



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Instrumentos preditores do risco de acesso venoso periférico difícil em crianças: *scoping review*

Cláudia Maria Fernandes Pinto

Setembro, 2023



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Instrumentos preditores do risco de acesso venoso periférico difícil em crianças: scoping review

Cláudia Maria Fernandes Pinto

Estágio com Relatório Final

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Graça Aparício

Setembro, 2023

Resumo

Enquadramento: As competências adquiridas neste período de formação especializada são o reflexo de um processo que teve como temática central a avaliação do risco de acesso venoso periférico difícil em crianças internadas.

O acesso venoso periférico é um procedimento difícil em internamento pediátrico, que origina medo, insegurança e ansiedade, tanto na criança como no familiar/acompanhante, perpetuando a imagem negativa que as crianças/família possuem do hospital e da hospitalização. Em Portugal não existem instrumentos de avaliação do risco de acesso venoso periférico difícil para a população pediátrica. Na prática clínica diária, os profissionais usam o conhecimento e a experiência, recorrendo a múltiplas tentativas para obter e manter um acesso venoso periférico, decisão com impacto negativo no bem-estar da criança/família e na preservação do património venoso. A aplicação de um instrumento preditor deste risco, irá contribuir para apoiar a tomada de decisão e aumentar a taxa de sucesso de acesso venoso na primeira tentativa.

Objetivos: Descrever as experiências desenvolvidas nos diversos contextos de estágio, analisando criticamente os contributos deste percurso, para a formação pós-graduada; desenvolver uma *scoping review* para mapear as evidências disponíveis sobre instrumentos capazes de prever o risco de acesso venoso periférico difícil em crianças internadas; avaliar os indicadores de eficácia; determinar a taxa de sucesso na primeira tentativa.

Metodologia: Análise descritiva e reflexiva do percurso de formação desenvolvido, onde se inclui a realização de uma *scoping review* sobre a temática central, baseada no protocolo do Instituto *Joanna Briggs*®. A pesquisa decorreu durante o mês de abril de 2023 nas bases de dados Pubmed, CINAHL Complete, B-on e LILACS de estudos publicados entre os anos 2017 e 2023, nos idiomas inglês, francês, espanhol e português, de qualquer tipologia: quantitativa, qualitativa, mistos e revisões de literatura.

Resultados: Nos quatro estudos selecionados foram encontrados três instrumentos preditores do risco de acesso venoso periférico difícil. O DIVA score, que apresenta como indicadores de eficácia características da criança, e outros dois instrumentos (DIVA KEY e PPIVA pathway) que acrescentam a dor e a ansiedade sentida pela criança/família e incluem ainda características dos profissionais. A taxa de sucesso de colocação de acesso venoso periférico na primeira tentativa varia entre os 24% e 52%, valor que aumenta para 60% com a utilização dos instrumentos de avaliação, podendo atingir taxas de 89,1% com o PPIVA pathway.

Conclusão: Apesar de nenhum dos instrumentos identificados ser completamente eficaz e garantir sucesso na primeira tentativa de acesso venoso periférico, os estudos indicam que com avaliação com DIVA score este melhora substancialmente, constituindo assim um importante contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados em enfermagem pediátrica, em particular na prestação de cuidados atraumáticos.

Palavras-Chave: Acesso Intravenoso Periférico Difícil; Crianças; DIVA Score

Abstract

Background: The skills acquired during this period of specialized training are a reflection of a process whose central theme was assessing the risk of difficult venous access in hospitalized children.

Peripheral venous access is a difficult procedure in paediatric hospitalization, which causes fear, insecurity and anxiety in both the child and the family member, perpetuating the negative image that children/family members have of the hospital and hospitalization. In Portugal, there are no instruments for assessing the risk of difficult venous access for the pediatric population. In daily clinical practice, professionals use their knowledge and experience, making multiple attempts to obtain and maintain a peripheral venous access, a decision that has a negative impact on the well-being of the child/family and the preservation of venous heritage. The application of a tool to predict this risk will help support decision-making and increase the success rate of venous access on the first attempt.

Objectives: To describe the experiences developed in the various internship contexts, critically analyzing the contributions of this journey to postgraduate training; to develop a scoping review to map the available evidence on instruments capable of predicting the risk of difficult venous access in hospitalized children; to evaluate the indicators of effectiveness; to determine the success rate on the first attempt.

Methodology: Descriptive and reflective analysis of the training path developed, including a scoping review on the central theme, based on the Joanna Briggs Institute® protocol. The search took place during the month of April 2023 in the Pubmed, CINAHL Complete, B-on and LILACS databases of studies published between 2017 and 2023, in English, French, Spanish and Portuguese, of any type: quantitative, qualitative, mixed and literature reviews.

Results: In the four studies selected, three instruments were found to predict the risk of difficult venous access. The DIVA score, which presents characteristics of the child as indicators of effectiveness, and two other instruments (DIVA KEY and PPIVA pathway) which add the pain and anxiety felt by the child/family and include characteristics of the professionals. The success rate for placing a peripheral venous access on the first attempt varies between 24% and 52%, a figure that increases to 60% with the use of the assessment instruments, and can reach rates of 89.1% with the PPIVA pathway.

Conclusion: Although none of the instruments identified is completely effective and guarantees success in the first attempt at peripheral venous access, the studies indicate that the DIVA score improves this substantially, thus making an important contribution to improving the quality of care in paediatric nursing, particularly in the provision of atraumatic care.

Keywords: Difficult Peripheral Intravenous Access; Children; DIVA Score

Sumário

	Pág.
Lista de tabelas	
Lista de figuras	
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	
Introdução	15
Parte I - Curso Formativo para Aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	
1. Enquadramento da Unidade Curricular	19
2. Curso formativo para a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	21
2.1. Estágio de Neonatologia – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	22
2.1.1. Caracterização do Serviço	22
2.1.2. Reflexão Crítica	23
2.2. Estágio de Pediatria – Serviço de Cirurgia, Queimados e Transplantação Hepática	32
2.2.1. Caracterização do Serviço	33
2.2.2. Reflexão Crítica	35
2.3. Estágio de Saúde Infantil e Pediátrica – Unidade de Saúde Familiar	45
2.3.1. Caracterização da Unidade	46
2.3.2. Reflexão Crítica	47
2.4. Considerações finais	61
Parte II - Estudo de Investigação	63
1. Enquadramento Teórico	65
1.1. Acesso venoso periférico	65
1.2. Acesso venoso periférico difícil	68
1.3. Fatores predisponentes para acesso venoso periférico difícil	69
1.4. Instrumentos preditores do risco de acesso venoso periférico difícil	70
2. Metodologia	73
2.1. Tipo de estudo	73
2.2. Questão de revisão	74
2.3. Critérios de inclusão e de exclusão	75
2.4. Estratégia de pesquisa	75
2.5. Seleção dos estudos	76
2.6. Extração de dados	78
3. Resultados	79

4. Discussão	88
5. Conclusão	95
Referências bibliográficas	99
Apêndices	113
Apêndice I - Objetivos Específicos do Estágio de Neonatologia	115
Apêndice II - Objetivos Específicos do Estágio de Pediatria	117
Apêndice III - Objetivos Específicos do Estágio de Saúde Infantil e Familiar	121
Apêndice IV - Sistematização de Conteúdos	123
Apêndice V - Aspiração de Corpo Estranho	125
Anexos	129
Anexo I - Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem mais frequentes no serviço	131
Anexo II - Modelo de Avaliação de Calgary	133
Anexo III - Formulário da Observação da Mamada	135
Anexo IV - Testes de relevância	137

Lista de tabelas

		Pág.
Tabela 1	Mnemónica PCC	74
Tabela 2	Critérios de inclusão e exclusão para seleção dos estudos	75
Tabela 3	Estratégias de pesquisa utilizadas nas bases de dados eletrónicas	76
Tabela 4	Instrumento de extração de dados	78
Tabela 5	E1 - Utility of the DIVA score for experienced emergency department technicians.	80
Tabela 6	E2 - Improving peripheral venous cannula insertion in children: a mixed methods study to develop the DIVA key.	82
Tabela 7	E3 - The effect of "pediatric peripheral intravenous access (PPIVA) pathway" on the success of vascular access in children.	84
Tabela 8	E4 - Evaluation of the difficult intravenous access (DIVA) scoring in hospitalized pediatric patients.	85
Tabela 9	Síntese dos indicadores de avaliação, eficácia e taxa de sucesso obtidos com cada instrumento DIVA	87

Lista de figuras

		Pág.
Figura 1	Diagrama do processo de seleção dos estudos: PRISMA Flow Diagram.	77
Figura 2	Instrumento DIVA score	79
Figura 3	Instrumento DIVA KEY	81
Figura 4	Instrumento PPIVA pathway	83
Figura 5	Instrumento de comparação dos Instrumentos DIVA3, DIVA4, DIVA4a e DIVA5	85
Figura 6	Ferramenta preditiva de DIVA	89

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
AVP	Acesso Venoso Periférico
BSIJ	Boletim de Saúde Infantil e Juvenil
CAVP	Colocação de Cateter Venoso Periférico
CCD	Cuidados Centrados no Desenvolvimento
CCF	Cuidados Centrados na Família
CESIJ	Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil
CHUC	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSNM	Centro de Saúde Norton de Matos
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção-geral da Saúde
DIVA	Difficult Intravenous Access
EEESIP	Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
FINE	Family and Infant Neurodevelopmental Education
FNI	Federação Internacional de NIDCAP
GOBP	Guias Orientadores de Boa Prática
MBB	Maternidade Bissaya Barreto
NIDCAP	Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program - Programa de Avaliação e Cuidados Individualizados para o Desenvolvimento do Neonato
SE	Saúde Escolar
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBE	Prática Baseada na Evidência
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido Prematuro
SNS	Sistema Nacional de Saúde

UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos
UMMF	Unidade de Medicina Materno Fetal
USF	Unidade de Saúde Familiar
VD	Visita Domiciliária

Introdução

Considerando os atuais problemas de saúde na faixa etária pediátrica e necessidades de cuidados (acidentes de várias causas, abandono e negligência, doença crónica, gravidez na adolescência, desequilíbrios do comportamento e perturbações emocionais...), o espaço de intervenção da enfermagem especializada em saúde infantil e pediátrica é muito alargado e tem como objetivo a promoção da saúde, a prevenção da doença e complicações, o bem-estar e o autocuidado. Neste contexto torna-se fundamental a existência de formação contínua específica e pós-graduada, no sentido de promover o desenvolvimento profissional, necessário para uma prestação de cuidados de qualidade, baseada nas melhores evidências disponíveis (OE, 2017).

No contexto de formação, o estágio constituiu uma oportunidade de mobilização da teoria para a prática e de articulação dos conhecimentos e de experiências refletidas, contribuindo de forma eficiente para o crescimento pessoal e profissional e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório Final: estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia, do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (CMESIP) e 12º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Saúde de Viseu, surge este documento, que tem o propósito de espelhar o percurso formativo, concretizado na descrição e reflexão das atividades desenvolvidas. Todo o desempenho desenvolvido ao longo dos estágios foi norteado pelo Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Portugal, Regulamento nº 140/2019), Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Portugal, Regulamento nº422/2018), Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2017) e outros documentos e manuais de suporte ao processo formativo. A realização do estudo: “Instrumentos preditores do risco de acesso venoso periférico difícil em crianças: *scoping review*”, surge para dar cumprimento a outro objetivo desta unidade curricular e pela inquietação relacionada com a colocação de acesso venoso periférico e as suas dificuldades no contexto da prática profissional, que foram determinantes para a escolha do tema. Assim o estudo foi desenvolvido para responder aos seguintes objetivos: mapear as evidências disponíveis sobre instrumentos capazes de prever o risco de acesso venoso periférico difícil em crianças internadas; avaliar os indicadores de eficácia dos instrumentos de avaliação do risco de acesso venoso periférico

difícil e determinar a taxa de sucesso na primeira tentativa de colocação de acesso venoso com a intenção de criar evidências que suportem uma abordagem de colocação do cateter venoso, que preserve a rede venosa periférica.

Desta forma, foram delineados para este relatório, os seguintes objetivos:

- Descrever as experiências desenvolvidas nos diversos contextos de estágio, analisando criticamente os contributos deste percurso, para a formação pós-graduada;

- Desenvolver uma *scoping review* com base na temática de forma a mapear as evidências disponíveis sobre instrumentos capazes de prever o risco de acesso venoso periférico difícil em crianças internadas e avaliar a os indicadores de eficácia; determinar a taxa de sucesso na primeira tentativa.

O presente relatório está dividido, de acordo com o Guia Orientador de Trabalhos Escritos (ESSV, 2021) em duas partes:

- A parte I que se refere à descrição do Percurso Formativo para Aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), onde é feita uma análise e reflexão das atividades desenvolvidas nos diferentes campos de estágio.

- Na parte II é apresentado o relatório do estudo “Instrumentos preditores do risco de acesso venoso periférico difícil em crianças: *scoping review*”, nomeadamente a metodologia adotada, a extração e análise dos dados, a apresentação e discussão dos resultados e por fim a conclusão, onde se inclui as limitações do estudo e as suas implicações para a prática.

Parte I

Percurso Formativo para Aquisição de Competências de Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

1. Enquadramento da Unidade Curricular

A construção da identidade profissional em enfermagem é um processo dinâmico, complexo e contínuo que envolve uma combinação de fatores como a formação académica, experiências práticas, as interações com outros profissionais e os valores pessoais. Todos estes fatores contribuem para o desenvolvimento de competências que definem o que é ser enfermeiro. Neste processo tanto a formação inicial como a formação contínua desempenham um papel fundamental, servindo como suporte teórico para o desenvolvimento de práticas especializadas, que segundo Ribeiro et al. (2022), permitem dar resposta às novas necessidades em cuidados de saúde, originadas pela rápida evolução tecnológica e social.

O “Guia Orientador” (ESSV, 2022) refere que neste nível de ensino:

“...é dada ênfase a uma pedagogia centrada no estudante e no seu projeto individual de formação e que se reflita no desenvolvimento pessoal e profissional de competências especializadas.”

É objetivo desta unidade curricular que o estudante se envolva ativamente no seu processo de formação e desenvolva competências que lhe permitam prestar cuidados de enfermagem especializados em contexto hospitalar e comunitário e intervir como formador e gestor nos cuidados de enfermagem baseados na evidência.

Esta unidade curricular prevê uma componente de estágios e outra de orientação tutorial, que são o pilar para a aquisição de competências pós-graduadas neste percurso formativo. A componente de estágio é uma oportunidade única e valiosa para que se possa aplicar a ampla variedade de conhecimentos teórico-práticos adquiridos. Também de elevada importância é a consulta de documentos e normas emanadas por entidades de referência na saúde, em particular na enfermagem e especificamente na enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a pesquisa bibliográfica efetuada, que contribuiram para a atualização/consolidação desses conhecimentos. A componente de estágio, permite desta forma desenvolver habilidades importantes nesta área de especialidade, e até mesmo participar de projetos de melhoria da qualidade.

Justificado está também, o tema escolhido para a *scoping review*: “Instrumentos para prever o risco de acesso venoso periférico difícil em crianças”, pela sua pertinência e importância para o desenvolvimento de competências no domínio da investigação. Deste modo foi desenvolvida ao longo desta unidade curricular e paralelamente ao percurso de estágios, uma *scoping review*, com o objetivo de reunir evidência científica sobre instrumentos

que apoiem os profissionais de saúde, em contexto de internamento hospitalar pediátrico, a predizer o risco de acesso venoso periférico , ajustando a sua abordagem à colocação do cateter venoso periférico, preservando a rede venosa periférica.

2. Percurso formativo para a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Nos últimos anos, a evolução da enfermagem tem-se centrado, cada vez mais, no desenvolvimento de competências específicas e na definição de intervenções que otimizem a recuperação da criança/jovem perante a situação de doença aguda ou crónica assim como, na otimização do papel parental (Portugal, Regulamento nº 422/2018).

A descrição deste percurso formativo espelha a aquisição de competências adquiridas na componente de estágios durante 390 horas, para o qual foram definidos objetivos gerais baseados no Guia Orientador (ESSV, 2022):

- Desenvolver competências comuns, na prática profissional ética e legal, melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens;
- Desenvolver competências específicas de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, aos três níveis de prevenção;
- Revelar aptidões e disponibilidade para trabalhar de forma integrada e responsável na equipa interdisciplinar respeitando a dinâmica funcional dos serviços;
- Refletir sobre aspetos da prática clínica que consolidem a aquisição de competências especializadas em contexto do estágio.

Na formação especializada em Enfermagem, o estágio constitui um momento privilegiado e de forte relevância na construção da aprendizagem e no desenvolvimento de competências profissionais e pessoais. Assim, a componente prática que abarca, permite implementar os diferentes projetos de acordo com o contexto clínico. Devido à sua permanente mudança, este documento não tem um carácter estático. Os projetos elaborados foram reformulados, alterados e dinamizados sempre que se considerou oportuno, com vista a prestar cuidados de excelência, personalizados e adequados às reais necessidades recém-nascidos/crianças/jovens e família.

Os objetivos e as respetivas atividades desenvolvidas procuraram ir ao encontro das expectativas de aprendizagem e de desenvolvimento/aperfeiçoamento de competências profissionais, como descrito nos apêndices I, II e III. Foram estruturados de acordo com os quatro domínios que constam nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais) e com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

(assiste a criança/ jovem com a 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 do jovem).

Estes objetivos foram o pilar que sustentou e justificou as ações desenvolvidas. Constituíram, ainda, um importante instrumento de avaliação das atividades desempenhadas, traduzidas e finalizadas pela realização de um relatório de estágio.

2.1. Estágio de Neonatologia – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Este estágio teve como foco principal a abordagem dos Cuidados Centrados no Desenvolvimento (CCD) do Recém-nascido prematuro (RNPT), na busca da melhoria contínua da qualidade e no desenvolvimento de aprendizagens profissionais especializadas.

