, é um grande desafio para os profissionais de saúde, enfermeiros em especial (DFEM & INEM, 2021). As crianças são indivíduos dotados de particularidades anatómicas, fisiológicas, psicológicas e sociais específicas, que se encontram em constante desenvolvimento, estas podem se encontrar em diferentes estádios, com as suas próprias singularidades. Um recém-nascido, apresenta características/necessidades, completamente diferentes de um lactente ou adolescente. A ideia de que a criança é um adulto pequeno é completamente equivocada, por isso os cuidados a esta também devem ser diferenciados (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A ocorrência de situações que ponham em risco a vida da criança, pode ocorrer e o EEE-SIP têm que saber responder/atuar de forma a satisfazer as necessidades da criança. A

identificação e intervenção precoce em situações que possam conduzir a uma paragem cardiorrespiratória na criança sendo fundamental para o seu prognóstico, assim torna-se essencial perceber a que nos referimos concretamente quando falamos que uma criança se encontra em situação crítica.

Segundo o Concelho Europeu de Reanimação (2015), uma criança em situação crítica, refere-se a todos os indivíduos, inseridos na faixa etária pediátrica, que apresente qualquer condição potencialmente fatal, com necessidade de decisões terapêuticas num período curto, impedindo que este entre em paragem cardiorrespiratória (PCR). Pessoa com menos de 18 anos que apresente uma situação clínica que comprometa uma ou mais funções vitais, ou seja, com risco, probabilidade de desencadear uma paragem PCR e conseqüente morte (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (2016), definiu que uma doença crítica, se caracteriza pela presença de um problema grave nas vias aéreas superiores, hipoxia, cianose central, dificuldade respiratória grave, incapacidade total de se alimentar, choque, desidratação grave, sangramento ativo, estado de inconsciência ou convulsões. Estas apresentações clínicas podem ocorrer a diferentes grupos de crianças e em diferentes processos fisiopatológicos.

As principais causas de morte em pediatria têm vindo a ser alteradas, com a melhoria das condições de vida, acesso aos serviços de saúde, medicação, vacinação e aumento da literacia em saúde. Atualmente as principais causas, são atribuídas aos acidentes, violência, suicídio, gravidez/parto, malformações congénitas e doenças oncológicas (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A PCR em pediatria, apresenta uma epidemiologia, fisiopatologia e etiologia comum, divergente do que ocorre para a população adulta. No lactente e criança a ocorrência da PCR, não é de origem cardíaca, mas sim resultado de insuficiência respiratória ou choque, ou seja, causas secundárias. Nestas situações antes da paragem cardíaca, ocorre um período de deterioração do estado geral da criança na seguinte ordem cronológica; insuficiência respiratória, bradicárdica e como resultado a PCR. Este evento em pediatria apenas é resultado da causa primária (cardíaca), maioritariamente em situações de crianças com problemas cardíacos congénitos (Topjian et al., 2020).

A ocorrência de PCR em contexto extra-hospitalar (dados europeus) é raro e apresenta taxas de sobrevivência até 30 dias, de apenas de 5% a 10% dos casos, o que se pode também dever ao fato de apenas 4% a 8.5% dos ritmos cardíacos iniciais, serem desfibrilháveis. Os lactentes

representam 40% a 50% da PCR pediátrica em contexto extra-hospitalar, sendo que 20% a 30% destas são relatadas por etiologia do Síndrome de Morte Súbita. Outras etiologias da PCR são as causas respiratórias, representando 40-50% dos eventos, traumas 10% a 40%. Quando a paragem cardiorrespiratória, ocorre em meio intra-hospitalar, a sobrevida é superior, subindo para uma taxa de 37.2%, isto, deve-se a identificação precoce e intervenção por profissionais qualificados e treinados (Van de Voorde et al., 2021). O Concelho Europeu de Ressuscitação (2021), refere que o cálculo destes dados, incidências e taxas de sobrevida, ainda é muito deficitária, uma vez que a maioria dos dados são apenas oriundos da Suécia e ainda foram tidos em conta alguns estudos que considerou a população pediatria até aos 21 anos, ou seja, o relato destes eventos nem sempre ocorre em todos os países, da mesma forma (Gräsner et al., 2021).

Nos Estados Unidos existem mais dados/relatos da paragem cardiorrespiratória pediátrica, constatou-se que, cerca de 20000 criança, por ano, apresenta PCR. Apenas 11.4% da população pediátrica com PCR em meio extra-hospitalar sobrevivem até ao momento da alta, no entanto estes valores variam consoante a faixa etária que a criança se encontra, sendo que os adolescentes apresentam uma taxa de 17.1%, crianças 13.2% e lactentes 4.9%. Aquando da PCR ocorre intra-hospitalar a taxa de sobrevida aumenta drasticamente para os 41,1%. O aumento das taxas de sobrevida da PCR em contexto intra-hospitalar, tem se verificado ao longo dos anos devido sobretudo, ao reconhecimento precoce da criança em situação crítica, reanimação cardiopulmonar (RCP) de alta qualidade, cuidados pós-paragem e ressuscitação cardiopulmonar extracorporal, já em contexto extra-hospitalar esta taxa tem se mantido constante (Topjian et al., 2020).

Em Portugal não foi conseguido apurar estatística sobre o número de casos de paragem cardiorrespiratória em idade pediátrica, nem taxas de sobrevida. No entanto de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), 0.15% das mortes em Portugal em 2021, ocorreram em crianças com menos de 1 ano, 0.04% na faixa etária de 1-4 anos, 0.03% entre os 5-9 anos e 0.13% entre os 10-19 anos. A taxa de mortalidade infantil (número de crianças que morre antes de completar um ano de idade por cada 1000 crianças nascidas com vida), tem vindo a decrescer ao longo dos anos 2000 encontrava-se em 5.5%, 2018 era de 3.3% e em 2021 é de 2.4% (PORDATA & INE, 2021).

Existem diferentes associações nacionais e internacionais que regulam e emanam diretrizes sobre a ressuscitação cardiopulmonar. O Comitê de Ligação Internacional em Ressuscitação (ILCOR), foi formado em 1992, com o objetivo de ligação entre as principais organizações de ressuscitação, como é o caso do Concelho Europeu de Ressuscitação (ERC) pela qual o Conselho Português de Ressuscitação é representado, existe outra importante e famosa associação como

é o caso da Associação Americana do Coração (AHA). A ILCOR tem como missão; a promoção, disseminação, defesa e implementação internacional da ressuscitação, através da mais recente evidência científica, sendo da sua responsabilidade rever continuamente a literatura científica sobre ressuscitação, paragem cardíaca, educação, assim como estratégias de implementação, publicar regularmente e de forma continua recomendações de tratamento, atuação (ILCOR, 2023). Concluindo todas as recomendações, diretrizes publicadas pela ERC, sobre ressuscitação, tem de ser supervisionada e autorizada pela ILCOR. Em Portugal as diretrizes seguidas, são as da ERC, sendo que as últimas publicadas ocorreram em 2021 (CPR, sd.; ERC, sd.) .

1.1.1 - ABORDAGEM DO ENFERMEIRO ESIP À CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Em Reanimação é fundamental abordar e definir o conceito de cadeia de sobrevivência (figura 1). A cadeia de sobrevivência consiste na sequência de ações essenciais, para que uma reanimação seja conseguida com sucesso, esses passos, constituem-se elos que se articulam entre si. O exercício correto de cada elo e a sua articulação eficaz com os restantes, torna-se fundamental, para se conseguir salvar uma vida (DFEM & INEM, 2021).

Em pediatria a existência deste conceito está igualmente presente, o departamento de formação em Emergência médica do INEM (2021), descreve os elos desta cadeia como; primeiramente o reconhecimento precoce da gravidade da situação e pedido de ajuda, com o objetivo de Prevenir a paragem cardiorrespiratória na criança, seguido do suporte básico de vida pediátrico (SBV), contactar o numero de emergência 112, para ajuda diferenciada, em contexto intra-hospitalar este contacto pode ser à equipa de emergência interna, ou simplesmente ao pediatra ou colegas capacitados para a realização do suporte avançado de Vida (SAV), com desfibrilhador, passo que se segue na cadeia de sobrevivência terminando nos cuidados pós-reanimação, estabilização, restauração da qualidade de vida (DFEM & INEM, 2021; Suporte Imediato de Vida Pediátrico Europeu, 2015)

Figura 1 - Cadeia de Sobrevivência Pediátrica



Adaptado de: (INEM, 2017)

A AHA também faz referência a cadeia de sobrevivência, no entanto apresentam duas diferentes: uma para situações que ocorram em meio extra-hospitalar e outra em situações que ocorram em meio intra-hospitalar (figura 2). O que difere entre estas cadeias é que em meio intra-hospitalar o primeiro elo é referente ao reconhecimento e prevenção precoce da PCR e no meio extra-hospitalar é a prevenção de acidentes, por exemplo o uso de cinto de segurança, não dar objetos que possam causar obstrução via aérea, entre outros. No meio extra-hospitalar referem o elo que se seja ao SBV, igualmente a ressuscitação avançada, mas como o transporte para as unidades hospitalares o mais depressa possível. Por fim a AHA dissocia o último elo definido pela ERC, cuidados pós-reanimação, estabilização, restauração da qualidade de vida, em dois elos um definido de cuidados pós-PCR e o último a recuperação da vítima (Topjian et al., 2020).

Figura 2 - Cadeia de sobrevivência Pediátrica em meio intra e extra-hospitalar da AHA



Adaptado de: (Topjian et al., 2020)

A abordagem à criança gravemente doente, pertence ao primeiro elo da cadeia de sobrevivência “prevenção”, através de uma boa avaliação é possível identificar precocemente sinais e sintomas, que indicam que uma criança se encontra gravemente doente, tendo uma grande probabilidade de colapsar e entrar em PCR (Van de Voorde et al., 2021).

Em 2000 surgiu o Triângulo de Avaliação Pediátrica (TAP), este foi introduzido pela Academia Americana de Pediatria, nas diretivas de reanimação. Caracteriza-se por uma ferramenta observacional, utilizada no primeiro contacto com a criança, permitindo obter uma impressão geral desta, definindo a gravidade e o tipo de urgência, de acordo com a fisiopatologia

apresentada. É uma avaliação rápida, entre 30-60 segundos, através de indicadores visuais e auditivos, sem recorrer a qualquer equipamento médico. Os três indicadores são a aparência, trabalho respiratório e a circulação da pele, a sua avaliação é realizada de forma aleatória (Fernandez et al., 2017).

Aquando da observação da aparência é fundamental conhecer o que é o desenvolvimento normal, para cada grupo etário, por exemplo os lactentes, devido às suas características fisiológicas, podem apresentar acrocianose, o que não é sinonimo de hipoxia, mas sim de uma função vasomotora prematura (DFEM & INEM, 2021). Neste parâmetro do TAP, é utilizado o mnemónico "TICLS" na avaliação, caracterizado pelo tónus, interatividade, consolabilidade, olhar ou contemplação (*look*) e discurso/choro (*speech*). A aparência reflete a oxigenação, ventilação, perfusão cerebral, função do sistema nervoso central e homeostase corporal (Fernandez et al., 2017).

O trabalho respiratório reflete o estado ventilatório e a capacidade de oxigenação da criança, quando estes se encontram comprometidos é desencadeado um mecanismo compensatório observado pelo esforço no trabalho respiratório. A tiragem intercostal, subesternal, sibilâncias, ressonar, discurso rouco ou abafado, gemido, posição de "fungador", posição de "tripé", balanceio da cabeça nos lactentes, adejo nasal, são exemplos de sinais de aumento do trabalho respiratório (DFEM & INEM, 2021).

O parâmetro circulação/ perfusão periférica, permite avaliar a qualidade da circulação nos órgãos vitais. Quando esta função se encontra comprometida, pode ser observado na pele, mucosas e leitos ungueais, a coloração pálida, cianótica ou marmoreada. Pode ser visível hemorragia, ou sinais disso e ainda sudorese extrema (idem.).

Se acordo com DFEM & INEM (2021), através da interligação da avaliação realizada aos anteriores três parâmetros, possibilita-nos ter uma noção rápida da condição fisiológica da criança; dificuldade respiratória, falência respiratória, choque, disfunção do sistema nervoso central e/ou alterações metabólicas. São situações potencialmente críticas, ou seja, situações que podem desencadear rapidamente uma PCR; a falência respiratória, onde se observa uma aparência anormal, aumento do trabalho respiratório ou pequeno esforço respiratório, o choque onde é evidente sinais de má perfusão, aparência alterada e pode ainda estar presente ou não o aumento ligeiro do trabalho respiratório, disfunção do Sistema Nervoso Central, onde o único parâmetros alterado é a aparência e a falência cardiopulmonar que apenas difere da PCR, por ainda de observar um pequeno esforço respiratório e a ocorrer uma pequena perfusão

(European Resuscitation Council, 2015). Em comum as situações indicadas anteriormente, a criança/jovem já esgotou os seus mecanismos compensatórios, para reverter a sua situação clínica, irá ocorrer uma deterioração rápida das suas funções vitais (DFEM & INEM, 2021).

A avaliação e intervenção da criança em situação crítica, segundo o anteriormente referido deve ser realizada imediatamente de acordo com os princípios ABCDE, estes sistematizam a ação dos profissionais e definem prioridades de tratamento. A metodologia ABCDE é a avaliação primária, define-se inicialmente pela verificação e controlo da permeabilidade da via aérea (A – *airway*), seguida da respiração (B-*breathing*), identificação da falência circulatória (C- *circulation*), avaliação neurológica (D - *disability*) e por fim a exposição (E - *exposure*) (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A metodologia anteriormente apresentada, caracteriza-se pela avaliação primária, deve ocorrer, de forma ordenada, por exemplo, não podemos passar do A para o C, assim como não devemos passar para o seguinte parâmetro sem resolver o anterior, uma via área não permeável, não vai ser ventilada eficazmente, assim é fundamental primeiramente permeabilizar a via aérea. Esta avaliação deve ser repetida periodicamente e em especial a cada intervenção, com o objetivo de avaliar o seu efeito e ainda a cada alteração significativa da condição da vítima (Van de Voorde et al., 2021).

Um dos grandes desafios da pediatria é sem dúvida a existência de características diferentes, nas várias faixas etárias, semelhantes na abordagem ABCDE, essas especificidades, devem ser tidas em conta. Na abordagem e avaliação da via aérea, a cabeça dos lactentes tem dimensões elevadas em comparação com o restante corpo, a região occipital é proeminente, o pescoço curto, língua volumosa, próxima do palato, angulação da cavidade bucal até a laringe maior, fossas nasais pequenas, mucosa da faringe mais frágil, posição da laringe mais cefálica e anterior, a epiglote larga até aos 3 anos, estas questões levam a alteração da técnica de intubação endotraqueal e da permeabilização da via aérea. Em lactentes ou crianças com laringomalácia e epiglote assume a forma de ómega, o que leva a ocorrência de estridor inspiratório posicional. Apenas a partir dos 10 anos a via aérea adquire as características semelhantes ao adulto (DFEM & INEM, 2021).

A avaliação da via aérea incorpora desta forma; avaliação da permeabilidade da via aérea, sem respiração eficaz, através da possível presença de ruídos respiratórios (estridor, gorgolejo, ressonar), presença de secreções, edema e/ou corpos estranhos e ocorrência da alteração do

estado de consciência, por diminuição do tónus faríngeos e consequentemente queda da língua (DFEM & INEM, 2021).

Como enfermeiros podemos desenvolver as seguintes capacidades de intervenção; avaliação a via aérea, através do VOSP (ver expansão torácica, ouvir ruídos respiratórios, sentir movimentos do ar através da boca e procurar simultaneamente pulso), verificação presença de secreções, corpos estranhos que necessitem de ser retirados através da aspiração, esta deve ser realizada apenas do que se observa, uma vez que podemos fazê-los progredir ainda mais no aparelho respiratório e causar a obstrução da mesma. Ponderar a necessidade de utilização de adjuvantes da via aérea, para desobstrução da mesma (tubo orofaríngeo, ou, tubo nasofaríngeo), debater junto da equipa médica a necessidade de entubação orotraqueal ou colocação de máscara laríngea, para obter uma via aérea avançada (situação de PCR, trauma severo maxilofacial, queimaduras 2º/3º grau pescoço, face e inalação de tóxicos, dificuldade respiratória grave progressiva, Glasgow inferior ou igual a 8 ou queda rápida do score) (DFEM & INEM, 2021; Van de Voorde et al., 2021).

No passo seguinte deparamo-nos, com a respiração (B), para verificarmos que não existem alterações é fundamental a avaliação da ventilação e oxigenação da criança, através a monitorização de concentrações de oxigénio, seja através de oximetrias e pulso, ou gasometrias, capnografia (concentração de dióxido de carbono expirado), frequência respiratória, observação da simetria da expansão torácica, trabalho respiratório e ainda através da auscultação pulmonar, verificando a presença ou ausência de determinados sons respiratórios (DFEM & INEM, 2021). Segundo as diretrizes de 2021 emanadas pelas ERC, a administração de oxigenioterapia, deve ser iniciada apenas quando as saturações periféricas de oxigénio (SpO₂) se encontram inferiores a 94%, com o mínimo de FiO₂ (fração de oxigénio inspirado) possível, no entanto quando esta medição de SpO₂ não é possível e a criança se encontra com sinais de hipoxia ou choque, a oxigenioterapia deve ser iniciada com o FiO₂ alto (Van de Voorde et al., 2021).

Existem diferentes técnicas de administração ou auxílio da criança na ventilação, a decisão de qual utilizar, deve ser tomada em equipa multidisciplinar, de acordo com os dados obtidos, sejam eles do SpO₂, antecedentes e patologias da criança, etiologia da insuficiência respiratória. Assim a oxigenioterapia/ventilação, pode ser assegurada por diversos dispositivos como cânula nasal, máscaras de venturi ou alto débito, capaz de fornecer vários FiO₂, ou ainda com recurso a um ventilador, as técnicas de cânula nasal de alto fluxo, ventilação não invasiva e ventilação invasiva (idem.).

Como EEESIP devemos estar despiertos para que o valor de referência da frequência respiratória varia de acordo com a idade de forma descendente, os volumes correntes em lactentes e crianças pequenas são apenas de 6 a 8mL/Kg, as crianças apresentam, a capacidade residual funcional, que leva em situações de apneia a um rápido declínio do SpO₂, os lactentes apresenta uma elevada taxa de metabolismo do oxigénio duas vezes superior aos adultos, o que diminui muito o tempo seguro de apneia e entram em fadiga respiratória mais rápido devido a presença de menos fibras musculares esqueléticas lentas, utilizadas na tiragem (Suporte Imediato de Vida pediátrico Europeu, 2015).

O CRP (2015), refere como passo seguinte da função respiratória a avaliação e intervenção em situações de insuficiência circulatória, existente em situações de choque, ou seja, “... estado clínico em que o fluxo sanguíneo e a entrega de nutrientes não acompanham as necessidades metabólicas dos tecidos.” (Suporte Imediato de Vida pediátrico europeu, 2015, p.20). A avaliação da circulação ocorre de acordo com e mnemónica dos 5P’s, ou seja, monitorização do pulso ou frequência cardíaca, perfusão periférica, monitorização dos pulsos quando o volume e amplitude, pressão arterial e sinais de pré-carga (fígado palpável, ingurgitamento jugular e ferroses a auscultação pulmonar. Nos lactentes a avaliação do pulso central, deve ser realizado na artéria braquial, enquanto em crianças mais velhas, realiza-se a nível carotídeo. Outra particularidade é a avaliação da perfusão através da monitorização do tempo de preenchimento capilar que normalmente é realizado no leito ungueal e em lactentes e crianças pequenas é obtido sobre esterno (DFEM & INEM, 2021).

É neste parâmetro que caso seja necessário, deve ser canalizada uma veia, para colheita de sangue para obter alguns valores laboratoriais, administração de fluidoterapia, terapêutica, a ERC (2021), refere que em emergências o tempo máximo para a obtenção de um acesso venoso periférico, não deve exceder os cinco minutos, ou duas tentativas, optando posteriormente por vias alternativas, como é exemplo o intraósseo.

Após a via aérea assegurada, ventilação adequando e uma correta perfusão sanguínea é a vez que monitorizar a função neurológica, esta encontra-se alterada muitas vezes quando outros mecanismos compensatórios do organismo já falharam. Na avaliação deste parâmetro é necessário para além de considerar o estágio de desenvolvimento da criança, se nos anteriores passo possa ter sido administrado algum fármaco capaz de deprimir o sistema nervoso central, caso a utilização destes seja necessária a avaliação do D, deve precedê-lo (European Resuscitation Council, 2015).

Na avaliação do estado de consciência, podemos recorrer a diversas escalas tais como; AVDS, Glasgow adaptado para crianças com idade inferior e escala de Glasgow (escalas em anexo I). A monitorização da glicémia capilar, torna-se fundamental, uma vez que pode ser a única causa da alteração do estado de consciência. A reatividade e diâmetro das pupilas, quando se encontram alteradas, podem fornecer informações também sobre as causas como; lesões cerebrais, anomalias congénitas, hipertensão cerebral e terapêuticas. Neste campo há ainda que avaliar a resposta motora a estímulos, identificação de acontecimentos tónico-clónicos, convulsões (DFEM & INEM, 2021; European Resuscitation Council, 2015).

Por último, mas não menos importante, deparamos-nos com o parâmetro exposição, nesta fase deve ser realizada uma exibição do corpo da criança/jovem, para despiste de outras lesões da pele, no entanto deve ser feita o mais breve possível evitando a perda de calor e garantindo a privacidade e dignidade da criança. A temperatura corporal deve ser mantida, evitando-se a hipotermia a tomadas medias farmacológicas e não farmacológicas para tratamento da febre, para tal é agora que devemos monitorizar a temperatura corporal (Van de Voorde et al., 2021).

1.1.2 - SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO

O Suporte Básico de Vida pediátrico (SBVped), incorpora o segundo elo da cadeia de sobrevivência pediátrica. Segundo o INEM (2017), este caracteriza-se por: “... um conjunto de procedimentos encadeados com o objetivo de fornecer oxigénio ao cérebro e coração, sem recurso a equipamentos diferenciados, até que o suporte avançado de vida possa ser instituído.” (p.6).

Um outro conceito necessário definir é o de Reanimação Cardiopulmonar (RCP), uma vez que é elucidado muitas vezes ao longo do presente trabalho, este consiste na rápida identificação de uma PCR e início de uma sequência de compressões/ventilações, com o objetivo de manter a circulação e oxigenação suficiente para proteger os órgãos vitais, até que a circulação espontânea seja estabelecida (Departamento de Pediatria: Hospital Santa Maria Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, 2021). Assim verificamos que o suporte básico de vida pediátrico, trata-se uma RCP, em vítimas de idade pediátrica, excluindo os recém-nascidos até aos 28 dias, que detém um algoritmo próprio de atuação. De encontro às informações apresentadas

até então podemos afirmar que contrariamente aos adultos que o principal foco de atenção na RCP são as compressões torácicas, em pediatria este foco muda para as ventilações, principal causa de PCR (INEM, 2017).

O SBVped é algo que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, tem de ter presente no seu cotidiano laboral; “Cuida da criança e família nas situações de especial complexidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2018), sendo capaz de reconhecer situações de instabilidade das funções vitais, ou seja, identifica criança/jovens em risco de morte, apresentando uma resposta pronta antecipatória.

O Concelho Europeu da Ressuscitação (2021), refere que todos os cidadãos devem de aprender habilidades básicas para salvar uma vida, pelo que aqueles que se encontram em contextos que surja a necessidade de responder a emergências, devem de adaptar o nível de resposta que fornecem, podendo ir desde o suporte básico ao suporte avançado seja ele em crianças ou adultos. As competências para a reanimação vão estar o mais presente em cada um, quanto mais for o treinamento dessas habilidades, pelo que a ERC refere que este deve ocorrer distribuído ao longo do tempo, onde o treinamento ocorra entre dois meses, a doze meses, isto mostra a importância do treino e da formação constante em reanimação, para profissionais que prestem cuidados a crianças como é o caso do EEESIP, o SBVped torna-se essencial.

O Suporte Básico de Vida é assim realizado através de uma ordem sequencial e a eficácia de uma ação, depende diretamente a eficácia da ação anterior e assim consecutivamente. A primeira etapa caracteriza-se pela avaliação das condições de segurança, seja da vítima, reanimador, como dos espectadores, permite identificar situações potencialmente danosas, que poderão aumentar o número de vítimas e dá-nos pistas sobre o que poderá ter causado a PCR (DFEM & INEM, 2021).

A segunda etapa do SBVped é a avaliação inicial da vítima, podemos utilizar a TAP, já anteriormente mencionada no trabalho, seguidamente da avaliação da reatividade da criança. A estimulação deve ser feita através de toque nos ombros bilateral e simultaneamente chamar pela criança, num tom de voz alto, questionando se nos está a ouvir, do que está a sentir. Aqui podemos verificar duas situações; se a criança responder, devemos avaliar o que aconteceu, identificando potenciais riscos, colocá-la numa posição confortável, chamar o 112 ou ajuda, avaliando frequentemente ou caso a criança não responda prosseguimos no algoritmo de SBVped (INEM, 2017).

Ao verificarmos que estamos perante uma criança inconsciente que não responde aos nossos estímulos, se tivermos sozinhos devemos gritar por ajuda, sem nunca abandonar a criança, caso esteja uma segunda pessoa no local, esta deve de imediato ligar 112 ou ajuda diferenciada, dependendo do local em que ocorreu a PCR (DFEM & INEM, 2021; European Resuscitation Council, 2015; INEM, 2017).

A utilização da abordagem à criança situação crítica de acordo com a metodologia ABCDE, deve também nesta situação ser aplicada por exemplo; iniciamos o A (*airway*), permeabilização da via aérea, pode ser realizada de duas formas; extensão da cabeça, elevação do queixo, a partir do decúbito dorsal (contraindicada em situações de trauma) e a subluxação da mandíbula. De seguida devemos verificar se a vítima respira (B – *breathing*), através da técnica VOS (ver, ouvir e sentir), durante 10 segundos, se o reanimador se tratar de um profissional de saúde pode palpar pulso identificando se estamos perante uma paragem cardíaca, paragem respiratória ou ambas (Departamento de Pediatria: Hospital Santa Maria Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, 2021; INEM, 2017).

Se a criança respirar normalmente, colocamos na posição de recuperação (lateralizada), caso não haja contra-indicação como é o caso das situações de trauma, por provável lesão na coluna cervical e é realizado novamente o contacto 112 ou pedido de ajuda diferenciada (caso ainda não se encontre presente), seguindo de uma avaliação periódica, até chegada de ajuda. Se a criança não respira ou apresenta uma respiração ineficaz, mantendo a via aérea permeável, devemos procurar na cavidade oral, a presença de algum objeto, secreção, líquido que necessite de ser removido, seguindo de 5 insuflações (DFEM & INEM, 2021; INEM, 2017). Uma respiração ineficaz é denominada de *gasping*, ocorre quando a vítima apresenta algum movimento respiratório, mas este não é capaz de oxigenar os órgãos vitais (Departamento de Pediatria: Hospital Santa Maria Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, 2021).

Segundo o INEM (2017) a cada insuflação devemos verificar se ocorre a expansão torácica (volume de ar suficiente), deve ter a duração de 1 segundo. No intervalo destas, devemos afastar a boca, mantendo a permeabilidade da via aérea, isto permite, encher o peito com ar de forma a melhorar o conteúdo de oxigénio das insuflações. Movimentos como deglutição, tosse sinalizam sinais de vida, devemos parar e verificar o VOS novamente. Existem diversas técnicas de insuflação são elas; ventilação boca-nariz, recomendada para lactentes, ventilação boca a boca, utilizado em crianças.

Após a realização das 5 tentativas de insuflação, se a criança apresentar sinais de vida (VOSP), mas tenha uma respiração ineficaz, ou ausente, deve se realizar insuflações continuamente até que a criança volte a respirar normalmente ou volte a condição anterior de PCR, numa frequência de 12 a 20 ciclos por minuto. Se a criança recuperar com uma respiração eficaz, caso não seja contraindicado, colocar em posição de recuperação. Por fim se não foram visíveis sinais de vidas iniciar de imediato compressões torácicas 15 alternando com 2 insuflações (INEM, 2017; Van de Voorde et al., 2021)

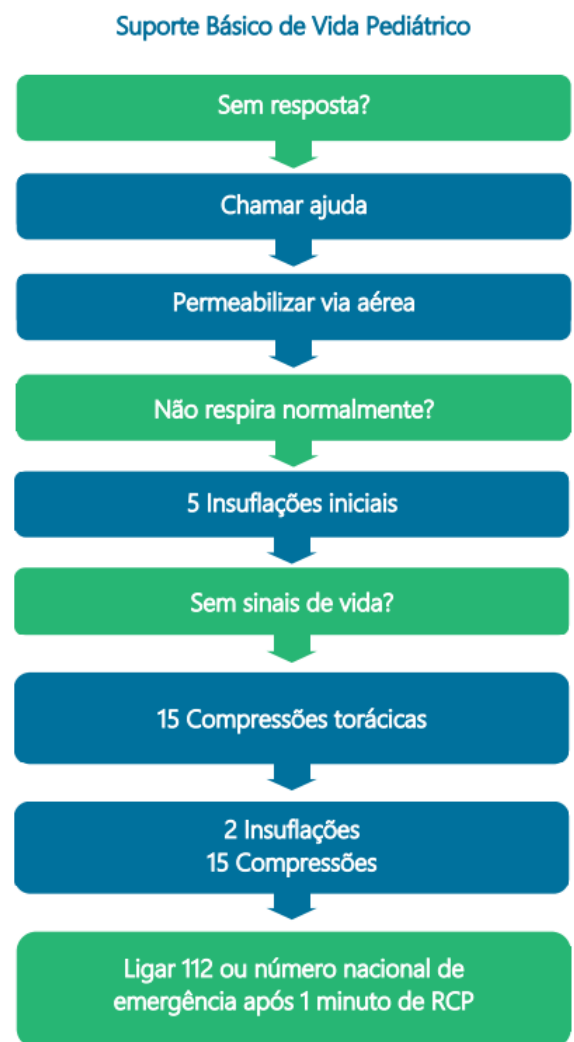
“As compressões torácicas, tanto nos lactentes como nas crianças, devem ser efetuadas sobre a metade inferior do esterno, um dedo acima do apêndice xifoide que, percorrendo cada uma das grelhas costais inferiores, se localiza onde as duas se encontram.

As compressões devem ser realizadas de forma a causar uma depressão de aproximadamente um terço da altura do tórax (ou seja, pelo menos 4 cm no lactente e 5 cm na criança), a uma frequência de pelo menos 100 a 120 por minuto.” (INEM, 2017, p.9).

A chamada de uma equipa diferenciada, em situações em que nos encontramos sozinhos, corre após o 1º minuto de SBV, de forma que se evite a interrupção/ atrasos na oxigenação. A nossas diretrizes de reanimação da ERC (2021), referem que para nos auxiliar neste processo, devemos recorrer a funcionalidade da alta voz durante a chamada. Após este contacto o SBV é retomado (15:2, compressões: ventilações), e apenas interrompido com a chegada da ajuda diferenciada, recuperação de sinais de vida e exaustão do reanimador (INEM, 2017).

Uma diferença significativa entre os adultos e as crianças é sem dúvida a via aérea, as diferenças anatómicas vão condicionar uma diferente abordagem entre estas populações. A maior dificuldade ocorre na permeabilização da via aérea, isto porque a

Figura 3 - Algoritmo de Suporte Básico de Vida Pediátrico



Adaptado de: (CPR, 2015)

criança tem uma cabeça desproporcional ao corpo, a occipital é proeminente e causa uma flexão do pescoço, quando a criança se encontra em decúbito dorsal, ocorrendo uma obstrução da via aérea (OVA). A Língua também ela é muito volumosa relativamente a orofaringe, quando uma criança se encontra inconsciente, pode ocorrer uma OVA, pela sua queda (DFEM & INEM, 2021).

Em concordância com o anteriormente referido, o INEM (2017) refere que a OVA é uma situação muito frequente em crianças. A principal causa são a entrada de objetos estranhos na via aérea, podendo ocorrer durante a alimentação ou em momentos de brincadeira com objetos de pequenas dimensões. Ocorre de forma súbita, com sinais de dificuldade respiratória. A OVA pode ainda ocorrer por infeção ou inflamação da via aérea, aqui surge de forma gradual e acompanhada de febre.

A criança quando se depara com uma OVACE (obstrução da via aérea com corpo estranho), desenvolve imediatamente a tosse, como tentativa de expelir o objeto, quando esta cessa ou ocorre ineficazmente, podemos estar perante uma oclusão total da via aérea e consequente asfixia da criança. Uma tosse eficaz caracteriza-se por uma tosse responsiva, alta em que a criança antes de tossir consegue respirar, podendo ainda estar presente o choro e a fala. Na presença deste tipo de resposta eficaz perante o ocorrido por parte da criança, a abordagem restringe-se em encorajar que esta tosse e vigiar a criança (saída do corpo estranho ou deterioração do estado geral desta) (van de Voorde et al., 2021).

Caso a tosse se torne ineficaz, surge o primeiro “pedido” por ajuda, seguindo-se de uma avaliação do estado de consciência, estiver ou fique inconsciente devemos atuar consoante o algoritmo de Suporte Básico de Vida pediátrico (figura 3). Perante uma tosse ineficaz, ou seja, estado de consciente diminuído, tosse silenciosa, incapacidade para respirar ou verbalizar e cianose, os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) deve ser contactado através do número 112 e iniciar as manobras de resgate. A atuação difere entre lactentes, crianças com idade inferior a 1ano e crianças com mais de 1 ano de idade (INEM, 2017; Van de Voorde et al., 2021).

Após o pedido de ajuda, no caso de ser um lactente, este deve ser colocado “(...) em decúbito ventral com a cabeça mais baixa que o tronco, para que a gravidade ajude na remoção do corpo estranho, suportando a cabeça com uma mão e apoiando o tórax no antebraço e/ou na coxa” (DFEM & INEM, 2021, p. 12), seguido de 5 pancadas secas na região interescapular, se o objeto não se mover, segue-se as 5 compressões torácicas (aplicadas com o recurso de 2

dedos), repete-se este processo até que o objeto saia ou o lactente fique inconsciente e aí procede-se ao algoritmo de SBVped.

As diferenças, na abordagem a criança prende-se no posicionamento, se a criança for grande impossibilitando a colocação desta ao colo de cabeça para baixo, a criança deve ser colocada na vertical inclinada para a frente. As 5 bancada interescapulares são aplicadas semelhantemente, no entanto em vez de compressões torácicas, são aplicadas 5 compressões abdominais;

“O reanimador coloca-se de pé ou ajoelhado atrás da criança e passa os seus braços por baixo dos braços da criança, envolvendo o tronco pela frente. Fecha um punho e coloca-o entre o umbigo e o apêndice xifoide. Apertando esse punho com a outra mão, o reanimador puxa de forma seca para trás e para cima, aplicando até 5 compressões abdominais. Deve ter cuidado para não aplicar pressão sobre o esterno e a grelha costal para evitar trauma torácico” (INEM, 2017, p.13).

Após cada 5 compressões torácicas ou abdominal, dependendo do tamanho da criança/lactente, a cavidade oral deve ser inspecionada e caso o objeto estranho esteja visível, deve ser retirado. O 112 deve ser contactado o mais cedo possível, no entanto nunca deve atrasar o algoritmo da OVA, anteriormente descrito, mesmo que a situação seja resolvida, uma vez que parte do objeto estranho pode permanecer na via aérea e no caso de utilização de compressões torácicas, estas podem causar lesões internas (INEM, 2017).

1.1.3 - REANIMAÇÃO NEONATAL

A reanimação neonatal, caracteriza-se pela reanimação do recém-nascido, nos seus primeiros minutos de vida, após o parto. Este tipo de reanimação não se assemelha a nenhuma outra reanimação realizada ao longo do ciclo de vida, apresenta um algoritmo de intervenção único (DFEM & INEM, 2021). Este subcapítulo, surge como chamada de atenção, para o fato de este ser um tipo de reanimação utilizada em situações específicas, com um algoritmo próprio, para o qual os profissionais e EEESIP, que prestam cuidados ao recém-nascido devem ser dotados dos conhecimentos científicos e práticos.

A maioria dos recém-nascidos não necessita de ajuda na sua transição para a vida extrauterina, mas existe exceções, daí a importância da assistência por parte de profissionais qualificados, capazes de auxiliar nessa transição. Estudos observacionais demonstram que 85% dos recém-nascidos de termo conseguem iniciar sem apoio a respiração espontânea, 10% necessita de estimulação tátil, secagem vigorosa e permeabilização da via aérea e 5% atinge a respiração espontânea após ventilação com pressão positiva. Foi também demonstrado que apenas 0.4% a 2% dos recém-nascidos necessitam de intubação e ventilação invasiva, menos de 0.3% necessita de compressões torácicas e 0.05% é administrado fármacos como adrenalina (Madar et al., 2021a).

A necessidade de reanimação neonatal é mais comum em recém-nascidos com 35 semanas de idade gestacional, infecção materna, parto pélvico, malformações do feto e gravidez múltipla (Departamento de Pediatria: Hospital Santa Maria Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, 2021).

O Concelho de reanimação publicou em 2021 diretrizes, em que é descrito, que em cada parto, avaliando o grau de risco, deve estar disponível uma equipa destinada aos cuidados do recém-nascido, nomeadamente capacitada para prestar cuidados de suporte de vida a este. Através de uma meta-análise em situações de reanimação em adultos, prevê-se a obtenção de melhores resultados quando estão presentes um ou dois profissionais que tenham participado em formações de suporte avançado de vida.

Esta transição para a vida extrauterina, acarreta inúmeras adaptações do feto. Durante aproximadamente 40 semanas, o feto viveu num meio líquido, em que a sua respiração, nutrição e excreção, se realizam dependentemente da placenta. Os pulmões encontram-se preenchido por líquido, estes na altura do parto, esvaziam-se, enchem-se de ar e são perfundidos com sangue, o que leva ao recém-nascido iniciar a sua função pulmonar e ventilação (DFEM & INEM, 2021).

Os principais fatores da reanimação neonatal é então a avaliação inicial, através da avaliação do índice de APGAR, onde é monitorizado o tónus, frequência respiratória, frequência cardíaca, cor e irritabilidade reflexa, que nos auxilia a identificação de iniciar uma reanimação ao recém-nascido. A estimulação tátil e aquecimento, através dos gestos de secar, deve ser a primeira ação, por vezes esta é suficiente para induzir uma ventilação eficaz, se este falhar então, deve se prosseguir para cuidados mais avançados, como a permeabilidade da via aérea e

ventilação, suporte circulatório e administração de fármacos (Departamento de Pediatria: Hospital Santa Maria Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, 2021; DFEM & INEM, 2021).

O Algoritmo da reanimação neonatal, publicada em 2021 pela ERC, encontra-se em anexo II.

1.2 - Teorias de ENFERMAGEM

No presente capítulo será apresentado os modelos teóricos utilizados para fundamentação dos projetos enquadrados na metodologia de projeto e do nosso posicionamento ao longo dos contextos práticos, na prestação de cuidados à criança, jovem e família.

1.2.1 - MODELO PARCERIA DE CUIDADOS DE ANNE CASEY

A prática em ESIP e o Modelo de Parceria de Cuidados é indissociável, este facto é explícito em 2015 pela Ordem dos Enfermeiros, que afirmam que a criança/jovem e a sua família são o binómio dos cuidados por estes prestados, independentemente do contexto em que se encontrem (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Regulamento nº351/2015, 2015).

Anne Casey foi uma enfermeira de nacionalidade neozelandesa, exerceu funções num hospital em Londres. Esta enfermeira, foi a primeira a desenvolver o conceito de um modelo de enfermagem que englobasse a família nos cuidados prestado. Em 1988, foi então exposto o “Modelo de Parceria de Cuidados”, este afirmar como máxima, de que são os pais os melhores prestadores de cuidados à criança, respeitando a sua experiência e conhecimentos que possuem do seu filho (Casey, 1988; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Este modelo caracteriza, a criança como uma pessoa que desde o seu nascimento apresenta necessidades específicas, para as quais depende de terceiros para as satisfazer. Quem na maioria das vezes assume esse papel são os pais/família/pessoa significativa. À medida que a criança cresce, adquire capacidade de satisfazer as suas próprias necessidades, adquirindo progressivamente a sua independente. Assim definiu-se que a família é o individuo ou conjunto de

indivíduos que prestam cuidados à criança, influenciando diretamente no seu desenvolvimento, apesar de ser priorizado os pais como prestadores de cuidados outros elementos familiares significativos não são excluídos (Casey, 1995).

Segundo Anne Casey, os enfermeiros neste modelo de cuidados, assumem responsabilidades não só com a criança como com a sua família, devendo a prestação de cuidados considerar as competências e habilidades da família, uma vez que estes são quem melhor conhece as necessidades da criança. Muitas vezes o enfermeiro supervisiona, capacita os pais nos cuidados prestados, proporcionando os conhecimentos necessários, assim como apoio físico e psicológico. Para que a família possa desempenhar o seu papel é fundamental que o enfermeiro lhe forneça um ambiente favorável ao seu desenvolvimento, envolvendo assim o binómio criança/pais nos cuidados (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Outros dois conceitos definidos neste modelo é saúde e ambiente. Assim saúde para Casey é o estado de bem-estar físico e mental na sua plenitude. Apenas quando esta plenitude é conseguida, permite-se que a criança consiga desenvolver as suas potencialidades, quando este bem-estar é interrompido e não seja corrigido, podem surgir consequências negativas no desenvolvimento físico, psicológico, social, intelectual e espiritual da criança. Por fim o ambiente caracteriza-se pelos estímulos externos da criança, que podem influenciar o seu desenvolvimento, considera-se que os estímulos desejáveis são todos aqueles envolvam amor e segurança (Casey, 1995; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Em suma o enfermeiro assume os cuidados à criança relacionados com a satisfação das necessidades de saúde da criança, enquanto os pais são responsáveis pela prestação de cuidados do quotidiano, ou seja, higiene, conforto, alimentação e amor, no entanto o enfermeiro pode assumir temporariamente estes cuidados perante situações em que os pais ou a criança necessitem, por sua vez também os pais podem desempenhar os cuidados de saúde, após a sua capacitação, com a supervisão do enfermeiro. Este apoio mútuo e trabalho em equipa é fundamental que se verifique, de forma que os pais percecionem que o seu contributo é muito importante (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Podem ocorrer situações que os pais não se sintam confortáveis em prestar determinado cuidado à criança, o enfermeiro tem de ter esta noção presente, tal como pode também ocorrer que algumas crianças/jovens não queiram que sejam os pais a prestar os cuidados, tem de haver uma abertura para percecionarem quais são os graus e tempos de participação tanto a criança como os pais pretendem que ocorra (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A Ordem dos Enfermeiros (2018), realça que o EESIP trabalha em parceria com o binómio criança, família/pessoa significativa, seja qual for o contexto em que se encontre, hospital, cuidados primários, escola, comunidade ou domicílio, ou situação da criança (doença ou saudável). Tem de desempenhar um papel de promoção e maximização do estado de saúde da, através da mobilização dos recursos de suporte que a família/pessoa significativa dispõe (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

1.2.2 - MODELO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE DE NOLA J. PENDER

A promoção de Saúde é um conceito intrínseco à Enfermagem, prova disto é o facto de em 2015 a Ordem dos Enfermeiros referir que a Promoção de Saúde constitui um dos domínios em que todo os Enfermeiro prestam e gerem os seus cuidados. Todos os enfermeiros devem mobilizar os conhecimentos técnico-científicos, de forma a capacitar os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores fundamentais para a adoção de comportamentos que resultem em melhoria de saúde (Regulamento nº190/2015, 2015).

Para os EESIP, a promoções da saúde, vem descrito no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (RCEESIP), como uma das áreas de atuação:

“... avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19192).

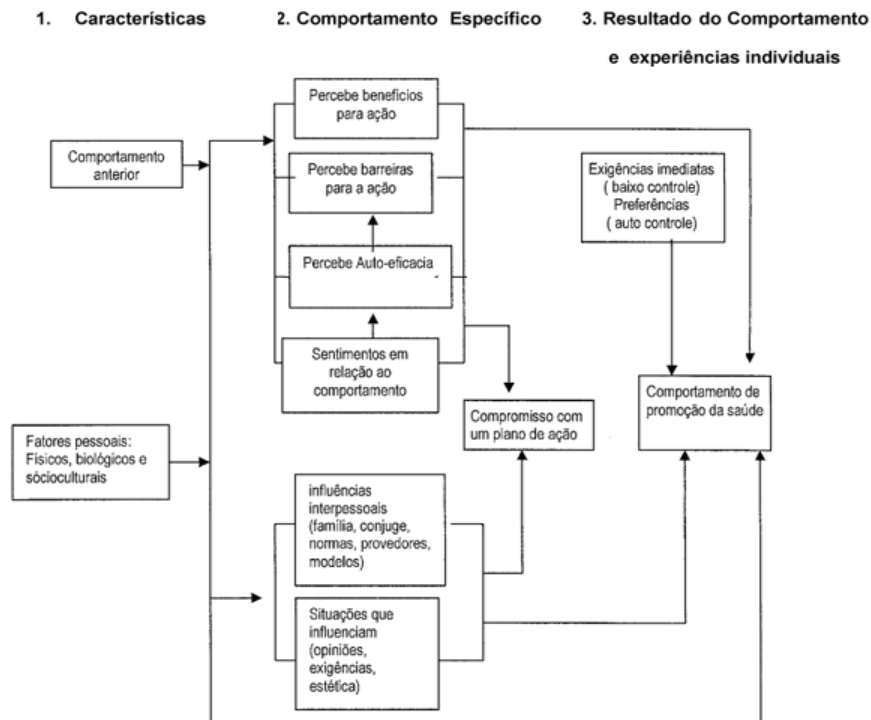
As atividades de promoção de saúde, têm sido incentivadas, desde as conferências internacionais de Otawa, Adelaide, Sundsvall, Bogota e Jacarta, onde foi reforçado a importância destas, para ganhos em saúde. Caracterizam-se por estímulos externos que levam a utilização de habilidades e conhecimentos, para a adoção de estilos de vida saudáveis e mudanças de comportamentos (Fonseca Victor et al., 2005).

Na década surge o Modelo de Promoção da Saúde, desenvolvido por Nola Pender. Para esta autora a promoção de saúde é definida como atividades promovam o desenvolvimento de habilidades que permitam manter ou melhorar o bem-estar da pessoa, desta forma a enfermagem engloba a ciência do comportamento, uma vez que, o modelo identifica fatores de influenciam comportamentos saudáveis (idem.).

Nola Pender nasceu em 1941, tendo se formado em Enfermagem em 1962, trabalhou num serviço de médico-cirúrgica e posteriormente em pediatria. Em 1982, descreve pela primeira vez o seu modelo de enfermagem, tendo sido revisto nos anos seguintes (1987, 1996). Para a formação deste modelo, foram utilizadas bases teóricas da Teoria da Aprendizagem Social e o Modelo de Avaliar Expectativas (Tomey & Alligood, 2002).

O Modelo de Promoção de Saúde, surge com o objetivo de englobar a ciência do comportamento na Enfermagem, contrariamente a outros modelos, este prevê a perceção de como o utente/população alvo pode ser motivado a mudar comportamentos, para se sentirem motivados a atingir ganhos em saúde e não apenas por medo da doença. Pender diz que determinados processos bio-psico-sociais que motivam os indivíduos a agirem se forma a melhorar a sua saúde, são eles, influências interpessoais como família, cônjuge, prestadores de cuidados, normas, modelos, situações que influenciam, perceção de autoeficácia no comportamento, barreias a ação, sentimentos relativamente ao comportamento e perceção consequencial (Fonseca Victor et al., 2005; Tomey & Alligood, 2002).

Figura 4 - Diagrama do Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender



Adaptado de: (Fonseca Victor et al., 2005)

Pender definiu ao longo do seu modelo de enfermagem quatro conceitos fundamentais; ambiente, saúde, enfermagem e pessoa. A saúde aparece como a melhoria do bem-estar e o desenvolvimento de habilidades e não apenas a ausência de doença, este bem-estar pode ser pessoal, familiar ou comunitário, procurando o seu aperfeiçoamento ao longo de todo ciclo vital do ser humano, observando-o de forma holística, tendo em conta a sua idade, raça e cultura. O ambiente caracteriza-se pela relação entre os recursos de saúde, sociais e económicos, com as relações entre diferentes indivíduos. Neste modelo a pessoa é considerada como o individuo com capacidade de tomar decisões e resolver problemas, estando ao seu alcance adotar mudanças de comportamento. Por último o surge o conceito de enfermagem, intervenções e estratégias utilizadas para promover a promoção de saúde (Fonseca Victor et al., 2005).

Surgem deste modelo alguns pressupostos, acredita-se por exemplo, os comportamentos anteriores, vão influenciar a expectativa, crença que o individuo apresenta do resultado de determinado comportamento, podendo assim constituir barreias e inibir o comportamento ou percepção antecipada de benefício. Quando a pessoa percebe que é dotada de competência para a realização aumenta a probabilidade de compromisso com a ação e de a desempenhar por mais tempo. A exposição de determinado comportamento deve ser realizada numa perspectiva positiva, desta forma, a percepção da sua autoeficácia é superior. Por outro lado, quando o sentido de competição ou alto grau de exigência se encontram presentes é menos provável que

ocorra um compromisso com um comportamento, pelo sentimento de controlo ser diminuído, inferiorizado (Tomey & Alligood, 2002).

A aplicação deste modelo em enfermagem, é considerado relevante, uma vez que se aplica a todo o ciclo vital e em diversos contextos, apresenta uma estrutura simples e clara, passível de aplicar tanto de forma individual, como em grupos (Fonseca Victor et al., 2005).

Na aplicação na temática criança gravemente doente também este modelo pode ser aplicado na adoção de comportamentos que previnam a ocorrência de paragem cardiorrespiratória na criança, simplesmente pela rápida identificação sinais e sintomas na criança que indiquem que se encontra numa situação crítica, ou capacite para a intervenção em situações stressantes como é o exemplo da obstrução da via aérea ou na criança em paragem cardiorrespiratória. Ao longo dos estágios foram realizados diversos trabalhos, aplicados não só aos pais/pessoa significativa da criança, como aos prestadores de cuidados (Enfermeiros), serão apresentados em mais detalhe futuramente.

2. METODOLOGIA DE PROJETO

A Metodologia de Projeto surgiu no século XV e define-se como um “conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação do real” (Guerra cit. por Ruivo & Ferrito, 2010, p.3). Tem como finalidade, a resolução de problemas, em situação real, fazendo ligação entre a teoria (conhecimento teórico) e a prática. Consiste em 5 etapas; Diagnostico de Situação, Definição de Objetivos, Planeamento, Execução e Avaliação e por último a Divulgação dos resultados (Ruivo et al., 2010).

Esta metodologia foi desenvolvida ao longo dos contextos práticos, por onde desenvolvemos nas unidades curriculares como: Estágio I e Estágio Final, contabilizando um total de quatro locais distintos de prestação de cuidados á criança, jovem e família.

O Diagnóstico de Situação, constitui a primeira etapa da metodologia de projeto, é dinâmico, ou seja, pode ser alterada ao longo do tempo consoante as atualizações que vão surgindo. Aqui é realizado um mapa cognitivo a cerca da problemática identificada, satisfazendo desta forma as necessidades de saúde da população-alvo (Ruivo et al., 2010).

Em cada contexto de estágio, foi realizado um diagnóstico de situação, em função da principal temática escolhida “Criança em situação crítica”, de acordo com as características e necessidades, encontradas e identificadas, tanto pela equipa de enfermagem como pelo responsável do serviço. A formulação dos objetivos gerais e específicos, serão apresentados futuramente no trabalho, de forma mais detalhada, assim como as restantes fases da metodologia de projeto, à medida que serão apresentados locais de Estágio. No entanto para a temática escolhida foi definido um objetivo geral, comum a todos os contextos: “Demonstrar o papel dos Enfermeiros, junto da criança, jovem e família em situação crítica”.

Segundo Ruivo et al. (2010), a Fase do Planeamento constitui a fase seguinte, na qual ocorre a elaboração de um plano detalhado do projeto proposto, levantando os recursos necessários, limitações cobrindo desta forma as várias vertentes da área da gestão. Aqui são definidas as várias atividades a desenvolver, assim como os métodos e técnicas utilizadas. Nesta etapa da metodologia de projeto engloba a calendarização das atividades, ou seja, o cronograma do projeto. A Avaliação do projeto, não se baseia em apenas um momento, realiza-se com utilização de determinados instrumentos, esta fase permite-nos olhar para o trabalho realizado e questionar se os objetivos delineados estão ou não a ser cumpridos, ocorre ao longo do projeto, fornecendo-nos importantes sinais de necessidade de reestruturação de objetivos, atividades e seleção de novos meios.

A etapa da divulgação dos resultados é de extrema importância, uma vez que, dá a conhecer à população alvo ou outras entidades a pertinência do projeto e o percurso decorrido na resolução de um determinado problema. Deste modo, é produzida nova evidência científica permitindo a melhoria dos cuidados, podendo ainda servir de modelo a outros serviços e instituições. Existem diversos recursos e meios disponíveis para divulgar os resultados do projeto, como por exemplo: reuniões informais, conferências, apresentação em congresso, poster, folhetos, artigos em revistas científicas, entre outros. Esta etapa deve ser adaptada às características dos seus destinatários, ou seja, o tipo de linguagem utilizada, o conteúdo, a forma de transmissão e os recursos utilizados não devem ser descurados pois podem comprometer o objetivo da divulgação (Ruivo et al., 2010).

A aplicação da metodologia de projeto, demonstrou-se um importante instrumento de aprendizagem, uma vez que esclarece para a ponte entre os conhecimentos teóricos aplicáveis na prática para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, através de uma problemática identificada (Ruivo et al., 2010). Ao longo dos variados contextos, foi visível, como

será apresentado posteriormente, o impacto que as atividades desenvolvidas sobre a temática, tiveram para o crescimento pessoal, profissional das equipas, população-alvo, refletindo no ganho da qualidade dos cuidados prestados à criança, jovem e família.

3. PERCURSO ACADÉMICO: IMPLEMENTAÇÃO METODOLOGIA DE PROJETO

No seguinte capítulo, será realizada uma breve apresentação dos contextos de estágio, principais características, atividades experienciadas, conhecimentos teóricos e práticos adquiridos, de forma que fosse possível a aquisição de competências de Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, assim como as competências de Mestre, como será exposto mais detalhadamente em capítulo próprio.

Como já referido anteriormente, será apresentado para cada contexto de estágio, a apresentação do desenvolvimento da metodologia de projeto, na linha de investigação da “Criança em Situação Crítica”, de acordo com as necessidades reais encontradas.

3.1 - ESTÁGIO I: CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIA

O Estágio I decorreu nos cuidados de saúde primário (CSP), mais especificamente numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), que se encontra inserida numa unidade local de saúde que agrupa um hospital com serviço de internamentos nas áreas de medicina, ortopedia e cirurgia, uma urgência médico-cirúrgica, com atendimento pediátrico, dois serviços de urgência básicos e ainda diversos centros de saúde e suas extensões.

A UC (unidade curricular), decorreu entre 16 de maio de 2022 a 24 junho de 2022, com uma carga horaria, de cerca de 24h por semana, para um total de 144 horas de estágio (horas de contacto). Apresentou um total de horas de trabalho de 216 horas, com a ponderação de 8 *European Credit Transfer System* (ECTS).

A Organização Mundial de Saúde (1978), afirma que os cuidados de saúde primários (CSP), são essenciais, permitindo um acesso universal dos indivíduos, família e comunidade a cuidados de saúde baseados em métodos práticos, científicos. Este acesso à saúde deve ter um custo que a sua comunidade e país possam suportar, desenvolvendo um espírito de autodeterminação e autoconfiança. Tem como objetivo constituir a primeira linha de acesso dos sistemas nacionais de saúde, aproximando o máximo possível os cuidados de saúde à sua população-alvo e ao local onde estes se inserem.

Em Portugal os CSP, estão inseridos no Sistema Nacional de Saúde (SNS), criado em 1979, organizados em ACES (Agrupamento de Centros de Saúde), distinguem-se numa série de unidades estruturais funcionais tais como: Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) (Miguel & Sá, 2010).

A Ordem dos Enfermeiros (2020), refere que os profissionais que prestam cuidados, nos CSP, trabalham em conjunto com os utentes e suas famílias, respondendo de acordo com as suas necessidades de saúde imediatas e a longo prazo, não focalizando a sua atenção para doenças específicas. A abordagem deve ter em conta os determinantes de saúde, relativamente às dimensões do bem-estar físico, mental e social. Como enfermeiros desempenhamos um papel fundamental, na prestação, expansão e coordenação dos cuidados primários, prestando cuidados seguros e eficazes nas áreas do diagnóstico, prevenção, tratamento, gestão e reabilitação.

Foram definidas cinco principais dimensões do cuidar em CSP, são eles: sensibilizar e educar o utente, através do empoderamento e apoio, de forma a garantir cuidados de saúde e serviços de acordo com as necessidades da sua população, comunicação eficaz, seja ela entre os diferentes profissionais, como sobre a saúde, trabalho em equipa e liderança, cuidados centrados na pessoa e prática clínica e a aprendizagem e investigação continua (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

A UCSP em que o estágio foi realizado, divide o espaço físico e alguns elementos da equipa de enfermagem com a UCC e USP. A EEESIP, responsável pela orientação do estágio, exerce funções tanto na UCSP, como na UCC pelo que se torna essencial definir, no que consiste estas unidades de saúde.

De acordo com o Decreto-Lei nº28/2008, no seu artigo 9º, a estrutura de uma UCSP deverá ser idêntica às USF, que apresenta uma legislação própria, pelo Decreto-Lei nº298/2007, mais

recentemente revisto e publicado no Decreto-Lei nº73/2017. Assim as UCSP são constituídas por um coordenador de equipa, um concelho técnico e um concelho geral, na unidade onde nos encontrávamos, coordenação é assumida por uma Médica especialista em medicina geral e familiar, uma equipa de gestão Local constituída pela coordenadora da UCSP e uma Enfermeira gestora, os restantes concelhos, não foi possível identificar, mas estão alocados à unidade local de saúde a que esta unidade de saúde primária se encontra inserida.

Este tipo de unidade de saúde “... presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e globalidade dos mesmos.” (Decreto-Lei no28/2008, 2008, p.1184). Os elementos constituídos da UCSP, são eles, médicos, enfermeiros e administrativos, que não poderão estar integrados numa USF, o que se verifica, alguns estão integrados é na UCC.

A UCSP do local de estágio é constituída por duas extensões de saúde, uma em cada freguesia em que presta cuidados, como já referido integra uma unidade local de saúde E.P.E. (entidade pública empresarial) e um agrupamento de centros de saúde (cinco no total), sob gestão de ARS (administração regional de saúde), tal como definido pela Lei 22/2012, publicada a 31 de maio de 2012.

A equipa multidisciplinar é constituída por 13 médicos dos quais 4 terminaram a especialidade em medicina geral e familiar, 11 enfermeiros, dos quais uma detém a especialidade em saúde infantil e Pediátrica, uma a especialidade de médico-cirúrgica e outra em saúde materno e obstétrica. Para além destes profissionais conta ainda com assistentes operacionais, psicólogo e assistente social.

Esta unidade presta cuidados em diferentes áreas tais como consultas; complementares de referência tuberculose, saúde do adulto e idoso. Apresenta consultas de vigilância e seguimentos dos utentes sob terapêutica anticoagulante, saúde infantil e juvenil, saúde materna, saúde reprodutiva e planeamento familiar, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e doença oncológica. Detém de consulta de enfermagem, que decorre de forma independente, nas áreas da saúde infantil e juvenil. Contém uma sala de tratamentos para cuidados de enfermagem, cuidados podológicos ao pé diabético e sala de vacinação seja a adultos e crianças. São desenvolvidos diversos projetos/ programas, terapia compressiva de úlcera venosa crónica e membro inferior, rastreio do cancro do colo do útero, substituição de substâncias ilícitas por metadona e troca de seringas.

A nível organizacional da equipa de enfermagem a consulta de saúde infantil, assim como a vacinação era assumido maioritariamente, da sua carga horária, pela enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, assim como a enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, responsável pela quase totalidade das consultas de saúde materna e saúde reprodutiva e planeamento familiar.

Ao longo do estágio foi permitido acompanhar a enfermeira ESIP da UCSP, onde assistimos e participamos tanto na consulta de saúde infantil e desenvolvimento, como na consulta de enfermagem à criança jovem, onde a marcação é realizada de forma autónoma, destinada a situações previamente identificadas, que necessitem da nossa vigilância, monitorização e intervenção, como são as situações de crianças má evolução ponderal, atraso no desenvolvimento, recém-nascidos prematuros ou de baixo peso, problemas de aproveitamento escolar, dependências, saúde reprodutiva, determinantes de saúde que não consigam ser intervencionados, no decorrer no tempo da consulta multidisciplinar de saúde infantil e juvenil (SIJ).

A sala de vacinação apesar de ser comum para os adultos e crianças o seu horário é distinto, permitindo que seja a EESIP, responsável pelo cumprimento do programa nacional de vacinação (PNV), junto de crianças e jovens.

As UCC, prestam cuidados de saúde à sua comunidade, pessoas, famílias e grupos vulneráveis, detentoras de situações de risco, seja a nível de dependência física, funcional ou de doença, no âmbito domiciliário ou comunitário. Integra os cuidados de educação para a saúde, redes integrativas de apoio às famílias e unidades móveis de intervenção na comunidade. A equipa multidisciplinar destas unidades de saúde, são compostas por; médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala, entre outros profissionais que sejam necessários, de acordo com as necessidades de saúde identificadas e recursos humanos (Decreto-Lei nº28/2008, 2008).

A EESIP detinha no seu horário, horas específicas na UCC, destinadas à consulta domiciliária do recém-nascido, na qual era realizada uma primeira avaliação do recém-nascido e puérpera. Esta visita domiciliar também era desempenhada pela enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica e uma outra enfermeira concelheira de amamentação.

Outros programas são desenvolvidos na UCC por esta EESIP, apesar de nesta fase de pós-pandemia se ter encontrado suspenso, como é o caso da saúde escolar. No entanto são desenvolvidos duas vezes por semana sessões de educação para a saúde inseridos em Programas de

Preparação para o Parto e ainda um Programa de Preparação para a Parentalidade. Após o nascimento, as crianças com mais de 3 meses inscritas na UCSP/UCC eram convocadas para a participação de um curso de massagem infantil.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018), o EEESIP trabalha em parceria com a criança e família, em qualquer que seja o contexto que esta se insira, durante o Estágio I, foi possível a prestação de cuidados em torno de todo o ciclo vital desde o nascimento até aos 18 anos e 1 dia de idade, tanto no centro de saúde, como na comunidade, domicílio, promovendo o mais elevado estado de saúde possível.

Os registos de Enfermagem são elaborados na plataforma informática *SClinic* e a vacinação registada no Registo de Saúde Eletrónico.

3.1.1 - AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A prestação de cuidados no contexto de CSP em pediatria é focada na vigilância da criança e promoção da saúde, áreas que se distinguem da experiência laboral adquirida até ao momento do estágio na população pediátrica (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). O contacto mais comum presenciado era até ao momento da criança, jovem e família em situação de doença aguda e crónica, pelo que as atividades desenvolvidas nos CSP, permitiram-nos a aquisição de competências específicas do EEESIP, ainda nunca experienciadas

Como objetivo geral para o presente estágio foi definido: “desenvolver competências ao nível da intervenção dos cuidados de saúde primários, junto da criança, jovem e família”, consequentemente foram definidos os seguintes objetivos específicos; compreender o funcionamento e organização de uma unidade de saúde de cuidados primários, desenvolver capacidades de avaliação do desenvolvimento infantil nas diferentes faixas etárias, desenvolver a comunicação, relação junto da criança, jovem e família, desenvolver atividades dentro dos programas de prevenção e promoção da saúde da criança, jovem e família, desenvolver competências sobre a vacinação em crianças e jovens e desenvolver competências de forma a avaliar problemas no seio familiar que possam comprometer o desenvolvimento da criança.

Através da apresentação do contexto e das áreas de prestação de cuidados identificadas, disponibilizadas pelo UCSP e da sua colaboração com a UCC, verificamos que foi possível a participação em diferentes tipos de consultadas de saúde infantil, sejam elas a de Enfermagem de saúde infantil e juvenil, quer na consulta de desenvolvimento infantil.

Nas consultas é seguido o programa nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), publicado pela Direção geral de saúde (DGS) em 2013, foi possível assistir às consultas previstas neste, desde o nascimento até aos 18 anos e 1 dia (cerca de 18 consultas). São avaliados diversos parâmetros antropológicos (peso, altura, comprimento, índice de Massa Corporal, perímetro cefálico), como do desenvolvimento ajustado a cada faixa etária, onde é aplicada por exemplo aplicação da escala de rastreio de *Mary Sheridan* modificada.

A calendarização das consultas de desenvolvimento infantil, foram definidas em idades-chaves que correspondem a acontecimentos, fases, estádios importantes na vida da criança, sendo que ocorre com mais frequência no primeiro ano de vida, fase em que a criança tem um desenvolvimento mais rápido, tanto do seu desenvolvimento físico como, social e emocional. Outros acontecimentos chave são a entrada no pré-escolar, na escola primário, a adolescência e o atingimento da independência, preparação para a vida adulta (DGS, 2013). O agendamento das consultas, são realizadas sempre que possível na consulta anterior para a seguinte de forma a permitir um seguimento constante da criança, jovem e família.

A avaliação da visão é realizada de diferentes formas, por exemplo no recém-nascido é realizado o teste de Bruckner ou reflexo do olho vermelho, a partir dos dois, três meses é possível avaliar os movimentos conjugados dos olhos a fixação do olhar perante objetos contrastados, se os seguem com o olhar, aos 4 meses é possível através da colocação dos brinquedos a 50cm dos olhos verificar a convergência dos olhos. A acuidade visual é obrigatória ser avaliada assim que possível até aos 4 anos, para que a referenciação à oftalmologia seja realizada o mais precoce possível, sendo que a partir dos 6 anos, na preparação para ingressar na escola primária já se pode realizar através das tabelas letradas, onde a avaliação torna-se mais rigoroso (DSCS & CCPNSV, 2008).

Em cada consulta são prestados os cuidados antecipatórios previstos no PNSIJ, nas áreas da alimentação, sono, higiene, vacinação, saúde oral, prevenção de acidentes, segurança, consumos nocivos, relacionamento família/amigos e atividade física. Consoante o grau de desenvolvimento e necessidades do cuidados e criança, jovem muitos foram os ensinamentos que foram

passíveis de se realizar e observar, seja nos RN, por exemplo; a necessidade de realização da Vitamina D, a implementação da higiene oral desde o nascimento adaptando ao crescimento da dentição, a adoção de rotinas de sono, hábitos vesicais, fecais, controlo dos esfíncter evoluindo para a introdução na creche/infantário, ida para a escola, adoção de estilos de vida saudável à entrada na puberdade, sexualidade e consumos de risco, já na adolescência (DGS, 2013).

Uma outra referenciação muitas vezes realizada na consulta de SIJ é a profissionais de higiene oral, em conjunto com os ensinamentos de saúde oral, realizadas em todos os contactos, a emissão de um cheque-dentista, uma vez que a instituição não é dotada de um higienista oral. Estes cheques dentistas, permitem que as crianças com ou sem problemas dentários, possam usufruir de forma gratuita de cuidados dentários necessários ao desenvolvimento da sua dentição e bem-estar, as idades-chave do esquema de intervenção individualizada são aos 4 anos, 7 anos, 10 anos e 13 anos. Recentemente foi abrangido as idades dos 16 aos 18 anos, embora tenham que ter cumprido o plano de tratamento esperado até aos 13 anos, tendo acesso dessa forma a mais um cheque-dentista (Direção-Geral de Saúde, 2021).

O preenchimento e consulta do boletim de saúde infantil de cada criança, jovem, permite a identificação de fatores de saúde a serem monitorizados e intervencionados, dando continuidade aos cuidados de todos os profissionais que prestem cuidados àquele utente (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Atualmente este já pode ser realizado de forma informatizada, no entanto não foi observado, a utilização universal deste nos diferentes contextos em que a criança/jovem se encontrem, longo da sua infância, adolescência é muito importante para a continuidade dos cuidados e satisfação das suas necessidades, assim para além dos CSP, este devia ser consultado e preenchido, sempre que a criança, jovem recorre-se a algum profissional de saúde.

Em relação às competências específicas do EEESIP, com a execução e condução da consulta foram atingidas as competências, segundo a Ordem dos Enfermeiros 2018, presente no Regulamento nº 422/2018,

“ E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar rumo à independência e ao bem-estar E1.1.5. 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. E1.1.7. Estabelece e mantém

redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados. 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. E1.2.7. 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. E3.1.3 Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil” (p.19193)

A competência específica “E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. E3.3.1 Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com crianças/jovens e família” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193), foi desenvolvida uma vez que podemos presenciar as consultas de todos os estádios de desenvolvimento, previstas no PNSIJ, tornou-se um desafio, uma vez que de um consulta para a seguinte, foi necessário a adaptação da linguagem e estratégias de comunicação de idades distintas como é o caso de crianças pequenas em que a brincadeira, ajuda na captação da sua atenção e a utilização da entrevista do jovem, adolescente através da abordagem HEEDSSSS (*home, education, eating habits, activities, drugs, suicide, sleep, sexuality e strenghts*) (Fonseca, 2017).

Foi possível contactar diversos esquemas vacinais, aplicados a crianças desde o seu nascimento, em que em situações normais são recomendadas cerca de 13 vacinas diferentes, administração da vacina BCG e rotavírus, a populações de risco que preencham critérios específicos de inclusão. Situações especiais de crianças de nacionalidade não Portuguesa, que recorriam ao centro de saúde com diferentes esquemas vacinais e que após registo em sistema, das vacinas já administradas era necessário a adaptação do esquema, situações de esquemas vacinais em atraso de crianças entre os 3 meses a 6 anos, esquemas vacinais em atraso tardio (entre os 7 anos e os 17anos), onde é necessário o conhecimento de idades limites de cada vacina específica, assim como intervalos mínimos de tempo recomendados entre doses (Ministério da Saúde, 2020).

A administração da vacina BCG é a única vacina administrada em dias específicos de acordo com convocatória, uma vez que como referido, apenas se administra em crianças com determinados critérios, caso não ocorra antes dos 12meses de idade, torna-se necessário a realização de uma prova tuberculínica (teste IGRA), com resultado negativo. Não existem

unidoses, é realizado a abertura do frasco da terapêutica que se distribui por diversas vacinas (DGS, 2016).

De forma a promover a adesão à vacinação, todos os contactos com crianças e jovens é aproveitado para a administração de vacinação, tal como é descrito no PNV (2020) “É essencial: que não se percam oportunidades de vacinação das pessoas que procurem espontaneamente...” (Ministério da Saúde, p.15), ou seja, esta acabava por ser realizada na sua maioria das vezes no decorrer das consultas SIJ, sempre que identificado a necessidade de atualização do PNV, evitando uma nova deslocação ao serviço. A vacinação não é obrigatória, constitui um direito e um dever dos cidadãos, pelo que a adesão é fundamental para a obtenção de ganhos em saúde da população, o papel do enfermeiro de informar sobre os benefícios de cada, vacina, efeitos secundários, cuidados a ter, vigilância permite uma tomada de decisão mais consciente sobre a adesão ao PNV (Ministério da Saúde, 2020).

A Ordem dos enfermeiros (2018), define como competência específica do EESIP “E1.1.4 *Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e família facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença*” (p.1913), o processo de vacinação anteriormente referido permitiu o desenvolvimento desta competência juntamente com algumas já mencionadas como; E1.1.1, E1.2.1.

A vacinação no CSP, verificou-se um dos momentos mais stressantes e emocionalmente negativos para a criança, jovem e família. Constitui um procedimento doloroso e socialmente é lhe colocado uma conotação de punição caso a criança faça algo de incorreto, pelo que principalmente em bebés e crianças pequenas, associam a consulta médica e de enfermagem a algo doloroso, pelo que lhes causa muita ansiedade. Foi visível a importância de adotar medidas não farmacológicas para a atenuação da dor, através da amamentação, administração da sacarose, utilização de técnicas de distração como música, brinquedos, vídeos de desenhos animados, o que permitia que criança possa colaborar mais facilmente connosco, não chorar e consequentemente os pais, também eles permaneciam mais tranquilos.

O controlo da dor através de técnicas não farmacológicas, permite um maior conforto ao Enfermeiro, assim como de autonomia, uma vez que não se encontram dependentes da prescrição médica de fármacos. Proporciona uma melhor adesão aos cuidados por parte dos utentes uma vez que diminui o medo, ansiedade, stress (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). O EESIP é

também aquele capaz de usar estas terapias, “E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor”(Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193).

Foi possível a observação da organização e dinâmica da equipa de intervenção precoce, assim como a identificação de situações potencialmente de risco, desde o processo de identificação à referenciação. A equipa de Intervenção precoce é dirigido a crianças entre os 0 e os 6 anos e sua família, que apresentem risco ou alteração das funções corporais, comprometendo o seu desenvolvimento, ou condições psicoafectivas ou ambientais que levem ao atraso do seu desenvolvimento (Decreto-Lei nº281/2009, 2009).

O aumento de situações de crianças com perturbações do espectro do autismo, foi algo salientado pela enfermeira orientadora. Para o auxílio de identificação e classificação, aplicando-se a escala M-CHAT (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*), este tipo de perturbação aquando detetada deve ser integrada no Sistema de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), não só para promover o melhor desenvolvimento da criança, mas para que a família possa receber o apoio necessário para o seu bem-estar e desenvolvimento. (DGS, 2013). Outras situações que levaram à referenciação à equipa de Intervenção precoce, foram as crianças que devido à pandemia os pais optaram por as manter com os avós, não tendo tido contacto com outras crianças, pelo que se observou atrasos no desenvolvimento da linguagem e até da motricidade fina.

Como EEESIP é desempenhado o papel de elo de ligação com as equipas de SNIPI, como sinalizadores de crianças e famílias em risco é referenciado no regulamento nº422/2018,

“E2.5.1 Diagnostica necessidades especiais e incapacidade na criança/jovem. E2.5.3 Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada. E2.5.4 Promove o suporte familiar e comunitário. E2.5.6 Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário. E3.1.1 Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. E3.1.2 Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.”(Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19194).

Na consulta foi experienciado outras situações que podem ser enquadradas nas competências anteriormente referidas, a recorrência de crianças com excesso de peso, para além dos ensinamentos sobre a importância da adoção de hábitos alimentares saudáveis desde o nascimento (Direção Geral da Saúde, 2019), exercício físico é necessário a referenciação ao nutricionista e

pediatra, pelo risco de desenvolvimento de outras comorbilidades como hipertensão, diabetes e problemas cardíacos. A importância de em todas as consultas de SIJ, desde o nascimento se reforçar os cuidados antecipatórios da alimentação, segurança e exercício físico, comportamentos de risco refletem-se mais tarde.

A relação dos cuidados de CSP com a saúde escolar é bastante importante, embora devido à pandemia esteja um pouco estagnado, no entanto verificou-se a preocupação da escola contactar a UCSP referenciando crianças, jovens com mau aproveitamento, labilidade emocional, baixa autoestima, comportamentos de risco, como o consumo de drogas e comportamentos de risco. Após esta referência o EESIP, marcava consulta de enfermagem para poder realizar uma avaliação, educação para a saúde e possível necessidade de referência a outros profissionais de saúde como a psicologia, médico tal como é previsto pela OE (2018),

“E1.1.8 Intervêm em programas no âmbito da saúde escolar. E1.1.9 – Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais. E1.1.10 Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde” (p.19193).

A comunicação à saúde escolar por sua vez também ocorria, foram detetadas em consulta de desenvolvimento, adolescentes com problemas escolares no âmbito do *bullying*, abusos pelos pares, deprimidos, em que os pais nos comunicavam por não encontrarem resolução a situação, outros não tinham conhecimento e a partir da nossa entrevista ao adolescente, o jovem acabava por confessar-nos. O papel do EESIP de se encontrar disponível para os adolescentes é deveras relevante nestas questões e também na introdução de hábitos como a sexualidade, o aconselhamento sobre comportamentos de risco, a forma como nos disponibilizamos permite a deteção e intervenção junto deste de forma que encontrem estratégias de coping para maximizar a sua saúde.