A Maternidade Bissaya Barreto (MBB) é referência na área de atendimento à gestante e recém-nascido (RN), oferecendo serviços de alta qualidade, contribuindo para o desenvolvimento da enfermagem neonatal. Nesse contexto, o estágio representou uma oportunidade única de aprendizagem, permitindo a aplicação dos conhecimentos teóricos na prática clínica e o desenvolvimento de competências, contribuindo para a formação especializada de um profissional capacitado e comprometido com a saúde da criança.

2.1.1. Caracterização do Serviço

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) da MBB tem como missão atuar com excelência e segurança na prestação de cuidados de saúde ao recém-nascido e sua família. Assenta na competência profissional, sustentabilidade, humanização e valorização da vida, promovendo a articulação com os parceiros, a valorização da formação profissional, do ensino pré e pós-graduado e o incentivo à investigação e desenvolvimento científico na área da neonatologia.

Esta unidade possui atualmente doze vagas, divididas por três salas, sendo a sala central destinada aos recém-nascidos mais instáveis e que necessitam de cuidados intensivos.

A equipa é composta por enfermeiros com diferentes níveis de experiência profissional bem como formação académica, dezanove são especialistas.

A integração nesta equipa foi facilitada pela disponibilidade da Enfermeira Tutora, que possibilitou um conhecimento muito abrangente do serviço e de toda a sua dinâmica. A sua experiência e formação especializada, o 2º nível do curso FINE (Family and Infant

Neurodevelopmental Education), foram cruciais para a compreensão do conceito dos cuidados centrados no desenvolvimento, uma vez que a Federação Internacional de NIDCAP (FNI) endossa o FINE como preparação para o treinamento do NIDCAP.

2.1.2. Reflexão Crítica

Os cuidados individualizados centrados no desenvolvimento do recém-nascido (RN) são identificados pela sigla NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) (Programa de Avaliação e Cuidados Individualizados para o Desenvolvimento do Neonato). Esta abordagem focaliza uma leitura detalhada dos sinais comportamentais individuais de cada RN. O ambiente e os cuidados são adaptados, com o objetivo de realçar os pontos positivos de cada RN e sua autorregulação, e ainda pela colaboração entre o RN e seus pais, que são os principais responsáveis pelos cuidados diários do RN e o ajudam a construir o vínculo (Als, 2017).

De acordo com o padronizado pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Saúde Especializados em Enfermagem Infantil e Pediátrica (OE, 2017), a prestação dos cuidados de enfermagem deve assentar nos seguintes quatro conceitos: pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem, que correspondem ao Metaparadigma da Enfermagem (Deliktas et al., 2019). Os metaparadigmas são um conjunto de conceitos fundamentais que ajudam a compreender a natureza da enfermagem como uma disciplina e são a base para a compreensão da enfermagem e sua prática clínica. São compostos por quatro elementos principais: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem Segundo a OE (2017):

Pessoa: a pessoa é especificada sob o binómio criança/jovem e sua família, dada a sua dependência dos cuidados da família até ao alcance progressivo da independência e da autonomia. A família deve ter responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem, exercendo uma forte influência sobre ela. Devem ser salvaguardados os princípios éticos e deontológicos que respeitem a criança e o seu direito à determinação.

Ambiente: deve ser entendido como o local onde a criança vive e se desenvolve. Deve proporcionar uma infinidade de estímulos promotores de saúde, e sustentar emocionalmente os cuidados de que a criança/jovem necessitam para a promoção da sua independência e desenvolvimento.

Saúde: é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. A enfermagem trabalha para promover a saúde, prevenir doenças e ajudar as pessoas a gerenciar condições de saúde crónicas.

Enfermagem: está subjacente a uma filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF). Implicam o estabelecimento de uma comunicação efetiva e de intervenções no domínio da atuação, envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação. Esta relação de parceria deve ser dinâmica e flexível e ter como finalidade a promoção de competência na criança, na maximização da saúde e do potencial de crescimento e desenvolvimento no âmbito dos cuidados antecipatórios, na promoção da vinculação e da auto-estima e auto-determinação do jovem, e ainda reconhecer e valorizar as competências da família enquanto recurso. Os cuidados de enfermagem tomam como foco de atenção a autonomia da criança/família, sendo sustentada em crenças e valores de que os pais/família são os primeiros e melhores prestadores de cuidados à criança.

Uma visão dos metaparadigmas de enfermagem permite lidar com os desafios enfrentados no desenvolvimento da identidade profissional.

O modelo de parceria de cuidados de Anne Casey sustenta-se na ideia de que ninguém melhor do que os pais podem prestar cuidados à criança, no sentido de proporcionar o seu crescimento e desenvolvimento, protegendo e estimulando com amor. Descreve ainda a enfermagem pediátrica como um processo de negociação partilhada respeitando a família nas suas competências, nos seus desejos e necessidades (Casey, 1993). A negociação dos cuidados e a parceria na realização dos mesmos é efetivamente uma realidade, espelhada nos ganhos em saúde do RN e RNPT/família, e também no reconhecimento que estes demonstram pelo trabalho levado a cabo pela equipa de enfermagem, médica e assistentes operacionais. O exercício profissional nesta área faz realmente a diferença, com repercussões que não ficam apenas naqueles prolongados dias de internamento.

As práticas de humanização dos cuidados em UCIN, segundo Tavares (2020) citando Rubia e Torati (2016), consistem num conjunto de iniciativas, que visam promover cuidados em saúde capazes de conciliar a tecnologia disponível com a promoção de cuidados centrados no desenvolvimento. Visam não só a satisfação do RN e família, como também dos profissionais.

A prestação de cuidados assenta no método dos cuidados individualizados globais, que implica a afetação de um enfermeiro a um RN ou mais, consoante a carga de trabalho. A responsabilidade pela totalidade dos cuidados é de um enfermeiro em particular, que avalia e coordena os cuidados necessários ao RN e família, de acordo com as características e necessidades, devendo garantir a sua qualidade e continuidade (Ribeiro et al., 2022).

Os cuidados de Enfermagem ministrados nesta unidade são pautados pelas filosofias acima referidas. Emergem as intervenções realizadas pelo enfermeiro em parceria com os

pais: intervenções com a participação dos pais, cuidados que os pais realizam mediante supervisão da enfermagem e cuidados que os pais realizam autonomamente.

O cuidado ao RNPT reveste-se de uma enorme importância e complexidade, uma vez que, se a intervenção mais invasiva visa a manutenção e preservação da vida, o cuidado desenvolvimental é aquele que, identificando os seus pontos fortes e as suas principais vulnerabilidades, estabelece um cuidado adequado ao comportamento observado no recém-nascido. A imaturidade expõe o RNPT a diversas complicações com necessidade de inúmeras intervenções terapêuticas, visando a estabilidade clínica, o que acaba resultando em condições ambientais de alta estimulação, como ruídos provenientes de aparelhos, manipulação e iluminação excessiva, experiências dolorosas e estímulos sensoriais precoces, que são fatores geradores de stress. Tais fatores associados à prematuridade, podem influenciar o padrão de desenvolvimento cerebral do RNPT, tornando-o mais suscetível à presença de danos fisiológicos, sociais e/ou cognitivos (Rafael et al., 2021).

Sabendo que os pais desempenham um papel decisivo no neurodesenvolvimento do recém-nascido e no seu futuro, e que necessitam de apoio para compreenderem o seu papel e as suas responsabilidades, é necessário que os enfermeiros desenvolvam intervenções que promovam a transição para a parentalidade. Uma das intervenções consiste na avaliação das necessidades dos pais e na implementação de cuidados centrados na família, consistentes e adequados, com o objetivo de avaliar e diminuir o stress parental (Rafael et al., 2021).

Na UCIN os pais são convidados e encorajados a estar presentes durante os procedimentos; aguarda-se que sejam capazes de prestar cuidados ao seu filho de forma autónoma durante o internamento; são ensinados, instruídos e treinados para a prestação desses cuidados. Estas práticas consistentes traduzem princípios da aplicação de uma filosofia de CCF, capazes de fornecer apoio profissional ao RN e família, através de um processo de envolvimento, participação e parceria, alicerçados pela capacitação das famílias e pela negociação dos cuidados (Hockenberry et al., 2014).

Considerando a relevância do papel dos pais no cuidado ao filho é imprescindível que o ambiente seja propício ao desenvolvimento de tais intervenções. Na UCIN a equipa de enfermagem é sensível à promoção e manutenção de um ambiente que promove o desenvolvimento seguro do RN e RNPT, assegurando intervenções relacionadas com o controlo da temperatura, da luminosidade, do ruído, regulação do sono, a promoção do conforto e ainda prestação de cuidados em parceria com os pais, o que vai ao encontro das intervenções relacionadas com os CCD. As intervenções são planeadas e agrupadas para não submeter o RNPT à sobrecarga sensorial. Essas práticas, que frequentemente se associam a intervenções de carácter não traumáticas, só podem ser benéficas para o RNPT

se o enfermeiro estiver preparado e sensibilizado a utilizar modelos de apoios que permitam monitorizar os sinais fisiológicos e comportamentais para promover a organização e o bem-estar do RNPT (Hockenberry et al., 2014).

O stress causado pela instabilidade térmica ambiental pode desencadear problemas metabólicos e fisiológicos, sendo fundamental o conhecimento do enfermeiro sobre a termorregulação e os riscos associados. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022) recomenda a manutenção de uma temperatura axilar entre 36,5 °C e 37,5°C para o RN, podendo esta ser conseguida com uma temperatura ambiental em torno dos 26 °C. No entanto não existe um intervalo fixo de temperaturas, variando esta com a idade do RN, sua idade gestacional (IG) e o peso ao nascer. No que se refere à humidade no interior da incubadora, esta tem como objetivo otimizar a termorregulação, favorecendo a redução da perda de água, mantendo a integridade da pele. Assim, a prática de humidificação do ambiente dentro das incubadoras está implementada na UCIN da MBB através de normas que seguem as novas evidências, sendo a humidade regulada de acordo com a IG do RN.

A luminosidade é controlada na UCIN da MBB, tanto no ambiente no seu todo (luzes de teto), como no ambiente individual de cada RN (coberturas opacas para as incubadoras). Manter o RNPT em UCIN sob uma iluminação propícia e de forma regulada reduz o nível de cortisol, amplia a duração do sono, favorece o contacto com o ambiente, melhora os seus padrões de comportamento, propícia ao desenvolvimento apropriado do ritmo circadiano e estimula a libertação de hormonas do crescimento (Hockenberry et al., 2014). Sabe-se que o RNPT, embora precise de proteção contra a luz intensa, precisa também de um ambiente claro que estimule o seu desenvolvimento. Pelo que, na UCIN são considerados momentos de interação do RN com o ambiente, pois proteger o RN da luz não implica mantê-lo numa penumbra constante. O RN necessita de interagir com o ambiente para desenvolver estimulação visual adequada à idade e esta também faz parte dos estímulos que propiciam o seu crescimento e desenvolvimento saudável.

Podemos descrever como efeitos fisiológicos do excesso de ruído: aumento de pressão arterial, alterações do ritmo cardíaco, vasoconstrição periférica, dilatação das pupilas e aumento da secreção de adrenalina. Estas alterações afetam os estados fisiológico e neurocomportamental do bebê. A exposição ao ruído ainda gera distúrbios nos padrões de sono, irritabilidade, agitação, choro, fadiga, aumento do consumo de oxigênio e da frequência cardíaca (Jordão et al., 2017). Limitar a circulação de profissionais aos momentos imprescindíveis para prestação de cuidados, manter o controlo rigoroso dos alarmes dos equipamentos, abrir e fechar as portinholas da incubadora de forma suave, orientando os pais a seguir o mesmo procedimento, é prática comum na UCIN. A sensibilização dos pais para a importância da minimização do ruído na unidade e o ensino sobre como podem introduzir

estímulos auditivos adequados e avaliar a resposta dos seus filhos a esses estímulos, com a noção de que a partir das 31-32 semanas de idade gestacional, deve ser encorajada a exposição audível à voz materna (musicoterapia).

Hockenberry et al. (2014), afirmam que os enfermeiros devem planejar as intervenções tendo em conta os estados sono-vigília, de forma a providenciar ao RNPT longos períodos de sono calmo e prover meios para o retorno ao sono quando este é interrompido. A privação do sono pode afetar a secreção da hormona do crescimento e interferir com o seu crescimento e desenvolvimento.

Um outro aspeto que deve ser levado em consideração aquando do desenvolvimento do RNPT é a vulnerabilidade associada a imaturidade de sua pele. Para isso, o enfermeiro deve conhecer as características e especificidades da pele do RNPT. As funções da pele (termorregulação, metabolismo, sensação tátil, excreção, equilíbrio eletrolítico, impedimento da absorção de substâncias tóxicas e prevenção de infeções) estão comprometidas devido à imaturidade do estrato córneo e, conseqüentemente, predispondo-o a maior perda de água, desequilíbrio-eletrolítico, instabilidade térmica e maior exposição aos irritantes e aos agentes infecciosos do ambiente da UCIN, e ainda a maior risco de úlcera por pressão, pela limitação de mobilidade, e por vezes nutrição inadequada (Santos & Costa, 2014).

O posicionamento terapêutico dos RNPT é um cuidado desenvolvimental de extrema importância, e revelou-se uma experiência muito enriquecedora. É uma intervenção de enfermagem, claramente associada ao exercício autónomo e consiste na reprodução de um ambiente de "...apoio contido e harmonioso, do útero materno, considerando que este é o ambiente idílico para o desenvolvimento (...) que lhe permitem a flexão e o movimento ativo com retorno à flexão, mantendo a orientação à linha média" (Sousa et al., 2016, como citado por Carvalho, 2021, p.29).

Práticas comuns na UCIN são: o alinhamento pescoço-tronco; extremidades posturais semifletidas e na linha média; alinhamento neutro dos pés; aproximação mãos-boca; suporte da postura e do movimento dentro dos "limites de contenção" com os rolos; proporcionar posicionamentos que permitam uma exposição controlada e individualizada à estimulação proprioceptiva, tátil, visual ou auditiva; dar preferência ao decúbito lateral durante os procedimentos/cuidados (facilita a organização do RN); monitorizar o peso do RNPT com contenção; dar o banho do RN, garantindo o suporte postural e uma contenção adequada (Hockenberry et al., 2014).

Os autores supracitados associam ao posicionamento melhorias na função cardiorrespiratória, fornecimento de estímulos proprioceptivos, controle do estado de sono e

vigília, conservação de energia e, por conseguinte, ao relaxamento do RN, recomendando o seu uso de forma padronizada, associada às outras práticas de cuidados do RNPT em UCIN.

Uma das experiências mais satisfatórias durante o estágio, foi a oportunidade de realizar um banho com contenção “swadling”. As práticas e procedimentos de enfermagem numa UCIN causam reações fisiológicas e comportamentais no recém-nascido, acreditando-se que o banho, é uma situação causadora de stress. Uma tentativa de minimizar esse stress é o uso da técnica de contenção facilitada, também conhecida por “swaddling”. A contenção facilitada/swaddling, é uma técnica que consiste em enrolar, embrulhar ou enfaixar o RN, para promoção do conforto, como estratégia não farmacológica para minimizar o stress, de modo que não haja impacto negativo na organização fisiológica e comportamental do RN. Foi observado durante esta técnica diversos sinais de que o RN se sentia confortável: respiração suave e regular; movimentos suaves; braços e pernas dobrados em direção ao corpo; mãos apoiadas no rosto ou na cabeça; mãos e pés unidos; rosto relaxado; sucção e olhos fechados. Esta experiência permitiu colocar em prática a pesquisa efetuada e o trabalho realizado, no decorrer do primeiro semestre na unidade curricular Enfermagem Avançada, com o título “O conforto do recém-nascido internado nas unidades de UCI neonatal, o banho com a técnica de contenção facilitada e a parceria de cuidados - Revisão sistemática da literatura”.

O método canguru tem sido recomendado em larga escala como prática promotora do desenvolvimento neurocomportamental da criança promovendo experiência de vinculação segura e aprendizagens do papel parental (Hockenberry et al., 2014).

Este procedimento está de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022) que refere que o Método Canguru deve ser uma prática integrante nos cuidados ao RN, independentemente da idade gestacional, em qualquer ambiente, mesmo onde existe tecnologia avançada e disponibilidade de cuidados de alto nível. Neste método, estão implícitas combinações de modalidades de estimulação sensorial, o que permite garantir uma estimulação multimodal, propícia ao neurodesenvolvimento do RNPT. Combina estímulos auditivos, visuais e tácteis (pela comunicação com os pais, a posição ereta permite ver o rosto e o corpo dos pais e ouvir as suas vozes), estímulos olfativos (proximidade ao corpo da mãe), estímulos táteis (contato permanente pele a pele e estimulações vestibulo-cinestésicas pela localização no peito), sendo possível realizá-la em qualquer período do dia (Ferraz, 2017).

São muitos os instrumentos existentes para avaliação da dor em pediatria. O mais recomendado para utilização em recém-nascido é a escala EDIN (Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né). No sentido de reduzir a subjetividade nas avaliações, o uso de escala permite um tratamento mais eficaz e promove um cuidado integral ao RN prematuro.

Destaca-se a enorme preocupação com o controlo da dor, com recurso à administração de sacarose oral a 24%. Sendo uma estratégia não-farmacológica para controlo da dor, reduz a resposta em procedimentos que causem dor aguda ligeira. A dose mais eficaz é a solução a 24% cerca de 2 min antes do procedimento (Hockenberry et al., 2014).

A contenção representa também uma estratégia não-farmacológica para controlo da dor e desconforto durante a realização de alguns procedimentos. A sua realização ocorre segurando com alguma firmeza o bebé junto ao tórax, de forma a manter as suas extremidades em flexão. A esta estratégia, encontram-se associados efeitos positivos como a diminuição da frequência cardíaca, do tempo de choro e uma maior estabilidade nos ciclos de sono e vigília durante os procedimentos geradores de resposta dolorosa (Hockenberry et al., 2014).

Com a aproximação da alta, os pais tornam-se apreensivos e com alguma insegurança relacionada com a prestação de cuidados em casa, o que implica uma preparação adequada e antecipada, mostrando-lhes que não estão sozinhos e orientando-os sobre recursos de apoio disponíveis (Hockenberry et al, 2014).