O anteriormente mencionado encontra-se previsto nas competências específicas do EESIP no regulamento nº422/2018, publicado pela Ordem dos enfermeiros em 2018;

“E2.5.2 Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família na adoção de estratégias de coping e de adaptação. E3.4 Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde. 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. E2.2.1 Aplica

conhecimentos sobre saúde bem-estar físico, psico-social e espiritual da criança/jovem” (p.19193).

As competências específicas, “E3.1 – Promove o crescimento infantil e desenvolvimento infantil. E3.2 – Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais”(Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19194), foram alcançadas através da visita domiciliária ao recém-nascido.

Após o centro de saúde rececionar a nota de nascimento de um bebé na sua área de residência era marcada uma visita domiciliária a este. O objetivo desta visita era a realização de uma primeira avaliação da puérpera e RN, dando a conhecer à família o apoio dos seu CSP a este novo binómio dos cuidados em saúde infantil.

Neste contacto era realizada avaliação da segurança do ambiente familiar, ensinamentos, esclarecimentos de dúvidas da família, conhecimento de como decorreu o parto e possíveis complicações, realização do rastreio das doenças metabólicas, caso já não tenha sido realizado na maternidade, observação do processo de amamentação e aconselhamento. Uma das questões mais colocadas pelos pais era o que fazer em situações de cólicas, onde eram realizados ensinamentos de algumas técnicas de massagem, colocação de quente, técnicas para quando o RN não evacuava, cuidados ao cordão umbilical, hábitos de sono e como atuar em situações de febre (Afonso, 2017) .

A visita domiciliária era um momento importante para perceber se a criança já se encontrava registada no centro de saúde, reformar a necessidade de este ter o número de utente, era também marcado logo consulta de seguimento de desenvolvimento infantil e de revisão pós-parto de forma “E.1.1.3 Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.”.(Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193)

3.1.2 – SESSÃO DE FORMAÇÃO: “OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA E SBV PEDIÁTRICO” – METODOLOGIA DE PROJETO

No decorrer do Estágio I foi implementado uma sessão de educação para a saúde a futuros pais, sobre a temática de Obstrução da via aérea em SBV em população pediátrica. Esta intervenção insere-se na metodologia de projeto desenvolvida no decorrer dos Estágio I e Estádio Final, como anteriormente mencionado.

Na primeira semana na UCSP, foi realizada uma reunião, conversa informal com a enfermeira orientadora e enfermeira gestora da unidade saúde, para levantamento das necessidades do serviço, na área de interesse escolhida “Criança em situação Crítica”.

A temática foi recebida com interesse e rapidamente foi solicitado que desenvolvesse uma sessão de educação para a saúde dirigida a futuros pais, que já se encontravam a integrar um dos projetos a UCC, “Educar para a parentalidade”, curso de preparação para o parto. Este projeto caracteriza-se pela realização de 12 sessões com a duração de 1 hora, onde são abordados diversos temas que auxiliem a preparação da chegada de um recém-nascido, assim de como decorre o parto, no entanto, de acordo com a enfermeira orientadora esta temática, era anteriormente abordada de forma muito sucinta, na necessidade de atualização de acordo com as diretrizes mais recente a algum tempo e aprofundamento da temática, era algo já desejado se ter concretizado, no entanto com a pandemia e falta de recursos e disponibilidade do serviço, ainda não se tinha concretizado.

Para esta sessão de educação para a saúde foram definidos o seguinte objetivo geral; “Capacitar os pais para a Obstrução da via aérea na criança” e conseqüentemente os objetivos específicos: definir o que é asfixia/obstrução da via aérea, identificar sinais de obstrução da via aérea, elucidar como evitar fenómenos de obstrução da via aérea, distinguir entre tosse eficaz e tosse não eficaz, conhecer algoritmo da obstrução da via aérea na criança e conhecer algoritmo do suporte básico de vida Pediátrico;

A Fase de planeamento decorreu de acordo com o cronograma em apêndice I, entre a segunda e terceira semana do estágio I, após uma revisão bibliográfica da temática, através das diretrizes mais recentes publicadas pelo INEM, ERC, assim como de informação que justifique a

presença da temática em cursos de preparação para o parto foi comunicado à professora orientadora as informações recolhidas e elaborado um plano de sessão, que se encontra no apêndice II.

De acordo com a DGS (2020), a existência de cursos de preparação para o parto tem como objetivo, promover uma vivência mais informada e satisfatória, tanto da gravidez e do parto, como do puerpério e desenvolvimento da parentalidade. São programas de saúde que garantem aos pais, o fornecimento de informações fidedignas, para que consigam tomar decisões responsáveis na educação e desenvolvimento do seu filho, refletindo em ganhos em saúde para ambos.

De acordo com o Artigo 7.º da Lei n.º 142/99, de 31 de agosto;

“Incumbe especialmente ao Estado para proteção da maternidade, da paternidade, do nascituro e da criança, no domínio dos cuidados de saúde: (...) d) Incentivar o recurso aos métodos de preparação para o parto, assegurando as condições necessárias ao pleno exercício dos direitos do casal nos serviços públicos de saúde;” (p.5996).

Assim verificamos que o acesso a cursos de preparação para o parto é um direito de todas as grávidas e respetivos futuros pais. A temática da Obstrução da via aérea engloba-se no objetivo delineado pela DGS para o curso de preparação para o parto: “Conhecer e aplicar os benefícios de algumas ações relativas ao recém-nascido”, em que é definido a transmissão de conteúdos, como a prevenção de acidentes ao recém-nascido/criança e suporte básico de vida (DGS, 2020).

Assim foi planeado uma sessão de educação para a saúde para uma turma de no máximo 10 pessoas, com a característica, de se estarem a preparar para serem pais, maioritariamente pela primeira vez, com a duração de 25 minutos, no dia 9 de Junho de 2022.

Os conteúdos foram desenvolvidos de acordo com os objetivos inicialmente traçados, sempre numa perspetiva teórica, seguida de demonstrativa e finalizando a prática por parte dos pais, caso o desejassem. Este é um tema muito sensível, que causa alguma ansiedade, mas como é referido pela ERC (2021), todos os cidadãos devem receber formação em suporte de vida, adequando o nível de formação ao meio em que se inserem. Durante a sessão foi tentado a desmistificação, de que a técnica de desobstrução, assim como a de suporte básico de vida pediátricas, são muito complicadas e demonstrado que ações simples podem salvar vidas, que

apesar de ser um evento raro, quanto mais preparados tiverem, mais treino, mais familiarizados, aquando deparados com estas situações, mais sucesso irão ter.

A obstrução da via aérea (OVA) é um dos eventos mais comuns em crianças dos 0-4anos, foi esclarecido a diferença entre o que é um engasgo, o reflexo de GAG e o que realmente é uma obstrução total da via aérea, a importância de não atrasar a introdução alimentar, principalmente de alimentos com diferentes consistências, no desenvolvimento motor (deglutição, mastigação) da criança, por medo de ocorrer uma OVA (Direção Geral da Saúde, 2019). Foi demonstrado que as crianças muitas vezes, conseguem reverter a situações por elas próprias, com mecanismos fisiológicos e só quando estes falham devemos atuar e reforçado quais alimentos e objetos não devem ser colocados a disponibilidade da criança, por constituírem mais perigosos, propícios para a OVA (INEM, 2017).

O saber quando chamar ajuda diferenciada, quando é necessário recorrer aos cuidados de saúde, foi outro tópico abordado nesta sessão, pois a urgência assim como o 112 são serviços, disponíveis, criados para responder a situações de urgência e emergência, pois de outra forma, estes recursos podem ser insuficientes nestas situações (Freitas et al., 2016; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Desta forma foi levantado as necessidades de material necessário para a realização da sessão (explícitas no plano de formação em apêndice II), elaborado um PowerPoint (apêndice III) com os temas, ilustrações, assim como um folheto (apêndice IV) que os pais pudessem consultar posteriormente com as informações fornecidas, este foi também disponibilizado à consulta de saúde infantil, para fosse possível a sua distribuição, pelos pais que necessitassem, constituindo um material fundamental, no auxílio de fornecimento de informação nos cuidados antecipatórios da consulta de desenvolvimento infantil. Pais capacitados para atuar perante uma situação de OVA, assim como de uma possível PCRped, a devendo desta ou de outra complicação, são pais que garantem mais segurança, aos seus filhos e a outras crianças que perto destes se encontrem (Greif et al., 2021a; INEM, 2017).

Para finalizar a sessão foi aberto espaço de dúvidas e discussão sobre a temática, todos os pais demonstraram interesse e expressaram a pertinência da temática, não só como futuros pais, mas sobretudo como cidadãos. Com a finalidade de avaliação da sessão foi elaborado e entregue um questionário (apêndice V). No total estiveram presentes na sessão 6 pais, todos consideraram que a linguagem utilizada pela formadora foi adequada (numa classificação de 0

a 10, classificaram em 10), que a formadora foi esclarecedora (10), que os conteúdos abordados foram uteis (10) e quatro dos pais consideram que são capazes de atuar perante uma obstrução da via aérea do seu filho (nota 10), dois pais consideram que se sente mais ou menos na ocorrência da OVA (um classificou 6 e outro 7). Foi ainda colocada uma questão de resposta aberta, para sugestões de melhoria, mas não foi obtida nenhuma resposta.

Na última semana do estágio foi realizada uma reunião informal com a enfermeira gestora e orientadora, onde foram comunicados os resultados obtidos nos inquéritos, assim como o feedback destas da sessão. Concluindo a sessão foi considerada uma mais-valia para o curso de preparação para o parto, assim como a utilização do folheto informativo e foi nos solicitado que os materiais pudessem ser utilizados futuramente para cursos futuros e consultas de saúde infantil e juvenil, o qual foi autorizado com agrado.

Posteriormente ao estágio foi dado a conhecer que ocorreu na UCSP, uma PCR de um recém-nascido que se encontra numa consulta complementar, a qual foi revertida com sucesso e atualmente a criança encontra-se bem, os profissionais de saúde recorreram ao folheto informativo disponibilizado ao serviço, sendo que foi considerado uma ajuda fundamental.

Como linha de atuação foi utilizado a teórica Nola Pender e o seu modelo de promoção para a saúde, anteriormente referido. A intervenção foi realizada junto de um grupo de pessoas com características comuns e experiências, neste caso ainda não terem sido pais, cuidadores de crianças, ou pelo menos recentemente, inseridos na mesma comunidade. Uma das barreiras encontradas foi o medo e stress, insegurança perante a incapacidade de atuação em situações de OVA, nunca antes algum dos presentes tinha presenciado tal situação, embora facilmente compreenderam a importância de atuar e a pertinência dos conteúdos apresentados, tal como referido anteriormente, pelo que os motivou a mudarem os seus comportamentos, nunca tinham pensado na maioria sobre a possibilidade de precisarem das ferramentas fornecidas (Fonseca Victor et al., 2005; Tomey & Allgood, 2002).

Com esta atividade foi possível o a aquisição e desenvolvimento das seguintes competências específicas do EEESIP;

“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. E1.1.4. 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. E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados. E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família. E2.1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória. E2.5.4. Adequa o suporte familiar e comunitário E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.”(Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193)

No final do estágio I foi nos realizado um convite para ingresso na equipa que lecionava o curso de preparação para o parto a decorrer, assim como para o curso que se iria iniciar de preparação para a parentalidade, uma vez que foi possível assistir a várias sessões do curso e pala participação com o tema anteriormente referido. Apesar de posteriormente não se ter concretizado por causas alheias, existiu uma reunião com as EESIP's envolvidas na programação de curso, foi nos possível participar na melhoria das temáticas, assim como ainda na seleção e convocatória dos pais que preenchem os requisitos de ingresso no mesmo, o que me permitiu não só a tomada de decisão em equipa, mas como a participação, a atuação como elemento especialista num projeto institucional dos cuidados, como é definidos nas competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

3.2 - LOCAIS DO ESTÁGIO - ESTÁGIO FINAL

O Estágio Final decorreu em três contextos de cuidados de saúde à criança, jovem e família diferentes, inicialmente num serviço de internamento pediátrico, seguido de um serviço de urgência pediátrico e finalmente numa unidade de cuidados especializados neonatais (UCEN). Teve a duração total de 18 semanas, cada contexto com a duração de 6 semanas, iniciou-se no dia 16 de setembro de 2022 e teve término no dia 3 de fevereiro de 2023. Com uma carga total

de tempo de trabalho de 648 horas, referentes a 388 horas de contato, 336 horas de Estágio e 14 horas de orientação tutorial, que corresponde a um total de 24 ECTS.

Diferente do que ocorreu no Estágio I, no Estágio final os contextos de estágio ocorreram em meio hospitalar, com ênfase na criança com doença aguda ou crônica agudizada, criança, jovem e família em situações de complexidade. As competências de EESIP, foram sendo desenvolvidas, aprimoradas ao longo de todos os contextos de estágio, assim como a continuidade do projeto de acordo com a metodologia de projeto na área “Criança em situação Crítica”, foi sendo desenvolvida, de acordo com as características e necessidades de cada serviço, de forma a providenciar um contributo para cada local de estágio, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados nesta e conseqüentemente ganhos em saúde da criança, jovem e família.

Os diferentes contextos de estágio foram realizados em, também três unidades hospitalares distintas, com diferentes valências e áreas de abrangência.

3.2.1 - INTERNAMENTO PEDIÁTRICO, DESCRIÇÃO DO CONTEXTO

O primeiro contexto de estágio decorreu no período de 19 de setembro de 2022 a 28 de outubro de 2022, num total de 6 semanas, perfazendo 112 horas de estágio, decorreu num serviço de internamento de pediatria de um hospital distrital. O serviço de pediatria desta unidade hospitalar conta com uma unidade de cirurgia pediátrica (bloco operatório), neonatologia, serviço de urgência pediátrica com unidade de internamento de curta duração, consulta externa de pediatria, hospital de dia e cirurgia de ambulatório.

O serviço de internamento de pediatria, onde decorreu o estágio recebe crianças dos 0 aos 17 anos e 365 dias, da região, engloba hospital de dia, bloco operatório, seja em situações de urgência, emergência ou de ambulatório, excluindo recém-nascidos recebidos do bloco de parto, constituem critérios para a unidade de neonatologia. Foi então possível adquirir competências na prestação de cuidados à criança hospitalizada e sua família, com patologia médica, cirúrgica e oncológica, através de contexto de ambulatório, internamento de longa duração e curta.

A hospitalização da criança e conseqüentemente da sua família, constitui um momento de stress para ambos. A prestação de cuidados centrados na família, de acordo com os pressupostos anteriormente apresentados, na descrição da teórica Anne Casey, assim como a utilização dos cuidados atraumáticos por quem presta cuidados à criança e família, a adequada preparação para a hospitalização, são fatores que podem contribuir para a diminuição deste medo, stress que esta condição pela qual a criança irá passar (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Em 1988 a European Association for Children in Hospital (EACH), produziu uma carta, onde são apresentados em 10 pontos, os direitos das crianças doentes, assim como das suas famílias antes, durante e após a sua permanência num hospital ou unidade de saúde. Esta carta mais tarde foi adotada por diferentes países da Europa, Portugal adotou esta carta, através do Instituto de Apoio à Criança (IAC) em 1995.

De acordo com a “Carta da Criança Hospitalizada”, a criança tem do direito da permanência constante dos pais ou pessoa significativa, neste internamento e devido às contingências impostas pelo contexto de pandemia, ainda na altura vigentes, apenas era permitido a permanência de um elemento, ou seja, de um dos pais ou pessoa significativa, sendo que no início do internamento, tinha que ficar definida quem seria, uma vez de ser exigido ainda o despiste de infeção por COVID-19, a troca de pessoa era permitido no entanto para isto ocorrer tinha também de se sujeitar ao despiste do COVID-19 (a cada troca). As visitas eram permitidas apenas a uma pessoa, durante o máximo de 30 minutos de permanência, sendo que se estivesse mais que uma criança por quarto as vistas não poderiam estar em simultâneo.

No contexto de internamento, foi muito visível, os pressupostos da parceria de cuidados de Anne Casey, era evidente o trabalho de equipa e multidisciplinar, o papel da família na prestação de cuidados, como elemento integrante da equipa. O pai/mãe, pessoa significativa, responsabilizava-se pela alimentação, higiene, eliminação, atividades do cotidiano e aquando prestados corretamente ensinamentos de cuidados de saúde, procedimentos como lavagem nasal, administração de terapêutica oral, contagem de hidratos de carbono, unidades de insulina (nos internamentos de diabetes inaugurais), assumiam também esse papel (Tomey & Alligood, 2002).

Aquando dos pais necessitassem de se ausentar, por algum motivo pessoal ou mesmo quando não se sentiam confortáveis com um procedimento, confiavam o seu filho aos cuidados dos médicos, enfermeiros. Uma vez que no contexto de internamento não existe uma monitorização centralizada, na sala de enfermagem, devido ao nível de cuidados prestados e visto que

os pais se encontravam junto da criança, também estes eram uma ferramenta essencial de nos solicitar, quando a criança necessitasse de algum cuidado, que estes não conseguissem prestar. A monitorização de sinais vitais de horário ou continuo é prescrita pela equipa médica, o mais comum é a monitorização de frequência cardíaca e saturações periféricas de oxigénio, a temperatura era monitorizada pelos pais em horário livre ou uma vez por turno, juntamente como os restantes sinais vitais.

De acordo com um dos direitos da criança hospitalizada, o internamento hospitalar deve ser evitado, sendo priorizado quando possível os cuidados domiciliários e regime de ambulatório (EACH, 2017). Para evitar o internamento desnecessário, este serviço apresentava em dias uteis, serviço de hospital de dia, consulta externa, sendo possível a realização de colheitas de sangue e outros produtos biológicos, administração de medicação endovenosa, intramuscular, subcutânea ou retal de acordo prescrição médica, administração de vacinas no PNV, que necessitem de vigilância, administração de hemoderivados, terapêutica imunomoduladora, apoio de oncologia, pneumologia e da cirurgia. Os cuidados de ambulatório aqui prestados eram referentes à área de cirurgia, otorrinolaringologia, ortopedia e oftalmologia, recebendo a criança e família, prestação de cuidados para preparação para bloco operatório, vigilância nos pós-operatório e preparação para alta, em contexto de programado, com necessidade de vigilância inferior a 24 horas.

Sempre que o internamento seja necessário, este deve ocorrer em unidades exclusivamente pediátricas, sendo que possível agrupar as crianças por grupo etário e género (EACH, 2017). No presente serviço de pediatria, este agrupamento era realizado na maioria das vezes, principalmente com os adolescentes, bebés até um ano de idade, em que a dependência dos pais é maior, ou crianças pequenas, mas que já andassem e interagissem mais com os pares, como ocorre a partir dos 3 anos. O agrupamento por género nem sempre era conseguido, no entanto a prioridade era conseguida a partir da adolescência.

O agrupamento por género não era considerado uma prioridade na organização das crianças, jovens por quarto, uma vez que cada unidade apresentava cortinas para garantir a privacidade da criança, jovem e família e as casas de banho encontravam-se fora dos quartos e apenas existiam duas comuns. Existia um quarto de isolamento que quando utilizado, uma das casas de banho do serviço lhe era destinada, para uso exclusivo, passando os restantes as crianças dos restantes quartos, apenas poderem usufruir da uma casa de banho, o que tornava a logística de idas ao wc, assim como das higiènes, mais complicada de gerir.

A organização das crianças por quarto, era também pensada de acordo com a patologia, por exemplo, patologias infecciosas respiratórias, quando situações com o mesmo agente eram agrupados, de outra forma era evitado, ou ainda agrupamento com contextos clínicos de casos sociais, diabetes, distúrbios alimentares, de forma a evitar a contaminação e consequentemente prolongamento do tempo de internamento.

As patologias mais comuns sujeitas a internamento neste serviço são: bronquiolite, pneumonia, mononucleose, cetoacidose diabética, mononucleoses, diabetes inaugural, distúrbios alimentares, doenças crónicas descompensadas como em situações de paralisia cerebral, alterações cardíacas congénitas com hipoxia, fraturas, tentativas de suicídio, casos sociais de abandono ou maus-tratos, doença autoimunes em estudo e ainda apendicite.

Outros direitos fundamentais referidos na “Carta da Criança Hospitalizada” é a de o ser proporcionado um ambiente que se adapte às necessidades físicas, afetivas e educativas, minimizando desta forma as agressões físicas e emocionais, que podem surgir de uma hospitalização. A existência de profissionais com competências específicas nos cuidados à criança/jovem, nas diferentes áreas, promovendo a continuidade dos cuidados, maximizando a sua saúde e bem-estar (EACH, 2017) .

A cada internamento era realizado o acolhimento a criança, jovem e família, sobre o quarto onde iriam, ficar informação sobre visitas, percebido se tinham conhecimento do motivo de internamento, assim de qual o plano terapêutico, explicado todo o funcionamento do serviço, horário das rotinas, questionado sobre necessidade de disponibilização de roupa, toalhas, roupa e ainda apresentado a equipa de enfermagem e a sala do brincar.

Para além da existência de quartos temáticos, alguns decorados com bonecos, adequado a idades mais novas e outros menos destinados aos adolescentes, permitindo que estes não se sentissem infantilizados. O serviço era dotado de uma sala comum (sala do brincar), em que as crianças, jovens podiam utilizar, e desenvolver diferentes atividades, continha desde livros, brinquedos para as diferentes faixas etárias e ainda televisão de videojogos, em dias úteis das 9h às 17h, o serviço dispunha de uma educadora que os auxiliava em diferentes atividades. A participação de aulas online, foi algo presenciado ao longo do estágio, normalmente decorriam no próprio quarto, permitindo a satisfação das necessidades educativas e privacidade necessária, era apenas questionado o horário das aulas e intervalos para que as rotinas do serviço, se pudessem adaptar (idem.).

A equipa multidisciplinar era constituída por uma enfermeira gestora, diversos enfermeiros, 3 por turno exceto nas noites, equipa constituída apenas por 2 elementos, na sua maioria com especialidade em saúde infantil e pediátrica, que prestavam cuidados de enfermagem e vigilância da criança e família internados, 24 horas todos os dias da semana. Nos dias úteis existiam os serviços de hospital de dia, apoio à consulta médica ou cirurgias de ambulatório, onde a equipa de enfermagem era reforçada com mais um elemento por turno. A equipa médica constituída por pediatras, durante os dias úteis das 9h às 18 horas encontravam-se no serviço a observar as crianças internadas, nos restantes períodos o apoio médico era realizado pelo médico que se encontrava de urgência, no entanto este dirigia-se ao serviço quando é necessário.

Outros profissionais como psicóloga, fisioterapeuta, terapeuta da fala e assistente social, também prestam cuidados neste serviço de internamento em regime de solicitação médica.

O serviço está constantemente com a porta fechada, sendo necessário um código para entrar e sair do serviço. Todas as crianças dispõem de uma pulseira de identificação e de uma pulseira eletrónica que quando se aproximam da porta esta tranca e é acionado um alarme que avisa que a criança se encontra perto da porta de saída de serviço. Este sistema permite a segurança das crianças, jovens e famílias, relativamente a tentativas de fuga e até de saída do serviço com familiares não autorizados. Quando à necessidade da criança se ausentar do serviço para realização de exames ou procedimentos, apenas pode sair na companhia o elemento significativo juntamente com um enfermeiro ou auxiliar e o enfermeiro tem de realizar informaticamente a desativação da pulseira.

Estava a decorrer no período do estágio o processo de preparação para a acreditação, foi então presenciado a reorganização do serviço de forma a cumprir as normas, assim como a atualização de documentação, como as normas de procedimento internas. A acreditação é realizada pela Adalusian Agency for Healthcare Quality, obtendo até então o nível bom de acreditação.

O sistema de registo dos cuidados de enfermagem utilizados é o Sclinic. Para a prescrição da terapêutica, impressão da folha terapêutica, assinatura da medicação administrada e ainda pedido de dietas era utilizado a aplicação informática SGCIM.

3.2.1.1 AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A prestação de cuidados de enfermagem em contexto de internamento de média e longa duração (mais de 24 a 36 horas), era algo não experienciado desde a Licenciatura em Enfermagem, pelo que foi um recordar e aprender, desde os registos no Sclinic, com a elaboração de um plano de cuidados com focos e intervenções às rotinas específica, acarretando o facto de o utente ser o binómio dos cuidados em pediatria criança, jovem e família.

Para este contexto foi definido como objetivo geral: “Desenvolver competências ao nível da intervenção do EEESIP no Serviço de Internamento de Pediatria” e os seguintes objetivos específicos; desenvolver competências sobre as patologias mais frequentes no Serviço de Internamento, desenvolver a competência de admissão no serviço de urgência da criança/jovem e família e preparação da alta, desenvolver a capacidade de identificar junto da criança com doença fase aguda alterações no desenvolvimento infantil, desenvolver competências para avaliar problemas no seio familiar que possam comprometer a saúde e bem-estar da criança/adolescente, desenvolver competências sobre a promoção da saúde em caso de doença crónica, desenvolver competências sobre os cuidados de enfermagem à criança/adolescente com doença crónica e desenvolver a capacidade de comunicação com a criança, jovem e família hospitalizada, de forma a estabelecer uma relação de ajuda.

A hospitalização é um momento stressante para a criança, jovem neste período vê-se afastada do seu núcleo familiar, para um ambiente que lhe é estranho, rotinas e pessoas que lhe são estranhas, assim como a necessidade de ser sujeita a procedimentos que lhe causam dor e desconforto. Os pais também experienciam este momento e desempenham um papel fundamental uma vez que os seus sentimentos e ações irão influenciar a adaptação psicossocial da criança, jovem ao internamento (Rodrigues et al., 2020).

A participação e integração dos pais nos cuidados de forma contínua e ativa de acordo com a teoria da Anne Casey, foi algo desenvolvido por nós, desde o primeiro dia neste serviço (Casey, 1995). Foi possível perceber como se apresentavam no início do internamento, apreensivos, expressando sentimentos de medo, impotência, culpa face à situação de doença do seu filho. De forma a combater estes sentimentos no era sempre realizada uma admissão ao serviço, como explicado anteriormente, demonstrado disponibilidade para que os pais pudessem colocar dúvidas, a cada procedimento foi sempre explicado previamente o que iria decorrer e de como aquela ação iria contribuir para a melhoria do estado do seu filho. Foi perceptível em

crianças pequenas que quando era permitido a participação ativa nos cuidados de enfermagem a sua colaboração era mais eficaz, assim de que pais que não se demonstrassem tao ansiosos com o internamento também a criança, jovem não transparecia tão reticente à nossa presença.

Não é apenas a criança que fica privada das suas rotinas, escola, casa, também o seu cuidador se vê à necessidade de reorganização ou afastamento da sua atividade laboral, por vezes afastamento de outros filhos que não estejam a presenciar o processo de doença, deslocamento e afastamento da sua residência, entre outras preocupações. Como enfermeiros devemos estar atentos ao contexto familiar, fornecendo o suporte para a adaptação a esta nova realidade, por exemplo tranquilizar o cuidador se necessitar de se ausentar, que nós podemos cuidar do seu filho ou flexibilizar a permanência de outro familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018)

A comunicação foi algo bastante desenvolvido, foi possível prestar cuidados a crianças desde 1 mês de idade até a adolescentes, famílias de diferentes culturas, vivências, especificidades, pelo que como EEESIP, o estabelecimento de uma relação de confiança e a adequação da linguagem, diferentes estratégias foi algo a ter em consideração, para uma melhoria constante.

Exemplo do anteriormente foi um caso de uma adolescente internada por anorexia nervosa, esta permaneceu internada a maioria do tempo de estágio. A sua situação era frágil, mas através de uma comunicação eficaz e estabelecimento de uma relação de confiança entre a equipa de enfermagem e a jovem/família, foi conseguido alcançar várias etapas, desde a consciencialização que a anorexia era uma doença, potencialmente fatal e que esta tinha de colaborar, à confissão de que se encontrava a desperdiçar a comida pela sanita ou janela, ao cumprimento de ingestão diária de calorias até ao conforto e confiança da mãe a conseguir ir tratar de problemas pessoais e nos deixar ficar responsáveis pela vigilância desta.

Esta adolescente foi um caso de sucesso que permitiu como EEESIP o desenvolvimento de competências de,

“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. E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções. E3.4.2. Reforça a imagem corporal positiva se necessário. E3.4.3. Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis.”(Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19194),

Trata-se de um período do ciclo da vida, onde ocorrem transformações profundas, emergindo necessidades específicas, onde os focos da autoimagem o bem-estar físico e emocional pode ser posto em causa, nem sempre a presença do familiar é algo desejado ou benéfico, pelo que o EEESIP deve ter perceção do mesmo, por vezes os momentos em que a jovem se encontrava sem a mãe presente, eram os mais fáceis para a equipa perceber os seus sentimentos, emoções e verdadeira cumprimento do plano terapêutico (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A ingestão voluntária medicamentosa foi outra razão de internamento percebida em adolescentes no serviço de internamento, no entanto para além de toda a questão psicológica, encontrava-se associada a maus-tratos. O EEESIP para além de uma primeira instância necessitar de conhecimentos e habilidades para a estabilidade da sua situação clínica, deve apresentar estratégias para encaminhar esta jovem a um profissional da área da psicologia, identificar sinais de maus-tratos não só físicos, como emocionais e sinalizar a entidades responsáveis. Após a intervenção da segurança social, da rede de proteção de menores e psicóloga, foi encontrada a solução de abrigar a jovem num lar próximo da residência da sua avó, a única familiar que esta verbalizava poder confiar.

Infelizmente as situações de maus-tratos e culturais por vezes conjugam-se, relativamente a uma bebé de 3 meses de uma família de etnia cigana optou-se pelo internamento devido aos sinais de negligência presentes, encontrava-se com maus cuidados de higiene e de IMC, que mais tarde foi possível apurar que a sua alimentação era na base de papas industrializadas, pobre em vitaminas, nutrientes, necessário a etapa de desenvolvimento da criança.

A sua cuidadora apesar de aparecer no serviço espontaneamente não se demonstrava disponível para os ensinamentos relativamente aos cuidados com a alimentação, ou higiene, este caso já era seguido pela assistente social uma vez que a cuidadora já tinha outros filhos, também anteriormente internado neste mesmo serviço, tendo um diagnóstico com displasia da anca tardiamente, que condicionou o seu desenvolvimento. Como EEESIP apesar de dever demonstrar

respeito pela multiculturalidade, deve agir sempre pelo bem maior da criança, gerindo o processo da satisfação das necessidades de cada criança.

O diagnóstico de uma doença crónica numa criança, jovem, acarreta diversos desafios, necessidade à gestão da sua condição de saúde, pois é uma condição de longa duração, que pode apresentar resultados de incapacidade ou défices residuais, embora dependendo do tipo de patologia, também o grau de incapacidade é diferente (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A Diabetes mellitus tipo 1 constitui numa das doenças crónicas mais frequentes em crianças, apesar de no início necessitarem de uma gestão adequada da insulina, alimentação e atividade física, devem ter as mesmas oportunidades que outras crianças (Programa Nacional para a Diabetes, 2019). Foi possível acompanhar o processo de uma criança com 3 anos, com diagnóstico inaugural de diabetes mellitus tipo I, este não constitui um período fácil nem para a criança, nem para os pais, que nesta faixa etária são os cuidadores principais e antes da alta tem que ser dotados das habilidades de manuseamento do material de insulina e monitorização da glicemia e cetonemia, assim da gestão da alimentação e correlação com a necessidade de administração de insulina (contagem dos hidratos de carbono, e cálculo das unidades de insulina de correção).

Não foi um processo fácil, uma vez os pais que recorrem ao serviço de urgência com um a filha por perda de peso, e acabam por de verem no contexto de internamento com a sua filha que até então era saudável e daqui em diante terá de gerir as suas rotinas, convivendo com uma doença crónica, há um processo de luto a realizar, juntamente com todos os conhecimentos e habilidades novas a adquirir. Segundo Freud o luto é referente à perda de uma pessoa ou objeto amado, emergindo sentimento de dor, culpa, raiva, medo, os pais acabaram de perder a idealização de uma filha saudável, tendo de se aptar e aceitar uma doença crónica que não só irá ser experienciada pela criança, como família e ambiente envolvente (Alexandra & Ramos, 2016).

A relação de ajuda e de trabalho de equipa estabelecidos com os pais e criança é fundamental para a aquisição da sua autonomia nos cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Antes da alta foi observado a comunicação com a escola, uma vez que na ausência dos pais a escola tem a responsabilidade de preservar a saúde desta criança, pelo que a presença de alguém capacitado para a gestão da diabetes mellitus, até a total Independência da criança tem de ser assegurado (Programa Nacional para a Diabetes, 2019).

O anteriormente relatado permitiu o desenvolvimento das seguintes competências específicas de EEESIP,

“E1.1.7. Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados. E1.1.8. Intervêm em programas no âmbito da saúde escolar. E1.1.9. Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais. E1.2.2. Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais. E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família. E2.4.1. Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem. E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”(Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193).

Contrastando com a diabetes mellitus, que constitui uma doença crónica, mas que permite um grau de Independência grande, pode experienciar a gestão familiar e emocional de uma criança com paralisia cerebral, que há cerca de 16 anos se encontra confinada a uma cama. A capacidade de resiliência destas famílias é tremenda e apesar de todas as condicionantes, o amor que continuam a demonstrar pelo seu filho é inspirador, por outro lado vêm na equipa medica e de enfermagem um apoio e gratidão, pois quando se encontram exaustos, fragilizados é junto destes que encontram o apoio necessário para continuarem esta luta.

O motivo da recorrência desta criança no presente internamento foi uma aspiração de alimentação, que terá provocado uma pneumonia de aspiração, pois já se encontrava com dificuldades na deglutição e começou-se a ponderar a colocação de uma PEG (gastrotomia percutânea endoscópica), para permitir a satisfação da necessidade da alimentação, sem colocar em risco a vida do utente. Apesar de estes cuidadores já estarem muito independentes nos cuidados do seu filho, este processo acarreta mais uma aprendizagem e mais uma perda, neste longo processo.

Como EEESIP a continua negociação com a família ao longo do processo de cuidar, para o ganho de Independência, a comunicação eficaz e estabelecimento de uma relação de confiança, o proporcionar o conhecimento dos pais de todo o processo saúde/doença, proporcionar espaço para a expressão de sentimentos, medos receios, garantir estratégias de diminuição de dor e a

procura de terapias que ajudem no processo é algo que faz parte das nossas competências (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Já apos o término do contexto de estágio fomos contatado a informar que o processo de cirúrgico da colocação da PEG, não foi bem-sucedido acabando por o jovem falecer, a família no seu processo de luto fez questão de agradecer a toda a equipa que prestou cuidados ao jovem, pelo apoio e dedicação ao seu filho.

Um tema transversal a todo o contexto de estágio, durante a prestação de cuidados à criança/jovem e família é a gestão da dor, durante o internamento muitos são os procedimentos, cuidados de enfermagem que podem causar a sensação de dor, tal como a administração de terapêutica, a punção venosa, a colheita de sangue, aspiração de secreções, e ainda a dor experienciada pelo próprio processo patológico, pelo como futura EEESIP, a utilização de terapias complementares, medidas farmacológicas e não farmacológicas é fundamental (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A dor constituía um dos sinais vitais avaliados uma vez por tudo, quando identificada era levantado este foco e planeado com intervenção, tal como quando identificado uma necessidade de saúde da criança e família. Muitos das folhas terapêuticas já apresentavam prescrição de analgésicos para administração em SOS, assim como dos antipiréticos, pelo que era o EEESIP que administrava quando necessário fazendo assim esta gestão. A utilização do EMLA (mistura eutética de Anestésicos locais), constituía um procedimento também muito utilizado tanto no internamento, como no pré-operatório, ou em contexto do hospital de dia, colocado atempadamente sobre os locais que seriam sujeitos a possíveis punções venosas, seja para colocação de cateter ou colheita de sangue. O EMLA é um anestésico tópico constituído por lidocaína e prilocaína, com um tempo de atuação cerca de 1 hora e duração de 5 horas (Infarmed, 2021).

O desempenho do papel de EEESIP deve passar pela promoção dos cuidados atraumáticos, ou seja, o recurso a intervenções que eliminem ou minimizem o sofrimento psicológico e físico sentido pelas crianças/jovens e família relativamente aos cuidados de saúde, a presença dos pais e participação nos procedimentos, promove a sensação de controle, promovendo a colaboração, evitando lesões e dores. Antes dos procedimentos a criança, jovem e família devem ser preparados, sobre o tratamento ou procedimento a ser realizado, a dor deve ser tratada, não menosprezada. Deve ainda ser respeitada a privacidade da criança, dando-lhe a oportunidade de escolha e respeitar a cultura e as suas crenças (Hockenberry & Wilson, 2015).

O acolhimento da criança proposta para cirurgia programada e os cuidados pós-operatórios, assim como receção de crianças vindas diretamente do bloco operatórios após serem submetidas a cirurgia de urgência, foi algo possível de experienciar e participar, uma vez que este internamento apresenta a valência de cirurgia pediátrica, seja como já referido tanto em internamento como no ambulatório. Perante a criança realizava a preparação para o bloco operatório no serviço, cirurgia programada, esta embora experiencie ansiedade já tem conhecimento do que se irá proceder e já está minimamente se encontra preparada para todo o procedimento, enquanto a criança que seja intervencionada de urgência não está à espera desta situação, nem a família, experienciado o stress e o medo de que acompanham o processo de hospitalização acima mencionados.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros 2018, presente no Regulamento nº 422/2018, p. 19193, o EEESIP junto destas crianças, jovens e família deve ser dotado das competências específicas, “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.”, uma vez que é necessário avaliar a existência de dor e antecipar situações de instabilidade relacionadas com os cuidados pós-operatórios.

3.2.1.2 – ELABORAÇÃO DE UM POSTER “SUPORTE BÁSICO DE VIDA PEDIÁTRICO” – METODOLOGIA DE PROJETO

No decorrer do estágio no internamento de pediatria, foi implementado um poster sobre a temática “Criança em Paragem cardiorrespiratória”, sobre a temática do papel do enfermeiro junto da criança em paragem cardiorrespiratória. Esta intervenção insere-se na metodologia de projeto desenvolvida no decorrer dos Estágio I e Estádio Final, como anteriormente mencionado.