Com o nascimento de um RNPT, o papel parental é forçosamente estabelecido num contexto, também ele prematuro e de maior instabilidade, associado ao internamento, à aquisição de competências de cuidados diferenciados e fora do padrão considerado “normal” e para o qual os pais estão preparados (Nunes, 2019).

Há manifestação de sentimentos de medo, ansiedade, culpa, solidão e tristeza, sentindo-se isolados e apenas meros espetadores dos cuidados prestados ao seu filho. Destaca-se a importante intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica que, conjugando o cuidado ao RNPT, intervém ao nível da facilitação da transição para a parentalidade de forma saudável. A capacitação dos pais através do ensino e treino de capacidades, promove o desenvolvimento de um sentimento de mestria no cuidado. Consiste num contributo extremamente importante no sentido de promover uma transição para uma parentalidade saudável. Os cuidados centrados na família e a parceria de cuidados assumem-se como pilares deste tipo de capacitação, bem como uma ferramenta válida no cuidado prestado (Nunes, 2019). Aos pais deve-lhes ser possibilitado o acompanhamento permanente para que se tornem elementos válidos na equipa de cuidados e importantes agentes na tomada de decisão.

De referir o “Projeto MAE” cujo objetivo é promover a ligação precoce da grávida de Risco, internada na Unidade de Medicina Materno Fetal (UMMF), com a UCIN assim como o desenvolvimento do vínculo afetivo entre pais e bebé, ainda no período pré-natal. Houve oportunidade de realizar uma visita a uma grávida internada na UMMF, por gravidez de risco

(trigemelar). Nesta visita estabelece-se uma relação de ajuda grávida/ enfermeira da UCIN através de uma abordagem individualizada, de forma a reduzir medos e ansiedade. Durante a visita tentámos adotar uma atitude de escuta ativa e incentivar a colocação de questões; informar sobre as normas da UCIN (visitas, combate à infeção e parceria de cuidados). Posteriormente esta grávida, acompanhada pelo marido, visitou a unidade num turno em que estava presente, e teve a oportunidade de ver um RNPT com peso semelhante ao que os seus bebés iriam ter, ficando com uma perceção de como seriam os seus bebés. Este projeto contribui assim na transição para a parentalidade, na medida em que adequa as competências parentais às necessidades do bebé.

Finalmente, no que se relaciona com o presente objetivo geral ainda em análise, foi elaborada uma tabela (Apêndice IV), onde se descreve, de forma sucinta, a progressão em termos de prestação de cuidados ao longo do presente estágio, bem como as principais pesquisas efetuadas, as quais se encontram muito associadas a práticas específicas do contexto de prestação de cuidados especializados numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. A sua elaboração permitiu organizar o conhecimento, contribuindo também para uma mais fácil elaboração deste relatório.

Foram ainda definidos objetivos no sentido de: participar no processo de tomada de decisão implementado através das respetivas etapas do processo de enfermagem, garantindo a continuidade dos cuidados prestados ao recém-nascido prematuro e mãe/pai.

Atendendo ao Metaparadigma de Enfermagem, os cuidados prestados no âmbito do exercício especializado de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica são aqueles que, perspetivando a criança/adolescente integrada numa unidade familiar, visam o envolvimento, a participação e parceria de cuidados, o empoderamento e a negociação. A capacitação da família, como primeira fonte de cuidados prestados à criança/adolescente, é também outro pilar em que assenta a filosofia dos cuidados de enfermagem prestados em pediatria (Deliktas et al., 2019; OE, 2017).

De acordo com a Associação Americana de Enfermeiros, o pensamento crítico representa uma fatia enorme do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, traduzindo-se na aplicação do conhecimento científico ao processo de diagnóstico e intervenção realizada. Neste sentido, o pensamento crítico é a base estrutural do desenvolvimento do processo de enfermagem. O processo de enfermagem representa uma importante ferramenta para resolução de problemas onde, após a identificação de uma alteração da condição de saúde sensível aos cuidados de enfermagem, se recorre ao pensamento crítico no sentido de procurar o melhor e mais adequado cuidado de enfermagem (Ludin, 2018).

A tomada de decisão clínica num contexto de Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais reveste-se de uma enorme especificidade, na medida em que os cuidados prestados são complexos e diferenciados, visando uma abordagem holística do cliente alvo de cuidados (Hockenberry et al., 2014). O processo de enfermagem, mediado pelas cinco etapas que o constituí, nomeadamente a avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação (Ludin, 2018), deve traduzir de forma plena os cuidados prestados e a sua intencionalidade.

Ao assumir a família como uma constante na vida e cuidado ao RN, potencia-se ao máximo a sua participação na fase de intervenção nos cuidados prestados. A família deve ser envolvida em todas as fases do cuidado, desde o planeamento à implementação, culminando com uma retrospectiva do cuidado prestado. Considera-se muito importante o momento da avaliação inicial, aquando da admissão de um RNPT na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, em que não importa apenas o contexto em que decorreu a prematuridade da criança admitida, mas também a rede de suporte familiar, as condições socioeconómicas da família, o apoio esperado quando existem outros filhos, o tipo de cuidados que mãe/pai pretende prestar durante o período de hospitalização (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). O planeamento antecipado da alta e o modo como é preparada durante todo o internamento auxiliam a família na transição entre o ambiente de Cuidados Intensivos para o domicílio, garantindo que a mãe/pai compreendem a necessidade dos cuidados a realizar, bem como o modo da sua execução, minorando as dificuldades sentidas e a perceção de baixa autoeficácia (Smith et al., 2022).

O sistema de registo em vigor na UCIN centra-se no registo em suporte de papel, não existindo nenhum suporte informático associado à documentação dos cuidados de enfermagem. O registo escrito também não é efetuado recorrendo a nenhum sistema de classificação. No entanto, importa salientar que os principais aspetos relativos às condições de saúde dos RNPT ficam descritos. Considera-se que a não utilização da linguagem classificada, veiculada através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, constitui uma desvantagem ao nível da continuidade de cuidados.

Para além de estar amplamente reconhecido a necessidade de efetuar a documentação dos cuidados de enfermagem mediante a utilização de sistemas de informação, é também fortemente recomendado o recurso a uma linguagem padronizada. Esta prática permite que a documentação dos cuidados de enfermagem seja uma fonte credível de informações, permitindo compreender o cumprimento das etapas do processo de enfermagem de uma forma contínua e regular (Soares et al., 2017).

Promover momentos informais de reflexão sobre temas pertinentes em enfermagem é uma estratégia valiosa para aprimorar o conhecimento e a prática dos profissionais. Esses momentos permitem que os profissionais discutam e compartilhem as suas experiências, ideias e preocupações, além de estimular a reflexão crítica sobre temas relevantes na área, como novos desenvolvimentos tecnológicos, ética, segurança do doente e cuidados individualizados.

Estas reflexões informais ajudam a promover o trabalho em equipa, a aumentar a colaboração entre os profissionais e aprimorar o relacionamento entre eles. Além disso, esses momentos de reflexão fomentam a criatividade e a inovação, ajudando os profissionais a encontrar soluções para desafios e a melhorar a sua prática diária.

Durante o período de estágio tentámos promover momentos informais de reflexão sobre temas pertinentes em enfermagem, tendo sido uma forma de estimular a aprendizagem contínua e o aprimoramento da prática na equipa.

2.2. Estágio de Pediatria – Serviço de Cirurgia, Queimados e Transplantação Hepática

A hospitalização é um processo crítico, com grandes repercussões para o binómio criança/ adolescente e família. Num episódio de internamento, a criança/ jovem é retirada de seu meio familiar e social, e inserida num ambiente desconhecido, no qual se torna alvo de procedimentos técnicos, e muitas vezes invasivos, que podem causar incómodo físico e psicológico. Este processo causa ansiedade e angústia, insegurança e desconforto, fobias e dor, aumentando a vulnerabilidade tanto dos pais como da criança/ jovem (Pontes et al, 2022).

De acordo com a Teoria da Adaptação (Callista Roy), o ser humano é um sistema adaptável que quando submetido a alguns estímulos, comportamentos reativos são ativados. Desta forma a enfermagem deve ter como objetivo a promoção dessa adaptação humana, estimulando a saúde da criança/ jovem e família, amenizando tal vulnerabilidade em que os mesmos se encontram (Pontes et al, 2022).

A implementação dos CCF permitiu um avanço significativo na enfermagem pediátrica, ao reconhecer que a criança e a família são ambos focos de cuidados de enfermagem. A família é considerada a unidade base de cuidados à criança, a qual proporciona um ambiente protetor e de apoio para que esta cresça, desenvolva e maximize o seu potencial humano (Hockenberry et al., 2014).

A parceria de cuidados envolve o uso da comunicação efetiva e a construção de uma relação terapêutica entre enfermeiros e pais através da partilha de informação negociação e participação (Farrel, 2017). Esta parceira de cuidados caracteriza se pelo processo de

negociação entre o enfermeiro e a família da criança, assente numa relação terapêutica de confiança mútua, onde os cuidados e necessidades da criança são analisados e considerados, com a finalidade de promover o bem-estar da criança/família, logo ninguém melhor que a família para os prestar, tendo sido essencialmente esta convicção o pilar do modelo de parceria (Farrel, 2017).

Os cuidados atraumáticos em pediatria, de acordo com a Carta da Criança Hospitalizada e a Convenção dos Direitos da Criança é um direito fundamental a respeitar, de forma a proteger as crianças de riscos potenciais. Os cuidados não traumáticos visam as não agressões físicas, emocionais da criança e da família evitando ou minimizando a dor. Conforme referenciado por Hockenberry et al. (2014, p. 12): "...o objetivo primordial na prestação de cuidados atraumáticos é primeiro que tudo, não causar o dano."

Baseado nestes pressupostos, é importante que os enfermeiros desenvolvam competências especializadas e procurem uniformizar princípios orientadores de assistência não traumática à criança e família. Identificam intervenções autónomas de enfermagem que contribuem para minimizar os fatores de stress provocados pelas situações de transição, como a hospitalização para cirurgia, de forma a contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Os cuidados de enfermagem não devem limitar-se a realizar apenas procedimentos técnicos, mas também ajudar a família nas suas dúvidas, apoiar as suas iniciativas e incentivar o desenvolvimento do autocuidado levando em conta os aspetos físicos, socioeconómicos, culturais e espirituais da criança (Pontes et al, 2022). Esse cuidado deve ser norteado pela Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada, que nos seus dez princípios, define de forma clara um conjunto de direitos da Criança que, uma vez garantidos, asseguram a excelência do acolhimento e estadia da criança no hospital (Instituto de Apoio à Criança, 2009).

2.2.1. Caracterização do Serviço

O Hospital Pediátrico, integra o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), pelo Decreto-Lei nº30/2011 (Portugal, Decreto-lei nº 2011). É um hospital central e especializado que tem como Missão assegurar, pelas melhores práticas, os processos de readaptação aos problemas de saúde, tomando a unidade familiar como alvo do processo de cuidados; prestar cuidados de Enfermagem mantendo padrões de excelência em todas as intervenções; adotar as melhores práticas de gestão e liderança na organização dos cuidados e serviços e garantir a aquisição de novos conhecimentos e saberes, através da realização de estudos e percursos de investigação nos contextos da prática, da formação especializada,

da obtenção de graus académicos e da colaboração da equipa multidisciplinar e interinstitucional.

O serviço de Cirurgia, Queimados e Unidade de Transplantação Hepática integra a Cirurgia Pediátrica Geral e as especialidades: Maxilo-facial, Plástica, Otorrinolaringologia, Estomatologia, Gastro, Oncotorácica, Ginecologia, Urologia; a unidade de Queimados e a Hepatologia atuando em crianças e jovens dos 0 aos 18 anos. As crianças e os jovens aqui internados são principalmente encaminhados do Serviço de Urgência, das Consultas Externas, do Bloco Operatório e do Hospital de Dia. As intervenções cirúrgicas realizadas podem ser em regime de ambulatório (a criança é submetida a uma cirurgia e vai para o seu domicílio no próprio dia) ou em regime de internamento (exige uma pernoita ou a permanência no serviço durante vários dias).

Estruturalmente com vinte e sete camas distribuídas por várias salas, as enfermarias são partilhadas no máximo por duas crianças. Dispõe ainda de seis quartos individuais para situações mais críticas ou crónicas. Existe uma sala de tratamento específica para queimados, designada de sala de Balneoterapia, com instalações apropriadas à realização dos tratamentos. O serviço dispõe de recursos materiais e humanos que, a partir de atividades lúdicas e educativas contribuem para o desenvolvimento global e contínuo das crianças e adolescentes.

A equipa é constituída por vinte e sete enfermeiros, sendo que vinte e um são especialistas em saúde infantil e pediátrica e um em enfermagem de reabilitação. A integração nesta equipa foi facilitada pela disponibilidade de todos, principalmente da Enfermeira Tutora M. M., que possibilitou um conhecimento muito abrangente do serviço e de toda a sua dinâmica.

Com base nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, sabemos que a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem, são promotoras da qualidade dos serviços. Esta melhoria da qualidade deve ser uma preocupação de qualquer gestor e deve implicar mudança dos métodos de trabalho tradicionais e dos paradigmas de enfermagem mais conservadores (Rego & Coelho, 2017). Ainda segundo as autoras, que citando Cardoso, (2010), estes métodos desenvolvem-se com as diferentes correntes de pensamento e conceções de enfermagem, para uma adaptação às transformações sociais e necessidades da comunidade.

Os métodos de distribuição do trabalho neste serviço são determinados pela disponibilidade de profissionais e pelas necessidades de cuidados, sendo o Método de Trabalho por Enfermeiro de Referência aquele que melhor condição reúne para garantir a qualidade de cuidados de enfermagem. É utilizado em paralelo o Método Individual de

Trabalho, que se baseia no conceito de cuidado global e implica afetação de um enfermeiro a um ou a mais utentes (Rego & Coelho, 2017).

O modelo de Enfermeiro de Referência consiste num modelo de prestação de cuidados que enfatiza a prestação de cuidados de enfermagem completos, individualizados e contínuos por meio de um enfermeiro de referência que assume: a responsabilidade da criança/jovem e família desde a admissão até à alta; a autonomia para tomar decisões acerca dos cuidados de enfermagem; a coordenação da informação e da sua transmissão na equipa; a globalidade prestando todos os cuidados necessários numa perspetiva de continuidade (Rego & Coelho, 2017).

Conta ainda com a Enfermeira associada, (a tutora atribuída é enfermeira associada da área de Hepatologia) que assegura os cuidados na ausência da enfermeira de referência. No serviço existem enfermeiras de referência nas áreas de Hepatologia, Queimados, Gastro (estomaterapia), tendo cada uma destas áreas várias enfermeiras associadas.

Com base nestes pressupostos, a maneira como o trabalho e a responsabilidade dos cuidados são repartidos entre os elementos da equipa, promove a prestação de cuidados integrais, uma vez que vê e compreende a criança/jovem e família de uma forma holística (Rego & Coelho, 2017)

2.2.2. Reflexão Crítica

Os cuidados de enfermagem não devem limitar-se a realizar apenas procedimentos técnicos, mas também ajudar a criança/ jovem e família nas suas dúvidas, apoiar as suas iniciativas e incentivar o desenvolvimento do autocuidado levando em conta os aspetos físicos, socioeconómicos, culturais e espirituais (Pontes et al, 2022). Esse cuidado deve ser norteado pela Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada, que nos seus dez princípios, define de forma clara um conjunto de direitos da Criança que, uma vez garantidos, asseguram a excelência do acolhimento e estadia da criança no hospital (Instituto de Apoio à Criança, 2009)

A equipa de enfermagem deste serviço, foi considerada a Equipa do Ano na I Gala dos Enfermeiros 2018, pela forma meritória e exemplar como respondeu à difícil missão de cuidar de algumas das crianças queimadas nos trágicos incêndios de Pedrógão no ano anterior. Atualmente encontra-se envolvida em vários projetos de melhoria de qualidade, como Acreditação; Idoneidade Formativa e Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem. Proposto pela instituição CHUC, está também fortemente empenhada em desenvolver a normalização da Nota de Alta e Passagem de turno.

Estando num processo de aquisição de competências para EESIP, e tendo oportunidade de realizar o estágio num serviço onde estão patentes projetos de melhoria da qualidade com elevada relevância para o desempenho futuro, serão eles o objetivo maior neste percurso, dando assim cumprimento às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista referentes ao domínio da melhoria contínua da qualidade.

A importância dos dados produzidos e documentados resultantes do exercício profissional dos enfermeiros é um enorme desafio para o desenvolvimento de Sistemas de Informação em Enfermagem. Estes têm como foco a uniformização dos registos em saúde e a consequente visibilidade dos cuidados prestados (Nascimento et al, 2021).

Ainda os mesmos autores referem:

...a importância dos sistemas de informação para a obtenção de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem...permitindo a mensurabilidade da qualidade nas intervenções, bem como facilitando a comparabilidade intra e interinstitucional, em tempo real ou em análise retrospectiva.

Neste serviço, os registos de enfermagem são feitos através do Sistema SClinico e o padrão de documentação é parametrizado pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Durante a primeira semana do estágio tornou-se foco de interesse os sistemas de informação e a compreensão do potencial associado à sua utilização na garantia da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Consciente de que a utilização dos sistemas de informação de enfermagem e os registos eletrónicos devem contemplar a utilização obrigatória da CIPE, foi reformulado o projeto, no sentido de aproveitar esta oportunidade. Passou a ser objetivo específico: Utilizar os padrões de documentação e do sistema informático (SClínico) em uso no serviço, quer nos registos de enfermagem quer na consulta do processo da criança. Foi constante a partilha de informação, e posterior reflexão com a enfermeira tutora e restante equipa, sobre todo o processo de enfermagem, contribuindo desta forma para a tomada de decisão e continuidade de cuidados, assim como para a otimização dos recursos às necessidades da criança/ jovem e família.