Na primeira semana no internamento de pediatria, foi realizada uma reunião, conversa informal com a enfermeira orientadora e enfermeira gestora da unidade saúde, para levantamento das necessidades do serviço, na área de interesse escolhida “Criança em situação Crítica”. Durante a reunião foi demonstrado alguma apreensão e dúvida, uma vez que no serviço já

existia um carro de emergência, devidamente revisto periodicamente, existência de diversas normas atualizadas sobre a este e modo de utilização, devido ao processo de acreditação.

Inicialmente foi pensado a realização de uma sessão de educação para a saúde, dirigida aos profissionais, estruturada de acordo a teoria de Nola Pender, baseado em experiências vivenciadas no serviço e aplicando as novas diretrizes do suporte avançado de vida, no entanto foram encontrados vários obstáculos a esta. O primeiro obstáculo apresentado foi o facto da enfermeira orientadora, ter referido que a equipa de enfermagem se encontrava com exausta, com cargas horarias de trabalho grandes, devido a fase pandémica, pós-pandémica e volume de trabalho, pelo que a probabilidade de adesão a uma formação extra-horário de serviço seria muito baixa. O segundo obstáculo encontrado, foi o facto de se demonstrarem desconfortáveis com a autonomia, trabalho de equipa desenvolvido com a equipa médica, no suporte avançado de vida, foi referido pela equipa de enfermagem, que a equipa médica em situações de paragem não era permitido a administração de terapêutica sem prescrição e que até esta chegar, não era realizado nada para além do suporte básico de vida (Fonseca Victor et al., 2005).

De acordo com as informações recolhidas de que a paragem cardiorrespiratória na criança, neste serviço era algo muito incomum e quando ocorria seria em doentes paliativos, onde não é recomendado manobras invasivas e de reanimação, adicionando aos barreiras anteriormente apresentadas, juntamente com as enfermeiras orientadora e gestora do serviço, foi concluído que o melhor projeto a ser desenvolvido dentro da área da “Criança em situação crítica”, seria a elaboração de um poster que pudesse se encontrar junto do carro de reanimação, que auxiliasse os enfermeiros do internamento de pediatria a atuar junto da criança em paragem cardiorrespiratória, com o objetivo de iniciar o processo de consciencialização do importante e fundamental papel que o enfermeiro pode desempenhar de forma autónoma junto de situações de paragem cardiorrespiratória.

Assim para o presente projeto foi definido o seguinte objetivo geral; “Capacitar os enfermeiros do internamento de pediatria na atuação junto da criança com paragem cardiorrespiratória.” e consequentemente os objetivos específicos: demonstrar a utilização do triangulo de avaliação como ferramenta de identificação da criança gravemente doente, capacitar os enfermeiros para a aplicação do triangulo de avaliação pediátrica, elucidar sobre o algoritmo de atuação em situações da criança em paragem cardiorrespiratória, ilustrar o algoritmo do SBVped, desmistificar sobre a complexidade percebida do SBVped, salientar pontos fundamentais do SBVped, quando elaborado por enfermeiros, destacar o papel ativo do enfermeiro na

reanimação cardiopulmonar em crianças e fornecer um instrumento de consulta como facilitador em situações futuras de paragem cardiopulmonar na criança no serviço de internamento de pediatria.

Na seguinte fase da metodologia de projeto (planeamento), decorreu de acordo com o cronograma em apêndice VI, entre a terceira e quarta semana do estágio no serviço de internamento de pediatria, após uma revisão bibliográfica da temática, através das diretrizes mais recentes publicadas pelo INEM, ERC, manual de suporte básico de vida (2017) e manual de suporte imediato de vida (2015) publicados pelo INEM.

Na penúltima semana, foi entregue o poster (apêndice VII), foi realizada uma sessão informal de esclarecimento deste instrumento de consulta à equipa de enfermagem que se encontrava a realizar turno. Foi assinado pela enfermeira gestora e colocado junto do carro de emergência do serviço, amostras deste foram colocadas na sala de registos, passagem de turno, para que a restantes colegas pudessem consultar e fornecer-nos o feedback desta intervenção para o seu serviço. A avaliação desta intervenção foi muito positiva, a forma de divulgação foi a mais adequada para as barreiras anteriormente referidas e de forma que chegasse ao maior número de enfermeiros e auxiliares, uma vez que estes podem também ter um papel ativo na paragem cardiopulmonar na criança, desde que dotados dos conhecimentos teóricos e práticos necessários (Greif et al., 2021).

Em modo de conclusão a maioria da equipa de enfermagem e alguns elementos da equipa de auxiliares e médicos, demonstraram respeito e apreciação positiva do impacto que este instrumento terá no futuro para o serviço de internamento, possibilitando a melhoria dos cuidados prestados à criança em paragem cardiopulmonar.

Como futura Enfermeira especialista a implementação deste projeto permitiu-me tornar um elemento para o qual a equipa me consultou sobre uma área da especialidade de saúde infantil e pediátrica, reanimação cardiopulmonar na criança, foi possível analisar uma das lacunas existentes nos cuidados aqui prestados, implementando medidas prevenindo futuras situações de risco, permitindo uma melhoria na qualidade dos cuidados de modo a promover e facilitar a aprendizagem junto de toda a equipa de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

3.2.2 - SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA, DESCRIÇÃO DO CONTEXTO

O segundo contexto de estágio decorreu no período de 31 de outubro de 2022 a 9 de Dezembro de 2022, num total de 6 semanas, perfazendo 112 horas de estágio, decorreu num serviço de urgência de pediatria, localizado um dos hospitais centrais do nosso país, mais especificamente num hospital universitário. O departamento de pediatria desta instituição de saúde agrega 6 serviços clínicos são eles: pediatria médica, cirurgia pediátrica, neonatologia, psiquiatria, saúde mental da criança e do adolescente, genética e cardiologia pediátrica. Este departamento foi acreditado em 2012, pela agência Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA/DGS).

A Urgência pediátrica, integra o serviço de pediátrica médica, juntamente com a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed), consulta externa, unidade de técnicas de pediatria (U.T. Ped), internamento de pneumologia pediátrica, internamento de infetologia, gastrologia, nefrologia pediátrica, internamento de pediatria geral, hematologia, doenças metabólicas, endócrinas e neuropediatria.

Este hospital constitui em parceria com outro hospital pediátrico da região, a base do transporte inter-hospitalar pediátrico (TIP), metade do mês a equipa que esta responsável pela TIP é desta instituição. No total existem quatro unidades TIP no nosso país, este serviço tem como objetivo, finalidade o transporte de recém-nascidos e utentes pediátricos em estado crítico que necessitem de se deslocar entre unidades de saúde, para disporem de um nível de cuidados superior ao que lhes estava a ser prestado, fundamental para a sua condição de saúde. A tripulação da TIP é constituída por um técnico de emergência pré-hospitalar, um médico e um enfermeiro (INEM, n.d).

Em 2014 o ministério da saúde publicou o despacho nº 10319, com o objetivo de definir as características da Rede de Serviços de Urgência, no seu artigo 8º é indicado que o atendimento urgente pediátrico deve ocorrer num serviço urgência pediátrica polivalente (SUPP), destinando-se a utentes até aos 17 anos e 365 dias de vida (crianças), o que foi observado neste contexto de estágio.

Um SUPP, consiste num serviço de atendimento de crianças em situações de doença ou trauma grave, seja através de um atendimento primário ou referenciadas por um serviço de

saúde menos diferenciado. Os SUPP devem ser dotados no mínimo de uma sala dedicada ao atendimento de crianças, que permita que estas permaneçam em observação de curta duração exclusivo para esta população específica, admissão e sala de espera apenas para pediatria, técnicas de diagnóstico e terapêuticas de diferentes especialidades, incluindo a neurocirurgia, cirurgia pediátrica e cuidados intensivos pediátricos. Caso não exista no local deve haver protocolos de apoio rápido à cardiologia pediátrica e Pedopsiquiatria. Deve ainda ser dotado de equipas formadas em trauma pediátrico grave (Despacho nº10319/2014, 2014).

O contexto de estágio referenciado neste capítulo, vai de encontro ao anteriormente apresentado, seja através de todos os serviços mencionados que constituem o departamento de pediatria do hospital em causa que através no que iremos apresenta de seguida.

O serviço de urgência pediátrico no período do estágio, encontrava-se organizado de acordo as recomendações vigentes para a pandemia COVID-19, assim existia um circuito distinto para utentes respiratórios e não respiratórios, excluindo a sala de triagem, uma vez que só neste momento é realizada pelo enfermeiro a triagem dos utentes com patologia respiratória dos utentes sem patologia respiratória. A sala de triagem é constituída por dois postos de triagem, que podem funcionar em simultâneo, de forma a diminuir os tempos de espera para triagem, uma vez que este serviço apresenta uma afluência muito grande.

A área respiratória é dotada de uma sala de espera, uma sala de tratamentos, uma sala aberta, dividida de forma a fornecer a privacidade necessária aos cuidados prestados e ainda à consulta médica que ali se realizava. Existia ainda uma pequena divisão destinada à descontaminação e colocação dos equipamentos de proteção individual, necessários para a prestação de cuidados de saúde a utentes nesta área. As principais causas de vinda ao serviço de urgência pediátrica que eram visualizadas na área respiratória foram: dispneia, tosse, febre, covid-19 confirmado e dor de garganta e ouvidos com febre.

A sala de reanimação é comum a ambos as áreas referidas anteriormente, esta com a capacidade de um utente, pelo que a permanência nesta de uma patologia respiratória, com uma não respiratória nunca foi presenciada. Para além de equipada com carro de reanimação pediátrico, capacidade de monitorização e ventilação invasiva, não invasiva e oxigenioterapia por alto fluxo, apresenta vários poster bastante visíveis e ilustrativos do suporte avançado de vida, tabelas de consulta de materiais de acordo idade, tais como tubo endotraqueal, laminas

laríngeas, fluxo de oxigenioterapia, formulas de calculo de peso, sinais vitais expectáveis, entre outras mnemónicas essenciais para a abordagem à criança gravemente doente.

A área não respiratória para além do já anteriormente mencionado é ainda toda de uma sala de tratamentos, uma pequena cirurgia, como sugerido pelo nome destinada ao atendimento de crianças com patologia cirúrgica ou com necessidade de cuidados na área da cirurgia pediátrica, que quando necessidade de realização de um quarto de isolamento, podia se transformar para esse efeito, uma sala da equipa médica um guiché, onde permanecia uma administrativa exclusiva para a urgência pediátrica e sala de observação pediátrico (SOped), sala aberta e duas salas de espera. Nesta área as patologias mais presenciadas foram: dor abdominal, trauma, intoxicação medicamentosa, feridas, erupções cutâneas sem febre e vômitos ou diarreia.

A sala de observação existente apresenta uma área de registos médicos e de enfermagem, com capacidade de monitorizar todas as crianças, jovens aqui em vigilância e diversas unidades de internamento com cama, monitor de sinais vitais, rampas de oxigenioterapia, aspiradores, equipamento de administração de terapêutica e um cadeirão destinado ao acompanhante da criança/jovem. Esta sala destina-se a internamentos de curta duração idealmente, nunca ultrapassando as 24 a 36 horas, de criança, jovens com necessidade de vigilância devido ao risco de agravamento da sua doença, tratamentos de curta duração e avaliação por outras especialidades, tendo por objetivo evitar os internamentos de longa duração ou mais do que o necessário, como descrito na Carta da Criança hospitalizada (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Os principais motivos de permanência na sala de observação foram, dificuldade respiratória, excluindo por infeção de COVID-19, vítimas de grandes traumas com necessidade de vigilância, traumatismo crânio encefálico (TCE), intoxicações medicamentosas, ideações suicidas, necessidade de fluidoterapia ou outra terapêutica por infusão e patologias em estudo.

A prestação de cuidados num serviço de urgência pediátrico (SUP), destina-se a situações de instalação súbita, com graus de gravidade variados, com situações que podem colocar em risco de vida. Atualmente este é utilizado incorretamente, ocorre uma utilização excessiva e abusiva, muitas situações que levam os pais/crianças a ir uma urgência, são situações não urgentes que poderiam ser resolvidas em consulta de ambulatório, nas unidades de CSP (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Um dos fatores da utilização indevida deste serviço é o facto dos cuidadores percecionarem que a situação é potencialmente grave, por ser um local de atendimento mais próximo ou porque sabem que vão ser avaliados por um pediatra. Tal como observado no local de estágio, num estudo foi observado que a perceção destes pais de que a situação clínica do seu filho é grave, não se verifica uma vez que a maioria dos diagnósticos de saída do SUP são: nasofarínge, gastroenterite, amigdalite aguda, situações que na sua maioria nem requerem intervenção hospitalar específica. Foi concluído que em Portugal apenas 19,7% das vindas ao SUP, foram consideradas justificadas, ou seja, apenas esta percentagem de crianças, realmente revelou necessidade de tratamento ou investigação específico da sua fisiopatologia, que só é realizada num serviço de urgência (Freitas et al., 2016).

A identificação precoce de que determinada criança se encontra gravemente doente e que conseqüentemente necessidade de cuidados imediatos é fundamental num serviço de urgência pediátrica, principalmente porque atualmente, uma vez que existe uma enorme afluência. Surge assim a necessidade de aplicação de uma triagem de forma que possa ser prestado os cuidados em tempo útil, de acordo com a situação clínica de cada criança, jovem (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

O sistema de triagem utilizado é a Triagem de Manchester, desde 2015 que se tornou obrigatório a implementação de um sistema de triagem de prioridades nos SUP. Este sistema de triagem surgiu pela primeira vez em Portugal no ano de 2000, sendo que só após 3 anos mais tarde foi publicada a edição portuguesa desta. A gestão e a implementação de protocolos de Triagem de Manchester nos serviços de urgência são da responsabilidade do Grupo Português de Triagem (GPT) (Despacho nº3762/2015, 2015).

A Triagem de Manchester é aplicada por enfermeiros, onde realiza a priorização do atendimento médico de acordo com a clínica apresentada pelo utente, sem a realização de um diagnóstico. A priorização é realizada em 5 categorias: emergente (necessidade de atendimento imediato), muito urgente (tempo de espera estimado de 10 minutos para o atendimento), urgente (60 minutos de espera, necessidade de atendimento rápido, mas pode aguardar), pouco urgente e não urgente. Estes últimos referem-se a situações que podem aguardar por atendimento ou serem encaminhados para outros serviços de saúde como é o CSP (Grupo Português de Triagem, 2021).

Relativamente aos fluxogramas da triagem de Manchester, o GPT juntamente com o departamento implementaram dois principais protocolos de alteração, o primeiro é relativo às crianças com idade inferior a 3 meses, independentemente da clínica a sua prioridade é sempre igual ou superior à cor laranja (Urgente), com a finalidade desta população permanecer o menos tempo possível, neste serviço, uma vez que apresenta um sistema imunitário ainda em desenvolvimento e o risco que se infetarem com outros vírus, bactérias hospitalar é superior, por outro lado o risco destes deteriorarem o seu estado geral é muito superior a crianças mais velhas (Hockenberry & Wilson, 2015). Uma outra alteração realizada foi em fluxogramas que requerem valores de glicémia capilar, em que o enfermeiro descarta pela história tenha sido a hipoglicémia, era preenchido este parâmetro com o valor 800mg/dl, minimizando desta forma a realização de procedimentos invasivos, indo de encontro com os cuidados atraumáticos (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Os grandes traumas como os acidentes de viação em grande velocidade, ou quedas de altura por exemplo, são inicialmente abordados em sala de emergência do serviço de urgência geral (SUG), onde há uma equipa treinada para a abordagem de traumas graves. As crianças maiores de 12 anos, que necessitem de cuidados de cirurgia, como sutura de feridas, realização de pensos, também são abordados pelos médicos de cirurgia geral. Sempre que a criança, jovem eram acompanhados por carta de referência para as especialidades de oftalmologia e otorrino, desde que durante a semana até às 20h, também era encaminhado para a especialidade de outra forma primeiro eram observados sempre pelo pediatra.

Este serviço recebe muitas crianças, jovens de outras unidades hospitalares, incluindo das ilhas, uma vez que disponibiliza serviços de internamento das mais variedades áreas pediátricas e com elevados níveis de cuidados, como ocorre na UCIPed. Por outro lado, em situações de necessidade de acompanhamento de pedopsiquiatria, inclusive internamento, consoante as disponibilidades eram encaminhados para um hospital próximo que tem um serviço de internamento exclusivo para patologias deste foro.

A nível de recursos humanos por turno de 8 horas, a equipa de enfermagem era composta por 5 a 6 elementos, sendo que o um enfermeiro constituía o chefe de equipa, normalmente um especialista em saúde infantil e pediatria e com mais experiência profissional, neste era responsável pelos restantes membros de enfermagem e auxiliares, assim como a gestão de todo o turno, inclusive de elo de comunicação com a equipa médica, relativamente a organização e decisão de internamentos e vagas, na sala de observação (internamento de curta duração) e

tempos de espera para atendimento médico. Os restantes elementos eram distribuídos pela área respiratória (1 ou 2), SO (2 elementos) e triagem e área não respiratória (2 elementos).

Os Assistentes Operacionais também realizavam turnos de 8 horas, sendo que por turno se encontravam dois elementos, normalmente distribuídos pela área dos respiratórios e não respiratórios. O serviço disponha 24 horas, todos os dias de uma funcionária responsável pela limpeza e despejo dos lixos hospitalares. A equipa médica realiza turnos de 12 horas ou 24 horas, constituída por pediatras e médicos a frequentar a especialidade de pediatria, sendo que em semelhança com a equipa de enfermagem apresentam um chefe de equipa, normalmente o médico mais experiente.

Os registos são realizados através da aplicação Alert seja em contexto de cuidados de ambulatório, quer no internamento. Foi possível contactar pela primeira vez com o Pyxis, um sistema automatizado de distribuição de medicação, torna-se uma ferramenta essencial na segurança da administração terapêutica, uma vez que torna a acessibilidade à terapêutica de apenas profissionais autorizados (necessário passa ou dado biométricos como a impressão digital para aceder ao sistema), sendo que o sistema acede à prescrição médica, permitindo que a terapêutica certa, dosagem certa seja administrado ao doente certo (Direção-Geral de Saúde, 2015).

3.2.2.1 - AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O serviço de urgência não nos é totalmente desconhecido, atualmente encontramos na prestação de cuidados de uma urgência geral com atendimento pediátrico, a escolha deste contexto de estágio teve por base, constituir um hospital de referência com inúmeras especialidades de pediatria, com uma grande afluência e para onde muitas vezes os nossos utentes são encaminhados para obterem cuidados mais diferenciados. Como EESEIP pretendemos ampliar os conhecimentos das patologias mais recorrentes neste serviço, melhorar os cuidados prestados a crianças em situação crítica e poder contactar com outros pediatras, especialistas das diferentes áreas e outros EEESIP's.

As atividades desenvolvidas ao longo deste estágio teve como finalidade a concretização dos objetivos traçados. Na primeira semana foi definido como objetivo geral, Ampliar

competências ao nível da intervenção do EEESIP no Serviço de Urgência de Pediatria, para tal foram definidos os objetivos específicos, desenvolver competência de avaliação problemas no seio familiar que possam comprometer a saúde e bem-estar da criança, avaliar as necessidades específicas da criança/família consoante a situação e necessidades individuais, desenvolver competências nos cuidados de Enfermagem à criança em situação crítica, desenvolver competências sobre as patologias comuns às diferentes faixas etárias, desenvolver competências para enquadrar os pais/cuidadores nos cuidados prestados à criança com doença aguda.

Uma das competências essenciais neste contexto são;

“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. E2.1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória.”(Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193),

através da triagem é necessário conseguir perceber quais as crianças com necessidade de cuidados imediatos, apresentando sinais de franca instabilidade das funções corporais e quais podem aguardar por um atendimento médico. Para além da realização do curso de triagem de Manchester é necessário possuir experiência e conhecimento no serviço em questão, uma vez não basta a avaliação do utente, mas ser essencial o conhecimento das dinâmicas do serviço, para um correto encaminhamento e tratamento dos utentes. É necessário um olhar crítico e atento aos comportamentos, sinais, aparência e sintomas, avaliar corretamente a queixa apresentada pelo cuidador e criança/jovem (Grupo Português de Triagem, 2021).

A este serviço de Urgência recorrem uma diversidade de crianças e famílias de etnias, culturas, nacionalidades, o que implica o desenvolvimento da comunicação, não só com a criança e família de forma apropriada à sua cultura, crença, mas em diferentes idiomas. A perceção das diferentes representações de doença e tratamento, o respeito pelos seus rituais, torna desafiante a realização de ensinamentos sobre saúde, como a interpretação correta da queixa que os levou a recorrer ao SUPP. Muitas vezes a comunicação é dificultada por barreiras linguísticas, que nem sempre é ultrapassada apenas com o recurso ao inglês, é necessário a utilização de estratégias de compreensão, para que não seja banalizada uma situação que possa ser grave e que os procedimentos possam ser corretamente explicados de forma a diminuir o stress e ansiedade relativamente aos cuidados prestados.

As competências de EEESIP necessárias para a atuação junto desta população são as de negociação da criança e família na participação do processo de cuidar, de comunicação com recurso a técnicas apropriadas de acordo com o estágio de desenvolvimento e cultura da criança, jovem e família e estabelecendo uma relação de respeito pelas suas crenças e cultura (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Quando detetado uma situação de instabilidade das funções vitais ou risco de morte, a criança e família são de imediato encaminhadas e abordadas pela equipa multidisciplinar, médico e enfermeiros na sala de Reanimação. Foi possível experienciar diversas situações, na sua maioria em que a criança recorria por dificuldade respiratória, mas também jovens com ingestão voluntária medicamentosa ou vítimas de trauma.

A intervenção do enfermeiro neste tipo de situação passa pela abordagem ABCDE, anteriormente referida, que permite através da avaliação e intervenções, de acordo com as prioridades encontradas, priorizando a permeabilidade da via aérea, seguido da ventilação correta, da realização de exames de analíticos, administração de fármacos necessário, controle de possíveis hemorragias, avaliação e atuação de acordo com o estado de consciência terminando com a exposição. Quando a criança já se encontra estabilizada é encaminhada para outro local, seja ela a unidade de cuidados intensivos, internamento ou sala de observações de acordo com as suas necessidades (Topjian et al., 2020).

O suporte avançado de vida pediátrico é algo que necessita de estar bem presente nos profissionais que aqui prestam cuidados. Foi possível experienciar a ocorrência de uma paragem respiratória de um bebé de etnia cigana, que se apresentava internado sob vigilância, juntamente com a sua mãe, por uma possível doença rara, que se traduzia em diversas alterações analíticas, nomeadamente diminuição dos elementos constituintes do sangue, défices neurológicos, diminuição da função motora, normalmente com prognóstico muito reservado. Neste tipo de situações o SUPP, conta com o apoio a UCIPed, foi enriquecedor observar o trabalho de equipa realizado em favor da criança, desde a abordagem de suporte de vida, à ventilação e estabilização da criança até à sua transferência para os cuidados intensivos que apresentam cuidados mais diferenciados aqui prestados.

A função do EESIP, junto destas situações é reconhecida no Regulamento nº422/2018, pelas competências “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.”(Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Neste serviço a permanência dos cuidadores junto das crianças na reanimação ou de situações de emergência não é permitido, no entanto este é um tema muito sensível, é do nosso conhecimento que esta prática é realizada em outras instituições, no entanto é necessário a reflexão sobre a temática. A evidência demonstrou a existência de diversos estudos realizados, sobre os benefícios da presença da família junto da criança, nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente a hospitalização, como é descrito por Anne Casey na teoria da parceria dos cuidados, no entanto quando nos referimos a procedimentos invasivos ou emergentes a presença destes junto da criança não é muito consensual.

A presença dos pais junto da criança mesmo em situações de emergência, demonstrou em diversos estudos trazer benefícios. Quando a criança se encontra consciente, a presença dos pais fornece-lhe mais segurança, podendo se sentir mais tranquila, diminuindo o stress, por outro lado são os pais muitas vezes as principais fontes de informações que permitem a realização de uma correta anamnese essencial para que a equipa de saúde possa decidir rapidamente a melhor conduta a realizar. Quando os familiares observam a atuação da equipa de saúde, estes diminuem a ansiedade de não saber o estado de saúde do seu, filho, percebem os esforços realizados pela equipa, para a melhoria do estado de saúde destes e em caso de perda o processo de luto é facilitado, uma vez que verificam que foi realizado todos os possíveis (Mendes & Guareschi, 2019).

Contudo também é possível apurar algumas limitações à sua presença, uma vez que se trata um momento de muito stress, de sentimentos de possível perda, pode levar a que o cuidador necessite de ser alvo dos nossos cuidados é descrito a ocorrência de síncope, mal estar, sobrecarga emocional ou até mesmo de comportamentos inadequados com linguagem e ações agressivas e inapropriadas para com os profissionais, o que compromete seriamente os cuidados prestados, para além que pode constituir um momento traumático que afetara o bem estar dos pais. Por parte dos profissionais de saúde é descrito que a presença dos pais é geradora de insegurança, distração, litígio, ansiedade o que afeta a qualidade e desempenho nos cuidados que necessitam de ser prestados (Da Silva et al., 2017).

Para a inclusão da família no atendimento da criança em situação de emergências é necessário a criação de estratégias da equipa e institucionais, a presença de um elemento

disponível para acompanhar a família durante o processo, como elemento facilitador, que presta apoio emocional e informa sobre as condições clínicas, a necessidade e finalidade dos procedimentos realizados, é descrito que se este facilitador for capacitado, estabelecendo uma comunicação efetiva, pode diminuir os traumas decorrentes desta vivência. É necessário oferecer um cuidado multiprofissional (presença de um psicólogo), mais humanizado de qualidade em situações de emergência e cuidados invasivos a criança e família. A melhoria das estruturas físicas para criação de um espaço destinado à presença dos pais de forma que fique mais confortável e não simplesmente em pé num corredor ou a porta. A ocorrência disto só ocorre se se apostar na formação e consciencialização dos profissionais para os benefícios que a família pode trazer no tratamento do seu filho (Da Silva et al., 2017; Mendes & Guareschi, 2019).

De acordo com o referido a Ordem dos Enfermeiros (2018), afirma que o EESIP deve ser dotado das competências,

“E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. E1.1.3. 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. E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar. E2.1.3. Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto. E2.3.1. Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas. E2.4.3. Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar. E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções” (pp 19193,19194).

Apesar de não ter sido percebido a presença dos pais, junta na criança nestas situações, a compreensão do porquê é fundamental, este serviço não disponha de pessoas disponíveis para o correto acompanhamento da família, nem espaço ou políticas preparadas para tal, no entanto após a realização do estágio, tentamos levar para o serviço onde prestamos cuidados a ideia de que possa ser benéfico a ocorrência do referido, a mudança de paradigmas é fundamental para mudança de comportamentos (Mendes & Guareschi, 2019).

A hospitalização da criança é algo que desencadeia medo e stress, no entanto a explicação da razão do internamento, o acompanhamento da família e apresentação do serviço pode ajudar a tranquilizar, em urgência o facto de ter um início abrupto, a ocorrência de traumatismo, não deixa muito tempo para a correta preparação da criança para a hospitalização em urgência o que é um facto atenuante o stress e medo sentidos. A correta receção na triagem, constitui o primeiro momento essencial, para o estabelecimento de uma relação de confiança de acolhimento, proporcionando os sentimentos de segurança e empatia (Diogo et al., 2015).

No decorrer do estágio no SUPP, podemos contactar com diferentes processos patológicos comuns às várias idades, tais como bronquiolites (por vírus sincicial respiratório), que apresentam sinais de gravidade principalmente em crianças com menos de 1 ano, infeções respiratórias de etiologias viral, pneumonias, infeção por streptococcus, amigdalite, mononucleose, varicelas, escarlatinas, gastroenterites, doença mental, ansiedades, traumas, isto permitiu adquirir conhecimentos sobre as patologias, como planos terapêuticas de cada um.

Relativamente a realização de técnicas foi possível desenvolver competências técnicas, na punção venosa, entubação nasogástricas, administração de oxigenioterapia, ventilação por cânula nasal de alto fluxo, administração dos mais variados fármacos, auxílio no ato de suturar (apoio à equipa de cirurgia pediátrica), aspiração de secreções, lavagem nasal, realização de testes de despiste de vírus respiratórios, como de streptococcus, gasometrias capilares, gestão de alimentação continua e fracionada por sonda, com leite materno ou leite adaptado, entre outras técnicas, terapias.

As técnicas anteriormente mencionadas, muitas são causadoras de ansiedade, desconforto e dor tanto da criança, jovem como da própria família pelo que é necessário a conjugação à capacidade técnica o desenvolvimento de estratégias de comunicação, habilidades de tratamento desta dor não farmacológico. Foi percebido que ao explicarmos antecipadamente os procedimentos, as suas necessidades a família sentiam-se mais tranquilos, não perdiam o sentimento de controlo da situação, colaborando de forma mais efetiva nos cuidados. O recurso à brincadeira, visualização de vídeos, música, aleitamento materno, assim como do afeto da família demonstraram-se eficazes para o controlo da dor (Diogo et al., 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A enfermeira orientadora EESIP, desempenhava funções de chefia de equipa, foi possível realizar o acompanhamento no desempenho das suas funções, responsabilidades. A chefia de

equipa tinha como responsabilidade de gestão da equipa de enfermagem nos postos de trabalhos existentes, de acordo com as competências e características de cada um, de forma que o turno decorresse da melhor forma possível, sem intercorrências e que os cuidados prestados fossem os de maior qualidade, para tal é necessário deter conhecimentos das suas qualidades profissionais e interpessoais. O facto de ser o elemento de referência a quem a equipa médica recorre para a necessidade de gestão de altas, desenvolve a capacidade de trabalho em equipa multidisciplinar e gestão de conflitos.

O funcionamento do serviço na ausência do enfermeiro gestor (fins de semana e horários após as 17h) é outra das responsabilidades de um chefe de equipa, é necessário a existência de material necessário para a prestação de cuidados, a articulação com os diferentes serviços do hospital da área da pediatria, o pedido de produtos alimentares, bem como a disponibilidade e correto funcionamento de materiais (ventiladores, máquinas de perfusão e monitorização dos utentes, entre outros) também deve ser verificado.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros 2019, presente no Regulamento 140/2019,

“As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes: (B2); c) Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3). As competências do domínio da gestão dos cuidados são as seguintes: a) Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1); b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2)” (p.4745).

ao acompanhar a EEESIP foi possível observar e desenvolver competências gestão de um ambiente terapêutico e seguro, dos cuidados de enfermagem e na adaptação do estilo de liderança às situações e contexto. Estas competências necessitam tempo e experiência para serem desenvolvidas, este estágio contribui para adquirir uma nova ótica sobre o papel do enfermeiro especialista como chefe de equipa e gestor de um serviço de saúde.

3.2.2.2 – ELABORAÇÃO DE UMA NORMA DE PROCEDIMENTO “ABORDAGEM DO ENFERMEIRO PERANTE A CRIANÇA GRAVEMENTE DOENTE” – METODOLOGIA DE PROJETO

Durante o estágio na SUP foi executado uma Norma de Procedimento sobre “Abordagem do enfermeiro perante a criança gravemente doente”, inserida na temática inicialmente desenvolvida para o desenvolvimento da metodologia de projeto “Criança em situação crítica”.

No primeiro dia de estágio, reunimos com a enfermeira gestora para a apresentação do serviço, foi questionado qual a temática do projeto que nos encontrávamos a realizar, ao qual foi respondido “Criança em situação crítica”, foi exposto a intensão de desenvolver algum projeto sobre o SAVped, no entanto foi nos transmitidos que esta era uma área que já era bastante desenvolvida, o hospital é dotado de um departamento que faz cursos constantemente de SAVped, foi publicado um livro pelo departamento de pediatria com os algoritmos, procedimentos de SBVped e SAVped a sala de emergência tem vários pósteres alusivos à temática, que não sabia como pediríamos contribuir para o serviço.

Ao longo da primeira semana de estágio, como previsto no cronograma (apêndice VIII), foi observado as normas de procedimento existentes no serviço e juntamente com a enfermeira orientadora, foi percebido que a equipa de enfermagem atualmente é constituída por diversos elementos com pouca experiência, recém-licenciados, pelo que quando ocorre uma situação em sala de emergência, onde é realizada uma abordagem à criança em situação crítica, apenas algumas apresentam competências para tal. Surgiu assim a necessidade de elaborar um documento orientador, que se uniformiza procedimentos e torna-se em linguagem comum, auxiliando os novos elementos a integrarem-se, capacitarem-se para a abordagem à criança em situação crítica.

A elaboração da Norma de Procedimento “Papel do Enfermeiro na abordagem da Criança em Situação Crítica” para o presente projeto foi definido o seguinte objetivo geral; “Capacitar os enfermeiros para a abordagem à criança em situação crítica” e consequentemente os objetivos específicos, contribuir para uma identificação eficaz e rápida pelos Enfermeiros da criança gravemente doente, através da aplicação do “Triângulo de Avaliação Pediátrica”, definir o conceito de criança em situação crítica, uniformizar a abordagem dos Enfermeiros dos Serviço

Urgência Pediatria, à criança gravemente doente, através dos princípios ABCDE que define a prioridade das intervenções, definir os principais parâmetros de avaliação da vítima de acordo com a metodologia ABCDE, demonstrar as intervenções de enfermagem que podem ser realizadas em cada fase da metodologia ABCDE e fornecer um documento de apoio aos enfermeiros, para se integrarem na sala de emergência.

Durante a terceira e quarta semana foi comunicado o projeto à enfermeira gestora e equipa de enfermagem, que demonstraram interesse e expressaram a utilidade da existência deste documento para o serviço. A norma de procedimento foi realizada de acordo o modelo e regras já existentes na instituição, para a elaboração deste tipo de documento.

A Norma que se encontra em apêndice IX, é constituída inicialmente por uma definição geral das características principais do serviço de urgência, assim como o papel que o enfermeiro deve desempenhar neste, de forma a enquadrar a necessidade da abordagem da temática. É referido a importância de uma ferramenta que auxilie os enfermeiros, durante o primeiro contacto com a criança, jovem, a identificar rapidamente se estas apresentem uma clínica que indique que se encontram em situação crítica e necessitem de cuidados rapidamente, isto porque, o serviço de urgência tem sido utilizado de forma abusiva, apresentando uma grande afluência, desde situações graves a não graves e importante a distinção das situações que necessitam rapidamente de ser observadas das que podem aguardar, torna-se fundamental para a qualidade dos cuidados prestados (Fernandez et al., 2017).

Foram definidos conceitos como: serviço de urgência pediátrica, criança/jovem, criança em situação crítica, cuidados de Enfermagem especializados em Saúde Infantil e Pediátrica, Triângulo de avaliação pediátrica e abordagem ABCDE, de forma a permitir uma melhor compreensão do documento elaborado.

A descrição do procedimento é iniciada com a descrição do Triângulo de avaliação pediátrica (TAP), material necessário, duração, parâmetros a avaliar, assim como a sua finalidade e importância na abordagem à criança distinguindo se esta se encontra em situação crítica ou não. A interpretação como referido no capítulo: “Enquadramento teórico”, do TAP pode nos indicar desde o início que tipo de problema, pode ser a causa da situação clínica daquela criança, jovem, direcionando de forma mais eficaz as nossas intervenções (INEM, 2017). A segunda metade do procedimento diz respeito à descrição da metodologia ABCDE, avaliação primária do utente seguindo uma ordem de prioridades e ação quando identificado alguma alteração (DFEM & INEM,

2021; INEM, 2017). Por fim é apresentada uma proposta de algoritmo de atuação do enfermeiro perante uma situação gravidade numa criança, jovem.

Após a apresentação da norma á enfermeira orientadora e realizadas algumas alterações de acordo as sugestões desta, foi entregue à enfermeira gestora para futura aprovação desta e do departamento de pediatria, assim como a divulgação no serviço e instituição.

O feedback da equipa de enfermagem, após contactar com a norma foi bastante positiva, sendo que na maioria dos elementos, considerou que este torna-se um instrumento facilitador da integração dos elementos da equipa de enfermagem do serviço à sala de reanimação e identificação, abordagem à criança em situação crítica.

Os conteúdos desta norma serviram mais tarde para a elaboração de uma formação interna em trabalho, no local onde atualmente me encontro a prestar de cuidados de saúde.

Com a implementação deste projeto foi nos permitido do desenvolvimento das competências específicas de EESIP,

“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. E2.4.1. 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. E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.”(Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193).

Assim como as competências comuns do enfermeiro especialista, publicadas pela Ordem dos Enfermeiros (2019), no Regulamento nº140/2019,

“B1.1.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.1.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados. B1.2.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional. B1.2.3 — Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições.” (p.4747).

3.2.3 - UNIDADE DE CUIDADOS DE ESPECIALIZADOS EM NEONATOLOGIA – DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

O último contexto de estágio decorreu no período de 12 de dezembro de 2022 a 3 de fevereiro de 2023, sendo que no período de 19 de dezembro de 2022 a 2 de janeiro de 2023, correspondeu á pausa letiva do Natal. No total o estágio contou com 112 horas no contexto, durante 6 semanas. O local onde decorreu foi numa Unidade de Cuidados Especializados Neonatais (UCEN) de um Centro hospitalar, constitui a primeira referência para a transferências da área onde exercemos funções atualmente, uma vez que não é dotada de bloco de partos ou internamento do utente neonatal.

Em 1989 surge em Portugal um documento de trabalho, elaborado pela Comissão Nacional de Saúde Materno-Infantil, onde surgiram algumas estratégias que tinham como finalidade a melhoria da assistência ao recém-nascido (RN). Uma das estratégias por a divisão e classificação dos hospitais em duas classes: os Hospitais de Apoio Perinatal (HAP) e Hospitais de Apoio Perinatal diferenciado (HAPD). Esta UCEN insere-se num HAP, dotado de capacidade e meios humanos (médicos e enfermeiros) em assistência física 24 horas, a recém-nascidos. Apresenta a capacidade de estabilização RN prematuros com idade gestacional com idade inferior a 32 semanas ou RN em estado grave, até estes poderem ser transferidos pela TIP para uma unidade de HAPD. Os RN prematuros que estiveram numa HAPD, podem ser transferidos para esta contexto, numa fase de convalescença, estejam com as suas funções vitais mais estabilizadas (Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil, 1989).

O período neonatal é definido como o tempo que o RN, criança com idade compreendida entre os 0 e os 28 dias de vida, se encontra fase de uma total dependência intrauterina para um ganho de independência, ganho de autonomia, adaptação ao meio extrauterino (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A UCEN é constituída por uma área destinada aos seus utentes, sendo que esta se encontra dividida em duas zonas; uma onde se encontram as incubadoras e outra constituída por berços, no total este serviço tem a capacidade máxima de 8 RN. Os registos ou zona de enfermagem encontra-se nesta área de forma que a vigilância aos RN seja constante, algo fundamental desta população específica, tendo vista as suas necessidades.

Este serviço é dotado de uma receção com cacifos onde os pais tem possibilidade de guardar as suas coisas, para proteção do RN que apresenta um sistema imunológico frágil, os pais antes de entrarem na área onde se encontram os filhos, são ensinados a realizar a higiene das mãos, colocação de bata e proteção de sapatos, uma vez que no período de tempo que realizamos este estágio, ainda se encontravam vigentes algumas restrições COVID-19, o uso de máscara cirúrgica, também era obrigatório. O Cantinho da amamentação, consiste numa sala onde de encontram máquinas de extração de leite materno, totalmente equipada e decorada para proporcionar um ambiente tranquilo e confortável, esta é utilizada para os pais aguardarem quando não lhes é permitido, por algum motivo estar na sala com o seu filho, descansar, extrair leite materno.

Para além dos espaços anteriormente descritos, a UCEN é ainda dotada de uma copa de leites, onde se encontra um frigorífico utilizado exclusivamente para o armazenamento de leite materno e material necessário para preparação de leite adaptado, este espaço é também utilizado para os ensinamentos aos pais da preparação de biberões. Existe uma sala de arrumos, onde se encontram alguns equipamentos (fototerapia, incubadoras, banheiras e outro material clínico necessário), um gabinete médico ou de reuniões, o gabinete do enfermeiro gestor, uma rouparia, copa e vestiários para os profissionais.

Os recursos humanos da UCEN são constituídos por; médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e secretariado. A equipa médica encontra-se no serviço nos dias úteis das 9 horas às 14 horas, os restantes dias e horários são da responsabilidade do médico que se encontra de serviço no SUP, esta equipa é chefiada por um médico coordenador, que também se encontra na prestação de cuidados. A equipa de enfermagem, chefiada por um enfermeiro gestor, e é constituída quase na sua totalidade por enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica, estão distribuídos por turnos de 8 horas, em presença física permanentemente 24 horas (3 elementos na manhã e tarde e 2 elementos na noite). A equipa de assistentes operacionais, encontram-se presentes no serviço no mesmo horário que a equipa de enfermagem, sendo que por turno, estará um elemento presente.

A presença de ambos os pais, é permitida apenas durante o período diurno das 9h às 21h, todos os dias. Enquanto estes se encontram presentes, a equipa de enfermagem tem por base os princípios de Anne Casey, parceria dos cuidados, sendo que os pais são capacitados e encorajados a cuidar do seu filho, sempre com apoio da equipa de forma a promover a sua autonomia no cuidar de forma crescente, ao longo do internamento o RN era acompanhado de um plano

de ensino aos pais, desde alimentação, cólicas, febre, transporte, vacinas, desobstrução da via aérea, entre outros. A visita de outros elementos familiares encontrava-se suspensa devido às contingências pandémicas.

Foram definidos como critérios de admissão na UCEN, RN com idades compreendidas entre os 0 e os 28 dias de vida que apresente: risco biológico ou social, necessidade de administração de oxigénio ou ventilação invasiva (CIPAP ou BIPAP), ventilação mecânica até ser transferido para um HAPD, prematuro com idade gestacional superior a 33 semanas, patologia que implique cuidados que não possam ser prestados no domicílio ou puerpério (fototerapia, necessidade de antibioterapia), RN que necessitem de cirurgia neonatal, mas que não necessitem de cuidados intensivos, RN baixo peso, RN que não se consiga alimentar, perda de peso, hipoglicemias de repetição, entre outras patologias, défices encontrados que seja necessário a realização de exames de diagnóstico.

A UCEN disponha da visita domiciliária ao prematuro, consiste numa visita do enfermeiro, após a alta do serviço, tem como objetivo a avaliação do RN, deteção de alguma situação potencialmente prejudicial ao bem-estar da criança, reforço dos ensinamentos de forma a diminuir as taxas de reinternamento. Esta visita é realizada pela equipa de enfermagem da UCEN a todos os prematuros que tenham estado internados neste serviço e que residam na freguesia do hospital, esta deve ser previamente autorizada pelos pais no momento da alta. Quando o enfermeiro deteta alguma necessidade de vigilância urgente ou emergente pode referenciar ao SUP, marcar um momento para os pais levarem o filho à UCEN para observação da equipa médica ou ainda, uma nova visita domiciliária, dependendo da gravidade da situação.

A UCEN apresenta um sistema eletrónico de vigilância anti rapto, que é ativado mediante colocação de uma pulseira no RN, a porta do serviço encontra-se constantemente fechada só podendo ser aberta pela equipa de enfermagem ou assistente operacional. Os registos são realizados na plataforma Sclinic.

3.2.3.1 AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A prestação de cuidados ao RN é algo desafiador, complexo, uma área muito específica da pediatria, tendo em conta as características específicas desta população. A pesquisa bibliográfica sobre os cuidados ao RN, foi algo bastante investido ao longo do contexto de forma a possibilitar a satisfação das necessidades dos RN, prematuros e dos pais. Este contexto de estágio obrigou à saída da nossa área de conforto, acabando por se revelar enriquecedora.

Para este contexto foi definido como objetivo geral: “Desenvolver competências ao nível da intervenção do EEESIP na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN), sendo que como objetivos específicos foi definidos: desenvolver competências para correta manipulação do RN na incubadora, desenvolver competências na área do cuidar dos RN, desenvolver capacidade de realização dos rastreios auditivos, oftalmológicos e metabólicos, necessários do RN, desenvolver competências sobre a amamentação, ensinos à família, prestar cuidados de enfermagem adequados ao recém-nascido prematuro e família, desenvolver competências de identificação e intervenção, em situações de complexidade em neonatologia e avaliar as necessidades dos pais e capacitá-los para a prestação de cuidados, preparação para alta.

O primeiro contacto com um RN, tratou-se um grande prematuro que já se tinha encontrado internado uma unidade de cuidados intensivos neonatais, embora ainda se apresenta baixo peso (1750Kg), já apresentava autonomia na alimentação, com indicação para realização de higiene diária, no entanto prestar cuidados a um RN tao pequeno, de aparecia frágil foi algo desafiador. O contacto com esta família e o estabelecimento da relação com a equipa de enfermagem era de extrema confiança e gratidão, foi um processo longo e agora apenas a bebe necessitava de ter o peso mínimo para ter alta médica.

A necessidade de um RN permanecer numa incubadora, era das situações que gerava mais ansiedade e desconforto da família, uma vez que o seu filho se encontra despido, monitorizado com diversos fios, acessos venosos e por vezes com sonda nasogastricas para alimentação, quando a sucção ainda não se encontra presente ou segura. Tudo isto impede o cuidador de poder carregar no seu colo o filho, em horário livre, receio medo da possibilidade de perder o seu filho, a dor que o RN nascido possa se encontrar a experienciar e o sentimento da criação do vínculo ao seu filho uma vez que se caracteriza por uma barreira à amamentação, os pais não

podem permanecer 24 horas junto da RN. Foi possível presenciar vários momentos de labilidade emocional pelos pais.

A promoção de uma comunicação eficaz, dotando os pais de ferramentas para se adaptarem à situação vivenciada, é uma das capacidades que o EESIP que presta cuidados ao RN deve ser dotado e que nos foi possível desenvolver ao longo de todo o estágio, de forma a promover conforto, segurança e cuidados de qualidade ao RN e família (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os Enfermeiros são os principais profissionais no auxílio dos pais nas UCEN, no desenvolvimento da parentalidade, apresentam um papel fundamental na educação para a saúde e acompanhamento das famílias, promovendo a autonomia dos cuidados ao RN. Os pais constituem os melhores cuidadores dos seus filhos, pelo que as suas vivências e experiências dos pais devem ser consideradas e respeitadas, valorizando-as como contributos na prestação dos cuidados. A adoção de estratégias de comunicação para o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança e segurança é de extrema importância. Foi percebido o esforço que a equipa de enfermagem para promover a vinculação dos pais ao seu filho, através do incentivo da participação nos cuidados como o banho, alimentação (aleitamento materno ou leite adaptado), mesmo quando realizado por sonda nasogastrica, ou simplesmente pelo contacto físico, através de técnicas como o canguru, contacto pele a pele, e de informação de o que ocorreu na sua ausência com o seu filho e todas as conquistas que vai alcançando (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A realização de ensinamentos e capacitação foi sempre algo presente e que a equipa da UCEN demonstrava grande preocupação. Todos os contactos com os cuidadores do RN, eram aproveitados para a realização de ensino e verificação das aprendizagens já adquiridas. As temáticas dos ensinamentos, eram os cuidados de higiene, monitorização e controlo da febre, manobras de desobstrução da via aérea, principais cuidados de saúde, PNV, lavagem nasal, alimentação, preparação de biberons e sua higienização, condições seguras do ambiente que envolve o bebé, amamentação, extração de leite materno e sinais de alarme para recorrerem ao serviço de urgência.

As atividades anteriormente referidas permitiram o desenvolvimento, aquisição de algumas competências específicas do EESIP,

“E3.2.1. Avalia o desenvolvimento da parentalidade. 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. E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (p.19194),

permitir que os pais possam exprimir os seus medos, inseguranças é também um fator de extrema importância de forma a identificar as inseguranças e dificuldades sentidas na prestação dos cuidados, promovendo a qualidade dos cuidados e os ganhos em saúde. Esta relação de parceria segue os princípios mencionados ao longo do trabalho de acordo com a teórica Anne Casey.

Os RN pré-termo tem como característica a imaturidade neurofisiológica, o que se reflete numa maior vulnerabilidade a determinadas patologias e maior sensibilidade a estímulos do ambiente como a luz, som e atividade que o envolve, o RN não apresenta a capacidade para o processamento de todos esses estímulos, pelo que os percebe como hiperestimulação (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). A UCEN implementa estratégias neuroprotetoras como a diminuição dos ruídos, a diminuição da luminosidade, alternância de decúbitos frequentemente, as incubadoras são datadas de ninhos, que permitem a simulação do espaço e conforto fornecidos pelo útero da gestante, os procedimentos necessários para os cuidados ao RN, são geridos e organizados de forma a respeitar os ciclos de sono, minimizando ao máximo os períodos de manipulação.

Durante o estágio tivemos a oportunidade de receber uma criança em situação de complexidade vinda do Serviço de Obstetrícia, apesar de se tratar de um RN de termo, houve complicações no parto, tendo nascido com um score baixo na escala de APGAR, com necessidade de reanimação neonatal. Como foi uma situação inesperada, sendo que a gravidez foi vigiada, as circunstâncias do seu nascimento surgiram dúvidas a equipa de saúde sobre o bem-estar da criança.

Foi observado astenia, alterações analíticas a nível da hemoglobina e diminuição do número de plaquetas, pelo que foi necessário a sua monitorização em incubadora, houve dificuldades tanto na amamentação, como na sucção com biberão pelo que teve de ser submetida a entubação nasogastricas para alimentação e hidratação, diversas colheitas de sangue para deteção de doenças autoimunes e alterações da coagulação, assim como ecocardiograma cardíaco, ecografia transfontanelar, esta situação foi sentida pelos pais com muita ansiedade e medo de perder a sua filha, que até ao momento nada indicaria que viria a ter algum problema. Após a realização dos exames foi diagnosticado cardiopatia congénita e alterações a nível cerebral,

acabando por ter sido um internamento prolongado com acompanhamento da cardiologia pediátrica e neurologia.

A anterior experiência permitiu desenvolver as competências,

“ E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”, “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. 2.3.1. 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. E3.2.3. Utiliza estratégias promotoras de esperança realista.” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19194).

A permanência dos pais junto do RN, aquando da necessidade de realização de procedimentos invasivos, não era permitida neste serviço. Segundo a equipa de enfermagem o RN ao sentir a presença do cuidador ficava mais agitado, os pais por ser um momento de stress, não se sentiam confortáveis e geravam insegurança à equipa de Enfermagem. No entanto a necessidade e o tipo de procedimento, eram sempre explicados previamente, na maioria das vezes o pedido do Enfermeiro para os familiares se ausentarem era bem recebido. O controlo da dor para os procedimentos era realizado através de métodos não farmacológico com a sacarose ou sucção não nutritiva e farmacológica com o EMLA (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Foi possível a prestação de cuidados junto do RN com icterícia, com necessidade para realização de aplicação de fototerapia. Esta condição denomina-se de hiperbilirrubinemia, verificando se uma quantidade excessiva de bilirrubina sérica, normalmente é um acontecimento fisiológico e não patológico do RN, no entanto, caso os níveis se encontrem muito elevados ou se ocorrer hemólise, é necessário a realização de fototerapia. Normalmente a icterícia fisiológica ocorre devido a imaturidade da função hepática e aparecer após as 24 horas do nascimento. A bilirrubina em concentrações muito altas, podem levar a encefalopatia bilirrubínica, daí a necessidade da monitorização dos níveis de bilirrubina no sangue e a sua excreção através da fotoisomerização, conseguida através da fototerapia (Hockenberry & Wilson, 2015).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018), no Regulamento nº422/2018, o EESIP

“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.” (p.19194),

pelo que a utilização desta terapia, ajudou-nos a consolidar estas competências.

Ainda no decorrer da prestação dos cuidados ao RN, houve a oportunidade de participar nos exames realizados no período neonatal, nomeadamente o teste do diagnóstico precoce, rastreio auditivo neonatal universal (RANU), o rastreio das cardiopatias congénitas e cumprimento do PNV do RN de termo assim como as adaptações necessárias em RN de pré-termo.

3.2.3.2 – ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE FORMAÇÃO “REANIMAÇÃO NEONATAL” – METODOLOGIA DE PROJETO

No último contexto de estágio que decorreu na UCEN foi elaborado um plano de formação em “Reanimação Neonatal”, inserida na temática inicialmente desenvolvida para o desenvolvimento da metodologia de projeto “Criança em situação crítica”.

No primeiro dia de estágio fomos recebidos pelo enfermeiro gestor da UCEN, que nos apresentou o serviço, distribuiu pelas enfermeiras orientadoras e nos questionou sobre as temáticas dos projetos. Ao informar o enfermeiro gestor da temática de interesse, este questionou qual os objetivos que tencionávamos concretizar neste contexto, pelo que foi de indicado o seguinte objetivo geral: “Capacitar os enfermeiros da UCEN em Reanimação Neonatal”.

Em reunião com o enfermeiro gestor juntamente com a enfermeira orientadora, ainda durante a primeira semana, foi nos informado que o hospital possuía uma equipa interna de formação, responsável pela reanimação cardiopulmonar, no entanto, a área mais investida é o Suporte Avançado de Vida no adulto, pelo que sugerimos a elaboração de um plano de formação para apresentar a este departamento em “Reanimação Neonatal”, com o objetivo de no futuro pudesse mediante aprovação ser aplicado aos enfermeiros da UCEN.

Como pode ser visualizado no cronograma em apêndice X, entre o período de 19 de dezembro a 1 de janeiro de 2023, correspondente à pausa letiva do Natal, foi elaborado parte do

plano de formação terminado na 2ª semana de estágio. Nesta semana foi questionado o enfermeiro gestor se poderíamos apresentar o plano de formação no dia 17 de janeiro de 2023, dia já destinado a uma formação em serviço, onde iria estar a maioria da equipa de enfermagem da UCEN. Assim foi aprovado e divulgado junto da equipa que o nosso projeto iria constituir uma das temáticas apresentadas no dia da formação.

A elaboração do plano de formação teve por base as diretrizes da ERC, publicadas em 2021 sobre a reanimação neonatal e da educação em reanimação neonatal, tem como finalidade a resposta aos seguintes objetivos específicos; permitir a aquisição de conhecimentos e competências básicas em Reanimação Neonatal, capacitar a equipa de enfermagem para situações de Reanimação neonatal, capacitar os enfermeiros para aquisição de capacidade de liderança, trabalho de equipa e comunicação em Reanimação Neonatal e aplicar a metodologia do treino simulado como método de ensino-aprendizagem em Emergência Pediátrica.

Foram definidos conceitos como: recém-nascido, recém-nascido pré-termo, reanimação neonatal. A pertinência da temática foi justificada através de dados estatísticos retirados da plataforma PORDATA sobre o número de parto, nascimentos, nados mortos e mortes em recém-nascidos da região ao qual o hospital pertence e ainda evidencia científica da necessidade de reanimação em recém-nascidos, a nível internacional, 15% dos recém-nascidos necessitam de ajuda para respirar, aquando realizam a sua adaptação ao meio extrauterino (Madar et al., 2021).

A reanimação é uma das competências que os enfermeiros devem ser dotados, uma vez que nos inserimos numa UCEN, adquirir a capacidade de atuar perante um recém-nascido com necessidade de se adaptar ao meio extrauterino é fundamental (Ordem dos Enfermeiros, 2018). De acordo com Madar et al. (2021) a equipa de reanimação neonatal deve ser constituída por elementos capazes de prestar cuidados de suporte de vida ao recém-nascido, da área da saúde infantil e pediátrica no local do parto, esses profissionais devem ser treinados regularmente para manterem as suas competências presentes.

Foi proposto que a equipa de formação fosse constituída por 3 elementos: dois especialistas em saúde infantil e um em saúde materna e obstétrica e que fosse formado turmas de no máximo 10 a 15 pessoas.

A Formação foi estruturada para decorrer em duas fases, numa primeira fase de forma mais teórica, os temas abordados seguiriam a metodologia “ABCDE”, utilizada em emergências,

que permite uma identificação e atuação rápida, baseada numa hierarquia de identificação de problemas/resolução, com os seguintes módulos: Modulo 0 – Introdução, Modulo 1 - Avaliação Inicial, Modulo 2 – A: Via aérea, Modulo 3 – B: Respiração, Modulo 4 – C: Circulação, Modulo 5 – Cuidados Pós-Reanimação, Modulo 6 – Competências Não Técnicas e Modulo 7 – Considerações Finais.

A 2ª fase decorreria numa vertente prática, “Hands on practice”, com base na metodologia de prática simulada, com casos clínicos. A turma seria dividida em 3 grupos e todos passariam por 3 estações: Banca 1 – Via Aérea e Ventilação, Banca 2 – Compressões Torácicas e Banca 3 – Fármacos e Situações Especiais. Para finalizar cada grupo participaria na Banca 4 – Algoritmo da Reanimação Neonatal, onde é necessário a aplicação de todos os conhecimentos práticos e teóricos adquiridos ao longo de toda a formação, seguindo da aplicação do algoritmo para a resolução de casos práticos, sendo fundamental também o treino do trabalho de equipa, comunicação e liderança.

Para finalizar o plano foi proposto que a 6 meses os enfermeiros da UCEN pudessem praticar os conhecimentos e competências adquiridos na formação, através da replicação da banca 4, para que isto fosse factível, uma vez que já era realizado neste período uma formação sobre a ventilação do neonato, coincidir estas temáticas, facilitando a disponibilidade do serviço e dos recursos humanos.

O Plano de Formação (apêndice XI), foi entregue à enfermeira orientadora e enfermeiro gestor na 3ª semana de estágio para que até ao dia 17 de janeiro, pudessemos realizar algumas alterações por estes sugeridas.

A avaliação deste projeto foi realizada através de um relatório (apêndice XII) que foi elaborado, onde foi descrito o que ocorreu na apresentação, as principais questões e preocupações apresentadas pelos elementos da equipa presentes e contributos. Foi possível apurar que constitui uma temática bastante sensível, desconhecida para alguns elementos que necessita de ser investida, para ser assegurado que os cuidados prestados são os melhores, como é de conhecimento são os enfermeiros os profissionais que estão sempre junto dos recém-nascidos, pelo que a ajuda médica nem sempre é imediata, sendo assim o enfermeiro tem de estar capacitado para intervir. Caso seja necessário, intervir em situações em que o enfermeiro necessita de dar suporte de vida ao recém-nascido. A presença do enfermeiro da UCEN que tem a sua formação no recém-nascido, no bloco de partos em situações que se prevejam a necessidade de

reanimação do recém-nascido permitiria que a melhor assistência a este fosse prestada e que a continuidade dos cuidados na UCEN fosse assegurada de uma forma mais eficaz.

A divulgação do resultado foi concretizada numa reunião informal com o enfermeiro gestor e enfermeira orientado, através da apresentação deste relatório, o feedback foi bastante positivo e a esperança demonstrada pela equipa da UCEN da concretização de uma formação em Reanimação Neonatal foi notável.

Com a implementação deste projeto foi nos permitido do desenvolvimento das competências específicas de EESIP,

“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. E2.4.3. Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar. E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.”(Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19193).

Assim como as competências comuns do enfermeiro especialista, publicadas pela Ordem dos Enfermeiros (2019), no Regulamento nº140/2019,

“B1.1.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.1.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados. B1.2.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional.” (p.4747).

Esta atividade responde assim às necessidades formativas da reanimação neonatal, promovendo a promoção de saúde, uma vez que a sua aplicação deverá proporcionar ganhos em saúde. Esta atividade em semelhança a outras atividades desenvolvidas de promoção de saúde teve por base a teoria de Nola Pender.

4. ATUAÇÃO DO EESIP, JUNTO DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

No decorrer de todo o percurso anteriormente descrito, da implementação e desenvolvimento da metodologia de projeto sobre a “Abordagem à criança em situação crítica”, assim como, de toda a pesquisa bibliográfica necessária sobre a temática, foi sendo possível consolidar a importância e o papel que o EEESIP, na prestação de cuidados à criança, jovem em situação crítica.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018), no Regulamento nº422/2018, o EEESIP este é dotado da competência específica de “E2.1.1 Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória.” (p.19193).

O enfermeiro constitui o profissional de saúde que mais tempo e mais próximo se encontra da criança, durante o seu processo de doença, independentemente do contexto onde este se encontre, ou seja, nos cuidados de saúde primária, serviço de urgência logo a partir da triagem ou durante a hospitalização da criança. Torna-se fundamental que o EEESIP, consiga identificar precocemente sinais de instabilidade na criança, jovem, uma vez que indicam a necessidade de cuidados imediatos, para preservar funções vitais, impedindo ou prevenindo uma possível paragem cardiorrespiratória, o que pode ser realizado através do recurso do Triângulo de Avaliação Pediátrica (DFEM & INEM, 2021; European Resuscitation Council, 2015; Fernandez et al., 2017; INEM, 2017).

Uma vez identificado uma criança, jovem em situação crítica, a intervenção junto desta o mais atempadamente é fundamental, o EEESIP através da mobilização das suas competências,

“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. E2.4 Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência. E3.1.1 demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.”(Ordem dos Enfermeiros, 2018, pp.19193, 19194),

permitindo uma correta avaliação de acordo com a metodologia ABCDE, de forma a identificar rapidamente prioridades, causas da instabilidade orgânica observada e consequentemente a sua resolução (Van de Voorde et al., 2021).

Como enfermeiro especialista todas as suas ações, tomadas de decisão, devem ser suportadas pela evidência, para a prestação de cuidados de excelência e qualidade, obtendo um amplo leque de opções, desempenhando um papel ativo como elemento de uma equipa multidisciplinar, intervindo nas tomadas de decisão e assumindo responsabilidade de elemento de referência para a sua área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Aquando da criança, jovem se encontram em PCR, o EEESIP tem o dever ser o elemento de referência, coordenando a equipa de prestação de cuidados, percecionando a necessidade de delegar e supervisionar tarefas, garantindo a segurança dos cuidados durante o desempenho de suporte avançado de vida, com vista á recuperação da respiração e circulação espontânea (Ordem dos Enfermeiros, 2018, 2019). A atualização dos conhecimentos em suporte de vida pediátrico é fundamental, constantemente são publicadas diretrizes, realizadas com base na evidencia mais recente, podendo constituir-se um elemento divulgador desses conhecimentos (ERC, sem data).

Nem sempre o enfermeiro se encontra junto da criança, jovem na ocorrência de PCR, principalmente quando é verificada de forma súbita durante o seu cotidiano. A ERC (2021), afirma que todos os cidadãos devem ser dotados de habilidades para atuar junto de uma vítima em PCR, a participação do EEESIP, junto de programas de formação, capacitação dos cidadãos, seja em saúde escolar ou na comunidade é de extrema importância, é demonstrado que uma rápida atuação em situações de PCR, melhora significativamente o prognóstico da vítima (Ordem dos Enfermeiros, 2019; Van de Voorde et al., 2021).

O nível de conhecimento em suporte de vida, deve ser ajustado ao contexto onde nos encontramos inseridos, assim para além de divulgação e formação junto da comunidade, também o EEESIP nos serviços que prestam cuidados à criança é fundamental a criação de programas, normas que permitam a qualidade dos cuidados à criança em situação crítica.

No estágio final foi proposto a realização de um artigo científico (apêndice XIII), com o objetivo de desenvolver a competência de mestre produzindo através de investigação conhecimento científico (DGES, 2023). Através da elaboração de uma scoping review, foi demonstrado a importância da prática simulada, como ferramenta de ensino em reanimação cardiopulmonar,

foi observado que este por constituir um evento raro, o fraco contacto ou necessidade de aplicação dos conhecimentos em suporte de vida pediátrico, contribuem para a insegurança e carência de habilidades de intervir junto da criança em PCR (Greif et al., 2021).

Após 3 meses de uma formação de reanimação, ocorre um decréscimo das habilidades adquiridas, a prática simulada verifica-se uma importante ferramenta para consolidar e aplicar conhecimentos. O EEESIP através da criação de programas de qualidade dentro das suas instituições, de práticas simuladas frequentes permitiria a melhoria e segurança dos profissionais de saúde junto da criança em PCR. Como observado no decorrer da realização deste artigo científico, a importância de após cada momento real ou simulado de reanimação cardiopulmonar é fundamental a reflexão avaliação, da prática identificando os pontos fortes e quais os pontos a melhorar (Greif et al., 2021).

Em pediatria não podemos falar em criança, jovem sem considerar a sua família, como já mencionado anteriormente no presente trabalho, a situação de emergência da uma criança é algo experienciado pelos seus cuidados de uma forma negativa, são experienciados sentimentos de medo, angustia, impotência e possivelmente até luto. Como EEESIP não podemos nos esquecer de cuidar da família atuando de acordo a teoria de Anne Casey, englobar os pais nos cuidados, seja através de fonte de informação sobre a situação do seu filho, seja lhe informado da situação de saúde de tudo o que lhe está a acontecer, pedidos de consentimento, seja através de apoio emocional, ajuda no processo de luto (Diogo et al., 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2018)

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTA E MESTRE

Ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, foram diversas as aprendizagens adquiridas através de contexto teórico e prático, através das distintas unidades curriculares e atividades desenvolvidas ao longo de todo este percurso, que permitiram a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e de Mestre.

As competências dos Enfermeiros especialista dividem-se em dois grupos; as competências comuns e as competências específicas. As competências comuns dizem respeito a todos os Enfermeiros Especialista independentemente da área em que preste cuidados de saúde, é expectável que estes sejam dotados de competências técnicas, científicas e humanas na prestando cuidados de enfermagem especializados. As dimensões garantidas pelas competências comuns dos Enfermeiros Especialistas dizem respeito a educação, orientação, liderança, aconselhamento, responsabilidade de descodificar, difundir e levar a cabo a investigação pertinente e relevante que contribua para a melhoria e excelência dos cuidados de enfermagem prestados aos diferentes utentes, nos diversos contextos onde estejam inseridos (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Cabe a cada concelho do colégio de cada especialidade definir as competências específicas de cada área (Lei nº156/2015, 2015), assim no caso do EEESIP, as suas competências específicas foram definidas pelo colégio da especialidade de saúde infantil e pediátrica publicada através do Regulamento nº 422/2018. O EEESIP exerce cuidados de acordo com o modelo conceptual centrado na criança e família, considerando este o binómio alvo dos seus cuidados, independentemente do contexto em que se encontra, intervém ao longo do ciclo vital desde o nascimento até aos 18 anos menos 1 dia, podendo em situações especiais tais como; doença crónica, incapacidade ou deficiência estender-se até aos 21 ou 25 anos, momento em que a transição para a vida adulta seja completada.

O EEESIP deve garantir e promover o mais elevado estado de saúde, à criança, jovem e família, seja em situação de doença ou na ausência, proporcionando educação para a saúde, através de identificação e mobilização dos recursos de suporte existentes. Os cuidados prestados devem corresponder a um nível avançado, com segurança e competência de forma a responder às necessidades da criança, assim como da sua família, cuidador, pessoa significativa (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

De seguida será realizada uma análise reflexiva de cada uma das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, assim como das competências de Mestre.

5.1 – ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado em 2019, organiza as competências em quatro domínios principais; responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019). A aquisição das competências comuns de Enfermeiro Especialista, foi concretizado não só ao longo dos contextos práticos com a prestação dos cuidados, mas com as atividades delineadas e desenvolvidas no âmbito da metodologia de projeto.

O primeiro domínio referido no regulamento nº140/2019 é o domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, neste o enfermeiro dentro da sua área da especialidade, apresenta uma conduta profissional, respeitando os princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem descritos no Código Deontológico inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros publicado pela Lei nº156/2015, o que permitem o respeito pelos direitos humanos e o cumprimento das responsabilidades exigidas pela profissão de Enfermagem.

Ao longo do estágio, a prestação de cuidados à criança, jovem e família, foi baseada em tomadas de decisão segundo os princípios éticos e deontológicos, de acordo com a parceria de cuidados com este binómio (segundo teoria de *Anne Casey*). Ao longo dos estágios foi possível observar e participar no impacto dessas tomadas de decisões junto dos cuidadores, o que suscitou junto da equipa de enfermagem, especialistas e generalistas processos de reflexão sobre a melhor forma de atuar.

A teoria da parceria dos cuidados de *Anne Casey*, foi algo sempre bastante presente na prestação dos cuidados, mantendo o respeito pelos direitos da criança/família, as suas vontades, emoções e necessidades para a tomada de decisão. A participação dos cuidadores como parceiros nos cuidados à criança, demonstrou-se uma ferramenta bastante útil no estabelecimento de uma relação segura e de confiança, refletindo no ganho de autonomia, autoestima e maximização da saúde, através do desenvolvimento de diversas estratégias.

Os direitos da Criança foi algo sempre bastante presente, não apenas pelo respeito, mas permitindo e certificando-se que era cumprido, por parte dos enfermeiros, outros profissionais de saúde, cuidadores e rede de apoio. O contacto com diversas populações, permitiu o contacto com diferentes realidades sociais, económicas, étnicas, políticas e religiosas, o que acarretou uma adequação dos cuidados constante, considerando as individualidades do cliente, respeitando a igualdade e os direitos humanos. O enfermeiro não tem apenas a responsabilidade de cumprir, mas também de fazer-se cumprir esses direitos, gerindo muitas vezes conflitos que podem de aí a dever. A criança é um ser vulnerável, dependente de terceiros, daí a extrema importância, de ter em atenção a proteção deste, de forma que lhe seja permitida as oportunidades necessárias para que atinja o exponencial máximo do seu desenvolvimento, seja através da promoção da sua liberdade e dignidade, atuando sempre de acordo com o seu superior interesse (Ordem dos Enfermeiros, 2019; UNICEF, 2019).

Ao longo deste percurso e trabalhos realizados tivemos sempre o cuidado de manter o anonimato, seja as crianças, jovens e famílias, como os enfermeiros orientados e instituições, que tenhamos tido contacto. Assegurando o consentimento livre e informado, sobre as tomadas de decisão sobre a sua saúde, doença. Muitas vezes vemo-nos confrontados com pais que gostavam e questionava sobre qual o problema de saúde ou a situação de outra criança, o qual era realizado o ensino que essa informação era confidencial e propriedade de cada um, não podendo ser divulgada. No trabalho em equipa a passagem da informação sobre determinada família e criança, apenas era utilizada aquela que fosse considerada para a continuidade dos cuidados e prestação de cuidados de qualidade.

O segundo domínio de competências comuns, o domínio da Melhoria Contínua da Qualidade que preconizam que o enfermeiro desempenhe um papel de dinamizador de iniciativas institucionais relacionadas com a governação clínica, que esteja envolvido na criação, gestão e manutenção de programas de melhoria contínua da qualidade e que assegure um ambiente terapêutico e seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A escolha da temática para o desenvolvimento da metodologia de projeto, permitiu-me através da uma recolha de dados, pesquisa bibliográfica, a aquisição de conhecimentos, com o objetivo da melhoria dos cuidados prestados. Ao longo de todo o processo foi observado tratar-se uma temática temida e pouco investida, as próprias diretrizes, referem o pouco investimento na investigação na reanimação cardiorrespiratória pediátrica, sendo muitos dos procedimentos extrapolados por estudos da população adulta (Van de Voorde et al., 2021).

Foram desenvolvidas atividades em todos os contextos de acordo com as suas características e necessidades, promovendo a melhoria e a atenção, alerta da importância da temática e o papel que o enfermeiro deve e pode desempenhar. Desde protocolos, participação em programas de qualidade, com foi o curso de preparação para o parto realizado nos CSP, formação de pares ou cuidadores. Numa fase posterior aos contextos de estágio este papel não estagnou e foi possível a divulgação na instituição onde prestemos serviços, das temáticas aprofundadas na metodologia de projeto, numa sessão de formação em serviço.

Em todos os contextos prático, houve uma preocupação em conhecer protocolos existentes, normas, procedimentos com um pensamento crítico e reflexivo, perspetivando juntamente com as enfermeiras orientadoras hipóteses de melhoria. À medida que fomos contactando como situações incomuns, que nos eram desconhecidos, foi realizado a procura por adquirir novos conhecimento, de acordo com a evidencia mais recente, promovendo a melhoria contínua dos cuidados.

Atualmente o ingresso num grupo de trabalho com o objetivo de elaboração de uma norma de procedimento para a instituição onde nos encontramos, sobre “Avaliação e Registo da dor”, permitiu obter e desenvolver as competências inerentes à participação de um grupo de trabalho da área da qualidade, sendo posteriormente responsável pela auditoria do cumprimento da mesma.

Relativamente ao domínio da Gestão dos Cuidados em que é indispensável que o enfermeiro seja capaz de otimizar as respostas de enfermagem relativamente aos cuidados prestados, garantindo a segurança e qualidade, das tarefas delegadas, gestão de equipas de enfermagem, recursos, desempenhando um papel de líder adequado (Regulamento nº 140/2019 de 06 de Fevereiro da OE, 2019).

Os enfermeiros orientados com o qual tivemos o prazer de acompanhar, como EEESIP, desempenhavam funções de chefia e assessoria dos restantes elementos da equipa de enfermagem, esta é uma competência de treinar em contexto de estágio uma vez que não nos compete enquanto, elemento externo do serviço em contexto de estágio, liderar ou chefiar, no entanto por observação consideramos que foi muito proveitoso para o desenvolvimento de competência que se vai adquirindo com o tempo e experiência. Foi possível observar gestão dos elementos de equipa, organização dos serviços, na ausência do enfermeiro gestor, a importância deste como elemento de referência para os enfermeiros que se encontram a prestar cuidados,

assim como a importância de constituir um elemento da equipa de saúde respeitável e com voz ativa nas decisões da equipa multidisciplinar.

No decorrer da prática clínica é possível no trabalho de equipa delegar funções nos assistentes operacionais, enfermeiros, permitindo uma melhor gestão, otimização dos cuidados prestados. O trabalho em equipa é uma das características da enfermagem quer seja com enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, fisioterapeutas, psicóloga, assistente operacionais de forma que consigamos satisfazer todas as necessidades dos utentes.

Por último nas competências comuns do enfermeiro especialistas último temos o Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, onde se pressupõe que este desenvolva, o autoconhecimento e a assertividade, em que o enfermeiro baseia toda a sua atuação em contexto prático na mais recente evidencia científica (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A participação no curso de mestrado em Enfermagem na especialidade de saúde infantil e pediátrica, foi um caminho difícil, mas enriquecedor. A experiência na área da pediatria era algo ténue, mas que sujeitava curiosidade pelo que os conhecimentos adquiridos ao longo do contexto teórico, pesquisa bibliográfica, pela busca incessante em adquirir os conhecimentos necessários para uma prestação de cuidados de excelência, contribuíram para o sucesso alcançado.

O desenvolvimento desta competência contribuiu para a integração do grupo de pediatria onde prestamos cuidados, o destacamento mais comum por parte dos chefes de equipa no atendimento pediátrico, assim como a orientação de alunos da licenciatura no ensino clínico de pediatria.

A realização de estágio em diferentes contextos da prestação de cuidados à criança, jovem e família, em diferentes unidades hospitalares permitiu a observação de várias realizadas, situações que contribuíram para o desenvolvimento profissional, uma vez que levar todos os conhecimentos possíveis para a instituição que desempenhamos funções foi sempre uma preocupação constante uma vez, que existe uma perspetiva de Independência do atendimento pediátrico a do adulto.

A possibilidade de elaboração de artigo científico, como a participação em projetos como foi a elaboração da norma ou plano formativo, assim como as ações de formação ao país e enfermeiros sobre a temática escolhida permitiu demonstrar como a evidencia científica pode

trazer ganhos para a prática clínica. A perceção dos conhecimentos que nos foi possível divulgar nas equipas e pessoas com quem contactamos foi percecionada por estes e expressada como um mais-valia para os contextos de saúde.

5.2 - ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

As competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica previstas no Regulamento nº422/2018, publicado pela Ordem dos Enfermeiros define três competências específicas do EEESIP, sendo elas; “Assiste a criança/jovem e família, na maximização da sua saúde. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem” (p.19192).