Importa relembrar que o padrão de documentação tem por base alguns conceitos centrais (CIPE, 2019):

Fenómeno de Enfermagem - aspeto de saúde com relevância para a prática de enfermagem.

Diagnóstico de Enfermagem - designação atribuída por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que representa o foco de intervenções de enfermagem.

Ação de Enfermagem - comportamento dos enfermeiros na prática

Intervenção de Enfermagem - ação realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem.

Atividade diagnóstica – toda a informação que se identifica através dos princípios básicos em enfermagem que permite chegar à identificação e validação de diagnósticos de enfermagem.

É importante a distinção entre os domínios de intervenções: as iniciadas pela prescrição médica e as iniciadas por prescrição do enfermeiro, as quais são a essência do modelo de sistemas de informação de enfermagem. A tomada de decisão em enfermagem deve atender a cinco entidades: os dados de apreciação inicial; os dados referentes aos diagnósticos de enfermagem; os dados referentes aos status dos diagnósticos (objetivos e resultados esperados); as intervenções de enfermagem e a avaliação sistemática dos resultados. Em qualquer momento se pode proceder à organização do planeado para um determinado período (OE, 2007).

Os Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem parametrizados no serviço (conteúdos com utilização mais frequente) serão apresentados em anexo (Anexo I).

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados, balizam a sua qualidade e servem como referencial para a sua prática. Estimulam a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e apoiam os processos de melhoria da qualidade.

Neste contexto, e como já referido anteriormente, está em desenvolvimento no serviço o projeto de melhoria da qualidade “Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem”, cujos objetivos são: identificar os contributos da Teoria das Transições na Promoção do Papel Parental durante a Hospitalização; desenvolver competências para a sistematização da ação autónoma e melhorar a expressão da Tomada de Decisão em Enfermagem no âmbito da Transição para a Parentalidade. A tomada de decisão clínica em enfermagem é um processo que os enfermeiros realizam diariamente quando emitem um julgamento clínico sobre os cuidados que prestam e planeiam a ação correspondente.

Segundo o Artigo 6º alínea b) do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Portugal, Regulamento nº140/2019, p. 4745): “...o enfermeiro desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.”

Tornou-se foco de interesse, o conhecimento mais aprofundado deste projeto, assim como a colaboração na sua implementação.

A teoria das transições foi desenvolvida por Meleis (1997) é baseada na ideia de que as transições são eventos que ocorrem durante a vida de uma pessoa e que podem ser desafiadores, mas também podem oferecer oportunidades para crescimento e para uma mudança positiva. A mesma autora refere que os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais tempo partilham com os indivíduos que vivem transições, sendo por isso o conceito de transição, central para a Enfermagem. Pertencem ao domínio da disciplina de Enfermagem quando se relacionam com a saúde e a doença ou quando as suas respostas são manifestadas por comportamentos relacionados com a saúde (Macedo et al., 2020). O enfermeiro trabalha com as pessoas antes, durante e após o processo de transição. Através de uma visão mais completa e aprofundada, é possível estabelecer orientações para a prática profissional de enfermagem.

De acordo com o Guia de Orientação de Boas Práticas (GOBP) – Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização (OE, 2015, p.14):

Os pais, no hospital, querem continuar a ser pais e cabe aos enfermeiros, inseridos numa equipa multidisciplinar, serem os ativistas deste processo: com aceitação e integração de forma sólida, com informação e orientação em tempo oportuno, aumentando a autoconfiança dos pais para que consigam eles próprios gerir as suas emoções e organizar-se em função da hospitalização do seu filho.

Por outro lado, na versão 2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019) a Parentalidade é assumida como:

Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.

Os enfermeiros desenvolvem precocemente intervenções no apoio à adaptação à parentalidade, se conhecerem as necessidades dos pais. Segundo o GOBP (OE, 2015) o apoio na transição para o papel parental requer que o contacto com os pais se processe de forma positiva: aumentando a sua auto-estima, respeitando as suas crenças culturais, promovendo as interações entre os pais e a criança, incentivando os pais a expressar as suas expectativas, motivando-os para aprendizagem de habilidades e percebendo as relações conjugais e o funcionamento da família.

Neste projeto, a avaliação da família é feita segundo o modelo de Calgary. O Modelo Calgary de Avaliação Familiar, é um instrumento importante na prática de enfermagem familiar sendo a avaliação efetuada segundo três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento

e funcional. É papel do enfermeiro selecionar as subcategorias desse Modelo a serem exploradas, sendo que nem todas são avaliadas num primeiro encontro e algumas podem nunca ser exploradas. No serviço existe informação em suporte de papel, para auxílio na avaliação familiar (Anexo II)

Os referenciais orientadores do processo de tomada de decisão clínica dos enfermeiros dos CHUC são: Teoria das Transições da Afaf Meleis, a Teoria de Enfermagem do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem, o Modelo de Calgary de Avaliação da Família e o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey.

Baseados nestes referenciais, fomos acompanhando a implementação deste projeto, com a colaboração da enfermeira tutora e da equipa, sempre disponíveis para a reflexão sobre o mesmo. Salienta-se o enorme rigor com que a equipa de enfermagem efetua os registos de enfermagem no sistema de informação em vigor no serviço SClinico. As cinco etapas inerentes ao processo de enfermagem nomeadamente a colheita de dados ou apreciação inicial, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação dos resultados alcançados (OE, 2007), são efetivamente cumpridas, o que se considera ter sido um elemento construtivo nesta formação avançada. Durante todo o estágio, a contribuição para este processo de tomada de decisão, foi possível mediante a discussão e identificação das principais áreas alvo de atenção dos cuidados de enfermagem; a consulta do processo da criança/adolescente; o diálogo e parceria estabelecida com as famílias e ainda o registo no SClinico.

É imprescindível que a transmissão da informação relativa aos cuidados de enfermagem prestados e individualizados, seja uma prática registada e transmitida, de forma presencial e verbal, entre os enfermeiros envolvidos no plano terapêutico de cada criança/adolescente (OE, 2017). Um dos objetivos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Portugal, Despacho nº 1400-A/2015) é o aumento da segurança da comunicação. A qualidade na transição dos cuidados é um elemento fundamental na segurança do doente e no aumento da qualidade da prestação dos cuidados. Deve basear-se na implementação de uma comunicação eficaz entre os profissionais. Uma das estratégias que garante a eficácia desta comunicação é a utilização da metodologia ISBAR, uma metodologia padronizada, concisa e clara. A mnemónica ISBAR é um auxiliar de memória com a seguinte correspondência: **I** - identificação; **S** - situação atual; **B** - antecedentes; **A** – avaliação e o **R** - recomendações. Neste sentido a DGS emitiu a Norma nº 001/2017 de 08/02/2017 (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2017) dirigida aos profissionais de saúde do sistema de saúde, como forma de uniformizar a comunicação para a continuidade dos cuidados.

A passagem de turno surge como uma reunião da equipa de enfermagem, com o objetivo de assegurar a continuidade de cuidados e promover a melhoria contínua da qualidade dos mesmos, mas também como um momento de análise e reflexão das práticas.

Está em curso a normalização da passagem de turno nos CHUC (P.G. 15, CHUC). Pretende-se que, baseado nos referenciais da instituição, exista uma maior visualização da informação na passagem de turno, referente à área autónoma, usando a linguagem classificada e a explicitação do processo de tomada de decisão clínica em enfermagem.

Entre outros pressupostos destaca-se a informação centrada nas necessidades da criança/jovem e família em cuidados de enfermagem e a atitude de liderança promotora do pensamento em enfermagem. É notório o esforço da equipa em cumprir este objetivo institucional, a passagem de turno é realizada na presença do en^fo gestor (sempre que possível), e utiliza o processo informatizado na abordagem dos diagnósticos de enfermagem ativos e nas intervenções de enfermagem, nas atitudes terapêuticas prescritas e intervenções de enfermagem interdependentes e na informação no âmbito da família.

Durante a hospitalização, observam-se uma série de mudanças que interferem na dinâmica familiar, como a separação dos restantes familiares e amigos ou a ausência ao trabalho. Estas mudanças causam tensão e preocupação acerca das responsabilidades que precisa assumir nesse novo contexto (Pontes et al, 2022). Os papéis e as responsabilidades parentais alteram-se quando a criança é hospitalizada e os seus cuidados são assumidos pelos profissionais de saúde.

Ressalva-se, no entanto, que a maioria dos internamentos advém de uma hospitalização programada, o que atenua esta mudança de ambiente inesperado. Os pais são incentivados a preparar o seu filho para o ambiente hospitalar. Um ambiente mais restrito e controlado, mas que pode ser mantido acolhedor, adequado e seguro para a criança.

Segundo a OE, (2011a) o enfermeiro tem um papel dinamizador neste processo, uma vez que faz parte das suas intervenções autónomas a preparação da criança/ jovem e família para qualquer procedimento. Ainda segundo a OE, (2011a) esta preparação consiste na aquisição de competências para lidar ou enfrentar a situação desconhecida e apresenta-se como a melhor forma de diminuir a ansiedade, favorecendo a adaptação às transições normativas ou acidentais, e que promovam o bem-estar.

Os procedimentos necessários a uma intervenção cirúrgica (pré e pós-operatórios) podem ser invasivos. A existência de protocolos de preparação pré-cirúrgica, onde estão normalizados os procedimentos gerais de atuação, é uma mais-valia para tornar estas experiências o menos traumáticas possíveis. Para os pais, deve ser dirigida atenção no sentido de os informar sobre os tratamentos e envolvê-los na tomada de decisão. De acordo

com OE, (2015) estes procedimentos são tidos como um princípio ético com repercussões em todo o processo de cuidados. Deve iniciar o processo interativo entre o enfermeiro e os pais, baseado na autenticidade e honestidade da relação.

No sentido de minimizar o impacto do stress da criança hospitalizada e família, a nossa intervenção focou-se, na ajuda da adaptação aos processos de transição, na promoção de métodos de autorregulação de modo a promover a capacitação para lidar com as mudanças provocadas pelas situações de saúde-doença. A atuação junto da criança, aquando da hospitalização, tem por base um empenho e dedicação especial onde a vertente humana e social e a técnica e profissional se conjugaram na díade de humanizar e personalizar os cuidados, com o fim de envolver a criança e a família em todo este processo. Aprofundar conhecimentos e pesquisar sobre a adaptação à transição saúde-doença durante a hospitalização foi fundamental para uma prestação de cuidados mais personalizados e fundamentados em evidências científicas.

O ‘medo’ e a ‘ansiedade’ em contexto hospitalar devem ser foco de atenção, com intervenções preventivas e adequadas., O projeto “Hospital sem medos” foi criado em 2011, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). O “Hospital Sem Medos”, dinamizado por uma equipa multidisciplinar, pretende encontrar estratégias que diminuam o medo e a ansiedade subjacentes à hospitalização e tem como objetivo principal contribuir para a melhoria da assistência às crianças/ adolescentes e famílias através de um suporte de informação inovador, treinando competências e capacidades que desmistifiquem a conotação negativa do ambiente hospitalar. Pretende de uma forma mais específica, ajudar as crianças/adolescentes e famílias, na preparação para a cirurgia e para a hospitalização; diminuir a ansiedade e medos da criança/adolescente e família associados à experiência cirúrgica e hospitalar e favorecer a abertura do hospital à comunidade.

A evolução dos Cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica exige uma capacitação dos enfermeiros com competências de nível avançado, de forma a responder às necessidades da criança e do jovem e suas famílias (Hockenberry et al., 2014), tendo em vista a maximização do potencial da sua saúde e desenvolvimento, em qualquer contexto de saúde.

Quando falamos em Cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, falamos de cuidados atraumáticos. Para Hockenberry et al. (2014) são cuidados terapêuticos e humanizados, promovidos pelos enfermeiros ou outros profissionais de saúde, que não causem dano, ou utilizem uma panóplia de intervenções cuja finalidade é eliminar ou reduzir o desconforto físico e/ou psicológico das crianças e família. De salientar, que os desconfortos físicos se relacionam com qualquer alteração que possam ter impacto na sensibilidade da criança, assim como os efeitos psicológicos que possam desencadear nas crianças a

expressão de comportamentos de medo, ansiedade, tristeza, raiva entre outros. Para a implementação dos cuidados atraumáticos, os enfermeiros devem controlar os fatores internos e externos que comprometam o propósito de prevenir ou minimizar o stress psicológico e físico, envolvidos nos procedimentos a prestar às crianças e famílias. Esta orientação para a prática de cuidados assenta em três princípios fundamentais: evitar a separação da criança e da família; promover a sensação de controlo; minimizar as intervenções invasivas e dor (Hockenberry et al., 2014).

Não existindo cuidar sem comunicação, a comunicação em enfermagem pediátrica requer trabalhar com as emoções com intencionalidade terapêutica. Compete-nos, pois, criar condições para facilitar a gestão de emoções das crianças e famílias, assim como as nossas próprias emoções. Para um cuidar terapêutico, utilizam-se estratégias, como a prática reflexiva, com a intenção de transformar emoções perturbadoras, reconstruindo essas emoções e treinando as competências emocionais. É consensual, que gerar um ambiente emocionalmente afetivo e seguro permite minimizar o stress e aliviar o sofrimento, essa é também a missão dos enfermeiros. Vários estudos concluem que a experiência da doença e a hospitalização são muitas vezes as primeiras crises que a criança e família enfrentam, pelo que desencadeiam uma emocionalidade excessiva que pode acarretar barreiras ao saudável desenvolvimento da criança.

Podemos afirmar que os cuidados atraumáticos são uma arte de enfermagem, uma intervenção autónoma, plena de emocionalidade nos processos que os envolvem.

A dor é um diagnóstico de enfermagem muito presente, tornando-se assim uma importante área da nossa atenção. Esta experiência sensorial é fortemente influenciada pela idade, etapa de desenvolvimento, natureza e historial de dor, bem como pela capacidade da criança comunicar eficazmente esta sensação (Hockenberry et al., 2014)

Ao longo deste estágio, foi notória a preocupação dos enfermeiros do Serviço em avaliar a dor. Com base na orientação Nº 014/2010 da DGS (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2010) e recorrendo a instrumentos de avaliação padronizados, estes são introduzidos no SClínico de uma forma sistematizada, procurando o controlo da dor na criança/adolescente. A Direção-Geral da Saúde ao equiparar a dor ao 5º sinal vital (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2003), determina que esta seja sempre valorizada, contribuindo para que as práticas dentro de cada equipa sejam cada vez mais homogéneas. Para tal, identificou as intervenções não farmacológicas que melhor se adequam a cada faixa etária de forma a otimizar a sua ação (Hockenberry et al., 2014). Entre as diferentes estratégias identificadas, salienta-se a aplicação de anestésico tópico nas punções venosas periféricas, a qual se revela uma medida facilitadora da colheita ou

colocação de cateter venoso periférico. A utilização da sacarose e sucção-não nutritiva nos lactentes mais pequenos é uma estratégia amplamente estudada e que também se tem demonstrado benéfica no controlo da dor. Finalmente, a presença de um familiar significativo, durante a realização dos procedimentos mais dolorosos, bem como a distração, acompanhada por música e/ou recurso a dispositivos eletrónicos, representaram, igualmente, duas estratégias muito utilizadas que permitiram um melhor controlo da dor.

É visível o tempo que os enfermeiros investem na interação com a criança, de forma a dar-lhes algum poder de decisão, através de histórias, canções, magia, com o objetivo de ela colaborar e minimizar assim os seus medos, receios e o sofrimento. Torna-se por este motivo fundamental que o EEESIP consiga adequar e adaptar diferentes estratégias de comunicação às particularidades de cada criança e família.

Durante o período de estágio foi notória a relação terapêutica que se estabelece (criança/família/enfermeiro), quando surgem alguns internamentos mais prolongados. Outro objetivo que emergiu na primeira semana de estágio, e após contato com a Hepatologia, foi:

Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança com patologia crónica (Hepatologia)

Uma competência de extrema relevância, diz respeito à adaptação da criança/jovem e família à doença crónica. Os cuidados físicos/biológicos específicos necessários constituem apenas parte do processo, pois há que responder às necessidades de suporte afetivo, psicológico e social e mobilizar outros recursos e terapias de forma a promover o melhor para cada situação especial. A equipa de enfermagem deve basear a sua prática especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2017), quer sejam conhecimentos adquiridos da experiência, quer sejam os conhecimentos adquiridos pela investigação, de forma a estar atualizado no seu contexto de trabalho e poder decidir o melhor cuidado.

O transplante hepático é um processo longo e bastante complexo que acarreta uma série de desafios para a criança e família. Em contexto pediátrico, apresenta a particularidade de serem os pais a decidirem pela aceitação ou não da cirurgia, mas também pela responsabilidade de prover os cuidados necessários à criança/adolescente após o transplante, tendo em conta o complexo e rígido regime terapêutico a ser seguido (Protas & Anton, 2011). O cuidado de enfermagem a doentes transplantados abrange competências técnicas específicas, recursos técnico-científicos e elementos de comunicação que contribuem para o sucesso terapêutico. A especificidade da situação suscita a existência de um enfermeiro de referência. Mais uma vez a existência de protocolos é uma mais-valia nestas situações. Também nas situações de transplante em crianças/adolescentes e famílias, existem diagnósticos e intervenções de enfermagem padronizados no SClinico.

Sendo a Hepatologia uma das áreas de referência do serviço e tendo como enfermeira tutora um elemento associado da área, houve oportunidade de desenvolver competências especializadas à criança com patologia crónica, cumprindo desta forma o objetivo específico e desenvolvendo uma das competências específicas de enfermagem de saúde infantil e Pediátrica: “promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica ...”

A preparação da alta precoce e de forma oportuna, otimiza o trabalho durante o internamento e orienta e planeia a continuidade de cuidados. Enquanto EEESIP deve demonstrar-se uma prática que respeite os direitos e as responsabilidades profissionais e parentais e, portanto, deve existir uma preocupação pela manutenção da estabilidade da criança/pais no regresso a casa. Ainda no internamento devem ser reconhecidas as situações de maior fragilidade em que é imprescindível ativar e mobilizar recursos para a continuação do melhor tratamento em articulação com outras valências. Neste sentido, e porque a criança/ jovem e família têm direito à continuidade de cuidados, o serviço CQUTHP tem como objetivo o cumprimento do Procedimento Geral da instituição CHUC (P.G. 16).