A primeira competência **“Assiste a criança/jovem e família, na maximização da sua saúde”** caracteriza-se pelo facto de a criança ser um individuo dependente que vai conquistando, desenvolvendo a sua autonomia de forma progressiva, motivo pelo qual o alvo dos cuidados do EEESIP é o binómio criança, jovem e família. Através da aplicação da teoria de Anne Casey, parceria dos cuidados a família e o EEESIP constituem uma equipa de prestação de cuidados á criança, jovem havendo uma gestão dos cuidados de saúde e da prática da parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Como referido ao longo da descrição das atividades desenvolvidas em cada contexto de estágio, o trabalho junto da família, capacitação e envolvimento desta nos cuidados prestados à criança foi algo sempre presente. Foi evidente na prática que quando é conseguido estabelecimento de uma relação de confiança e segurança com os pais, a adesão ao regime terapêutico da criança e família é facilitado. A negociação do plano terapêutico, a capacitação dos pais para a participação nos cuidados é facilitada pela utilização e adequação de diferentes estratégias de comunicação.

O reforço positivo e o elogio aos pais a cada conquista na prestação de cuidados é fundamental para aumentar a sua segurança relativamente aos cuidados prestados. Cada criança,

jovem é uma individualidade ao qual é necessário adaptar as intervenções, assim como cada cuidador é um ser único com características próprias, pelo que o EEESIP deve adotar estratégias próprias e aproveitar todos os contactos para a capacitação. Foi possível observar, experienciar diversos cuidadores, nem todos tem a vontade de prestar determinados cuidados, nem todos tem o mesmo tempo de aprendizagem, pelo que o questionar se estão confortáveis em realizar algo, quais as suas dificuldades, se querem se sejam nos enfermeiros a realizar os cuidados ou simplesmente o que estão a sentir é de extrema importância.

É nos cuidadores que conseguimos recolher a maior quantidade de informação da criança, seja nos CSP, de como a criança tem se encontrado, se desempenhada determinada atividade, no contexto de hospitalização para recolher informações se a criança tem comido, tem tido febre ou num contexto de urgência, para recolher antecedentes e a queixa que o leva a recorrer ao serviço de saúde.

Para responder às necessidades específicas de cada criança é necessário conhecer as necessidades específicas consoante a sua faixa etária e o estágio de desenvolvimento. Ao longo da prática foi possível contactar em diferentes contextos e com diversas crianças desde o nascimento até aos 18 anos. Em caso de doença crónica ou de doença aguda é necessário adequar os ensinamentos à criança/família que temos perante nós, por exemplo, os ensinamentos a uma criança que recorre por febre ou vômitos não são os mesmos a uma criança com Diabetes Mellitus Tipo 1, assim como a existência de culturas, etnias e nacionalidades diferentes, implicam a adaptação dos cuidados, no entanto o principal objetivo é transversal, a maximização da saúde cada criança/família.

A segunda competência específica do EEESIP é referente ao **“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”**, através da mobilização de recursos de acordo com a exigência da situação, adaptando a melhor abordagem e terapia disponível para determinada situação (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

As situações de complexidade não são exclusivas apenas de um serviço, apesar de serem mais comuns por exemplo num serviço de urgência pediátrico ou numa unidade de cuidados intensivos, não impossibilita a sua ocorrência nos CSP, por exemplo. O EEESIP deve ser dotado de habilidades e conhecimentos para intervir. Ao longo do estágio pude lidar com situações de instabilidade no internamento de pediátrica, junto de uma criança com uma cardiopatia congénita, que entrou brevemente numa paragem respiratória, assim como na SUPP num RN com

uma doença genética que necessitou de ventilação invasiva e cuidados intensivos ou na neonatologia com uma criança que apresentava instabilidade hemodinâmica, necessitado de administração de hemoderivados e diversos exames de diagnóstico.

Foi possível desenvolver diversos conhecimentos sobre patologias raras, procedimentos invasivos para promover uma ventilação eficaz como, terapia de alto fluxo, ou ventilação invasiva. A temática da metodologia de projeto contribui bastante para o desenvolvimento desta competência, assim como o fato de diariamente trabalharmos num contexto de urgência, em que a gestão de stress, medo e ansiedade perante situações críticas nos é comum.

A gestão da dor é algo transversal a toda a prestação de cuidados de saúde, seja ela física ou emocional. Deter o conhecimento e a sensibilidade para avaliar a dor, nunca a desprezando ou minimizando, assim como antever ações, procedimentos que causaram é algo fundamental e que tivemos sempre presente e forma a implementar estratégias farmacológicas e não farmacológicas para minimizar e aliviar a dor promovendo o conforto foram e do bem-estar da criança/jovem e família.

A presença ou a ocorrência do diagnóstico de doença crónica e incapacidade da criança, não é fácil para a família/cuidador, é necessário ter uma certa sensibilidade e disponibilidade para ajudar no processo de adaptação e aceitação da criança e família. Foi crucial poder prestar cuidados a crianças com diabetes e paralisia, perceber o papel do EEESIP junto destes, seja na adaptação, desenvolvimento de estratégias de coping como capacitação para a gestão da doença, ou mesmo na substituição dos cuidados para descanso do cuidador. Há muitos pais que gerem bem a doença e aceitam, outros que não, pelo que cabe ao EEESIP avaliar as necessidades e emoções individuais.

A última competência, **“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”**, os períodos, neonatal, infância e adolescência, são etapas do ciclo de vida com especificidades e exigências intrínsecas do seu desenvolvimento, pelo que é necessário o EEESIP responder a essas condições de forma a promover a maximização do potencial de desenvolvimento de cada uma dessas etapas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

O desenvolvimento desta competência iniciou-se no Estágio I com as Consultas de desenvolvimento infantil, que permitiu adquirir conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento característico de cada faixa etária. De acordo com o PNSIJ, foram realizadas as consultas

de cada idade-chave definida, o recurso à escala de avaliação de Mary Sheridan Modificada, assim como a orientação dos cuidadores e criança dos cuidados antecipatórios. Esta experiência preparou-me para os contextos seguintes, uma vez que a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil deve estar presente em todos os cuidados prestado, com mais relevância na hospitalização, onde o contacto com a criança e família ocorre durante mais tempo.

Os cuidados ao RN e promoção da vinculação, foi mais evidente nos CSP e na UCEN, caracteriza-se de um período em que os pais recebem um novo elemento na sua família, onde é necessário adaptarem as suas rotinas, onde são verificadas constantes mudanças e transformações tanto do RN como dos pais, o que leva a necessidade de diferentes cuidados. O papel do EEESIP na promoção de uma vinculação saudável, permitindo o desenvolvimento da parentalidade saudável é fundamental. Uma das maiores dificuldades ou momento que gera mais dúvidas nos cuidadores é a amamentação, foi possível observar nos CSP a intervenção o EEESIP e de enfermeiras conselheiras da amamentação nos ensinamentos e cuidados necessários perante complicações deste processo. Na UCEN foi nos possível atuar de forma autónoma junto dos cuidadores a iniciar a amamentação, assim como na resolução de problemas a esta associados.

A atuação junto dos adolescentes é algo complexo e intimidador, o estabelecimento de uma relação terapêutica é dificultado pelas suas características da etapa do desenvolvimento. Pelo que a adequação da linguagem e aplicação de diferentes estratégias de comunicação permitiu uma aproximação mais eficaz, estes já apresentam alguma autonomia que lhes permite um papel mais ativo nos cuidados e tomadas de decisão a eles inerentes (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Foi possível a prestação de cuidados a diversos adolescentes, com diferentes características e o que a todos foi comum é a perceção de que se encontram numa fase de difícil gestão das suas emoções, sentimentos, pelo que o EEESIP deve lhes permitir condições propícias para a sua compreensão.

5.3 - COMPETÊNCIAS DE MESTRE: ANÁLISE REFLEXIVA

O Curso de Mestrado em Enfermagem, tem por objetivo a obtenção não só do título de Enfermeiro especialista, mas também o grau académico de Mestre, assim em semelhança à análise reflexiva da aquisição de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista é

fulcral a reflexão sobre a aquisição nas competências necessárias para a obtenção de grau de Mestre. Segundo o Decreto-lei nº 65/2018 de 16 de agosto, onde vem republicado o Decreto-Lei nº74/2006, de 25 de março no seu Artigo 15º, é atribuído o grau de mestre através de uma área de especialidade aos alunos que apresentem competências em cinco níveis distintos.

Todo o percurso académico e planos de estudos permitiram a busca e aquisição de conhecimentos na área da atuação do EEESIP. Alguns conhecimentos adquiridos no curso base da licenciatura em Enfermagem foram do decorrer das unidades curriculares desenvolvidos e aprofundados seja na área da saúde infantil e pediátrica, sem nas áreas da gestão ou investigação. Foram lecionados diversos conteúdos e desenvolvidos trabalhos sobre temáticas de interesse pessoal e relevância para a prática clínica, o que fomentou o interesse e curiosidade, assim como a aquisição de conhecimentos ao longo de todo o percurso.

Ao longo dos contextos práticos foi possível aplicar muitos destes conhecimentos adquiridos no contexto teórico do curso de Mestrado, no entanto foi experienciado novas situações, com diferentes exigências, especificidades o que levou à necessidade de uma procura constante na aquisição de competências e habilidades que proporcionassem uma resposta adequada e de qualidade a cada necessidade. A realização de processos de enfermagem, através da formulação de diagnósticos, planeamento de intervenções na área da enfermagem baseados na evidencia, permitiu em conjunto com a enfermeira orientadora a realização de uma prática reflexiva constante, na procura pela prestação de cuidados de qualidade. A investigação e procura constante da melhor e recente evidencia disponível, foi conseguida ao longo dos contextos práticos pela elaboração de um estudo de caso (estágio I), artigo científico (apêndice XIII) e através da elaboração e implementação da metodologia de projeto.

Foi possível por diversas ocasiões a diferentes populações a comunicação dos conhecimentos investigados e produzidos para a metodologia de projeto, seja nos CSP aos pais, quer a colegas de profissão especialistas e generalistas, quer já numa fase posterior a nível institucional. Considero que as comunicações elaboradas contribuíram para a melhoria e a excelências dos cuidados prestados em cada um dos contextos que foi possível implementar o projeto.

A frequência do Mestrado em Enfermagem fez-nos compreender a importância da evidência científica para a melhoria da prática diária e permitiu desenvolver ferramentas de aquisição de conhecimentos até aqui observados, sendo possível a sua replicação de forma autónoma no futuro. Estas ferramentas acompanharão nos ao longo da nossa vida profissional e com

toda a certeza marcarão a nossa postura profissional enquanto EESIP e também como Mestre. A obtenção do grau de Mestre é de extrema relevância na prática da Enfermagem, devido às competências que apresenta, ao domínio da prática baseada na evidencia e do rigor científico da sua formação.

6. CONCLUSÃO

A presente Tese de Mestrado é o culminar de um percurso repleto de aprendizagens e experiências diversas que permitiram a aquisição de competências na área da Enfermagem Especializada em Saúde Infantil e Pediátrica, essenciais para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria e grau de Mestres. A realização do curso de Mestrado sempre foi algo muito ambicionada, no entanto, o medo e a ansiedade do desconhecido, seja, da exigência sentida, como dos diferentes contextos, realizadas, profissionais, utentes, no entanto revelou-se algo muito positivo e proveitoso que permitiu uma enorme evolução a nível profissional.

Ao longo do percurso foi desenvolvido um projeto com o objetivo de demonstrar qual o papel do EEESIP junto da criança em situação crítica, uma temática da nossa prática clínica no contexto de urgência, mas praticável e aplicável nos diferentes contextos de saúde como podemos observar. Foram utilizadas como fontes de evidencia base de dados, assim como documentos, diretrizes emanadas pelas principais entidades na área da reanimação cardiopulmonar, tal como o INEM e ERC. A definição e abordagem de conteúdos como foi o triangulo de avaliação pediátrica, metodologia ABCDE, suporte básico de vida e reanimação neonatal, permitiu aplicar diversas atividades nos diferentes contextos como resposta ao objetivo anteriormente mencionado.

As atividades desenvolvidas em cada contexto, seguiu a metodologia de projeto, tendo sido realizado previamente a cada uma dessas um diagnóstico de situação, para identificação das necessidades de cada serviço, todo o percurso foi suportado com as Enfermeiro gestor e orientador, suportando as atividades na evidencia. Foi possível realização de sessões de educação para a saúde, materiais de apoio, norma de procedimento e até uma proposta de plano formativo.

Consideramos que os objetivos previamente definidos para a elaboração do presente trabalho foram concretizados. A temática escolhida demonstrou-se fundamental para a melhoria dos cuidados, assim como da consciencialização da necessidade de investimento por parte dos profissionais de manterem as suas competências e habilidades, referentes às necessidades da criança em situação crítica, para diminuir a ansiedade e medo, associados à temática.

As aprendizagens experienciadas, desenvolvidas ao longo dos contextos teóricos e práticos, permitiram a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, permitindo a prestação de cuidados com o nível de complexidade superior à criança, jovem e família, considerando os como o binómio dos nossos cuidados. O Enfermeiro especialista, deve ser um elemento de referência da sua área de atuação, delega e gere os cuidados e tomadas de decisão sobre aqueles que dirige a sua prestação e implementado para a melhoria constante e excelência de acordo com a evidencia. Como Mestre o EEESIP tem as competências para desenvolver progressivamente contribuindo para a construção de conhecimento na sua área de atuação.

Como pontos positivos e facilitadores na elaboração do presente trabalho consideramos o interesse e motivação em adquirir as competências em EEESIP, o apoio e orientação da professora orientador, os conhecimentos, experiências partilhadas pelas Enfermeiras orientadores, assim como os restantes elementos de enfermagem, assistentes operacionais e médico que tivemos o prazer de contactar e realizar trocas de impressões.

Como pontos dificultadores, destacamos o facto de cada vez mais a falta de enfermeiros acarreta nos profissionais uma enorme carga de trabalho, pelo que dificulta o processo de conciliar a atividade laboral com a atividade educativa, as deslocações longas para a realização dos estágios o que agravou o cansaço e escassez de tempo, para o cumprimento das atividades académicas e ainda o medo de não conseguirmos terminar com sucesso este grande desafio.

Terminados esta caminhada com um sentimento de gratidão por todo o percurso realizado que permitiram desenvolver o pensamento crítico na área da ESIP, contribuído para verificar a diferença entre o enfermeiro generalista e especialista, na melhoria e gestão dos cuidados prestados à criança, jovem e família ao longo do seu ciclo vital, desde o seu nascimento até aos 18 anos menos dia.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, A. (2017). Saúde Infantil e Juvenil - Manual Prático (Lidel, Ed.; 1o).
- Alexandra, V., & Ramos, B. (2016). O PROCESSO DE LUTO. Psicologia. www.psicologia.pt
- Lei n.o 142/99 de 31 Agosto, Pub. L. No. 203, Diário da República serie I 5996 (1999).
- Lei no22/2012, Diário da República, serie I 2826 (2012). <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/22-2012-177812>
- Lei no156/2015, Diário da República 8059 (2015). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Casey, A. (1988). A partnership with child and family. *Senior Nurse*, 8(4), 8–9. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=107551675&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 22(6), 1058-1058–1062. <https://doi.org/10.1111/1365-2648.ep8550229>
- Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil. (1989). Cuidados de Saúde Materna e Neonatal. Em Documentos de trabalho. https://www.spp.pt/UserFiles/file/DOCUMENTOS%20OFICIAIS/CNSMI_1989%20-%20Documento%20de%20Trabalho.pdf
- CPR. (sem data). Conselho Português de Ressuscitação – Website. Obtido 25 de Abril de 2023, de <https://www.cpressuscitacao.pt/>
- Da Silva, J. H., Buboltz, F. L., Da Silveira, A., Neves, E. T., Portela, J. D. L., & Jantsch, L. B. (2017). PERMANÊNCIA DE FAMILIARES NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE. *Revista Baiana de Enfermagem*31, (3). <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i3.17427>
- Departamento de Pediatria: Hospital Santa Maria Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. (2021). Protocolos de urgência em pediatria (A. Gomes, C. Camilo, F. Abecasis, J. Albuquerque, J. Marques, M. Vieira, & S. Quintas, Eds.; 4a). ACSM.
- DFEM, & INEM. (2021). Manual de Suporte Avançado de Vida Pediatrico (INEM, Ed.).
- DGES. (2023). Mestrado. <https://www.dges.gov.pt/pt/pagina/mestrado>
- DGS. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. www.dgs.pt

- DGS. (2016). Estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG. Em Norma da Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0062016-de-29062016-pdf.aspx>
- DGS. (2020). Cursos de preparação para o parto e parentalidade-CPPP e Cursos de recuperação pós-parto-CRPP Orientações (Ministério da Saúde & Direção-Geral da Saúde, Eds.). <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/sr-cursos-parto-pdf.aspx>
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*, 13, 43–51. <https://www.researchgate.net/publication/279749883>
- Direção Geral da Saúde. (2019). ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DOS 0 AOS 6 ANOS - Linhas de orientação para profissionais e educadores (Ministério da Saúde, Ed.). <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2019/10/Alimentac%CC%A7a%CC%83o-Sauda%CC%81vel-dos-0-aos-6-anos.-pdf.pdf>
- Direção-Geral de Saúde. (2015). Processo de Gestão da Medicação. Em Orientação da DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2021). Programa Nacional Promoção da Saúde Oral 2021 - 2025. <https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2021/10/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2021-2025.pdf>
- DSCS, & CCPNSV. (2008). Boas Práticas em Oftalmologia - Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação (Direção-Geral da Saúde, Ed.).
- EACH. (2017). Anotações à Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, Ed.). www.each-for-sick-children.org
- ERC. (sem data). European Resuscitation Council Guidelines. Obtido 25 de Abril de 2023, de <https://cprguidelines.eu/#>
- European Resuscitation Council. (2015). Suporte Imediato de Vida Pediátrico Europeu.
- Fernandez, A., Benito, J., & Mintegi, S. (2017). Esta criança está doente? Utilidade do Triângulo de Avaliação Pediátrica nas configurações de emergência. Em *Jornal de Pediatria* (Vol. 93, pp. 60–67). Elsevier Editora Ltda. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.07.002>
- Fonseca, H. (2017). Entrevista Clínica em Medicina do Adolescente. <https://ojs.pjp.spp.pt/article/view/13167/10114>

- Fonseca Victor, J., Venícios De Oliveira Lopes, M., & Ximenes, L. B. (2005). Analysis of diagram the health promotion model of Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Em *Acta Paul Enferm* (Vol. 18, Número 3).
- Freitas, A. C., Moreira, A. R., Tomé, S., & Cardoso, R. (2016). Motivos de recurso ao Serviço de urgência Pediátrica. *Nascer e Crescer*, 136–140.
- Gräsner, J. T., Herlitz, J., Tjelmeland, I. B. M., Whent, J., Masterson, S., Lilja, G., Bein, B., Böttiger, B. W., Rosell-Ortiz, F., Nolan, J. P., Bossaert, L., & Perkins, G. D. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. *Resuscitation*, 161, 61–79. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.007>
- Greif, R., Lockey, A., Breckwoldt, J., Carmona, F., Conaghan, P., Kuzovlev, A., Pflanzl-Knizacek, L., Sari, F., Shammet, S., Scapigliati, A., Turner, N., Yeung, J., & Monsieurs, K. G. (2021a). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Education for resuscitation. *Resuscitation*, 161, 388–407. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.016>
- Greif, R., Lockey, A., Breckwoldt, J., Carmona, F., Conaghan, P., Kuzovlev, A., Pflanzl-Knizacek, L., Sari, F., Shammet, S., Scapigliati, A., Turner, N., Yeung, J., & Monsieurs, K. G. (2021b). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Education for resuscitation. *Resuscitation*, 161, 388–407. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.016>
- Grupo Português de Triagem. (2021). História do Protocolo da Triagem de Manchester. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2015). *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9.a ed.). Elsevier editora.
- ILCOR. (2023). International Liaison Committee on Resuscitation. <https://www.ilcor.org/about>
- INEM. (sem data). Transporte Inter-hospitalar Pediátrico. Meios de emergência. Obtido 7 de Junho de 2023, de <https://www.inem.pt/category/cidadaos/meios-de-emergencia/>
- INEM. (2017). Manual de Suporte Básico de Vida - Adulto (2a). <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-B%C3%A1sico-de-Vida-Adulto.pdf>
- Infarmed. (2021). EMLA. <https://www.infarmed.pt/documents/15786/2106346/Protocolo+de+Dispensa+Exclusiva+em+Farm%C3%A1cia+%28EF%29+Lidoca%C3%ADna+Priorica%C3%ADna/163d699a-3a54-432e-94e2-b4f85a129274?version=1.0>
- Madar, J., Roehr, C. C., Ainsworth, S., Ersdal, H., Morley, C., Rüdiger, M., Skåre, C., Szczapa, T., te Pas, A., Trevisanuto, D., Urlesberger, B., Wilkinson, D., & Wyllie, J. P. (2021). European

Resuscitation Council Guidelines 2021: Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth. *Resuscitation*, 161, 291–326. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.014>

- Mendes, L. A. M., & Guareschi, A. P. D. F. (2019). Presença da família da criança nas situações de emergência e procedimentos invasivos: revisão integrativa. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 18(2), 96–102. <https://doi.org/10.31508/1676-3793201800015>
- Miguel, L., & Sá, A. (2010). CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: REFORÇAR, EXPANDIR. <https://pns.dgs.pt/files/2010/06/CSP.pdf>
- Decreto-Lei n.º 298/2007, Pub. L. No. 161, Diário da República Serie I 5587 (2007).
- Decreto-Lei nº28/2008, Diário da República nº38/2008, Serie I 1182 (2008). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Despacho nº 10319/2014, Diário da República 2ª série nº 153 20673 (2014). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho nº3762/2015, Pub. L. No. 73, Diário da República 9186 (2015). <https://files.dre.pt/2s/2015/04/073000000/0918609186.pdf>
- Decreto-Lei 73/2017, Pub. L. No. 118, Diário da República, Serie I 3128 (2017).
- Ministério da Saúde. (2020). Plano Nacional de Vacinação (DGS).
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à Parentalidade durante a hospitalização. Em Guia Orientador de Boa Prática (OE). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidapositiva_vf.pdf
- Regulamento nº190/2015, /Diário da República nº79/2015 10087 (2015).
- Regulamento nº351/2015, Pub. L. No. Seriell, Diário da República nº119/2015 16660 (2015).
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº 422/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2ª série, 133, 19192–19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Em *Diário da República*, 2ª série (Vol. 26, pp. 4744–4750). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2020, Maio 27). Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários. <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dimens%C3%B5es-do-cuidar-nos-cuidados-de-sa%C3%BAde-prim%C3%A1rios/>
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2002). Health promotion in nursing practice (4.a ed.). Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- PORDATA, & INE. (2021). Portugal: Óbitos de residentes em Portugal: total e por grupo etário | Pordata. <https://www.pordata.pt/portugal/obitos+de+residentes+em+portugal+total+e+por+grupo+etario-3495>
- Programa Nacional para a Diabetes. (2019). CRIANÇAS E JOVENS COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 - manual de formação para apoio aos profissionais de saúde e de educação (Direção-Geral da Saúde, Ed.). www.dgs.pt
- Ramos, A., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem (Lidel).
- Rodrigues, J. I. B., Fernandes, S. M. G. C., & Marques, G. F. D. S. (2020). Concerns and needs of parents of hospitalized children. *Saude e Sociedade*, 29(2). <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020190395>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). METODOLOGIA DE PROJECTO: COLECTÂNEA DESCRITIVA DE ETAPAS. *Percursos*, 5. <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>
- Decreto-Lei no.281/2009, Diário da República (2009). <https://files.dre.pt/1s/2009/10/19300/0729807301.pdf>
- Tomey, A., & Alligood, M. (2002). Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem) (5a). Lusociência.
- Topjian, A. A., Raymond, T. T., Atkins, D., Chan, M., Duff, J. P., Joyner, B. L., Lasa, J. J., Lavo-nas, E. J., Levy, A., Mahgoub, M., Meckler, G. D., Roberts, K. E., Sutton, R. M., & Schexnay-der, S. M. (2020). Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 142(16 2), S469–S523. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000901>
- UNICEF. (2019). Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos facultativos.
- 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. *Resusci-tation*, 161, 327–387. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.015>
- WHO. (1978). Cuidados Primários de Saúde.

8. ANEXOS

Anexos I – Escalas de Avaliação Neurológica

Tabela 14 – Escala AVDS (escala simplificada de avaliação do estado de consciência)

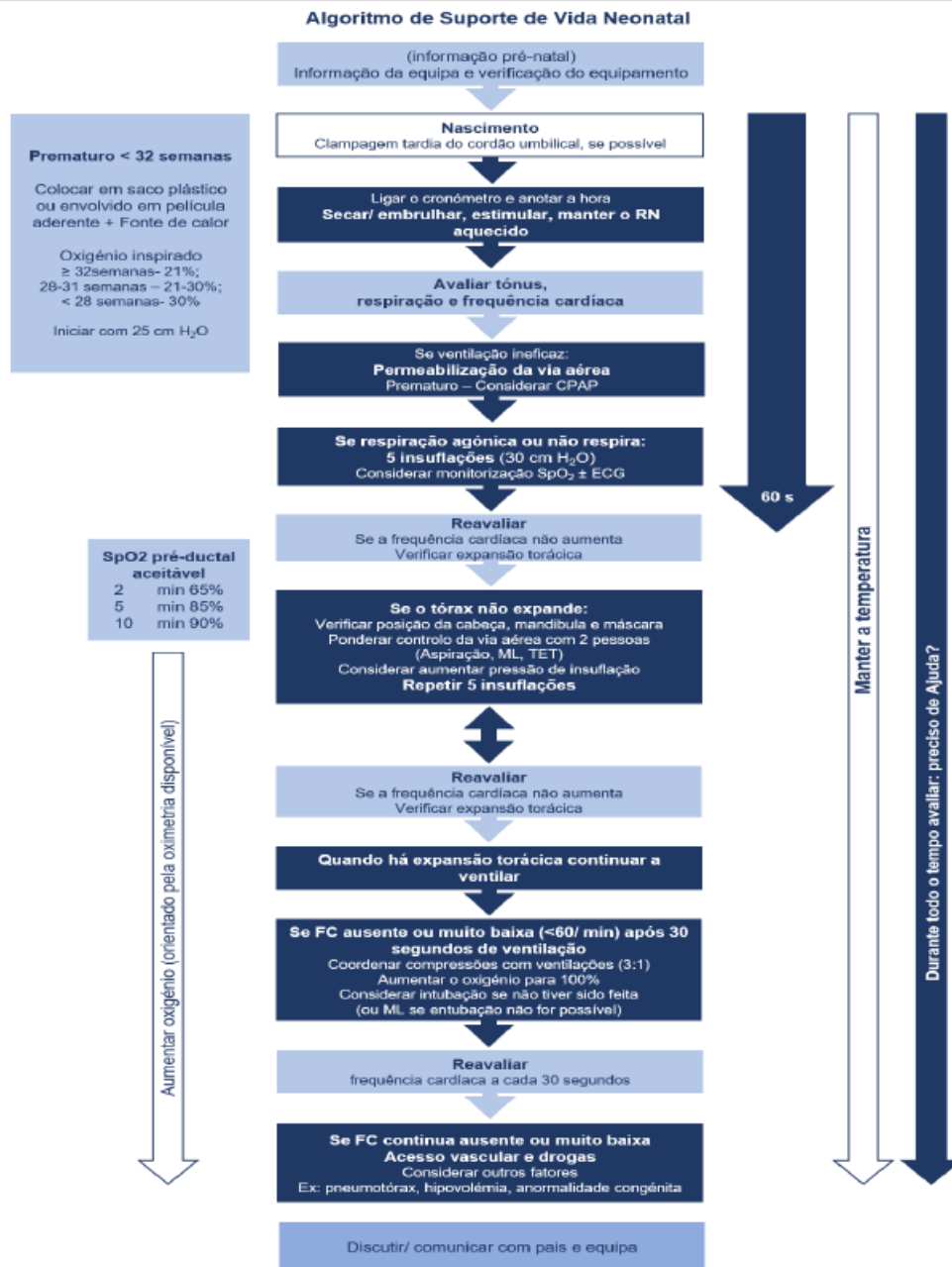
A	Vítima encontra-se ALERTA
V	Vítima responde a estímulos VERBAIS
D	Vítima responde a estímulos DOLOROSOS
S	SEM RESPOSTA a estímulos

Tabela 15 – Escala de Coma de *Glasgow* com adaptação (texto a vermelho) para Pediatria (<2 anos)

ABERTURA DOS OLHOS		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
ESPONTÂNEA	4	ORIENTADA BALBUCIA	5	CUMPRE ORDENS MOVIMENTOS NORMAIS ESPONTÂNEOS	6
ORDEM VERBAL ESTÍMULO VERBAL	3	CONFUSA CHORO IRRITÁVEL	4	LOCALIZA A DOR FUGA AO TOQUE	5
À DOR	2	INAPROPRIADA CHORO À DOR	3	FUGA À DOR	4
AUSENTE	1	INCOMPREENSÍVEL GEMIDO À DOR	2	FLEXÃO ANORMAL	3
		AUSENTE	1	EXTENSÃO NORMAL	2
				AUSENTE	1

Adaptado de: (DFEM & INEM, 2021)

Anexo II – Algoritmo de Reanimação Neonatal



Adaptado de: (Madar et al., 2021a)

9. APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma da Sessão de Educação para a saúde Estágio I

Cronograma da Intervenção sessão para educação para a saúde “Obstrução Via Aérea e SBV pediátrico”

		16-22 Maio	23 – 29 Maio	30 – 5 Junho	6 - 12 Junho	13 - 19 Junho	20 - 24 Junho
Diagnóstico de Situação	Identificação da necessidade de formação em serviço						
	Pesquisa Bibliográfica						
	Diagnóstico de Situação						
Planificação	Divulgação do Projeto						
	Realização de Plano de Sessão						
Execução	Sessão de Formação: Obstrução Via Aérea e SBV pediátrico						
	Entrega de folheto informativo						
	Entrega de questionário de avaliação de Sessão						
Avaliação	Interpretação dos Questionários						
Divulgação dos resultados	Reunião com Enf ^a orientadora e gestora do serviço						
	Reunião de Avaliação de Estágio						

Apêndice II – Plano de Sessão para a saúde



Plano de Sessão de Formação

Curso	"Educar para a Parentalidade"
Modulo	<u>Cuidados ao recém-nascido II</u>
Temática	"Obstrução da via aérea na criança"
Local	
Data	9/06/2022
Duração	25 min
Turma	Futuras mães e pais, turma de 10 pessoas

Fundamentação

De acordo com a DGS (2020), a existência de cursos de preparação para o parto tem como objetivo, promover uma vivência mais informada e satisfatória, tanto da gravidez e do parto, como do puerpério e desenvolvimento da parentalidade. São programas de saúde que garantem aos pais, o fornecimento de informações fidedignas, para que consigam tomar decisões responsáveis na educação e desenvolvimento do seu filho, refletindo em ganhos em saúde para ambos.

De acordo com o Artigo 7.º da Lei n.º 142/99, de 31 de agosto;

"Incumbe especialmente ao Estado para proteção da maternidade, da paternidade, do nascituro e da criança, no domínio dos cuidados de saúde: (...) d) Incentivar o recurso aos métodos de preparação para o parto, assegurando as condições necessárias ao pleno exercício dos direitos do casal nos serviços públicos de saúde; "

Assim verificamos que o acesso a cursos de preparação para o parto é um direito de todas as grávidas e respetivos futuros pais.

A temática da Obstrução da via aérea engloba-se no objetivo delineado pela DGS para o curso de preparação para o parto: "Conhecer e aplicar os benefícios de algumas ações relativas ao recém-nascido", em que é definido a transmissão de conteúdos, como a prevenção de acidentes ao recém-nascido/criança e suporte básico de vida (DGS, 2020).

Objetivo Geral:

→ Capacitar os pais para a desobstrução da via aérea na criança;

Objetivo Específicos:

- Definir o que é asfixia/obstrução da via aérea
- Identificar sinais de obstrução da via aérea;
- Elucidar como evitar fenómenos de obstrução da via aérea;
- Distinguir entre tosse eficaz e tosse não eficaz;
- Conhecer algoritmo da obstrução da via aérea na criança;
- Conhecer algoritmo do suporte básico de vida Pediátrico;

Fase	Objetivo Específico	Conteúdos	Material	Estratégia Pedagógica	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Definir o que é asfixia/obstrução da via aérea 	Definição do que é a obstrução da via aérea Esclarecer porque é um fenómeno comum em crianças entre os 0-4anos. Características anatómicas da via aérea na criança.	Projetor Computador Cadeiras Powerpoint	Método Expositivo	2 min
Desenvolvimento		Apresentar os sinais de obstrução da via aérea Identificar os principais momentos onde ocorre Demonstrar principais agentes causadores de OVA Diferenciar entre engasgo e reflexo de gag, desmistificando o medo de iniciar a alimentação	Projetor Computador Cadeiras Powerpoint	Método Expositivo	3min
	<ul style="list-style-type: none"> • Distinguir entre tosse eficaz e tosse não eficaz; 	Explicar a tosse como reflexo seguro e eficaz Apresentar sinais de tosse eficaz e tosse ineficaz	Projetor Computador Cadeiras Powerpoint	Método Expositivo	2 min
	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer algoritmo da obstrução da via aérea na criança; 	Abordar o algoritmo da obstrução da via aérea, o que fazer quando é resolvido e quando se deve	Projetor Computador Cadeiras Powerpoint Manequim de lactente	Método Expositivo Método Interrogativo	10 min

		<p>recorre ao serviço de urgência;</p> <p>Em caso de a criança ficar inconsciente como proceder.</p> <p>Em que momentos se dever realizar os pedidos de ajuda e os diferentes pedidos de ajuda</p> <p>Perceber quem sabe sobre a temática e o que sabe</p>		Método Demonstrativo	
	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer algoritmo do suporte básico de vida Pediátrico 	<p>Esclarecer a importância e o dever cívico de saber atuar perante a pessoa em Paragem Cardio Respiratória</p> <p>Abordar o algoritmo do suporte básico de vida pediátrico as diferenças para o suporte básico de vida de adulto.</p> <p>Perceber quem já alguma vez teve formação da área</p>	<p>Projeto</p> <p>Computador</p> <p>Cadeiras</p> <p>Powerpoint</p> <p>Manequim de lactente</p> <p>Toalha para permeabilizar a via aérea</p>	<p>Método Expositivo</p> <p>Método Interrogativo</p> <p>Método Demonstrativo</p>	5min
Conclusão		<p>Identificar os princípios chave de atuação</p> <p>Identificar fontes que podem recorrer, para saber mais sobre o assunto</p> <p>Distribuir folheto sobre informações abordadas na sessão</p> <p>Abrir espaço para esclarecimento de dúvidas</p> <p>Distribuir questionário de avaliação de sessão</p>	<p>Projeto</p> <p>Computador</p> <p>Cadeiras</p> <p>Powerpoint</p> <p>Folheto</p> <p>Questionário</p>	<p>Método Expositivo</p> <p>Método Interrogativo</p>	3min

Referências

- DFEM, & INEM. (2021). Manual de Suporte Avançado de Vida Pediátrico (INEM, Ed.).
- Fernandez, A., Benito, J., & Mintegi, S. (2017). Esta criança está doente? Utilidade do Triângulo de Avaliação Pediátrica nas configurações de emergência. In *Jornal de Pediatria* (Vol. 93, pp. 60–67). Elsevier Editora Ltda. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.07.002>
- INEM. (2017). Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico (3a). <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-B%C3%A1sico-de-Vida-Pedi%C3%A1trico.pdf>
- Despacho no 10319/2014, Diário da República 2o série no 153 20673 (2014). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Direção Geral de Saúde. (2020). CURSOS DE PREPARAÇÃO PARA PARTO E PARENTALIDADE – CPPP E CURSOS DE RECUPERAÇÃO PÓS-PARTO – CRPP: EQUIDADE NA TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE E A PATERNIDADE – ORIENTAÇÕES. DGS. Lisboa. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/sr-cursos-parto-pdf.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.o 422/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário Da República*, 2asérie, 133, 19192–19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.o 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. In *Diário da República*, 2a serie (Vol. 26, pp. 4744–4750). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- 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>

Apêndice III – PowerPoint da sessão de educação aos pais “Obstrução da Via aérea em pediatria”.

The image displays a series of 21 PowerPoint slides, numbered 1 through 21, arranged in a grid. The slides are part of a presentation titled "Obstrução da Via Aérea em pediatria".

- Slide 1:** Title slide: "Obstrução Via Aérea em situação pediátrica...".
- Slide 2:** "Objectivos da Sessão" (Session Objectives).
- Slide 3:** "OVA na criança" (Airway Obstruction in the child).
- Slide 4:** "O que é?" (What is it?).
- Slide 5:** "Quando? Como?" (When? How?).
- Slide 6:** "Será que o meu filho está engasgado?" (Is my child choking?).
- Slide 7:** "Tosse" (Cough).
- Slide 8:** "Engasgo" (Choking) and "Reflexo de GAG" (Gag reflex).
- Slide 9:** "Engasgo" (Choking) and "Reflexo de GAG" (Gag reflex).
- Slide 10:** "Algoritmo Obstrução da Via Aérea" (Airway Obstruction Algorithm).
- Slide 11:** "Algoritmo Obstrução da Via Aérea (I)" (Airway Obstruction Algorithm (I)).
- Slide 12:** "Algoritmo Obstrução da Via Aérea (II)" (Airway Obstruction Algorithm (II)).
- Slide 13:** "Suporte Básico de Vida Pediátrico" (Pediatric Basic Life Support).
- Slide 14:** "Suporte Básico de Vida Pediátrico (I)" (Pediatric Basic Life Support (I)).
- Slide 15:** "Suporte Básico de Vida Pediátrico (II)" (Pediatric Basic Life Support (II)).
- Slide 16:** "Suporte Básico de Vida Pediátrico (III)" (Pediatric Basic Life Support (III)).
- Slide 17:** "Suporte Básico de Vida Pediátrico (IV)" (Pediatric Basic Life Support (IV)).
- Slide 18:** "Resumindo" (Summing up).
- Slide 19:** "Pequenos Gestos Mudam o Mundo" (Small Gestures Change the World).
- Slide 20:** "Referências" (References).
- Slide 21:** "Obrigado pela vossa atenção" (Thank you for your attention).