De acordo com o plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Portugal, Despacho nº 9390/2021, p. 100):

A comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade...

Sendo a nota de alta um instrumento de apoio à continuidade dos cuidados de saúde, é objetivo que a mesma contemple dados essenciais. A informação deve conter as necessidades da criança/ jovem em cuidados de enfermagem, após a validação/ atualização do plano de cuidados. No cumprimento do Despacho nº 2784/2013 (Portugal, Despacho nº 2784/2013) os registos eletrónicos relativos à nota de alta devem contemplar: focos de atenção, diagnósticos de enfermagem ativos, intervenções de enfermagem ativas e atitudes terapêuticas ativas (em linguagem CIPE); e uma breve descrição do episódio de internamento (causa, condição prévia e evolução, dados do processo familiar uteis, recomendações específicas e orientação para outros âmbitos de acompanhamento). terapêuticas ativas e uma breve descrição do episódio de internamento (causa, condição prévia e evolução, dados do processo familiar uteis, recomendações específicas e orientação para outros âmbitos de acompanhamento). A nota de alta é elaborada pelo enfermeiro responsável pela mesma e o mais próximo da saída da criança/ jovem do serviço.

2.3. Estágio de Saúde Infantil e Familiar – Unidade de Saúde Familiar

Os cuidados de saúde primários em Portugal tiveram uma evolução significativa desde o início do século XX. A criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979, foi um marco importante na evolução dos cuidados de saúde primários. Ao longo dos anos, foram implementadas várias políticas para melhorar a qualidade e eficiência dos cuidados de saúde primários. Atualmente estão organizados em torno de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS).

Também ao longo dos tempos, o período relativo à infância nem sempre foi tido em consideração. A criança era vista sob a perspetiva de um adulto em ponto pequeno, cujo crescimento e desenvolvimento não eram problemas que necessitassem de uma adequada intervenção e vigilância (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Foi já no século XX, o denominado “século da criança” que o seu atendimento e vigilância sofreu profundas alterações, baseado nas emergentes teorias da psicologia do desenvolvimento que permitiam explicar esta etapa.

Concomitantemente à diferenciação da criança do indivíduo adulto, a enfermagem acompanhou este processo, implementando uma continuidade na formação, no âmbito dos cuidados prestados em saúde infantil e pediátrica. Surge a Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a qual tem como modelo conceptual o envolvimento da família, associados aos cuidados centrados na criança, pelo que o cliente abrangido implicará sempre o recurso a este binómio pais-filho (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

O enfermeiro, envolvendo a criança/adolescente e a sua família, desenvolve a sua intervenção “...em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia o nascimento até aos 18 anos de idade.” (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020, p. 19192). Ainda os mesmos autores, e citando o Regulamento nº 350/2015 (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020, p. 7):

...a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial do desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e o encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou a 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.

Importa conhecer um pouco mais aprofundadamente os conceitos base dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), onde se integram as Unidades de Saúde Familiares (USF), porta de entrada dos utentes no SNS. A visão e missão orientadora dos cuidados prestados em

todas as extensões do SNS obedece ao PNS 2021-2030 (Portugal, Despacho nº 9390/2021), que tem como pano de fundo: Saúde Sustentável: de todo@s para todo@s e é baseado em três pressupostos:

- O valor social da saúde enquanto objetivo major na vida das pessoas;
- O papel central da Saúde, como “ponto de partida” e “ponto de chegada”, para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2030;
- O planeamento estratégico em saúde de base populacional, enquanto instrumento metodológico com os seus diversos componentes e etapas.

É em 2008, com o Decreto-Lei n.º 28/2008 (Portugal, Decreto-Lei n.º 28/2008), que se dá a criação de ACeS. Cada unidade funcional é composta por uma equipa multidisciplinar, a qual tem “autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACeS” (Portugal, Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008, p. 3).

A USF BRIOSA é, então, uma destas unidades funcionais pertencente ao ACeS do Baixo Mondego. Situa-se na região Centro Litoral, da cidade de Coimbra e abrange uma população de cerca de 10984 utentes, correspondendo apenas 628 elementos a crianças com menos de 6 anos de idade. De acordo com o Decreto-Lei nº28/2008 (Portugal, Decreto-Lei n.º 28/2008), as USF prestam cuidados de saúde personalizados aos seus utentes, de uma forma acessível, contínua e global, sendo que as equipas multidisciplinares se centram na promoção da saúde e prevenção da doença ao longos das diferentes etapas do ciclo de vida, salientando-se a sua intervenção conjugada para o recém-nascido, criança e adolescente.

2.3.1. Caracterização da Unidade

A USF BRIOSA, como anteriormente referido, é uma das unidades integrantes do ACeS Baixo Mondego, que iniciou a sua atividade a 5 de fevereiro de 2007 e, a de 1 de julho de 2009 passou a USF Modelo B, sendo atualmente constituída por seis médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, seis enfermeiros de família e quatro assistentes técnicos, prestando cuidados de saúde a um total de 10.984, utentes correspondendo a 628 elementos a crianças com menos de 6 anos de idade. Para além da consulta aberta, programada (onde se integra a consulta de saúde infantil e juvenil) e de acompanhamento, é ainda realizada a visitação domiciliária.

A missão da equipa USF BRIOSA, espelhada no seu regulamento interno, visa “assegurar os melhores cuidados de saúde no âmbito dos CSP com segurança e rigor científico, garantindo a satisfação dos profissionais e dos utentes” (Portugal, Serviço Nacional

de Saúde, 2019). O acrónimo que dá nome à unidade significa: **B**oas Práticas (programas assistenciais); **R**igor e Qualidade; **(I**n)formação aos utentes (informação e educação para a saúde); **O**rganização; **S**aberes (formação profissional e investigação) e **A**mbientes (instalações, material, conforto, higiene e segurança).

Em termos físicos, a USF BRIOSA é constituída por sete gabinetes médicos, seis gabinetes de enfermagem, duas salas de tratamento, o espaço físico para atividade dos assistentes técnicos (área de atendimento ao público, local para trabalho em backoffice e arquivo de informação), sala de espera e casas de banho. Especificamente na área de saúde infantil, a USF BRIOSA possui em cada gabinete de enfermagem os materiais necessários a uma completa avaliação, nomeadamente balança digital, craveira (pediátrica portátil e de parede), fita métrica e frigorífico (onde são armazenadas as vacinas). Para avaliação do desenvolvimento infantil (utilização da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada e outras), existe material adequado para esta avaliação.

2.3.2. Reflexão Crítica

Neste capítulo pretende-se demonstrar e comprovar a aquisição e/ou desenvolvimento das competências do EEESIP no decurso do estágio, indo ao encontro do Regulamento n.º 140/2019 (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, p 4744), onde se define que:

... enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conjugado com o Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho, o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas no artigo 40.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

Para tal, é efetuada uma descrição e reflexão crítica sobre as atividades planeadas e desenvolvidas para a concretização dos objetivos previamente definidos.

A receção ao estágio foi realizada pela enfermeira Tutora, que procedeu à apresentação da estrutura física, bem como dos profissionais presentes, explicando a organização e funcionamento da respetiva unidade funcional. Uma equipa muito acolhedora e disponível.

Foi assumida desde sempre uma conduta responsável, de respeito e recetividade. Demonstração de flexibilidade em termos de horário e uma enorme motivação em participar

nas diferentes experiências, totalmente desconhecidas, de modo a usufruir o melhor possível das mesmas no que se refere ao desenvolvimento de conhecimentos e competências na área.

Indo ao encontro do descrito nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, (OE, 2017), onde se defende que o exercício profissional dos enfermeiros se insere num contexto de atuação multiprofissional, foi notória a articulação funcional da enfermeira com a restante equipa, referenciando ou solicitando assim a colaboração de outros membros sempre que necessário.

A Consulta de Enfermagem em Saúde Infantil e Juvenil (CESIJ) representa o primeiro e mais próximo contacto da família com os serviços de saúde e consiste:

numa intervenção que visa a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar a criança, adolescente e jovem, são ou doente, e aos grupos sociais a que pertence, de forma a manter, melhorar e/ou recuperar a saúde, levando-os a atingir a máxima capacidade de autocuidado, tão rapidamente quanto possível (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020, p. 85).

A CESIJ deve obedecer à estrutura do processo de enfermagem, abrangendo as etapas de Apreciação ou Avaliação Inicial, Diagnóstico de Enfermagem, Planeamento, Implementação (das intervenções de enfermagem) e Avaliação (dos resultados obtidos e possível alteração da condição dos Diagnósticos de Enfermagem) (Hockenberry et al., 2014; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Na base da implementação do processo de enfermagem, encontra-se o pensamento crítico essencial para a tomada de decisão autónoma em enfermagem. O pensamento crítico deve ser entendido como um auxílio à tomada de decisão recorrendo a evidências bem fundamentadas. Sendo um método complexo, surge associado ao processo de enfermagem, possibilitando uma sistematização do conhecimento que conduzirá a ganhos de saúde para o cliente (Hockenberry et al., 2014).

Durante a CESIJ o enfermeiro deve orientar a sua comunicação no sentido de facilitar o estabelecimento de uma relação terapêutica. A comunicação, de acordo com Coelho (2015), é a principal ferramenta terapêutica do enfermeiro e condição "sine qua non" da qualidade dos cuidados que presta. É considerada uma componente integrante e fundamental dos cuidados e acontece durante todo o contexto assistencial de enfermagem à criança/jovem e família, funcionando como elo entre os três elementos. Para ser terapêutica, a comunicação deve ter como objetivo a interação, ser intencional e consciente, concretizando-se numa resposta individualizada à pessoa e simultaneamente contribuir para a melhoria dos cuidados de

enfermagem. Considera-se, um instrumento vital para uma análise criteriosa e uma tomada de decisões que conduza a um agir ético (Coelho, 2015).

Determinada a importância da comunicação nos cuidados, foi-se adequando a forma de comunicar às diferentes faixas etárias e aos diferentes estádios de desenvolvimento da criança/jovem. Esta forma de intervenção passou por estabelecer um relacionamento interpessoal com a díade, conquistando a sua confiança e respeitando a sua individualidade. Foi também objetivo, proporcionar tranquilidade e segurança, para assim obter a colaboração da criança/jovem para a realização da consulta e incentivar a adoção de comportamentos seguros e estilos de vida saudáveis, promotores de saúde (Radwan & Mohamed, 2019).

Houve necessidade de apreender os principais conteúdos a englobar nas CESIJ, e desta forma sistematizar a consulta. Neste sentido, considerou-se importante, numa primeira fase, a apropriação dos principais conceitos, temáticas e cuidados a englobar nas Consultas de Saúde Infantil e Juvenil, atendendo às diretivas emanadas pela DGS. Foi consultada a Norma nº 010/2013 – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, a qual, para além de identificar as idades-chave para a realização dos exames oportunistas de saúde, elenca também todos os conteúdos a abordar, bem como os cuidados antecipatórios a ter em conta em cada consulta (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2013).

Esta estratégia utilizada revelou-se benéfica para a estruturação do pensamento, facilitando a tomada de decisão e a possibilidade de a realizar durante as CESIJ. Este comportamento começou por uma postura observacional que foi sendo substituída por uma atitude participativa e progressivamente mais autónoma.

A realização das consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil preconizadas nesta USF é, tal como recomendado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2013), composta por um total de 18 consultas, as quais compreendem as faixas etárias da primeira e segunda semana de vida, do primeiro mês, aos 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 e 24 meses, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12-13 e 15-18 anos. Procura-se avaliar o crescimento e desenvolvimento, incentivar e promover a comportamentos promotores de saúde, detetar precocemente e encaminhar situações que possam condicionar a qualidade de vida da criança e do adolescente, promover o desenvolvimento individual e a autodeterminação das crianças e jovens, bem como apoiar e estimular o exercício da parentalidade.

Na avaliação da antropometria da criança e do adolescente, as atividades realizadas foram sustentadas pelo PNSIJ, nomeadamente avaliação do peso, comprimento e altura, e perímetro cefálico, os quais contribuem para a monitorização de importantes indicadores da saúde da criança e do adolescente. A interpretação das curvas de percentil, cuja relevância

se centra na compreensão do padrão de crescimento da criança, permite detetar alterações ao padrão estabelecido até ao momento (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2013; Hockenberry et al., 2014). Sempre que os valores correspondentes à avaliação do crescimento sejam muito díspares do padrão anteriormente estabelecido, pode proceder-se a consultas adicionais no sentido de facilitar o acompanhamento desta criança/adolescente e famílias.

Uma adequada vigilância e avaliação do estágio de desenvolvimento da criança/jovem implica o cumprimento das diretrizes inseridas no PNSIJ (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2013) com recurso a instrumentos devidamente validados para a população portuguesa. A Escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, visa a avaliação do desenvolvimento psicomotor e, de acordo com o International Council of Nurses (ICN, 2019), deve ser realizada até aos 5 anos de idade. Os parâmetros avaliados pela escala não consistem em parâmetros de avaliação objetiva, pelo que os resultados obtidos devem ter apenas valor quanto à orientação das atividades a desenvolver com a criança com vista à maximização do desenvolvimento. Os parâmetros abrangidos pela Escala são: postura e motricidade global, visão e motricidade fina, audição e linguagem e comportamento e adaptação social (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2013; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). A avaliação do desenvolvimento infantil, com recurso a esta escala, necessita de um conjunto de materiais definidos para a determinação do estado de cada uma das competências psicomotoras.

Utilizando os materiais sugeridos e existentes em cada gabinete, esta avaliação é feita em parceria com os pais ou outro cuidador que acompanhe a criança, para que assim, se alguns dos parâmetros não se identifiquem ou estejam com compromisso, sejam utilizadas questões abertas dirigidas aos pais.

Perante a deteção de situações mais complexas passíveis de comprometer a vida/qualidade de vida da criança/jovem e família, é feito o encaminhamento para outros elementos da equipa, colaborando com os mesmos em distintas situações nomeadamente no preenchimento da Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT). Se existir dúvida quanto ao comportamento, é feita a referência para outro nível de cuidados, como os cuidados hospitalares.

Tendo sido a entrevista frequentemente utilizada como método de colheita de dados, enfatiza-se algumas considerações atendidas no decurso da mesma:

- A comunicação não verbal é compreendida desde cedo pelas crianças, justificando a tentativa constante em utilizar comportamentos de aceitação para com a mesma, tais como concordar com a cabeça e manter contacto visual direto. Por exemplo, com os recém-nascidos

e lactentes, que comunicam através do tónus muscular, olhar, movimento corporal e choro, a resposta era dada com tranquilidade, satisfazendo as suas necessidades fisiológicas, quando presentes, promovendo a sua reorganização e conforto, através do posicionamento adequado com a flexão dos membros orientados na linha média e contenção física. Foi adotado um tom de voz suave e calmo, falando diretamente para o bebé, tentando controlar o ruído exterior, fechando a porta e a janela e, quando necessário, pegar ao colo, mantendo o contacto visual com os pais/ família (Kohlsdorf & Costa-Junior, 2013).

- Quando realizada a crianças com idades compreendidas entre os 3 e 10 anos, foi prática regular escutar e envolver a criança/jovem no diálogo; proporcionar a manifestação dos seus desejos e opiniões; utilizar questões abertas por permitirem explorar a informação e valorizar o seu conhecimento; transmitir informação com recurso a uma linguagem simples e adequada, de modo preciso e eficaz, e fazer uma gestão do ambiente físico envolvente (Kohlsdorf & Costa-Junior, 2013).

- Relativamente à consulta do adolescente, a abordagem dos aspetos psicossociais constitui-se particularmente importante, possibilitando conhecer melhor tanto os pontos positivos como os fatores de vulnerabilidade individual perante os diferentes contextos de vida. Para suportar este conhecimento e tal como instituído na USF BRIOSA, optou-se pelo acrónimo HEEADSSSS, sugerido por Goldering e Chono (1985, como citado por Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020), que permite sistematizar todos os itens importantes a abordar durante a intervenção com os adolescentes.

O HEEADSSSS resulta de diversas atualizações realizadas a partir da proposta inicial dos autores, sendo que cada letra corresponde a um item a abordar **H** – home (descrição da habitação, o local, relação com a família, nomeadamente os pais, quem recorreria em caso de necessidade, quem é que identifica que se preocupe); **E**- education and employment (escola e/ou trabalho, o que mais gosta na escola, como é o seu aproveitamento, se participa nas aulas, o que perspectiva para o futuro, relação com os pares e professores, engloba também as expectativas dos pais para o futuro dos filhos); **E** – eating habits (hábitos alimentares, discrimina as refeições na última semana, ingestão de alimentos sem valor nutricional, dietas sem acompanhamento); **A** – activities (atividades, o que costuma fazer no seu tempo livre, atividades extracurriculares, tempo passado com os amigos); **D** – drugs (hábitos tóxicos, compartilha de momentos com pares que consomem drogas, consumo realizado, quais os consumos); **S** – suicide (comportamentos de ideação suicida, irritabilidade, estratégias de confronto em situações de stress, sentimento de tristeza, aborrecimento, nervosismo); **S** – sleep (hábitos de sono, horas de deitar e levantar, qualidade do sono, problemas em adormecer, episódios de sonambulismo, interferência de dispositivos como TV, PC, videojogos, entre outros, que perturbem o adormecer); **S** – sexuality (sexualidade,

reconhecendo que seja um tema de difícil exposição perceber se tem alguém especial, como se sente relativamente a esse sentimento, experiências sexuais, doenças sexualmente transmissíveis, com quem pode falar abertamente sobre sexualidade); **S** – strengths (qualidades, pontos fortes, de acordo com o seu ponto de vista, familiares e amigos) (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Os jovens/ adolescentes são um grupo totalmente distinto por se encontrar a vivenciar um período de intenso crescimento e desenvolvimento, marcado por profundas mudanças e grandes desafios (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Sendo a adolescência um período capital no desenvolvimento e integração de condutas e comportamentos influenciadores da saúde, torna-se essencial uma comunicação eficaz pois, é com base na mesma que se estabelece a relação interpessoal, se promove a autodeterminação e o seu envolvimento com responsabilização progressivamente crescente.