Apêndice IV – Folheto Informativo “Obstrução da Via Aérea na Criança”

Ocorre quando....

Entrada de um corpo estranho na via aérea, podendo obstruí-la de forma parcial ou total.

Provocado por:

- Alimentos
- Brinquedos pequenos

Surge de forma súbita durante momentos de:

- Alimentação
- Brincadeiras

Tosse

- Reflexo natural do corpo humano na tentativa de expelir o corpo estranho da via aérea
- Mecanismo mais eficaz e seguro

Tosse Eficaz	Tosse Não Eficaz
<ul style="list-style-type: none"> • Choro ou resposta verbal a perguntas • Tosse bem audível • Capaz de inspirar bem antes de tossir • Completamente alerta 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapaz de Vocalizar • Tosse silenciosa, inaudível • Incapaz de respirar • Cianose (cor azulada) • Sonolento/prostado

Mais Informações em:

www.inem.pt
www.erc.edu
www.apsi.org.pt
www.spp.pt
www.apmgf.pt

Mitos

- Iniciar imediatamente pancadas nas costas
- Suprar para a testa da criança
- Colocar os dedos dentro da boca, na tentativa de retirar os objetos na boca ou provocar o reflexo de vômito
- Nunca deixar a criança sozinha para pedir ajuda

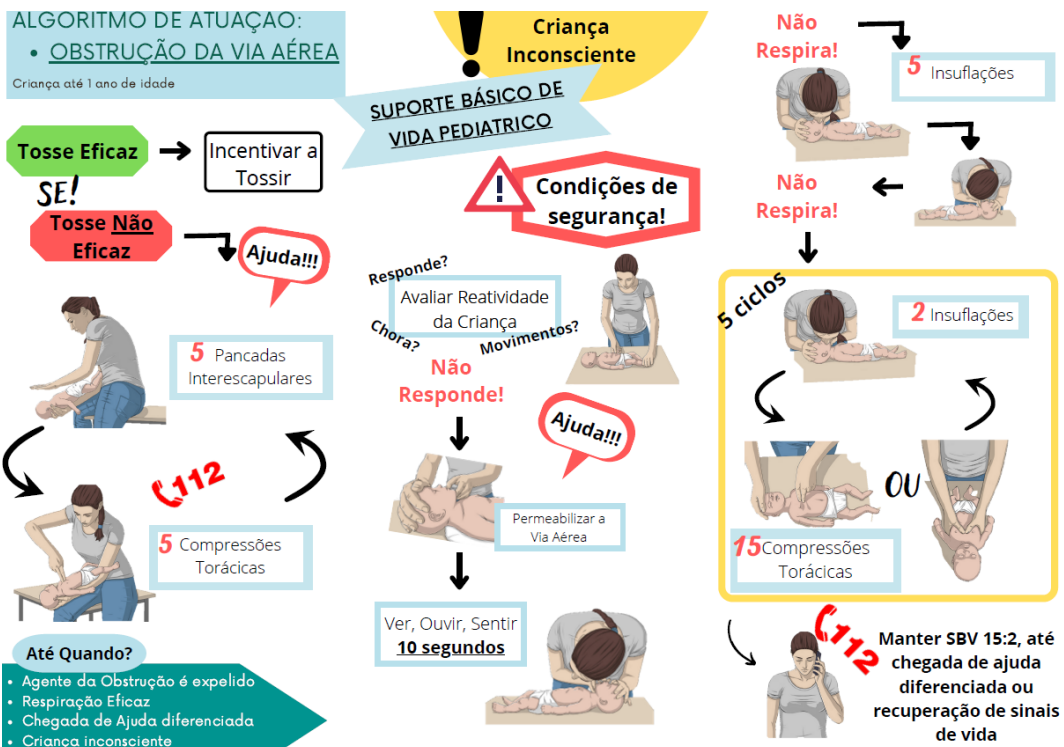



ELABORADO POR:

Enf^o Sara Sousa, aluna do Mestrado Integrado da Especialidade de Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica

OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA NA CRIANÇA

E AGORA?



Apêndice V – Questionário de Avaliação da Sessão

Questionário de Avaliação da Sessão

Nome da Formadora	Enfermeira Sara Sousa
Sessão de Formação	"Obstrução da Via Aérea na criança"
Data	30/05/2022

1. Considera que a linguagem utilizada pela formadora foi adequada?

1										10
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

Inadequado

Adequado

2. Considera que a Formadora foi esclarecedora?

1										10
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

Não de todo

Sim muito

3. Considera que os conteúdos abordados serão uteis?

1										10
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

Inútil

Útil

4. Sinto-me capaz de atuar perante uma obstrução da via aérea do meu filho?

1										10
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

Não

Mais ou menos

Sim

5. Sugestões de Melhoria

Apêndice VI - Cronograma da metodologia de projeto no Internamento de Pediatria

Cronograma da Intervenção Poster “Criança em Paragem Cardiorrespiratória”

		19 -25 setembro	26 – 2 outubro	3 – 9 outubro	10 - 16 outubro	17 - 23 outubro	24 – 28 outubro
Diagnóstico de Situação	Identificação da necessidade de formação em serviço						
	Pesquisa Bibliográfica						
	Diagnóstico de Situação						
Planificação	Divulgação do Projeto						
	Realização Poster “Criança em Paragem Cardiorrespiratória”						
Execução	Entrega do Poster						
	Exposição do poster à equipa						
Avaliação	Recolha de feedback e esclarecimento de dúvidas à equipa						
	Reunião com Enfermeira orientadora e Enfermeira Gestora						
Divulgação dos resultados	Reunião com Enf ^a orientadora e gestora do serviço						
	Reunião de Avaliação de Estágio						

Apêndice VIII - Cronograma da metodologia de projeto no Serviço de Urgência Pediátrica

***Cronograma da Intervenção Norma de Procedimento
“Papel do Enfermeiro na Abordagem à criança em situação Crítica”***

		31 – 6 novembro	7 – 13 novembro	14 – 20 novembro	21 – 27 novembro	28 – 4 dezembro	5 – 9 dezembro
Diagnóstico de Situação	Identificação da necessidade de formação em serviço						
	Pesquisa Bibliográfica						
	Diagnóstico de Situação						
Planificação	Divulgação do Projeto						
	Realização Norma de Procedimento “O papel do enfermeiro na Abordagem á criança em situação critica”						
Execução	Entrega da Norma						
	Aprovação da Norma pela Enfermeira Gestora do Serviço						
Avaliação	Recolha de feedback e esclarecimento de dúvidas à equipa						
	Reunião com Enfermeira orientadora e Enfermeira Gestora						
Divulgação dos resultados	Reunião com Enf ^o orientadora e gestora do serviço						
	Reunião de Avaliação de Estágio						

Apêndice IX - Norma de Procedimento “O papel do enfermeiro na abordagem da Criança em situação crítica”

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA Serviço de Urgência de Pediatria			
NORMA <i>Papel do Enfermeiro na abordagem da Criança em situação crítica</i>			
Elaborado por: <i>Enfª Sara Sousa (aluna do de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria)</i> [Redacted] Novembro 2022	Revisto por: [Redacted]	Revisão:	Aprovado em: ____/____ <i>Enfª Diretora</i> [Redacted]

1. DEFINIÇÃO

A prestação de cuidados de saúde à criança é algo complexo e desafiante, estas são dotadas de características fisiológicas, psicológicas e sociais únicas, que variam ao longo de todos os estádios de desenvolvimento. O serviço de urgência Pediátrico, caracteriza-se por prestar cuidados de saúde urgentes e emergentes a todas as crianças. Em 2010 o Ministério da Saúde através do Despacho nº9871/2010, definiu o alargamento da idade dos indivíduos abrangidos pelos serviços de saúde de atendimento pediátrico, deixando de ser todos aqueles com 14 anos para os 17 anos e 364 dias. Em 2014 com o Despacho nº10319/2014 define que todas as crianças com idade até aos 17 anos e 364 dias, tinham de ser observados em serviços de atendimento urgente a crianças, independentemente a sua patologia exceto em situações de gravidez.

Um outro fator que dificulta o desempenho eficiente e seguro dos enfermeiros num serviço de urgência pediátrico (SUP), é o facto de atualmente este ser utilizado incorretamente, ocorre uma utilização excessiva e abusiva. Muitas situações que levam os pais/crianças a ir uma urgência, são situações não urgentes que poderiam ser resolvidas em consulta (Freitas et al., 2016). A DGS em 2001 define emergência toda a situação de início súbito em que ocorra o comprometimento das funções vitais ou potencialmente comprometa.

Assim os enfermeiros que exercem funções no SUP, devem ser dotados de “*competências necessárias para responder eficazmente numa situação de reanimação, estabilização de uma criança em estado crítico e identificação de possíveis situações de Urgência/Emergência*” (Ramos, p.294). O desempenho, das suas funções nesta tipologia de serviços de saúde são dificultadas pelo que foi anteriormente referido. A utilização de ferramentas como o “Triângulo de avaliação pediátrica” e a abordagem segundo “ABCDE”, permite uma identificação rápida da criança gravemente doente, assim como uma prestação de cuidados sistemática, baseada numa hierarquia de identificação de problemas/resolução.

1. OBJECTIVOS

Contribuir para uma identificação eficaz e rápida pelos Enfermeiros da criança gravemente doente, através da aplicação do “Triângulo de Avaliação Pediátrica”.

Uniformizar a abordagem dos Enfermeiros dos Serviço Urgência Pediatria do Hospital Santa Maria, à criança gravemente doente, através dos princípios ABCDE que define a prioridade das intervenções.

2. ÂMBITO

Aplica-se aos enfermeiros do Serviço de Urgência de Pediatria do [REDACTED]

3. RESPONSABILIDADE

A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e em tempo útil à criança e família dependendo da sua fisiopatologia e severidade é da responsabilidade de todos os enfermeiros que a eles prestam cuidados.

4. PRINCÍPIOS

Serviço de Urgência Pediátrica - O serviço de urgência Pediátrico, caracteriza-se por prestar cuidados de saúde urgentes e emergentes a todas as crianças independentemente da sua fisiopatologia (Despacho No 10319/2014, 2014).

Criança/Jovem - Pessoa alvo de cuidados na área de especialidade de saúde infantil e pediátrica, indissociável da sua família, do qual depende para suprimir as suas necessidades, de forma a conseguir um crescimento e desenvolvimento, permitindo-lhe adquirir progressivamente a sua autonomia. Para além de todos os indivíduos com menos de 18 anos engloba indivíduos com doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21-25anos e/ou até transitar de forma adequada para a vida adulta (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Criança em situação crítica – Pessoa com menos de 18 anos que apresente uma situação clínica que comprometa uma ou mais funções vitais, ou seja, com risco, probabilidade de desencadear uma paragem cardiorrespiratória (PCR) e conseqüente morte. As principais causas de morte na criança têm vindo a ser alteradas, com a melhoria das condições de vida, acesso aos serviços, medicação, vacinação e aumento da literacia em saúde. Atualmente as principais causas, são atribuídas aos acidentes, violência, suicídio, gravidez/parto, malformações congénitas e doenças oncológicas. A PCR na criança é na sua maioria causada por hipoxia tecidual e não de causa cardíaca como nos adultos (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Cuidados de Enfermagem especializados em Saúde Infantil e Pediátrica – Cuidados diferenciados que encaram a filosofia de cuidados centrados na família, nos diferentes contextos onde estes se inserem. Tem como objetivo:

“(...) promoção das competências criança/jovem, emergindo a este nível como axiomas empíricos, a maximização e potenciação da saúde, a promoção do crescimento e desenvolvimento no âmbito dos cuidados antecipatórios, a promoção da vinculação, promoção da autoestima e autodeterminação do jovem com especial destaque para as escolhas relativas ao seu projeto de saúde, o reconhecimento e a valorização das forças e competências da família como em recurso para a intervenção. (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p.4)”

Triângulo de avaliação pediátrica – Ferramenta de diagnóstico, introduzida em 2000 pela Academia Americana de Pediatria, com utilização de profissionais de saúde que permite através de uma impressão geral da criança, determinar a necessidade emergente/urgente da intervenção junto desta (Fernandez et al., 2017).

Abordagem ABCDE - Princípios que devem ser seguidos, na intervenção junto da criança gravemente doente, que tem como principal objetivo definir prioridades no tratamento; A – Via Aérea, B – Respiração, C – Circulação, D – Função neurológica e E – exposição (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

1. DESCRIÇÃO

A identificação precoce de que determinada criança se encontra gravemente doente e que conseqüentemente necessidade de cuidados imediatos é fundamental num serviço de urgência pediátrica, principalmente porque atualmente, uma vez que existe uma enorme afluência. Em 2016 foi publicado um estudo realizado em Portugal que determinou que apenas 19,7% das vindas ao SUP, foram consideradas justificadas, ou seja, apenas esta percentagem de crianças, realmente revelou necessidade de tratamento ou investigação

específico da sua fisiopatologia, que só é realizada num serviço de urgência (Freitas et al., 2016).

6.1 APLICAÇÃO DO “TRIANGULO DE AVALIAÇÃO PRIMÁRIA” (TAP)

Material Necessário:

- Audição
- Visão
- Conhecimento da ferramenta, abaixo identifica

Utilização:

- Primeiro contacto
- Na prestação de cuidados, possibilidade de agravamento do estado geral da criança

Utilizadores:

- Todos os profissionais de saúde que prestem cuidados à criança.

Destinatário:

- Todas os utentes do serviço de urgência Pediátrica

Duração:

- Não deve exceder os 60 segundos

O TAP é uma avaliação do estado geral da criança, sem o recurso a materiais médicos. Tem como objetivo determinar num curto espaço de tempo verificar se o estado fisiológico de uma criança/Jovem é ou não crítico, através de três parâmetros avaliados numa ordem aleatória; Trabalho Respiratório, Aparência e Perfusão Periférica (Fernandez et al., 2017).

Na tabela seguinte são apresentadas as diferentes condições a serem observadas em cada um dos parâmetros do TAP:

Trabalho Respiratório	Aparência	Perfusão Periférica
<ul style="list-style-type: none"> • Audição de sons respiratórios <ul style="list-style-type: none"> ○ Ressonar ○ Rouquidão ○ Discurso Abafado ○ Gemido expiratório ○ Estridor ○ Tosse ○ Pieira ○ Sibilância ○ Roncos • Posição adotada para respirar <ul style="list-style-type: none"> ○ Posição de Fungador ○ Posição de “tripé” • Utilização de músculos acessórios <ul style="list-style-type: none"> ○ Balanceio da Cabeça (ocorre em lactentes 0-6 meses) ○ Adejo nasal (presença de hipoxia moderada a grave) ○ Tiragem intercostal, Subcostal e esternal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação da Mnemónica “TICLS) T - Tónus: <ul style="list-style-type: none"> ○ Movimento, resistência aquando observado ○ Tónus muscular adequado a idade ○ Letargia ○ Apatia I – Interatividade <ul style="list-style-type: none"> ○ Encontra-se alerta ○ Distrai-se, é atraída por objetos, sons, pessoas. ○ Interesse por objetos/brinquedos ○ Interação com o cuidador, profissional de saúde. C – Consolabilidade <ul style="list-style-type: none"> ○ Não para de chorar com o consolo ○ Mantém-se agitado apesar de consolável L – Olhar (look) <ul style="list-style-type: none"> ○ Fixa o olhar em faces ou objetos ○ Olhar parado/vago S - Choro/discurso (speech) <ul style="list-style-type: none"> ○ Choro forte e espontâneo ○ Gemido ○ Apropriado ao estágio de desenvolvimento ○ Confuso 	<ul style="list-style-type: none"> • Coloração da pele, lábios, mucosas e leito ungueais. <ul style="list-style-type: none"> ○ Pálida ○ Cianótica ○ Marmoreada ○ Corada • Sinais de hemorragia • Sudorese <p>Especificidades da Idade:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Acrocianose é espetável em lactentes, devido a imaturidade do controlo da função vasomotora.
Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/>

Tabela 1 - Parâmetros a avaliar TAP. (Fernandez et al., 2017; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020; van de Voorde et al., 2021)

6.2 INTREPRETAÇÃO DO TAP

Realizando uma associação dos 3 parâmetros avaliados do TAP é nos permitido não só como referido uma rápida perceção da condição fisiológica da criança como a categoria dessa alteração, sem realizar qualquer diagnóstico:

- Dificuldade Respiratória
- Falência Respiratória
- Choque
- Disfunção do Sistema Nervoso Central
- Alterações Metabólicas.

APARÊNCIA	TRABALHO RESPIRATÓRIO	PERFUSÃO	PROBLEMA?	CRIANÇA COM MECANISMO DE COMPENSAÇÃO EFICAZ?	POTENCIALMENTE CRÍTICA?
Nomal	Nomal	Boa	Sem compromisso ABC	SIM	NÃO
Nomal	↑	Boa	Dificuldade respiratória	SIM	NÃO
Anomal	↑, Pequeno esforço	Boa	Falência respiratória	NÃO	SIM
Normal	Nomal	Má	Vasoconstrição periférica	SIM	Provavelmente NÃO
Anomal	Normal, ligeiro ↑	Má	Choque	NÃO	SIM
Anomal	Nomal	Boa	Disfunção do SNC	NÃO	SIM
Anomal	Pequeno esforço	Má	Falência cardio-pulmonar	NÃO	SIM
Anomal	Nenhum	Ausente	PCR	NÃO	SIM

Tabela 1 - Possíveis interpretações do TAP. (DFEM & INEM, 2021)

Após a aplicação do TAP, somos dotados de informações essenciais que nos indicam a necessidade de cuidados/abordagem imediata ou se por outro lado pode aguardar um pouco para ser observado. Assim de acordo com a tabela anteriormente, é considerado prudente encaminhar para a sala de emergência para uma avaliação imediata as seguintes situações (DFEM & INEM, 2021):

- Aparência alterada, com trabalho respiratório elevado, que ocorre em situações de falência respiratória;
- Aparência alterada, trabalho respiratório aumentado e sinais de má perfusão, que ocorre em situações de Choque;

- Aparência Anormal, sem alterações do trabalho respiratório, nem da perfusão, pois podemos estar perante uma disfunção do SNC (por exemplo, situações de intoxicações);
- Aparência Anormal, pequeno esforço respiratório com sinais de má perfusão, indicador de falência cardiopulmonar;
- Aparência anormal, sem trabalho respiratório e sem perfusão sanguínea, estamos perante uma paragem cardiorrespiratória;

Em comum as situações indicadas anteriormente, a criança/jovem já esgotou os seus mecanismos compensatórios, para reverter a sua situação clínica, irá ocorrer uma deterioração rápida das suas funções vitais (DFEM & INEM, 2021).

6.2 AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

São inúmeras as entidades que recomendam a realização após o TAP da avaliação primária, de acordo com metodologia ABCDE, tais como o INEM (Instituto Nacional Emergências Medicas), American Heart Association e European Resuscitation Council (ERC).

A metodologia ABCDE, uma avaliação e tratamento sequencial de alterações detetadas, iniciando-se no A (via aérea), de seguida B (respiração), C (circulação), D (disfunção neurológica) e E (exposição). Cada alteração encontrada deve ser imediatamente tratada, para que se possa avançar para a próxima etapa da sequência (DFEM & INEM, 2021).

	Definição	Intervenções de enfermagem
érea	<p>Avaliação da Permeabilidade da via aérea, sem existe respiração eficaz. Sinais de obstrução da via aérea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruídos respiratórios; estridor, gorgolejo, ressonar. • Presença de secreções, edema ou corpos estranhos • Alteração do estado de consciência, por diminuição do tónus faríngeos e consequentemente queda da língua 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a VA através do VOSP (ver expansão torácica, ouvir ruídos respiratórios, sentir movimentos do ar através da boca e procurar simultaneamente pulso). • Verificar presença de secreções, corpos estranhos que necessitem de ser retirados através da aspiração. (Só retirar objetos que se observem). • Ponderar a necessidade de utilização de adjuvantes da via aérea, para desobstrução da mesma. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tubo orofaríngeo ○ Tubo nasofaríngeo • Ponderar junto da equipa médica a necessidade de entubação orotraqueal ou máscara laríngea, para obter uma via aérea avançada (situação de PCR, trauma severo maxilo-facial, queimaduras 2º/3º grau pescoço, face e inalação de tóxicos, dificuldade respiratória grave progressiva, Glasgow inferior ou igual a 8 ou queda rápida do score).
	Especificidades da faixa etária	
	○ Difícil permeabilizar a via aérea, facilidade de obstrução:	

	<ul style="list-style-type: none"> • A cabeça é em proporção maior que o corpo. • Occipital proeminente (lactentes) • Pescoço curto • Língua volumosa, próxima do palato. • Angulação da cavidade bucal até a laringe maior. • Fossas nasais pequenas (lactentes respiram exclusivamente pelo nariz) • Fragilidade da mucosa da faringe • Posição da Laringe mais cefálica e anterior (a hiperextensão leva a obstrução da VA) <ul style="list-style-type: none"> ○ Epiglote Larga até aos 3 anos, utilização de laminas retas favorece a mobilização para visualização da fenda glótica necessário para a entubação endotraqueal. ○ Em lactentes ou crianças com laringomalácia e epiglote assume a forma de ómega, o que leva a ocorrência de estridor inspiratório posicional. ○ Em situações de entubação orotraqueal há que considerar; o estreitamento subglótico, lactentes com forma elíptica, traqueia de menor comprimento e diâmetro. ○ A partir dos 10 anos a via aérea adquire as características semelhantes ao adulto
<p>B</p> <p>Respiração</p>	<p>Avaliação da ventilação e oxigenação, através da Frequência respiratória, oxigenação, auscultação pulmonar e trabalho respiratório</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a frequência respiratória (durante 30 segundos x2). • Observar o trabalho respiratório: <ul style="list-style-type: none"> ○ Presença de tiragem (intercostal, esternal e subcostal) ○ Gemido expiratório ○ Adejo nasal ○ Balanceio da cabeça em lactentes ○ Respiração Paradoxal • Avaliar oximetria de pulso, para valores alvo 94-98%, assim como a presença de cianose periférica e/ou central. • Otimizar oxigenioterapia, para proporcionar saturações periféricas entre 94-98%, caso não seja possível, avaliar o SpO2 e observado dificuldade respiratória administra O2 a máscara de alto débito. • Monitorizar sempre que possível capnografia <p>Especificidades da faixa etária</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultar em anexo tabela com valores de referência para a FR de acordo com a Idade. ○ Volumes Correntes reduzidos em lactentes e crianças pequenas é de 6 a 8mL/Kg. ○ Pouca capacidade residual funcional, que leva em situações de apneia a um rápido declínio do SpO2. ○ Lactentes apresenta uma elevada taxa de metabolismo do oxigénio 2x superior aos adultos, diminui muito o tempo seguro de apneia. ○ Lactentes entram em fadiga respiratória mais rápido devido a presença de menos fibras musculares esqueléticas lentas, utilizadas na tiragem.
<p>C</p> <p>Circulação</p>	<p>Baseia-se em cinco parâmetros denominados 5P</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pulso (frequência e ritmo) • Pulsos periféricos e centrais • Perfusão Periférica • Pressão Arterial • Pré-Carga <ul style="list-style-type: none"> • Monitorização cardíaca para determinar a frequência e ritmo cardíaco. • Monitorizar a Tensão Arterial (sistólica, diastólica e média). • Monitorizar sinais de pré-carga, indicador de choque cardiogénico (figado palpável, ingurgitamento jugular e ferveres a auscultação). • Determinar tempo de preenchimento capilar (pressionar durante segundos, interrompe, deve retomar a cor normal em 2 ou menos segundos). • Avaliar pulsos periféricos e centrais (amplitude e ritmo)

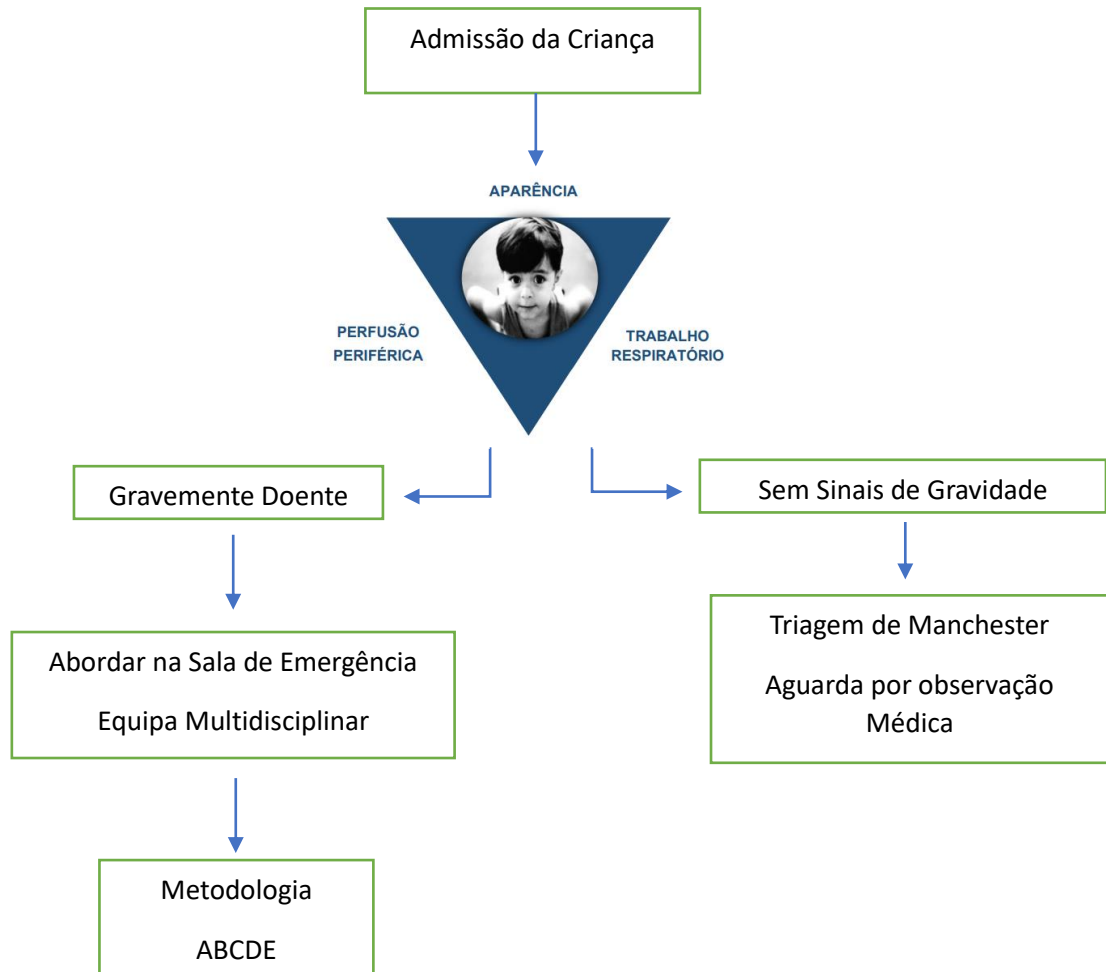
		<ul style="list-style-type: none"> • Puncionar acessos venosos para administração de fluidos ou fármacos. <ul style="list-style-type: none"> ○ Periféricos ○ Intra Ósseos ○ Centrais • Colheita de sangue para obtenção de resultados analíticos (bioquímica, hemograma, coagulação, gasometria, hemoculturas). • Controlar hemorragia externa, caso exista, através de compressão direta, garrote ou elevação de membros.
	Especificidades da faixa etária	
	<ul style="list-style-type: none"> • Consultar em anexo tabela com valores de referência para a FC de acordo com a Idade. • Consultar em anexo tabela com valores de referência para a Tensão arterial de acordo com a Idade. <ul style="list-style-type: none"> ○ Cálculo para crianças com mais de 1 ano – 70 + (2xidade em anos) ○ Crianças com menos de 28dias pulso central forte significa PA sistólica superior a 60mmHg ○ Lactentes o pulso central forte simboliza uma PA superior a 70mmHg • A avaliação do pulso central em lactentes deve ser realizada na artéria braquial, restantes a nível carotídeo. Pulso femoral pesquisado em qualquer faixa etária. • O TPC em lactentes e crianças pequenas avaliado sobre o esterno, restantes leito ungueais 	
D Disfunção Neurológica	A função cerebral, a par da cardíaca são as últimas alterada e ocorre quando os mecanismos compensatórios já falharam	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do estado de consciência <ul style="list-style-type: none"> ○ AVDS (anexo) ○ Glasgow (anexo, para crianças <2anos) • Monitorização da glicémia capilar • Avaliação pupilar, quanto a sua assimetria e reatividade à luz. • Avaliação da resposta motora. • Identificar acontecimento ou presença de convulsões • Administração de terapêutica anticonvulsiva e sedação. • Pesquisar possibilidade de ingestão de tóxicos.
E Exposição	Nesta fase deve ser realizada uma exposição, para despiste de outras lesões da pele, no entanto deve ser feita o mais breve possível evitando a perda de calor e garantindo a privacidade e dignidade da criança.	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização da temperatura corporal • Identificar características/coloração da pele e mucosas • Identificar possíveis lesões na pele.
F Balanço Hidrico	Torna-se importante em determinadas circunstâncias realizar um controlo dos fluidos administrados e excretado	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar entubação nasogástrica, situações de recusa alimentar, desidratação, alimentação comprometida (bronquiolites), descompressão gástrica, prevenção de aspiração de vômito (entubação orotraqueal ou máscara laringea). • Algaliar, para controlo do débito urinário • Registar frequência e características eliminação intestinal e vesical

Tabela 3 - Metodologia ABCDE(DFEM & INEM, 2021; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020; van de Voorde et al., 2021)

1. CONCLUSÃO

Em suma o primeiro contacto que o enfermeiro tem com uma criança num serviço de emergência pediátrico, deve ser aplicado o triângulo de avaliação pediátrica, com a finalidade de identificar rapidamente se uma criança se encontra gravemente doente. A abordagem desta deve ser feita com base na metodologia ABCDE de forma a identificar e priorizar necessidades e tratamentos.

De seguida é exposto o algoritmo que exemplifica o anteriormente referido.



2. Referências

- 1, & INEM. (2021). *Manual de Suporte Avançado de Vida Pediátrico* (INEM, Ed.).
- Andez, A., Benito, J., & Mintegi, S. (2017). Esta criança está doente? Utilidade do Triângulo de Avaliação Pediátrica nas configurações de emergência. In *Jornal de Pediatria* (Vol. 93, pp. 60–67). Elsevier Editora Ltda. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.07.002>
- As, A. C., Moreira, A. R., Tomé, S., & Cardoso, R. (2016). Motivos de recurso ao Serviço de urgência Pediátrica. *Nascer e Crescer*, 136–140.
- achado n.º 10319/2014, Diário da República 2.ª série n.º 153 20673 (2014). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Apêndice X - Cronograma da metodologia de Projeto UCEN

Cronograma da Intervenção Plano de Formação “Reanimação Neonatal”

		12– 18 dezembro	19 - 25 dezembro	26 – 1 dezembro	2 – 8 janeiro	9 - 15 janeiro	16 – 22 janeiro	23 – 29 janeiro	30 – 3 fevereiro
Diagnóstico de Situação	Informado Enfermeiro gestor da temática do Projeto								
	Pesquisa Bibliográfica								
	Diagnóstico de Situação								
Planificação	Divulgação do Projeto								
	Realização do Plano de Formação “Reanimação Neonatal”								
Execução	Entrega do Plano								
	Apresentação à Equipa de Enfermagem da UCEN o Plano de formação								
Avaliação	Recolha de feedback e esclarecimento de dúvidas à equipa								
	Entrega do Relatório de Plano de Formação								
Divulgação dos resultados	Reunião com Enfermeira orientadora e Enfermeira Gestora								
	Reunião de Avaliação de Estágio								

19 de dezembro de 2022 a 1 Janeiro 2023 – Pausa letiva do Natal

Apêndice XI – Plano de Formação “Reanimação Neonatal”

	<p style="text-align: center;"><u>Proposta de Plano de Formação</u> “Reanimação Neonatal”</p>
--	---

1. Introdução

1.1 - Tema: Reanimação Neonatal

1.2 - Definições:

Recém-nascido – Denomina-se recém-nascido toda a criança com idade compreendida entre os 0 e os 28 dias de vida, mais especificamente período neonatal. Caracteriza-se pelo período de transição da vida intrauterina para extrauterina, em que a criança desenvolve a sua autonomia da gestante, ocorrem inúmeras alterações/adaptações num curto período, o que se torna de muito exigente para este ser vivo (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Recém-nascido Pré-termo – De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2012), o recém-nascido denomina-se pré-termo ou prematuro, quando nasce vivo antes de ter completado as 37 semanas de gestação. A prematuridade pode ainda ser dividida em 4 categorias; prematuridade extrema (<28 semanas), prematuridade severa (28 a <31 semanas e seis dias), prematuridade moderada (32 a <33 semanas e seis dias) e Prematuridade tardia (34 a 36 semanas e seis dias) (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Reanimação Neonatal – “(...) reanimação do recém-nascido imediatamente após o parto, nos primeiros minutos de vida, e é diferente da reanimação em qualquer momento de vida.” (DFEM & INEM, 2021, p.135). O principal enfoque desta reanimação é a ventilação, uma vez que ao nascimento o principal obstáculo com que se depara é o início da função pulmonar, que até então se encontrava preenchida por líquido em vez de ar.

1.3 - Justificação da Pertinência do tema:

A maioria dos recém-nascidos não necessita de ajuda na sua transição para a vida extrauterina, no entanto alguns necessitam de apoio, que deve ser prestado por pessoal competente e em tempo útil, permitindo uma alta probabilidade de sobrevivência. Estudos observacionais demonstram que 85% dos recém-nascidos de termo conseguem iniciar sem apoio a respiração espontânea, 10% necessita de estimulação tátil, secagem vigorosa e permeabilização da via aérea e 5% atinge a respiração espontânea após ventilação com pressão positiva. Foi também demonstrado que apenas 0.4 a 2% dos recém-nascidos necessitam de intubação e ventilação invasiva, menos de 0.3% necessita de compressões torácicas e 0.05% é administrado fármacos como adrenalina (Madar et al., 2021b).

Segundo dados da PORDATA em 2021, ocorreram no município de Setúbal cerca de 1282 partos. Podendo alguns dados não considerarem, uma vez que as crianças podem ser inscritas noutros municípios foram apurados 983 nascimentos, dos quais ocorreram 30 nados-mortos ou que faleceram na primeira semana de vida e 4 recém-nascidos que faleceram nos primeiros 28 dias de vida, o que demonstra que o parto e a primeira semana de vida tornam-se essenciais para a adaptação do recém-nascido ao meio extrauterino.

O Concelho de reanimação publicou em 2021 diretrizes, em que é descrito, que em cada parto, avaliando o grau de risco, deve estar disponível uma equipa destinada aos cuidados do recém-nascido, nomeadamente capacitada para prestar cuidados de suporte de vida a este. Através de uma meta-análise em situações de reanimação em adultos, prevê-se a obtenção de melhores resultados quando estão presentes um ou dois profissionais que tenham participado em formações de suporte avançado de vida.

Apesar de não existir muitas evidências relativamente à reanimação neonatal, acredita-se que a formação fornecida num momento único, onde é debitado toda a informação é menos eficaz do que uma formação/treinamento distribuída ao longo do tempo, uma vez que desta forma não ocorre um deterioramento das habilidades adquiridas. O intervalo ideal entre a formação/treino ainda não foi estabelecido, no entanto sugere-se que ocorre mais de uma vez ao ano (Madar et al., 2021b).

1.4 - Objetivo

- Permitir a aquisição de conhecimentos e competências básicas em Reanimação Neonatal
- Capacitar a equipa de enfermagem para situações de Reanimação neonatal.
- Capacitar os enfermeiros para aquisição de capacidade de liderança, trabalho de equipa e comunicação em Reanimação Neonatal.
- Aplicar a metodologia do treino simulado como método de ensino-aprendizagem em Emergência Pediátrica.

1.5 - Destinatários

Este programa formativo destina-se a médicos e enfermeiros que prestem cuidados ao recém-nascido, nomeadamente os incorporam os serviços de neonatologia do Hospital de [REDACTED] (UCEN)

Cada Formação será constituído por grupos de no máximo de 10 a 15 participantes, podendo esta ser replicada.

1.6 - Equipa de Formação

A equipa de Formadores deverá ser constituída por 3 elementos, sendo desejado a incorporação de um enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia e Saúde Infantil e Pediátrica.

1.7 - Programa Formativo Anual

Dia de Formação (pelo menos 1 vez ano)

1ª Parte

Modulo 0 - Introdução	Metodologia	Material	Tempo
Apresentação da formação, conteúdos, organização e equipa de formadores	Expositiva	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Apresentação (diapositivos) • Cadeiras • Projetor 	5 - 10min
Adaptação do recém-nascido ao meio extrauterino <ul style="list-style-type: none"> • Fisiologia do recém-Nascido • Fisiologia da transição intrauterino para extrauterino 			15 min
Principais fatores de risco: para a necessidade de ajuda medica na adaptação do recém-nascido ao meio extrauterino			5 min
Modulo 1 – Avaliação Inicial			
Identificação da Necessidade do Recém-Nascido Necessita de Manobras de Reanimação <ul style="list-style-type: none"> • Tônus Muscular • Respiração • Frequência Cardíaca 	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Apresentação (diapositivos) • Cadeiras • Projetor 	10 min
Índice de Apgar			5 min
Classificação de Acordo a Avaliação Inicial <ul style="list-style-type: none"> • Transição Satisfatória • Transição Incompleta • Transição Falhada 			10 min
Técnica de Secagem e estimulação tátil <ul style="list-style-type: none"> • Controle Térmico • Corte tardio do cordão umbilical 	Expositivo Demonstrativo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Apresentação (diapositivos) • Cadeiras • Projetor • Incubadora com fonte de irradiação de calor • Lençóis e toalhas aquecidas • Luvas descartáveis • Manequim de recém-nascido • Clamp de cordão umbilical • Tesoura 	5 min
Ambiente principais condições necessárias para realização da reanimação neonatal			5 min

Esclarecimento de Dúvidas			10 min
Modulo 2 – A: Via aérea			
Resumo das características fisiológicas da via aérea do recém-nascido	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Apresentação (diapositivos) • Cadeiras • Projetor 	5 min
Técnica de Permeabilização da via aérea: <ul style="list-style-type: none"> • Posição do Recém-nascido • Elevação da Mandíbula 	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Apresentação (diapositivos) • Cadeiras • Projetor • Manequim via aérea neonatal e pediátrica • Toalha pequena • Sistema de Aspiração • Sondas de Aspiração Fr6, 8,10 • Sonda de Yankauer • Insuflador manual neonatal com válvula limitadora de pressão ou peça em T • Mascaras faciais 00 e 0/1 	10 min
Desobstrução da Via aérea: <ul style="list-style-type: none"> • Momento de realização • Principais causas de obstrução da via aérea • Técnica de aspiração 	Demonstrativo		10 min
Modulo 3 – B: Respiração			
Monitorização de SpO2 <ul style="list-style-type: none"> • Valores alvo para recém-nascidos 	Expositivo Demonstrativo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Apresentação (diapositivos) • Cadeiras • Projetor • Fonte de O2 • Monitor de SpO2 e Fc • Eléctrodos neonatais • Manequim neonatal • Cabo de Capnografia 	5 min
Técnica de Insuflações Iniciais: <ul style="list-style-type: none"> • 1 pessoa • 2 pessoas • Ritmo 	Expositivo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Apresentação (diapositivos) • Cadeiras • Projetor 	10 min
Adjuvantes da via aérea e correta colocação	Demonstrativo		10 min

		<ul style="list-style-type: none"> • Manequim via aérea neonatal e pediátrica • Toalha pequena • Tubo de guedel (oro-faríngeo) nº00; 0; 1 • Tubo nasofaríngeo • Sistema de Aspiração • Sondas de Aspiração Fr6, 8,10 • Sonda de Yankauer • Insuflador manual neonatal com válvula limitadora de pressão ou peça em T • Mascaras faciais 00 e 0/1 	
<p>Ventilação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quando necessário? • Tipos 	<p>Expositivo Demonstrativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Apresentação (diapositivos) • Cadeiras • Projetor • Manequim via aérea neonatal e pediátrica • Ventilador modo CPAP e PEEP, alto fluxo • Insuflador manual neonatal com válvula limitadora de pressão ou peça em T • Mascaras faciais 00 e 0/1 • Sondas de oxigénio • Mascaras venturi pediátrico • Mascara de Alto débito • Cânulas nasais de alto fluxo • Laringoscópio e laminas retas nº00, 0 e 1 • Tubos endotraqueal sem cuff (nº2.5, 3, 3.5,4) • Fita adesiva 	<p>10 min</p>

Esclarecimento de Dúvidas			10 min
Modulo 4 – C - Circulação			
Avaliação correta da Frequência Cardíaca, valores de referência	Expositivo Demonstrativo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Apresentação (diapositivos) • Cadeiras • Projetor • Monitor de SpO2 e Fc • Eléttodos neonatais • Manequim neonatal • Cabo de Capnografia • Estetoscópio 	5 min
Técnica de Compressões Cardíacas: <ul style="list-style-type: none"> • 1 pessoa • 2 pessoas 	Expositivo Demonstrativo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Apresentação (diapositivos) • Cadeiras • Projetor • Monitor de SpO2 e Fc • Eléttodos neonatais • Manequim neonatal • Cabo de Capnografia • Estetoscópio 	15 min
Principais métodos de acesso vascular <ul style="list-style-type: none"> • Acesso umbilical • Acesso venoso periférico • Acesso intraóseo 	Expositivo Demonstrativo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Apresentação (diapositivos) • Cadeiras • Projetor • Kit de punção umbilical • Cateteres venoso (24G, 22G,20G) • Kit de acesso intraóseo • Manequim pediatrico 	10 min
Principais fármacos utilizados em reanimação neonatal: <ul style="list-style-type: none"> • Adrenalina • Glicose • Cristaloides/Sangue • Bicarbonato de Sódio • Naloxona 	Expositivo Demonstrativo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Apresentação (diapositivos) • Cadeiras • Projetor • Agulha de diluição • Seringas (insulina, 5cc,10cc, 20cc) 	5 min

		<ul style="list-style-type: none"> • Ampola de Adrenalina • Soro Fisiológico 0.9% (10ml, 100ml, 250ml) • Frasco de Bicarbonado de Sódio 8.4% • Dextrose a 10% • 1 Ampola de Naloxona 	
Modulo 5 – Cuidados Pós-Reanimação			
Suspensão da Reanimação Neonatal: Quando?	Expositivo Demonstrativo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Apresentação (diapositivos) • Cadeiras • Projetor 	5 min
Estabilização do Recém-Nascido <ul style="list-style-type: none"> • Glicose • Cuidados Térmicos • Hipotermia Terapêutica 			5 min
Transporte do Recém-Nascido			5 min
Modulo 6 – Competências Não Técnicas			
Organização da Equipa interveniente na Reanimação (Briefing) <ul style="list-style-type: none"> • Funções • Comunicação • Liderança 	Expositivo Demonstrativo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Apresentação (diapositivos) • Cadeiras • Projetor 	2 min
Debriefing			5 min
Comunicação e Relação com Família			3 min
Modulo 7 – Considerações Finais			
Integração dos Conhecimentos anteriormente apresentados com o algoritmo de Reanimação Neonatal (ERC 2021)	Expositivo Demonstrativo	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Apresentação (diapositivos) • Cadeiras • Projetor 	5 min
Resumo das mudanças das diretrizes de 2015			5 min
Esclarecimento de Dúvidas			15 min

2ª Parte

Bancas Práticas	Divisão da Turma em 3 grupos
------------------------	------------------------------

<u>Banca 1 – Via Aérea e Ventilação</u>	<u>Banca 2 – Compressões torácicas</u>	<u>Banca 3 – Fármacos e Situações Especiais</u>
Tempo:	Tempo:	Tempo:
30 min	30 min	30 min
Metodologia:	Metodologia:	Metodologia:
Prática	Prática	Prática
Treino baseado na simulação	Treino baseado na simulação	Treino baseado na simulação
Conteúdos	Conteúdos	Conteúdos
Desenvolvimento de competências: Permeabilização da via aérea Colocação de adjuvantes da via aérea Desobstrução via aérea Ventilação com insuflador manual a 1 ou 2 pessoas Incorporação do algoritmo de Reanimação Neonatal Ventilação invasiva, colocação de máscara laríngea e tubo endotraqueal	Desenvolvimento de competências: Técnica de Compressões Torácicas com 1 ou 2 pessoas Aplicação do algoritmo de Reanimação Neonatal relativamente a sequência de ventilação com insuflador manual e compressões torácicas Monitorização da função cardíaca	Desenvolvimento de competências: Técnica de punção de cateter venoso Técnica de punção de acesso intravenoso Procedimento de auxílio de colocação de cateter umbilical Atuação em situações especiais (pneumotórax, intoxicação, prematuros, convulsões, presença de líquido amniótico meconial) Preparação e administração dos principais fármacos utilizados em Reanimação Neonatal
Material	Material	Material
<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Apresentação (diapositivos) • Cadeiras • Projetor • Manequim via aérea neonatal e pediátrica • Toalha pequena • Sistema de Aspiração • Sondas de Aspiração Fr6, 8,10 • Sonda de Yankauer • Insuflador manual neonatal com válvula limitadora de pressão ou peça em T • Mascaras faciais 00 e 0/1 • Monitor de SpO2 e Fc • Eléktrodos neonatais • Cabo de Capnografia • Sondas de oxigénio • Mascaras venturi pediátrico • Mascara de Alto débito • Cânulas nasais de alto fluxo • Laringoscópio e laminas retas nº00, 0 e 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Apresentação (diapositivos) • Cadeiras • Projetor • Monitor de SpO2 e Fc • Eléktrodos neonatais • Manequim neonatal • Cabo de Capnografia • Estetoscópio 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Apresentação (diapositivos) • Cadeiras • Projetor • Monitor de SpO2 e Fc • Eléktrodos neonatais • Manequim neonatal • Cabo de Capnografia • Estetoscópio • Kit de punção umbilical • Cateteres venoso (24G, 22G,20G) • Kit de acesso intraósseo • Kit de drenagem de pneumotórax • Manequim pediátrico • Agulha de diluição • Seringas (insulina, 5cc,10cc, 20cc) • Ampola de Adrenalina • Soro Fisiológico 0.9% (10ml, 100ml, 250ml)

<ul style="list-style-type: none"> • Tubos endotraqueal sem cuff (nº2.5, 3, 3.5,4) • Fita adesiva • Mascara laríngea (nº1 e 1.5) 		<ul style="list-style-type: none"> • Frasco de Bicarbonado de Sódio 8.4% • Dextrose a 10% • 1 Ampola de Naloxona
Banca 4 – Algoritmo da Reanimação Neonatal		
Tempo	90 min	
Metodologia	Prática Simulação baseada em casos práticos	
Conteúdos	Aplicação de todos os conhecimentos e habilidades adquiridas Atuação de acordo o algoritmo de Reanimação Neonatal (ERC 2021), baseado em casos práticos Desenvolvimento do papel de Líder Trabalho em Equipa	
Material	Todo o Material apresentado anteriormente	

3ª Parte

Encerramento do Curso

- Esclarecimento de dúvidas.
- Aplicação de questionário de avaliação da formação.
- Solicitar a colaboração de todos os participantes, para possíveis sugestões de melhoria.

1.8- Programa Formativo Continua

Sugere-se de acordo indicações do Concelho de Reanimação Europeu (2021) que se treine mais que uma vez por ano a atuação em situações de reanimação neonatal, permitindo que as habilidades adquiridas no curso de formação, não sejam perdidas e lembradas, contribuindo para o aumento da qualidade da intervenção dos profissionais de Saúde. Assim sugere-se que pelo menos de 6 em 6 meses seja criado um momento de aplicação do algoritmo de Reanimação Neonatal, baseado em casos práticos.

Banca Prática– Algoritmo da Reanimação Neonatal		
Tempo	90 min	
Metodologia	Prática Simulação baseada em casos práticos	
Conteúdos	Aplicação de todos os conhecimentos e habilidades adquiridas Atuação de acordo o algoritmo de Reanimação Neonatal (ERC 2021), baseado em casos práticos Desenvolvimento do papel de Líder Trabalho em Equipa	
Material	Todo o Material apresentado anteriormente	

1.9 – Referências

- Afonso, A. (2017). *Saúde Infantil e Juvenil - Manual Prático* (Lidel, Ed.; 1º).
- Alexandra, V., & Ramos, B. (2016). O PROCESSO DE LUTO. *Psicologia*. www.psicologia.pt
- Lei n.º 142/99 de 31 Agosto, Pub. L. No. 203, Diário da República serie I 5996 (1999).
- Lei nº156/2015, Diário da República 8059 (2015). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Casey, A. (1988). A partnership with child and family. *Senior Nurse*, 8(4), 8–9. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=107551675&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 22(6), 1058-1058–1062. <https://doi.org/10.1111/1365-2648.ep8550229>
- Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil. (1989). Cuidados de Saúde Materna e Neonatal. Em *Documentos de trabalho*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/DOCUMENTOS%20OFICIAIS/CNSMI_1989%20-%20Documento%20de%20Trabalho.pdf
- CPR. (sem data). *Conselho Português de Ressuscitação – Website*. Obtido 25 de Abril de 2023, de <https://www.cpressuscitacao.pt/>
- Da Silva, J. H., Buboltz, F. L., Da Silveira, A., Neves, E. T., Portela, J. D. L., & Jantsch, L. B. (2017). PERMANÊNCIA DE FAMILIARES NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE. *Revista Baiana de Enfermagem*31, (3). <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i3.17427>
- Departamento de Pediatria: Hospital Santa Maria Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. (2021). *Protocolos de urgência em pediatria* (A. Gomes, C. Camilo, F. Abecasis, J. Albuquerque, J. Marques, M. Vieira, & S. Quintas, Eds.; 4ª). ACSM.
- DFEM, & INEM. (2021). *Manual de Suporte Avançado de Vida Pediátrico* (INEM, Ed.).
- DGES. (2023). *Mestrado*. <https://www.dges.gov.pt/pt/pagina/mestrado>
- DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. www.dgs.pt
- DGS. (2020). *Cursos de preparação para o parto e parentalidade-CPPP e Cursos de recuperação pós-parto-CRPP Orientações* (Ministério da Saúde & Direção-Geral da Saúde, Eds.). <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/sr-cursos-parto-pdf.aspx>

- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*, 13, 43–51. <https://www.researchgate.net/publication/279749883>
- Direção Geral da Saúde. (2019). *ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DOS 0 AOS 6 ANOS - Linhas de orientação para profissionais e educadores* (Ministério da Saúde, Ed.). <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2019/10/Alimentac%CC%A7a%CC%83o-Sauda%CC%81vel-dos-0-aos-6-anos.-pdf.pdf>
- Direção-Geral de Saúde. (2015). Processo de Gestão da Medicação. Em *Orientação da DGS*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2021). *Programa Nacional Promoção da Saúde Oral 2021 - 2025*. <https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2021/10/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2021-2025.pdf>
- DSCS, & CCPNSV. (2008). *Boas Práticas em Oftalmologia - Elementos Clínicos de Avaliação e Referência* (Direção-Geral da Saúde, Ed.).
- EACH. (2017). *Anotações à Carta da Criança Hospitalizada* (Instituto de Apoio à Criança, Ed.). www.each-for-sick-children.org
- ERC. (sem data). *European Resuscitation Council Guidelines*. Obtido 25 de Abril de 2023, de <https://cprguidelines.eu/#>
- European Resuscitation Council. (2015). *Suporte Imediato de Vida Pediátrico Europeu*.
- Fernandez, A., Benito, J., & Mintegi, S. (2017). Esta criança está doente? Utilidade do Triângulo de Avaliação Pediátrica nas configurações de emergência. Em *Jornal de Pediatria* (Vol. 93, pp. 60–67). Elsevier Editora Ltda. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.07.002>
- Fonseca, H. (2017). *Entrevista Clínica em Medicina do Adolescente*. <https://ojs.pjp.spp.pt/article/view/13167/10114>
- Fonseca Victor, J., Venícios De Oliveira Lopes, M., & Ximenes, L. B. (2005). Analysis of diagram the health promotion model of Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Em *Acta Paul Enferm* (Vol. 18, Número 3).
- Freitas, A. C., Moreira, A. R., Tomé, S., & Cardoso, R. (2016). Motivos de recurso ao Serviço de urgência Pediátrica. *Nascer e Crescer*, 136–140.

- Gräsner, J. T., Herlitz, J., Tjelmeland, I. B. M., Wnent, J., Masterson, S., Lilja, G., Bein, B., Böttiger, B. W., Rosell-Ortiz, F., Nolan, J. P., Bossaert, L., & Perkins, G. D. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. *Resuscitation*, *161*, 61–79. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.007>
- Greif, R., Lockey, A., Breckwoldt, J., Carmona, F., Conaghan, P., Kuzovlev, A., Pflanzl-Knizacek, L., Sari, F., Shammet, S., Scapigliati, A., Turner, N., Yeung, J., & Monsieurs, K. G. (2021a). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Education for resuscitation. *Resuscitation*, *161*, 388–407. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.016>
- Greif, R., Lockey, A., Breckwoldt, J., Carmona, F., Conaghan, P., Kuzovlev, A., Pflanzl-Knizacek, L., Sari, F., Shammet, S., Scapigliati, A., Turner, N., Yeung, J., & Monsieurs, K. G. (2021b). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Education for resuscitation. *Resuscitation*, *161*, 388–407. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.016>
- Grupo Português de Triagem. (2021). *História do Protocolo da Triagem de Manchester*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2015). *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9.ª ed.). Elsevier editora .
- ILCOR. (2023). *International Liaison Committee on Resuscitation*. <https://www.ilcor.org/about>
- INEM. (sem data). *Transporte Inter-hospitalar Pediátrico*. Meios de emergência. Obtido 7 de Junho de 2023, de <https://www.inem.pt/category/cidadaos/meios-de-emergencia/>
- INEM. (2017). *Manual de Suporte Básico de Vida - Adulto (2ª)*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-B%C3%A1sico-de-Vida-Adulto.pdf>
- Infarmed. (2021). *EMLA*. <https://www.infarmed.pt/documents/15786/2106346/Protocolo+de+Dispensa+Exclusiva+em+Farm%C3%A1cia+%28EF%29+Lidoca%C3%ADna+Pri-loca%C3%ADna/163d699a-3a54-432e-94e2-b4f85a129274?version=1.0>
- Madar, J., Roehr, C. C., Ainsworth, S., Ersdal, H., Morley, C., Rüdiger, M., Skåre, C., Szczapa, T., te Pas, A., Trevisanuto, D., Urlesberger, B., Wilkinson, D., & Wyllie, J. P. (2021a). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth. *Resuscitation*, *161*, 291–326. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.014>

- Madar, J., Roehr, C. C., Ainsworth, S., Ersdal, H., Morley, C., Rüdiger, M., Skåre, C., Szczapa, T., te Pas, A., Trevisanuto, D., Urlesberger, B., Wilkinson, D., & Wyllie, J. P. (2021b). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth. *Resuscitation*, *161*, 291–326. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.014>
- Mendes, L. A. M., & Guareschi, A. P. D. F. (2019). Presença da família da criança nas situações de emergência e procedimentos invasivos: revisão integrativa. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, *18*(2), 96–102. <https://doi.org/10.31508/1676-3793201800015>
- Miguel, L., & Sá, A. (2010). *CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: REFORÇAR, EXPANDIR*. <https://pns.dgs.pt/files/2010/06/CSP.pdf>
- Decreto-Lei nº28/2008, Diário da República nº38/2008, Serie I 1182 (2008). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Despacho nº 10319/2014, Diário da República 2º série nº 153 20673 (2014). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho nº3762/2015, Pub. L. No. 73, Diário da República 9186 (2015). <https://files.dre.pt/2s/2015/04/073000000/0918609186.pdf>
- Ministério da Saúde. (2020). *Plano Nacional de Vacinação* (DGS).
- Regulamento nº190/2015, /Diário da República nº79/2015 10087 (2015).
- Regulamento nº351/2015, Pub. L. No. Seriell, Diário da república nº119/2015 16660 (2015).
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018 - Regulamento de Competências Específicas do EnfermeiroEspecialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, *2ªserie*, *133*, 19192–19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Em *Diário da República*, *2ª serie* (Vol. 26, pp. 4744–4750). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2020, Maio 27). *Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dimens%C3%B5es-do-cuidar-nos-cuidados-de-sa%C3%BAde-prim%C3%A1rios/>

- PORDATA, & INE. (2021). *Portugal: Óbitos de residentes em Portugal: total e por grupo etário | Pordata*. <https://www.pordata.pt/portugal/obitos+de+residentes+em+portugal+total+e+por+grupo+etario-3495>
- Programa Nacional para a Diabetes. (2019). *CRIANÇAS E JOVENS COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 - manual de formação para apoio aos profissionais de saúde e de educação* (Direção-Geral da Saúde, Ed.). www.dgs.pt
- Ramos, A., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (Lidel).
- Rodrigues, J. I. B., Fernandes, S. M. G. C., & Marques, G. F. D. S. (2020). Concerns and needs of parents of hospitalized children. *Saude e Sociedade*, 29(2). <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020190395>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). METODOLOGIA DE PROJECTO: COLECTÂNEA DESCRITIVA DE ETAPAS. *Percursos*, 5. <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>
- Tomey, A., & Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª). Lusociência.
- Topjian, A. A., Raymond, T. T., Atkins, D., Chan, M., Duff, J. P., Joyner, B. L., Lasa, J. J., Lavonas, E. J., Levy, A., Mahgoub, M., Meckler, G. D., Roberts, K. E., Sutton, R. M., & Schexnayder, S. M. (2020). Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 142(16 2), S469–S523. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000901>
- UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos facultativos*.
- 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>

Apêndice XII – Relatório da apresentação do Plano de Formação “Reanimação Neonatal”

	Relatório da apresentação da:
--	--------------------------------------

Proposta de Plano de Formação “Reanimação Neonatal”

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final, inserida no 3º semestre do 2º ano do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, a decorrer na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) durante o ano letivo 2022/2023. Com base na temática da Tese de mestrado por mim selecionado, “Papel do enfermeiro junto da criança em situação crítica”, foi questionado ao enfermeiro chefe na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN) [REDACTED], quais as necessidades do serviço sobre a área da reanimação neonatal. Posteriormente, propôs a realização de um Plano de Formação na área, com a finalidade de apresentar à equipa de Enfermagem do Serviço assim como ao Centro de Formação, demonstrando bastante relevância para que fosse implementado.

No dia 17 de janeiro de 2023, foi apresentado a alguns elementos da equipa da UCEN, uma proposta de plano de formação de “Reanimação Neonatal”, previamente enviada para o enfermeiro chefe e enfermeira orientadora, Enfermeira [REDACTED]. Explicitei em que âmbito o trabalho tinha sido desenvolvido, assim como a pertinência e incidência da temática. Foi conseguido apurar que 15% dos recém-nascidos necessitam de ajuda para respirar, aquando realizam a sua adaptação ao meio extrauterino (Madar et al., 2021b). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018) o enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, tem de ser capaz de reconhecer “(...) situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestar cuidados de enfermagem apropriados” (p.19193). Esta já anteriormente em 2011, todos os enfermeiros devem contribuir para a melhoria dos cuidados assim como o desenvolvimento de processos de formação continua.

Foram apresentados vários elementos essenciais ao plano como: os objetivos, destinatários, número de elementos da equipa de formação e qual a estrutura da formação. A Formação foi estruturada para decorrer em duas fases, numa primeira fase teria a duração de um dia, em que na manhã de forma mais teórica, os temas abordados seguiriam a metodologia “ABCDE”, utilizada em emergências, que permite uma identificação e atuação rápida, baseada numa hierarquia de identificação de problemas/resolução, com os seguintes módulos:

- Modulo O – Introdução
- Modulo 1 - Avaliação Inicial
- Modulo 2 – A: Via aérea

- Modulo 3 – B: Respiração
- Modulo 4 – C: Circulação
- Modulo 5 – Cuidados Pós-Reanimação
- Modulo 6 – Competências Não Técnicas
- Modulo 7 – Considerações Finais

A 2ª fase decorreria na parte da tarde, numa vertente prática, “*Hands on practice*”, com base na metodologia de prática simulada, baseada em casos clínicos. A turma seria dividida em 3 grupos e todos passariam pelas 3 bancas; Banca 1 – Via Aérea e Ventilação, Banca 2 – Compressões Torácicas e Banca 3 – Fármacos e Situações Especiais. No decorrer do mesmo cada grupo irá finalizar a sua prática na Banca 4 – Algoritmo da Reanimação Neonatal, onde é necessário a aplicação de todos os conhecimentos práticos e teóricos adquiridos ao longo de toda a formação, seguindo o algoritmo para a resolução de casos práticos, sendo fundamental também o treino do trabalho de equipa, comunicação e liderança.

Como definido pelo Concelho Europeu da Reanimação, para a manutenção das habilidades adquiridas neste dia de formação, é necessário reproduzir/treinar o algoritmo pelo menos mais que uma vez por anos, não tendo sido ainda provado a periodicidade concreta necessária. Assim é por mim proposto replicar a Banca 4 - Algoritmo da Reanimação de 6 em 6 meses, podendo coincidir no dia de Formação da Ventilação já desenvolvida pela equipa da UCEN.

Após esta exposição à equipa de enfermagem surgiram as seguintes questões:

1. Necessidade de Manequins e Material de treino em reanimação de elevados custos: É necessário questionar o departamento de formação, sobre a existência ou não de manequins de treino, equacionando uma parceria com uma escola de enfermagem ou imprensa credenciada neste tipo de formação.
2. Participação da Equipa Multidisciplinar: A ERC define que as equipas de formação em Reanimação Neonatal deve ser constituída por diferentes profissionais, não só para partilha de conhecimentos e trabalho em equipa, mas também para serem quebrados constrangimentos que podem surgir em situações reais, em que a competência de diferentes classes profissionais se podem sobrepor, este foi um dos medos mencionados pela equipa da UCEN.
3. Temática muito pertinente: É uma temática de extrema sensibilidade e que acarreta muita ansiedade e medo, que é acrescido, quando o desconhecimento é maior sobre a temática, pelo que é fundamental começar a trabalhar e a treinar para que se torne mais familiar. Felizmente não é uma situação que ocorra frequentemente, pelo que é necessário saber como agir para que quando se verifique numa situação real a equipa esteja apta a intervir de forma eficaz.
4. Presença de elementos da equipa de Enfermagem da UCEN com interesse em participar neste Projeto. A formação em reanimação neonatal é algo que não ocorre a algum tempo junto dos elementos da UCEN, pelo que a equipa demonstrou não se sentir confiante e segura com a temática, no entanto demonstraram abertura e interesse na mesma.

5. A Necessidade de formação na área da reanimação neonatal/pediátrica. O enfermeiro chefe da UCEN informou que o serviço de Pediatria do hospital, não teria sido acreditado, por falta de formação em SAV pediátrico/reanimação neonatal, demonstrado desta forma o quanto se torna fundamental o investimento na temática.

Conclui-se que a Reanimação Neonatal apesar de ser um tema bastante sensível é algo importante e essencial que necessita de investimento, assegurando que os cuidados prestados são os melhores e prestados atempadamente, como é de conhecimento são os enfermeiros os profissionais que estão sempre junto dos recém-nascidos, pelo que a ajuda médica nem sempre é imediata, sendo assim o enfermeiro a ter de estar capacitado para intervir caso seja necessário avançar com a reanimação, pois estamos perante uma situação de “*life saving*”. A ajuda atempada e assegurada até à chegada da ajuda diferenciada pode fazer toda a diferença no que toca à sobrevivência desse recém-nascido.

Referências

- Afonso, A. (2017). *Saúde Infantil e Juvenil - Manual Prático* (Lidel, Ed.; 1º).
- Alexandra, V., & Ramos, B. (2016). O PROCESSO DE LUTO. *Psicologia*. www.psicologia.pt
- Lei n.º 142/99 de 31 Agosto, Pub. L. No. 203, Diário da República serie I 5996 (1999).
- Lei n.º 156/2015, Diário da República 8059 (2015). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>
- Casey, A. (1988). A partnership with child and family. *Senior Nurse*, 8(4), 8–9. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=107551675&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 22(6), 1058-1058–1062. <https://doi.org/10.1111/1365-2648.ep8550229>
- Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil. (1989). Cuidados de Saúde Materna e Neonatal. Em *Documentos de trabalho*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/DOCUMENTOS%20OFICIAIS/CNSMI_1989%20-%20Documento%20de%20Trabalho.pdf
- CPR. (sem data). *Conselho Português de Ressuscitação – Website*. Obtido 25 de Abril de 2023, de <https://www.cpressuscitacao.pt/>
- Da Silva, J. H., Buboltz, F. L., Da Silveira, A., Neves, E. T., Portela, J. D. L., & Jantsch, L. B. (2017). PERMANÊNCIA DE FAMILIARES NO ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA:

PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE. *Revista Baiana de Enfermagem*31, (3).
<https://doi.org/10.18471/rbe.v31i3.17427>

Departamento de Pediatria: Hospital Santa Maria Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. (2021). *Protocolos de urgência em pediatria* (A. Gomes, C. Camilo, F. Abecasis, J. Albuquerque, J. Marques, M. Vieira, & S. Quintas, Eds.; 4ª). ACSM.

DFEM, & INEM. (2021). *Manual de Suporte Avançado de Vida Pediátrico* (INEM, Ed.).

DGES. (2023). *Mestrado*. <https://www.dges.gov.pt/pt/pagina/mestrado>

DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. www.dgs.pt

DGS. (2020). *Cursos de preparação para o parto e parentalidade-CPPP e Cursos de recuperação pós-parto-CRPP Orientações* (Ministério da Saúde & Direção-Geral da Saúde, Eds.).
<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/sr-cursos-parto-pdf.aspx>

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*, 13, 43–51. <https://www.researchgate.net/publication/279749883>

Direção Geral da Saúde. (2019). *ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DOS 0 AOS 6 ANOS - Linhas de orientação para profissionais e educadores* (Ministério da Saúde, Ed.). <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2019/10/Alimentac%CC%A7a%CC%83o-Sauda%CC%81vel-dos-0-aos-6-anos.-pdf.pdf>

Direção-Geral de Saúde. (2015). Processo de Gestão da Medicação. Em *Orientação da DGS*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015-pdf.aspx>

Direção-Geral de Saúde. (2021). *Programa Nacional Promoção da Saúde Oral 2021 - 2025*. <https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2021/10/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2021-2025.pdf>

DSCS, & CCPNSV. (2008). *Boas Práticas em Oftalmologia - Elementos Clínicos de Avaliação e Referência* (Direção-Geral da Saúde, Ed.).

EACH. (2017). *Anotações à Carta da Criança Hospitalizada* (Instituto de Apoio à Criança, Ed.). www.each-for-sick-children.org

ERC. (sem data). *European Resuscitation Council Guidelines*. Obtido 25 de Abril de 2023, de <https://cprguidelines.eu/#>

- European Resuscitation Council. (2015). *Suporte Imediato de Vida Pediátrico Europeu*.
- Fernandez, A., Benito, J., & Mintegi, S. (2017). Esta criança está doente? Utilidade do Triângulo de Avaliação Pediátrica nas configurações de emergência. Em *Jornal de Pediatria* (Vol. 93, pp. 60–67). Elsevier Editora Ltda. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2017.07.002>
- Fonseca, H. (2017). *Entrevista Clínica em Medicina do Adolescente*. <https://ojs.pjp.spp.pt/article/view/13167/10114>
- Fonseca Victor, J., Venícios De Oliveira Lopes, M., & Ximenes, L. B. (2005). Analysis of diagram the health promotion model of Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. Em *Acta Paul Enferm* (Vol. 18, Número 3).
- Freitas, A. C., Moreira, A. R., Tomé, S., & Cardoso, R. (2016). Motivos de recurso ao Serviço de urgência Pediátrica. *Nascer e Crescer*, 136–140.
- Gräsner, J. T., Herlitz, J., Tjelmeland, I. B. M., Wnent, J., Masterson, S., Lilja, G., Bein, B., Böttiger, B. W., Rosell-Ortiz, F., Nolan, J. P., Bossaert, L., & Perkins, G. D. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. *Resuscitation*, 161, 61–79. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.007>
- Greif, R., Lockey, A., Breckwoldt, J., Carmona, F., Conaghan, P., Kuzovlev, A., Pflanzl-Knizacek, L., Sari, F., Shammet, S., Scapigliati, A., Turner, N., Yeung, J., & Monsieurs, K. G. (2021a). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Education for resuscitation. *Resuscitation*, 161, 388–407. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.016>
- Greif, R., Lockey, A., Breckwoldt, J., Carmona, F., Conaghan, P., Kuzovlev, A., Pflanzl-Knizacek, L., Sari, F., Shammet, S., Scapigliati, A., Turner, N., Yeung, J., & Monsieurs, K. G. (2021b). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Education for resuscitation. *Resuscitation*, 161, 388–407. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.016>
- Grupo Português de Triagem. (2021). *História do Protocolo da Triagem de Manchester*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2015). *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (9.ª ed.). Elsevier editora .
- ILCOR. (2023). *International Liaison Committee on Resuscitation*. <https://www.ilcor.org/about>

- INEM. (sem data). *Transporte Inter-hospitalar Pediátrico*. Meios de emergência. Obtido 7 de Junho de 2023, de <https://www.inem.pt/category/cidadaos/meios-de-emergencia/>
- INEM. (2017). *Manual de Suporte Básico de Vida - Adulto (2ª)*. <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-B%C3%A1sico-de-Vida-Adulto.pdf>
- Infarmed. (2021). *EMLA*. <https://www.infarmed.pt/documents/15786/2106346/Protocolo+de+Dispensa+Exclusiva+em+Farm%C3%A1cia+%28EF%29+Lidoca%C3%ADna+Pri-loca%C3%ADna/163d699a-3a54-432e-94e2-b4f85a129274?version=1.0>
- Madar, J., Roehr, C. C., Ainsworth, S., Ersdal, H., Morley, C., Rüdiger, M., Skåre, C., Szczapa, T., te Pas, A., Trevisanuto, D., Urlesberger, B., Wilkinson, D., & Wyllie, J. P. (2021a). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth. *Resuscitation*, *161*, 291–326. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.014>
- Madar, J., Roehr, C. C., Ainsworth, S., Ersdal, H., Morley, C., Rüdiger, M., Skåre, C., Szczapa, T., te Pas, A., Trevisanuto, D., Urlesberger, B., Wilkinson, D., & Wyllie, J. P. (2021b). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth. *Resuscitation*, *161*, 291–326. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.014>
- Mendes, L. A. M., & Guareschi, A. P. D. F. (2019). Presença da família da criança nas situações de emergência e procedimentos invasivos: revisão integrativa. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, *18*(2), 96–102. <https://doi.org/10.31508/1676-3793201800015>
- Miguel, L., & Sá, A. (2010). *CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: REFORÇAR, EXPANDIR*. <https://pns.dgs.pt/files/2010/06/CSP.pdf>
- Decreto-Lei nº28/2008, Diário da República nº38/2008, Serie I 1182 (2008). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
- Despacho nº 10319/2014, Diário da República 2º série nº 153 20673 (2014). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Despacho nº3762/2015, Pub. L. No. 73, Diário da República 9186 (2015). <https://files.dre.pt/2s/2015/04/073000000/0918609186.pdf>
- Ministério da Saúde. (2020). *Plano Nacional de Vacinação (DGS)*.
- Regulamento nº190/2015, /Diário da República nº79/2015 10087 (2015).

- Regulamento nº351/2015, Pub. L. No. Seriell, Diário da república nº119/2015 16660 (2015).
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018 - Regulamento de Competências Específicas do EnfermeiroEspecialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República, 2ªserie, 133*, 19192–19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Em *Diário da República, 2ª serie* (Vol. 26, pp. 4744–4750). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2020, Maio 27). *Dimensões do cuidar nos cuidados de saúde primários*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/dimens%C3%B5es-do-cuidar-nos-cuidados-de-sa%C3%BAde-prim%C3%A1rios/>
- PORDATA, & INE. (2021). *Portugal: Óbitos de residentes em Portugal: total e por grupo etário | Pordata*. <https://www.pordata.pt/portugal/obitos+de+residentes+em+portugal+total+e+por+grupo+etario-3495>
- Programa Nacional para a Diabetes. (2019). *CRIANÇAS E JOVENS COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 - manual de formação para apoio aos profissionais de saúde e de educação* (Direção-Geral da Saúde, Ed.). www.dgs.pt
- Ramos, A., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (Lidel).
- Rodrigues, J. I. B., Fernandes, S. M. G. C., & Marques, G. F. D. S. (2020). Concerns and needs of parents of hospitalized children. *Saude e Sociedade, 29*(2). <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020190395>
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). METODOLOGIA DE PROJECTO: COLECTÂNEA DESCRITIVA DE ETAPAS. *Percursos, 5*. <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>
- Tomey, A., & Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª). Lusociência.
- Topjian, A. A., Raymond, T. T., Atkins, D., Chan, M., Duff, J. P., Joyner, B. L., Lasa, J. J., Lavonas, E. J., Levy, A., Mahgoub, M., Meckler, G. D., Roberts, K. E., Sutton, R. M., & Schexnayder, S. M. (2020). Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation, 142*(16 2), S469–S523. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000901>

UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos facultativos*.

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>

Apêndice XIII – Artigo Científico “Reanimação Cardiopulmonar em Pediatria: A importância da prática simulada”

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR EM PEDIATRIA: A IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA SIMULADA.

CARDIOPULMONARY RESUSCITATION IN PEDIATRICS: THE IMPORTANCE OF SIMULATED PRACTICE.

Margarida Malcata, Sara Sousa

RESUMO

O treino por simulação ou prática simulada caracteriza-se por uma metodologia de ensino da reanimação cardiopulmonar. Permite não só o desenvolvimento de habilidades técnicas, mas também de fatores humanos, como é exemplo o trabalho de equipa, a comunicação e liderança, só com a aplicação destas habilidades é conseguido uma reanimação cardiopulmonar de qualidade e melhorar as probabilidades de sobrevivência da vítima. **Objetivo:** Demonstrar a importância da prática simulada em situações de reanimação cardiopulmonar em crianças para a melhoria da intervenção dos Enfermeiros. **Metodologia:** Foi realizada uma *scoping review*, com recurso ao protocolo de investigação de *Joanna Briggs Institute* e pesquisa bibliográfica em bases de dados como; EBSCO, Pubmed e RCCAP. **Resultados:** Foi conseguido apurar num dos estudos que em maior parte das situações de paragem cardiorrespiratória os primeiros profissionais a chegar ao local são os enfermeiros. O treino simulado aumenta consideravelmente, os conhecimentos e habilidades, no entanto ao fim de 6 meses estes decaem, demonstrando a importância do treino frequente. A importância da metodologia na melhoria da prática clínica é reconhecida pelos enfermeiros. **Conclusão:** Esta temática encontra-se pouco estudada principalmente quando aplicado à população pediátrica, no entanto foi possível verificar as inúmeras vantagens do uso da prática simulada aos enfermeiros.

Palavras-chave: Treinamento por simulação, Reanimação Cardiopulmonar, Enfermeiros, Pediatria.

ABSTRACT

Training by simulation or simulated practice is characterized by a methodology for teaching cardiopulmonary resuscitation. It allows not only the development of technical skills, but also human factors, such as teamwork, communication and leadership, only with the application of these skills can quality cardiopulmonary resuscitation be achieved and improve the victim's chances of survival. **Objective:** To demonstrate the importance of simulated practice in situations of cardiopulmonary resuscitation in children to improve the intervention of nurses. **Methodology:** A scoping

review was carried out, using the Joanna Briggs Institute research protocol and bibliographic research in databases such as; EBSCO, Pubmed and RCCAP. **Results:** It was found in one of the studies that, in most cases of cardiac arrest, the first professionals to arrive at the scene are nurses. Simulated training considerably increases knowledge and skills, however after 6 months this decline, demonstrating the importance of frequent training. The importance of the methodology in improving clinical practice is recognized by nurses. **Conclusion:** This theme is little studied, especially when applied to the pediatric population, however, it was possible to verify the numerous advantages of using simulated practice for nurses.

Key-Words: Simulation training, Cardiopulmonary resuscitation, Nurses, Pediatrics