Como estratégias facilitadoras em contexto de consulta, respeitou-se a flexibilidade de horário e a simplificação no acesso à mesma, realce do sigilo, o incentivo à participação ativa dos próprios e à expressão de ideias e sentimentos, o elogio de reforço de aspetos positivos, a aceitação e tolerância das diferenças sem julgar nem criticar, a adoção de uma atitude calma, de uma postura de escuta e não de questionamento constante.

Outros aspetos foram tidos em consideração no processo de comunicação estabelecido com o jovem/adolescente, nomeadamente os princípios orientadores do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil descritos no Texto de apoio 5 – Puberdade e Entrevista a Adolescentes (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2013) bem como as orientações do Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2010).

Ao longo deste momento de consulta e por forma a promover a continuidade de cuidados, foram efetuados os registos da informação considerada pertinente, nomeadamente das necessidades identificadas e das intervenções realizadas, nos respetivos suportes: no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ), no SClínico e na plataforma de dados de saúde, no boletim de vacinas (quando necessário). Apraz aqui realçar que o BSIJ é uma ferramenta clara e disponível dos pais/cuidadores e onde se regista o desenvolvimento da criança inerente ao intervalo de tempo entre as consultas, para além de conter outras informações/orientações importantes para a família.

A educação para a saúde representa uma vasta área de intervenção do enfermeiro que se pode traduzir na sua atuação ao nível da literacia em saúde e cuidados antecipatórios junto das crianças/adolescentes e suas famílias (Hockenberry et al., 2014). Para além disso, sabe-se que a qualidade do crescimento e desenvolvimento das crianças está fortemente

ligado ao exercício do papel parental adequado, pelo que o enfermeiro deve adequar a sua intervenção no sentido de acompanhar a evolução do desempenho deste papel, atendendo às variações observadas nas necessidades desenvolvimentos, tarefas de desenvolvimento e dificuldades a ultrapassar ao longo de cada etapa do desenvolvimento da criança (Gaiva et al., 2018).

Dos objetivos identificados para a Consulta de Saúde Infantil e Juvenil, pela DGS (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2013), destacam-se estimular comportamentos promotores de saúde como a alimentação saudável, sexualidade responsável, atividade física, tempo para brincar, bem como o apoiar e estimular o exercício das responsabilidades parentais, associado ao aumento do seu empoderamento (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Estes objetivos podem, em grande parte, ser alcançados através da educação para a saúde das crianças/adolescentes e suas famílias.

Assim, a educação para a saúde pode efetivamente ser realizada ao nível das CESIJ na medida em que, ao recorrermos ao processo de enfermagem, é possível identificar necessidades relativas a conhecimentos e capacidades, ou seja, necessidades de cuidados de enfermagem, que através da implementação de intervenções direcionadas, contribuem para a alteração da condição dos diagnósticos de enfermagem previamente identificados (Hockenberry et al., 2014).

Cabe ao enfermeiro promover a participação e envolvimento dos pais no que se relaciona com as estratégias para maximizar o potencial de cada criança ao nível do desenvolvimento infantil. Os pais que se envolvem ativamente neste processo permitem que a criança se desenvolva adequadamente e sem compromissos, obtendo ganhos em saúde (Sousa, 2014). O enfermeiro deve ser capaz de reconhecer a necessidade da família, mais especificamente do cuidador principal da criança, em obter este tipo de conhecimentos, uma vez que as estratégias implementadas variam ao longo do desenvolvimento infantil (Gaiva et al., 2018).

Durante o estágio, foi prática contínua a realização de ensinamentos de educação para a saúde à criança/jovem e família, devidamente ajustados, incentivando a adoção de comportamentos promotores de saúde, nomeadamente alimentares, a prática regular de exercício físico, o brincar ou outras atividades de lazer, a adoção de medidas de segurança e o não consumo de substâncias nocivas.

Porém, e não se restringindo aos ensinamentos nestas áreas, foram mobilizados, sempre que necessário, conteúdos de outros documentos orientadores tais como, o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010 – 2016 (Portugal, Ministério da Saúde, 2010), o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (Portugal, Ministério da

Saúde, 2020) e o Manual de Alimentação Saudável dos 0-6 anos (Portugal, Ministério da Saúde, 2020a) Linhas orientadoras para profissionais e educadores.

Estes momentos pautaram o alcance de competências enquanto EEESIP. A adequação da comunicação e educação para a saúde no meio envolvente da consulta e a criação da apropriada relação de ajuda e de parcerias negociadas com as famílias para a eficácia do desempenho do seu papel parental, foi uma realidade. Salienta-se que esta prática profissional de cuidados foi e é baseada no respeito pelos Direitos Humanos e Código Deontológico dos Enfermeiros, salvaguardando sempre uma prestação de cuidados de modo personalizado e individualizado a cada criança e sua família, sem esquecer ou menosprezar a segurança, privacidade, dignidade e confidencialidade relativamente à criança e sua família.

Posteriormente, em forma de diálogo e de partilha e/ou validação de conhecimentos foram cedidas orientações em relação aos cuidados antecipatórios adequados à atual faixa etária da criança/adolescente e às suas necessidades específicas ou da sua família tal como preconizado pela DGS no PNSIJ.

A par da observação, participação e realização das CESIJ, num dos momentos de reflexão com a enfermeira tutora sobre a primeira infância e os cuidados antecipatórios desta faixa etária, foi discutido o tema da aspiração de corpo estranho. Um tema bastante presente enquanto enfermeira no Bloco Operatório do Hospital Pediátrico de Coimbra. Assim foi elaborado um documento (Apêndice V) que ficou disponível para entrega aos pais/cuidadores, e que evidencia, principalmente a prevenção.

Uma outra atividade que permitiu desenvolver competências de acordo com a função de EEESIP, foi decorrente da visita domiciliária (VD) ao recém-nascido (RN). A VD deve acontecer o mais precocemente possível e, sempre que necessário, ao longo do ciclo vital, sendo que no caso da implementação da VD de enfermagem ao RN. Esta permite uma transição segura entre o ambiente hospitalar e o domicílio, bem como a adaptação a novos papéis familiares, com o intuito de dotar as famílias de instrumentos que as permita transpor, de forma saudável, estas mudanças. Para além disso, surge como uma estratégia de intervenção precoce preventiva, promotora da ligação mãe/filho mais saudável e com diminuição dos reinternamentos hospitalares (Branca, 2018).

Desta forma, utilizou-se a metodologia proposta pela USF BRIOSA: a VD de enfermagem ao RN tem uma checklist de recolha da avaliação clínica, de forma a uniformizar os focos que devem merecer a atenção do enfermeiro. Esta consta da avaliação materna, compreendendo a presença ou ausência de dor, a avaliação e ensinamentos sobre as mamas, mamilos, lóquios, sono e repouso, fadiga, sinais de depressão pós-parto, apoio da comunidade e se tem agendada uma consulta do puerpério. Relativamente à avaliação do RN

o enfoque é na avaliação do tipo de aleitamento, progressão ponderal, bolsar, das cólicas, do padrão de eliminação, (fezes e micções), intervalos a que desperta de dia e à noite e posicionamento ao deitar. No decorrer do diálogo com os pais, foram sendo realizados os ensinamentos adequados aos cuidados em questão.

Outra grande área de promoção da saúde e prevenção de acidentes é alusiva à segurança, sendo aspetos a rever juntamente com a família: o quarto, nomeadamente colchão, proteções laterais, roupa da cama; a cozinha, dando informação sobre locais adequados para guardar detergentes e produtos de higiene, cadeados para gavetas e portas e perigos inerentes ao fogão; os restantes espaços, informação sobre ventilação e temperatura adequada, segurança inerente às varandas, janelas, escadas e de dispositivos de aquecimento e alerta para a proteção de fichas e cantos nas diversas zonas em que no futuro o lactente estará; a segurança rodoviária, reforçando os ensinamentos inerentes ao transporte seguro (cadeiras, cintos, airbag) e uso de cintos de segurança em todos os dispositivos (babycoque, espreguiçadeiras).

Outro instrumento considerado de relevo foi no contexto da amamentação, e refere-se ao Formulário da Observação da Mamada desenvolvido pela OMS (WHO, 2006). Uma vez que a grande maioria dos problemas relativos à amamentação conseguem ser prevenidos com acompanhamento, informação detalhada e orientação, importa que o enfermeiro na assistência ao RN e à sua mãe proceda a uma avaliação completa. Esta deve incluir a história detalhada do processo de amamentação, o exame das mamas e a observação da mamada (Hockenberry et al., 2014).

O Formulário da Observação da Mamada é dividido em 4 seções, nomeadamente: observação geral da mãe e do bebé, posição que o bebé adota, pega e sucção. Permite avaliar todos os parâmetros relativos à amamentação e cujos sinais de alarme, atempadamente identificados, evitam a instalação de complicações na amamentação que podem afetar o sucesso e continuidade da mesma (Anexo III).

No decurso destas consultas e perante as questões colocadas pelos pais, foi possível identificar a vivência de alguns processos de transição. A família encontra-se a redefinir papéis e relações, alterar rotinas quotidianas e adquirir competências para cuidar do novo membro. Para tal é importante o conhecimento da teoria das transições de Afaf Meleis.

A adaptação ao papel parental em que o dia-a-dia é causador de dúvidas, incertezas e de alguma ansiedade gera a necessidade de preparação e capacitação, assumindo os profissionais de saúde um papel determinante enquanto promotores de saúde e bem-estar neste período (Alves et al., 2023) Assim, as atividades desenvolvidas para o correto desempenho deste novo papel e conseqüente promoção da parentalidade consistiram em

incentivar a participação ativa e envolvimento dos pais nos cuidados, respeitar e valorizar a sua experiência nos cuidados à criança/jovem, promover e manter a sua confiança, autoestima e conhecimento por meio de atitudes como apoiar, ensinar, instruir e esclarecer, fundamentando todas elas nos princípios definidos no Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey.

Tendo o PNSIJ (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2013) por objetivo a harmonização do esquema cronológico preconizado no Plano Nacional de Vacinação (PNV) (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2020) com as consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil, foram desenvolvidas competências inerentes à realização das mesmas. A vacinação extra PNV é uma das temáticas que diversas vezes me obrigou a procurar evidência descrita, assim como a imunização contra doenças transmissíveis, conforme as orientações do PNV, assegurando o cumprimento do mesmo.

Uma das prioridades neste domínio de atuação do enfermeiro é o controlo da dor. A avaliação e o controlo eficaz da dor é um dever inerente às funções do enfermeiro e um direito da criança. Neste âmbito foi efetuada a avaliação nos momentos de vacinação, antes e após a administração da mesma, com recurso à Orientação n.º 014/2010 - *Orientações técnicas sobre a avaliação de dor nas crianças*. (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2010). Como estratégias farmacológicas, apenas é utilizada a analgesia tópica, designada pelas crianças “pomada mágica”. Contudo, durante este procedimento várias estratégias não farmacológicas foram desenvolvidas, de acordo com o Guia orientador de boa prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2013).

Assim, é prática, explicar o procedimento à criança/jovem e família com recurso a linguagem adequada; observar e acreditar nas manifestações de dor da criança/jovem; envolver a criança/jovem e família nos cuidados, solicitando à criança a sua colaboração no procedimento se em idade pré-escolar e assegurar um ambiente de conforto, segurança e carinho.

A continuidade dos cuidados prestados, pode ser garantida através de um correto registo no processo de enfermagem dos utentes, integrado no sistema operativo SClinico e na plataforma de dados em saúde para o registo da vacinação. O registo adequado permitirá a compreensão sobre a evolução da criança e adolescente, as necessidades identificadas ao nível do exercício parental, bem como os sinais de alarme entre consultas. De forma a contribuir para a continuidade dos cuidados prestados, foi explorada a referida plataforma e sistema operativo, tendo sido facilitador a explicação da Enfermeira Tutora sobre o funcionamento da mesma. Considera-se que o objetivo elencado foi alcançado, contribuindo

para a uma formação especializada, uma vez que se interliga com todas as competências identificadas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

As normas e protocolos uniformizam a prestação de cuidados por parte de toda a equipa, contribuindo para a melhoria da qualidade, aumento da segurança e diminuição de erros, permitindo uma maior confiança e envolvimento da criança/jovem e família nos cuidados. Foram consultados e analisados os protocolos existentes na unidade de modo a serem integrados na prática de cuidados, pois mais importante do que existirem é assegurar o seu cumprimento.

Cumprindo um dos objetivos propostos, foi constante a colaboração na atualização do Manual de Boas Práticas – Consulta de Saúde Infantil e Juvenil. Sempre que possível e necessário, procedia-se à discussão e reflexão sobre o manual, tanto com a enfermeira tutora como com a médica da equipa. Considera-se uma atividade bastante enriquecedora, não só pelos conhecimentos adquiridos, mas principalmente pelo desenvolvimento de um projeto/trabalho em equipa, tendo como objetivo o cumprimento de uma das competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade.

A febre é dos sinais de doença mais frequentes na criança/adolescente. A abordagem da criança com febre nos serviços de saúde requer a intervenção de equipas coordenadas de profissionais de saúde. Por norma, as consultas são acompanhadas por imunizações associadas ao esquema vacinal em vigor no Plano Nacional de Vacinação Portugal (Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, 2020), onde, nos cuidados pós-vacinação, sempre que se associe a possibilidade de desenvolver febre, se indica aos pais a administração do antipirético de primeira linha, o Paracetamol. Na unidade a atuação dos profissionais é suportada pela versão resumida na norma nº 014/2018, do “Processo Assistencial Integrado da febre de curta duração em idade pediátrica” (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2018). Ainda neste contexto, a DGS emite a orientação nº 004/2018, “Febre na Criança e no Adolescente-Cuidados e Registos de Enfermagem: Avaliação Inicial, Diagnósticos, Intervenções” (Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde, 2018).

A colaboração na atualização deste protocolo teve por base este conhecimento e a sua discussão com a enfermeira tutora. De salientar que o ensino sobre os conceitos de avaliação e as medidas a tomar, baseado nestas recomendações, deve ser sempre realizado aos pais ou a outros cuidadores, nomeadamente durante as consultas de saúde infantil e juvenil e preferencialmente de forma escrita.

A participação e colaboração na gestão dos ficheiros da unidade, era igualmente um objetivo específico. Com vista a perpetuar o alcance e/ou superação dos objetivos, foram definidas, em colaboração com a enfermeira tutora, estratégias de resolução do problema da

não comparência às consultas, tendo-se verificado uma maior incidência quando a sua periodicidade é mais alargada, o que acontece sobretudo após as consultas dos 3 anos. Deste modo, iniciou-se como estratégia de gestão de consultas o envio de lembretes por mensagem de telemóvel, com o intuito de aumentar a frequência das consultas, de gerir a agenda, de mobilizar maior proatividade na vigilância e deteção de potenciais problemas e atempadamente responder aos mesmos, promover estilos e comportamentos de vida saudáveis e, assim, ter intervenções implementadas na majoração de ganhos em saúde.

As auditorias internas assumem um papel cada vez mais importante no seio das organizações de saúde, indo ao encontro da implementação adequada das normas da DGS e dos processos de cada serviço. Para Lourenço (2018), a realização de auditorias internas possibilita a avaliação da qualidade da prestação dos cuidados, o desenvolvimento dos profissionais e envolve a gestão do centro em todo o processo.

Neste contexto colaborámos com a enfermeira tutora, na realização das seguintes auditorias: Qualidade dos registos clínicos, Manuais de boas práticas e Programas Assistenciais Integrados na saúde infantil em dois parâmetros:

- Registo de avaliação de desenvolvimento em todas as datas chave até os 12 meses de idade;
- Registo da entrega de folhetos/ panfletos: alimentação no primeiro ano de vida na consulta de enfermagem.

Promover a formação e o desenvolvimento pessoal e profissional é fundamental para crescer na carreira e alcançar o potencial máximo de competência. Assim considero importante a educação formal; a experiência profissional (que melhora as habilidades e conhecimentos específicos); a experiência com tutores (fornecem orientação) e o desenvolvimento de habilidades interpessoais (como a comunicação eficaz em equipa).

A manutenção contínua e autónoma do processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional envolve estabelecer objetivos, claros e específicos e manter uma postura motivada para o seu cumprimento; aprender continuamente; refletir e discutir com os pares, sobre as experiências e aprender com elas; e estabelecer uma rede de suporte, com pessoas capazes de um feedback construtivo.

A mobilização de diferentes fontes na busca da evidência científica é fundamental para sustentar as melhores práticas. Além das pesquisas científicas, que fornecem evidências baseadas em dados para orientar as melhores práticas, também as diretrizes clínicas, elaboradas por organizações profissionais são projetadas para ajudar os profissionais de saúde a tomar decisões informadas. As redes sociais, permitem a conexão de profissionais

com outros profissionais de todo o mundo para compartilhar ideias, experiências e conhecimentos.

De acordo com o Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde. Capacitação dos Profissionais de Saúde da DGS (Portugal, Direção-Geral da Saúde, 2019), a literacia na área da saúde e a educação para a saúde representam dois conceitos que se determinam mutuamente, na medida em que crianças saudáveis aprendem com mais facilidade, associando-se o papel preponderante da educação no aumento dos níveis de literacia em saúde e, por consequência, na promoção da mesma. A instituição onde foi realizado este estágio, dispõe de uma Unidade de Cuidados Continuados. Embora não sendo objetivo específico implementar qualquer projeto nesta unidade, foi considerado ser uma mais valia ter contato e conhecimento dos projetos em desenvolvimento.

Nesta Unidade de Cuidados Continuados estão a ser desenvolvidos programas e projetos, através dos quais são prestados cuidados de saúde à população, estudante e trabalhadora da área de influência do Centro de Saúde Norton de Matos (CSNM) em resposta às suas necessidades e de acordo com o diagnóstico de saúde e com as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde. São projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência e de promoção de estilos de vida saudável. Apresentamos uma síntese de alguns projetos na área da saúde infantil e juvenil:

- “CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO”

Este projeto tem como alvo puérperas e recém-nascidos que pretendem estabelecer e ou manter o aleitamento materno, inscritos no CSNM, e tem como objetivo ajudar e apoiar 25% das mães e bebés inscritos a obter sucesso no aleitamento materno.

- “MÃOS MÁGICAS”

Este projeto é direcionado a Pais e Mães com bebés dos 0–12 meses inscritos no CSNM, e tem como objetivo promover o toque nutritivo e a comunicação através de cursos, para que os pais, as mães e crianças sejam amados, valorizados e respeitados na comunidade.

- SNIPI – “SISTEMA NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA”

Tem como objetivo responder às necessidades das famílias do Distrito de Coimbra, cujas crianças dos 0 aos 6 anos apresentem atraso de desenvolvimento, associado ou não a deficiência, ou risco ambiental.

O SNIPI assegura um conjunto de medidas de apoio e promoção centrados na criança até aos 6 anos de idade e com risco de alterações nas estruturas ou funções do corpo, envolvendo a sua família, ao nível das intervenções de ordem preventiva ou de reabilitação. A ação ao nível do SNIPI demonstra a importância do diagnóstico precoce, o qual permite a identificação e intervenção adequadas nas principais áreas a intervir. A partilha dos resultados da avaliação do desenvolvimento com os pais estimula o seu envolvimento e participação (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

- CAJ - Consulta de Atendimento Jovem - “FLASH!”

Jovens com idades compreendidas entre os 12 e os 25 anos de idade, de qualquer área geográfica que se dirijam ao CSNM e a residir temporariamente no Concelho de Coimbra.

O âmbito da sua intervenção relaciona-se com a prevenção dos comportamentos de risco nos adolescentes e adultos jovens. Usando a premissa de distribuição de métodos anticoncepcionais, os adolescentes deslocam-se à referida consulta, realizada sem agendamento, onde, para além de lhe serem efetivamente fornecidos os métodos anticoncepcionais se assim o desejarem, é abordada a prevenção dos comportamentos de risco.

- Programa de Saúde Escolar (SE)

Segundo o Programa Nacional de Saúde Escolar (Portugal, Ministério da saúde, Direção-Geral da Saúde, 2015), os sistemas de saúde e de educação estão intrinsecamente ligados: crianças saudáveis aprendem de forma mais eficaz e a educação tem um papel primordial na prosperidade económica e na manutenção da saúde ao longo da vida. Assim, a escola é encarada como um espaço seguro e facilitador da adoção de comportamentos saudáveis, ocupa uma posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa e envolvente através de uma intervenção organizada e sistemática, designada SE. Tem como população alvo a comunidade educativa dos Jardins-de-infância, das Escolas do Ensino Básico e do Ensino Secundário e Instituições com intervenção na população escolar. (educadores de infância, professores, auxiliares de ação educativa, alunos, pais e encarregados de educação e outros profissionais).

Não havendo oportunidade de participar em nenhuma destas intervenções organizadas pela SE, tentou-se obter informação mais aprofundada sobre este projeto, que, pela sua dimensão e complexidade integra vários subprojectos de promoção de estilos de vida saudáveis nos jovens da comunidade escolar, a saber:

- “(E)DUQUE”, direcionado aos alunos da Escola do Agrupamento Coimbra Sul: EB 2,3 Escola de Ceira e EB 2,3 Escola Dra. Alice Gouveia, e cujo objetivo é sensibilizar e apoiar os estudantes a adotar e manter estilos de vida saudáveis;

- “PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL”, direcionado aos alunos das Escolas EB 1 de Vendas de Ceira, Vale das Flores, Norton de Matos, Areeiro, Torres de Mondego, EB2,3 Ceira e EB 2,3, Dra. Alice Gouveia, e que tem como objetivo promover o nível de saúde dos alunos e cuidadores através de hábitos alimentares saudáveis e atividade física; identificar anualmente os alunos com excesso de peso ou obesidade e encaminhar os alunos identificados com excesso de peso ou obesidade para a sua equipa de saúde ou para consulta de nutrição.

2.4. Considerações finais

A conclusão deste percurso formativo, para aquisição de competências para EEESIP, representa mais um degrau ultrapassado, na procura permanente da excelência no exercício profissional de enfermagem. De acordo com PQCEESIP (OE, 2017), o EEESIP deve prestar cuidados de nível avançado integrando a assistência à criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, passando pelo cuidado da díade em situações de especial complexidade e prestando cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2017). Também as competências comuns inerentes ao enfermeiro especialista, sustentadas na responsabilidade ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e responsabilidade pelas aprendizagens profissionais foram norteadoras deste percurso de formação.

O EEESIP deve ser agente de mudança e de adaptação a novas realidades. O desenvolvimento de competências é sobretudo um processo de construção individual assente na prática crítico-reflexiva. É um processo de aquisição de conhecimentos, habilidades e tomada de decisão, de partilha de experiências, que molda e influencia a formação do Enfermeiro.

Durante o período de estágio, o desenvolvimento de competências foi suportado por referenciais orientadores do processo de tomada de decisão clínica, como a Teoria das Transições da Afaf Meleis, a Teoria de Enfermagem do défice do Autocuidado de Dorothea Orem, o Modelo de Calgary de Avaliação da Família e o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. O exercício profissional do EEESIP, é especificado a partir da filosofia de cuidados centrados na família, assim como dos cuidados atraumáticos. Além disso, no pressuposto da melhor gestão dos cuidados, privilegia-se o método de trabalho por “enfermeiro de referência”.

Baseado em todos estes pressupostos, o desenvolvimento de competências de EEESIP fundamenta e suporta a prestação de cuidados de elevado nível de complexidade, que contempla e promove a satisfação da criança/jovem e sua família.

Parte II

Estudo de Investigação

1. Enquadramento Teórico

A inquietação, relacionada com a colocação de acesso venoso periférico (CAVP) e as suas dificuldades foi determinante para a pesquisa na literatura, de instrumentos que permitam aos profissionais de saúde, em contexto de internamento hospitalar pediátrico, predizer o risco de acesso venoso periférico difícil, ajustando a sua abordagem à colocação do cateter venoso periférico, preservando a rede venosa periférica.

Em Portugal, não são conhecidos instrumentos preditivos precisos e fiáveis, que permitam auxiliar os profissionais de saúde no reconhecimento de crianças com acesso venoso difícil - *difficult intravenous access* (DIVA), embora se encontrem na literatura instrumentos para adultos.

Foi com o objetivo de enquadrar a temática e justificar a escolha do tema para este estudo que foi efetuada uma revisão da literatura e pesquisa bibliográfica, nas bases de dados Pubmed, B-on, CINAHL e LILACS.

1.1. Acesso venoso periférico

A criança hospitalizada é sujeita a vários procedimentos invasivos e dolorosos. A cateterização venosa periférica é um tipo de procedimento considerado pela criança/ família como uma agressão, pois na maioria das vezes é acompanhado de dor ou medo, o que se traduz em choro e ansiedade. (Freire et al., 2017). A maioria das crianças e as suas famílias descrevem a inserção do cateter venoso periférico como um dos procedimentos mais dolorosos e stressantes durante a hospitalização.

Os cuidados atraumáticos em pediatria, de acordo com a Carta da Criança Hospitalizada e a Convenção dos Direitos da Criança (Instituto de Apoio à Criança, 2009) é um direito fundamental a respeitar, de forma a proteger as crianças de riscos potenciais. Refletem um compromisso ético e profissional em minimizar o desconforto, a dor e o trauma emocional associados aos cuidados de saúde.

Os cuidados atraumáticos visam ainda as não agressões físicas e emocionais da criança e da família evitando ou minimizando a dor. Conforme referenciado por Hockenberry et al. (2014 p. 12) "...o objetivo primordial na prestação de cuidados atraumáticos é primeiro que tudo, não causar o dano."

Baseado neste pressuposto, é importante que os enfermeiros desenvolvam competências especializadas e procurem uniformizar princípios orientadores de assistência atraumática à criança e família, identificando intervenções autónomas de enfermagem que contribuam para minimizar os fatores de stress provocados pela hospitalização, de forma a contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a segurança do doente é um princípio fundamental dos cuidados de saúde, podendo os eventos adversos estar relacionados com a prática clínica e com os procedimentos. A segurança do doente é definida pela Classificação Internacional sobre Segurança do Doente da referida organização, como: "...redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde para um mínimo aceitável" (Portugal, Ministério da Saúde, 2010, p. 14).

De la Vieja-Soriano et al. (2022) referem que a utilização do método inalatório para anestesiar as crianças, aumenta a taxa de sucesso de CAVP, pela imobilização da criança e pela vasodilatação que provoca. Mas isso implica introduzir um período crítico de segurança do paciente, com possíveis intercorrências respiratórias, mesmo em crianças saudáveis, tal como o laringoespasma, broncoespasmo ou mesmo depressão respiratória, enquanto complicações associadas mais frequentes.

Simpao & Gálvez, (2022), fazendo referência à prática em bloco operatório, relatam que se a CAVP ocorrer antes da indução anestésica, várias tentativas falhadas aumentam a ansiedade da criança, dos pais e do profissional, afetando negativamente a perceção da qualidade dos cuidados. No caso de acontecer com indução inalatória, as tentativas de CAVP repetidas e falhadas resultam numa exposição mais longa à anestesia inalatória profunda, com riscos associados (depressão respiratória, obstrução e hipotensão) e um tempo prolongado de preparação da anestesia. Já Heydinger et al. (2022) num estudo também em ambiente perioperatório, não encontraram nenhuma evidência de que a indução inalatória desempenhe um papel significativo na redução do número de tentativas de CAVP.

Na Europa, na América do Norte e na Ásia a inserção de um cateter venoso periférico é frequentemente qualificada como um procedimento de enfermagem. Embora nalguns países como a Austrália ou Nova Zelândia, este procedimento possa ser realizado por médicos ou outros especialistas, a grande preocupação de todos os profissionais é o sucesso na primeira tentativa (Santos-Costa et al., 2020).

Em Portugal o processo de colocação de um cateter venoso periférico é também um procedimento da prática de enfermagem, caracterizado pela introdução de um dispositivo – cateter –, numa veia periférica de modo a obter um acesso à rede venosa (OE, 2017).

Segundo a OE (2017), a cateterização venosa periférica é uma das principais atividades na prestação de cuidados de enfermagem, constituindo uma intervenção interdependente da sua prática, pois após prescrição médica, cabe ao enfermeiro a responsabilidade de executar, avaliar e acompanhar o processo de cateterização venosa periférica e a sua manutenção, não descurando a importância da prevenção de complicações. Por este motivo é fundamental a atualização contínua sobre esta temática, perspetivando a procura permanente da excelência no seu exercício profissional (OE, 2017).

A colocação de um cateter venoso periférico não está isenta de riscos. Além de causar sofrimento para pacientes e cuidadores, pode contribuir para atrasos nos cuidados de saúde, prolongando a hospitalização e os dias de internamento, levando ao uso adicional de recursos económicos do sistema de saúde. Será, por isso, importante gerir adequadamente o procedimento.

Este procedimento está ainda associado a altas taxas de complicações. Entre as principais preocupações, salienta-se a segurança do paciente, a qualidade dos cuidados de saúde e a redução do risco de incidência da infeção associada aos cuidados de saúde (IACS). Para Gorski et al. (2021) a maioria das complicações relacionadas com cateterismo venoso periférico são evitáveis ou, se ocorrerem, os efeitos adversos podem ser mitigados por meio de identificação e intervenção precoce. Existem padrões de práticas baseadas em evidência ("bundles") para prevenção de infeção relacionada com dispositivos venosos. Os guias do *Center for Disease Control and Prevention* (O'Grady, 2011), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2019), e o mais recente padrão de prática da *Infusion Nurses Society* (Gorski et al., 2021) recomendam educação e treino dos profissionais de saúde como estratégia de prevenção de IACS.

Estas intervenções, suportadas pelo conhecimento em enfermagem, devem privilegiar a higiene das mãos, seleção do cateter e do local de inserção, preparação da pele, penso e sua fixação, flushing e manutenção do cateter, cuidados com o local de inserção e sua remoção.

Algumas considerações sobre CAVP são referidas por Naik et al. (2019) sobretudo relacionadas com o local de inserção. As veias do plexo venoso dorsal da mão são as preferidas, as veias da perna devem ser evitadas, pois promovem a imobilização da criança, e em relação às veias da fossa antecubital deve ter-se atenção para evitar a cateterização inadvertida da artéria. A veia jugular externa está disponível como acesso adicional de calibre largo em caso de hemorragia intraoperatória inesperada. Os autores recomendam ainda usar o menor tamanho de cateter possível para esse propósito, exceto em casos de emergência e pacientes instáveis, onde um cateter de maior calibre deve ser selecionado. No momento da

punção deve estabilizar-se a veia e fixar a pele. O cateter é inserido em um ângulo de 10–25° até que a sensação de liberação e o refluxo seja visível. Uma vez colocados, o cateter e o membro precisam ser imobilizados com cuidado para evitar isquemia e lesões por pressão.

1.2. Acesso venoso periférico difícil

Tal como já referido, o ambiente hospitalar está cheio de manipulações excessivas e procedimentos invasivos e dolorosos, o que dá origem ao medo, insegurança e ansiedade, tanto na criança como no familiar/acompanhante, perpetuando a imagem negativa que crianças/família possuem do hospital e da hospitalização (Freire et al., 2017). Este sentimento é agravado quando a criança é submetida a colocação de acesso venoso periférico.

Piredda et al. (2017) referem que a obtenção de um acesso venoso periférico (AVP) em doentes pediátricos nem sempre é rápida e bem-sucedida, podendo converter-se numa experiência traumática para a criança/ família e numa tarefa das mais frustrantes para os profissionais. Esta dificuldade pode resultar num aumento do número de tentativas de cateterização realizadas por vários profissionais. Por outro lado, estas tentativas falhadas, podem prejudicar a confiança da criança/família nos profissionais, ao mesmo tempo em que intensifica a ansiedade e agitação da criança, causando vasoconstrição periférica, aumentando assim a dificuldade do procedimento.

Já em 2018, Hartman et al. (2018) se referiram a uma campanha para diminuir o número de tentativas AVP em bebês, intitulada “*One Million Pokes Saved*” da *Association for Vascular Access*. A campanha visava aumentar a conscientização sobre as questões do excesso de tentativas CAVP e “picadas de agulha”.

O termo “acesso intravenoso difícil” (DIVA) é usado na literatura para descrever o procedimento nesta população de pacientes, havendo, no entanto, alguma inconsistência na definição de DIVA.

A maioria dos autores definem DIVA como sendo uma situação clínica em que são necessárias múltiplas tentativas usando métodos convencionais, para obter e manter um acesso venoso periférico.

Borchert et al. (2021) são mais específicos e afirmam que DIVA é todo o procedimento que obriga a mais de três tentativas ou a mais de trinta minutos, reforçando que as repetidas intenções de CAVP esgotam o património venoso a utilizar no futuro.

Bahl et al. (2021) conduziram uma revisão sistemática para reunir as definições da literatura de DIVA com o objetivo de chegar a uma definição baseada em evidências. Concluíram que se pode definir DIVA quando há duas ou mais tentativas fracassadas de

CAVP, usando técnicas tradicionais; quando os achados do exame físico são sugestivos de DIVA (por exemplo, sem veias visíveis ou palpáveis) ou quando o paciente tem uma história declarada ou documentada de DIVA.

Ng et al. (2022) e Shaughnessy et al. (2020) concordam com a definição de duas ou mais tentativas falhadas, e acrescentam ainda à definição a necessidade de utilização de técnicas de resgate (ultrasonografia ou infravermelhos).

Taghinejad et al. (2022) são menos tolerantes e consideram DIVA logo na primeira tentativa falhada da colocação de um AVP.

Num dos maiores estudos prospectivos realizado em ambiente perioperatório, para Heydinger et al. (2022), DIVA é definido quando o procedimento requer três ou mais tentativas de cateterização. Os autores verificaram que apenas 9% das crianças tinham critérios de DIVA (78% obtiveram CAVP na primeira tentativa), o que está de acordo com um estudo anterior (Cuper et al., 2021) que relata uma taxa de sucesso na primeira tentativa de 73%.

Podemos concluir, que na definição de DIVA estão incluídos vários conceitos importantes, tais como o número de tentativas falhadas; o tempo utilizado na CAVP; a condição da rede venosa (veias palpáveis ou visíveis) e ainda a necessidade de utilização de técnicas de resgate.

1.3. Fatores predisponentes para acesso venoso periférico difícil

Alguns estudos investigaram os fatores predisponentes para DIVA, ou seja, os fatores que afetam o sucesso na primeira tentativa de colocação de cateter venoso periférico. Piredda et al. (2017) afirmam que a existência destes estudos, podem ajudar os enfermeiros a prestar atenção adequada ao tentar a CAVP para preservar as veias periféricas dos pacientes.

Para Lee et al. (2020) existem vários preditores de difícil acesso venoso em crianças. A idade, a visibilidade e palpação da veia e a história de prematuridade são considerados fatores significativos.

Piredda et al. (2017) agrupam estes fatores de risco em características do paciente (género, IMC) e características da veia (visibilidade, palpabilidade e fragilidade).

Borchert et al. (2021) consideram como fatores intrínsecos a idade, obesidade, prematuridade, doença e estado clínico; e extrínsecos a experiência do profissional.

Além da experiência profissional, que afirmam ser um fator de melhoria da taxa de sucesso da CAVP, Lee et al. (2020), identificaram também como fator predisponente para DIVA, o nível de ansiedade ou a colaboração das crianças. Borchert et al. (2021) concordam

que DIVA pode ser influenciada pela dor e ansiedade da criança, assim como pelas características ambientais e espaciais do local onde é realizado este procedimento.

Ballard et al. (2022) numa análise retrospectiva de dados colhidos de um estudo de coorte com pacientes pediátricos, mediram associações entre crianças com DIVA e os dados demográficos e clínicos. Concluíram que a raça/etnia negra não hispânica, a idade mais jovem, o índice de massa corporal obeso/sobrepeso e o estado físico III da *American Society of Anesthesiologists* (ASA), são fatores associados ao DIVA.

Heydinger et al. (2022), referindo-se ao ambiente perioperatório, afirmam que os fatores associados ao DIVA são a idade mais jovem, a classificação mais elevada do estado físico, utilizando a classificação da ASA e a história prévia de difícil CAVP. Fatores como IMC, género e raça, assim como a categoria e experiência profissional, não tiveram qualquer significado.

Recolhido algum consenso sobre fatores predisponentes para DIVA, podemos identificar a idade, a história de prematuridade, a visibilidade e palpabilidade da veia e ainda o estado clínico da criança. A capacidade de cooperação da criança/família (influenciada pelo nível de ansiedade e medo) assume também uma extrema importância para a obtenção de um CAVP. A experiência profissional surge como um importante fator de melhoria da taxa de sucesso da CAVP.

1.4. Instrumentos preditores do risco de acesso venoso periférico difícil

A identificação do risco de DIVA deve ocorrer antes de submeter a criança a várias tentativas de inserção dolorosas e malsucedidas.

O que se observa na prática clínica de rotina, é que um acesso venoso periférico difícil é identificado após várias tentativas de CAVP e geralmente atribuída retrospectivamente, após a criança ter sofrido várias tentativas falhadas de CAVP. Embora o julgamento clínico seja importante para identificar crianças em risco DIVA, sozinho pode ser insuficientemente confiável para a tomada de decisão.

Nesse sentido, para uma identificação precoce com impacto positivo no desfecho final, torna-se importante a existência de um instrumento capaz de prever a dificuldade apresentada pelas crianças, no sentido de reduzir a taxa de insucesso na CAVP na primeira tentativa.

Numa tentativa de minimizar esta realidade, em 2008 foi desenvolvido, no departamento de emergência do *Children's Hospital and Health System, Milwaukee, Wisconsin*, Estados Unidos, uma ferramenta preditiva denominada "*Difficult Intravenous*

Access score – DIVA score”, com a finalidade de prever o insucesso da CAVP à primeira tentativa (Yen et al., 2008). O estudo em questão foi o primeiro a identificar prospectivamente as variáveis associadas à dificuldade de estabelecer o AVP em crianças, a saber: visibility (visibilidade), palpability (palpabilidade), age (idade), prematurity (prematividade) e skin shade (tom de pele). Esta última variável, tom de pele, foi analisada e demonstrou não interferir no modelo, podendo ser utilizada ou não. Como o instrumento é composto por variáveis preditivas, cada variável possui uma pontuação, que deve ser somada e quantificada na sua totalidade no final de sua aplicação. Segundo os autores, uma pontuação de quatro ou superior, na contagem dos pontos referentes às variáveis, terá probabilidade de insucesso de 50% na primeira tentativa de estabelecimento de AVP.

A aplicação do DIVA score, por ser simples e de fácil utilização, torna-se útil na identificação destas crianças. Por esta razão esta ferramenta foi modificada/refinada e validada posteriormente por vários autores.

Simpao & Gálvez, (2022, pg 790) referem:

Quando esses fatores são identificados, os clínicos devem considerar a obtenção antecipada de assistência humana especializada ou tecnologias de apoio, como uma máquina de ultra-sons ou um dispositivo de infravermelho para minimizar as tentativas.

Naik et al. (2019) referem-se a técnicas simples como o garrote, percussão venosa e o aquecimento local da área que podem melhorar o sucesso do acesso venoso periférico pela vasodilatação local. A técnica de transiluminação facilita a CAVP destacando as veias à medida que a luz passa pelos tecidos conjuntivos. Os dispositivos de infravermelhos ajudam a identificar as veias superficiais que não podem ser visualizadas ou palpadas. O acesso vascular guiado por ultrassom ajuda na orientação da CAVP, e também na seleção do tamanho apropriado do cateter. A mesma opinião é partilhada por Ballard et al. (2022), Nascimento et al. (2022) e Borchert et al. (2021) ao referirem que o uso de ultrassons e de infravermelhos, diminuem o tempo de obtenção do acesso venoso e aumentam a taxa de sucesso do procedimento.

Heydinger et al. (2022) referindo-se a ambiente perioperatório, concluíram que os fatores associados à DIVA, podem ser usados para identificar crianças potencialmente difíceis, antes de irem para a cirurgia, beneficiando de uma intervenção precoce como profissionais mais experientes ou utilização de ultrassonografia.

Poulsen et al. (2023) referem mesmo que o uso da orientação por ultrassom resulta em um aumento de três vezes nas probabilidades de taxa de sucesso na primeira tentativa em crianças com DIVA.

Em suma, podemos destacar que dada a necessidade e utilização de AVP em doentes pediátricos hospitalizados, torna-se essencial desenvolver um instrumento que ajude a identificar crianças com risco de DIVA, de forma a maximizar o sucesso da CAVP na primeira tentativa. Além das dificuldades pela anatomia e fisiologia próprias desta população, outros fatores influenciam este procedimento, como a dor e ansiedade da criança/família e a experiência do profissional que realiza o procedimento. A falha na CAVP e múltiplas tentativas falhadas, além de diminuir a confiança dos profissionais, podem levar a atrasos nos tratamentos e a complicações indesejadas e a um aumento de custos no sistema de saúde.

Durante todo este processo deve dar-se uma atenção especial à manutenção da integridade do património vascular. Os instrumentos de avaliação de DIVA são preditivos deste risco permitindo uma antecipação desta dificuldade e a obtenção de recursos adicionais, como o uso de tecnologia de visualização, para aumentar a probabilidade de sucesso na primeira tentativa.

2. Metodologia

No decorrer deste percurso formativo para a aquisição de competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, esteve sempre presente uma preocupação que emergiu da prática profissional, decorrente do crescente número de crianças com necessidade de CAVP em ambiente de bloco operatório. A par disso, constatamos que estas crianças são sujeitas a várias tentativas de punção sem sucesso, trazendo o seu património vascular danificado.

A inquietação, relacionada com o procedimento da CAVP e suas dificuldades, foi determinante para pesquisar na literatura, instrumentos que permitam aos profissionais de saúde, em contexto de internamento hospitalar pediátrico, predizer o risco de acesso venoso periférico difícil e ajustar a abordagem à colocação do cateter venoso periférico, preservando a rede venosa periférica.

Foi neste âmbito que nos propusemos realizar uma *scoping review*, com o objetivo de identificar e mapear as evidências disponíveis sobre instrumentos capazes de predizer o risco de acesso venoso periférico difícil em crianças internadas e avaliar a sua eficácia mediante uma taxa de sucesso na primeira tentativa.

2.1. Tipo de estudo

Esta revisão será conduzida de acordo com a metodologia Joanna Briggs Institute para *Scoping Reviews* (JBI, 2020) por ser considerado o método mais apropriado para este estudo. Segundo Apóstolo (2017) com esse tipo de estudo, podemos mapear e examinar áreas de conhecimento onde é difícil visualizar a informação que possa estar disponível.

O protocolo de revisão auxilia e garante a consistência, sequência, transparência e a integridade do estudo, uma vez que define previamente os objetivos e os métodos a adotar, detalhando os critérios para incluir e excluir estudos, para identificar os dados relevantes, definindo como esses dados serão extraídos e sintetizados.

A presente *scoping review* segue o protocolo orientador do Joanna Briggs Institute (2020).

2.2. Questão de revisão

A questão de revisão segue a mnemónica PCC: População, Conceito, Contexto e irá permitir organizar a seleção dos estudos, extração de dados, mapear a evidência e explicar o seu significado (Apóstolo, 2017, p. 103).

Tabela 1 – Mnemónica PCC

P-População	Crianças até aos 18 anos
C - Conceito	Instrumentos que permitam predizer o risco de acesso venoso periférico difícil Indicadores de eficácia para taxa de sucesso de colocação de acesso venoso periférico na primeira tentativa
C - Contexto	Internamento hospitalar pediátrico

Esta revisão pretende responder às seguintes questões:

1 - Que instrumentos existem na literatura que permitam predizer o risco de acesso venoso periférico difícil em crianças internadas?

- a) Que indicadores determinam a sua eficácia para uma taxa de sucesso na primeira tentativa?
- b) Qual a taxa de sucesso na primeira tentativa de colocação de acesso venoso periférico?

Foi com base nestas questões que definimos os seguintes objetivos:

- Mapear as evidências disponíveis sobre instrumentos capazes de predizer o risco de acesso venoso periférico difícil em crianças internadas;
- Avaliar os indicadores de eficácia dos instrumentos de avaliação do risco de acesso venoso periférico difícil;
- Determinar a taxa de sucesso na primeira tentativa de colocação de acesso venoso.

2.3. Critérios de inclusão e de exclusão

A definição dos critérios de elegibilidade considerou o tipo de Participantes, os Conceitos, Contexto, tipo de fontes e ainda os limitadores do corte temporal e idioma de publicação dos estudos.

Tabela 2 - Critérios de inclusão e exclusão para seleção dos estudos

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Crianças (0 aos 18 anos)	Pessoas com mais de 18 anos
Conceito	Estudos realizados com instrumentos de predição do risco de acesso venoso periférico difícil validados para crianças hospitalizadas ou em ambulatório pediátrico. São ainda considerados os estudos que avaliem a eficácia desses instrumentos pela taxa de sucesso na primeira tentativa de CAVP.	Estudos que se concentrem em instrumentos de predição do risco de acesso venoso periférico difícil não validados.
Contexto	Estudos realizados em contexto hospitalar pediátrico, não considerando crianças em situação clínica de emergência ou instabilidade.	Estudos realizados em outros contextos
Tipos de fontes: foram elegíveis para análise estudos quantitativos, qualitativos, métodos mistos, revisões sistemáticas, textos e artigos de opinião, publicados ou não.		
Corte temporal: intervalo de tempo compreendido entre 2017 e 2023.		
Idiomas: Inglês, Francês, Espanhol e Português.		

2.4. Estratégia de pesquisa

Conforme recomendado pela JBI (Peter et al., 2020), foi efetuada uma pesquisa básica inicial na PubMed, usando uma combinação de palavras-chave, para identificar artigos sobre o tema. Posteriormente, os termos naturais e as palavras-chave contidas nos títulos e resumos de alguns artigos relevantes foram utilizadas para desenvolver uma estratégia de pesquisa mais avançada nas bases de dados científicas: PubMed, B-on, CINAHL (via EBSCO) e LILACS. Esta estratégia de pesquisa foi adaptada a cada base de dados com taxonomias e termos de indexação variados. No final, a lista de referências de cada estudo selecionado foi analisada de modo a incluir potenciais estudos, tal como se apresenta na tabela 3.

Tabela 3 – Estratégias de pesquisa utilizadas nas bases de dados eletrônicas

Search	Query	Results
Pubmed	("Paediatric"[Title/Abstract] OR "Pediatric"[Title/Abstract] OR "Child" [Title/Abstract] OR "Children"[Title/Abstract] OR "Newborn"[Title/Abstract] OR "infant newborn"[Title/Abstract] OR "child preschool"[Title/Abstract] OR "Adolescents"[Title/Abstract] OR ("Pediatrics"[MeSH Terms] OR "Infant"[MeSH Terms] OR "infant, newborn"[MeSH Terms] OR "Child" [MeSH Terms] OR "child, preschool"[MeSH Terms] OR "Adolescent"[MeSH Terms]) AND ("diva"[Title/Abstract] OR "diva score"[Title/Abstract] "difficult intravenous access"[Title/Abstract])	120
B-on	pediatric or child or children or infant or adolescent AND diva score OR difficult intravenous access	93
Cinahl	pediatric or child or children or infant or adolescente AND diva score OR difficult intravenous access	140
Lilacs	(paediatric or pediatric or child or children or newborn or "infant newborn" or "child preschool" or adolescent or infant or "preschool child" or adolescent) and ("diva score" or "difficult intravenous access")	3
Google scholar	Vascular Access in Hospitalized Children	23
Total		379

2.5. Seleção dos estudos

Após a pesquisa, os artigos foram carregados na plataforma *Rayyan - AI Powered Tool for Systematic Literature*, onde foi realizada a triagem dos estudos de acordo com o título e resumo, por forma a aferir o cumprimento dos critérios de inclusão. Os títulos e resumos foram analisados por dois revisores independentes (CP; GA) para verificar a sua elegibilidade. Dos estudos selecionados foi efetuada leitura e análise do texto completo. Sempre que surgiu desacordo entre revisores, foi discutido entre eles em caso de dúvidas, o estudo seria analisado por um terceiro revisor (LO).

Dos 379 estudos identificados inicialmente, foram removidos 112 estudos, por motivo de duplicação. Dos 267 estudos que restaram, foram excluídos após leitura de título e resumo 231, resultando em 40 estudos considerados para análise de critérios de elegibilidade e leitura de texto integral. Destes, quatro não foram recuperados por inacessibilidade ao texto integral.

Após a obtenção dos artigos na íntegra, estes passaram por dois testes de relevância (Anexo IV). Os estudos aprovados pelo teste de relevância I foram submetidos à avaliação do teste de relevância II, que analisou se os estudos apresentavam indicadores que

determinassem a sua eficácia para uma taxa de sucesso na primeira tentativa. A decisão final para inclusão do artigo foi baseada nos dois testes de relevância, sendo necessária a concordância dos dois revisores.

Foram incluídos nesta revisão scoping 4 estudos. O resultado deste processo de seleção é esquematicamente apresentado no diagrama de fluxo *Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses extension for scoping review (PRISMA-ScR)* (Figura1)

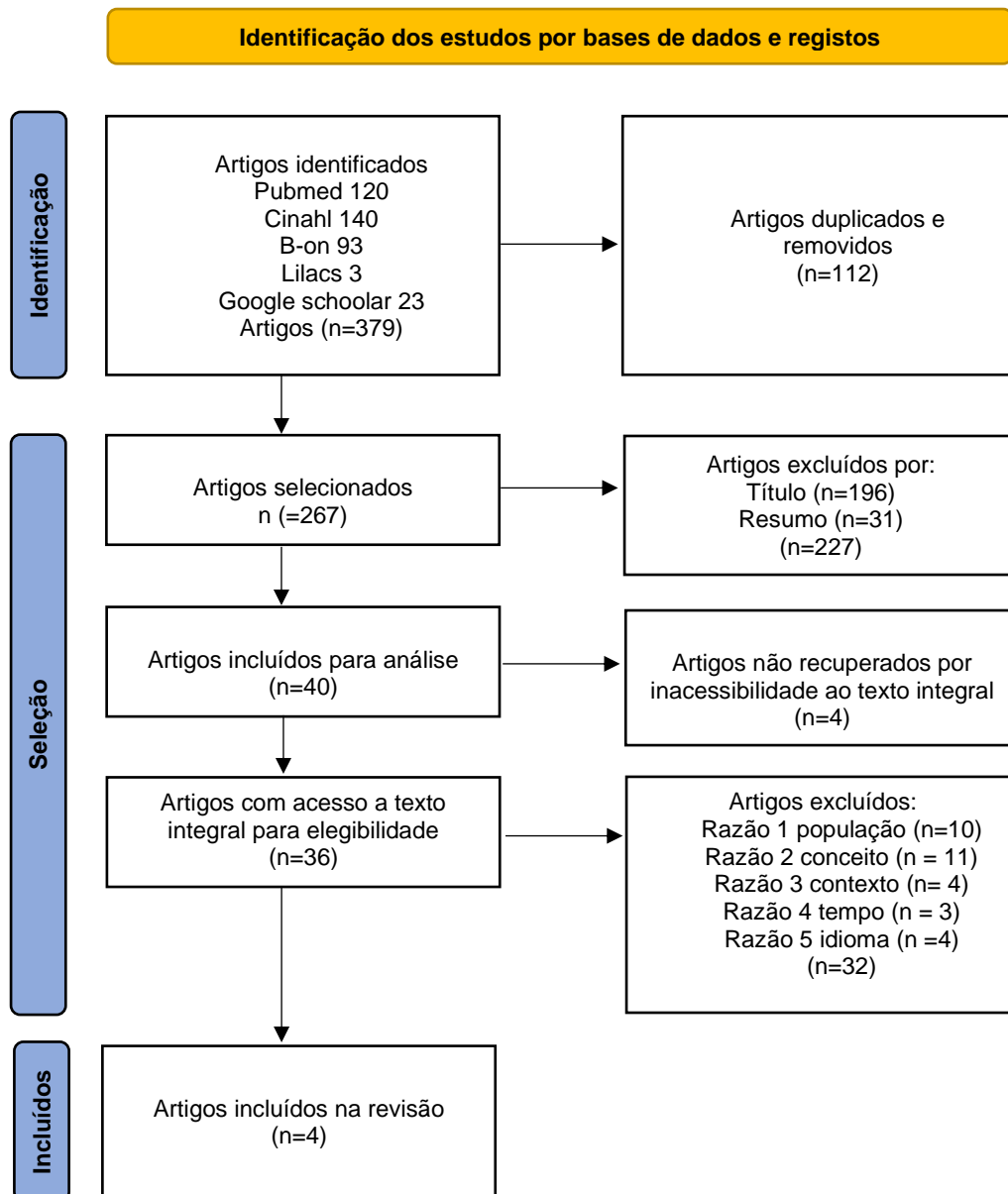


Figura 1 – Diagrama do processo de seleção dos estudos: PRISMA *Flow Diagram*.

Fonte: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

2.6. Extração de dados

A extração dos dados foi realizada pelos revisores já referidos (CP; GA), com recurso a instrumentos desenvolvidos pelos revisores para a presente revisão, tendo como suporte os instrumentos recomendados pela JBI, (2020). Este documento é apresentado na tabela 4.

Tabela 4 - Instrumento de extração de dados

Título:
Questões:
Critérios de inclusão (PCC)
População
Conceito
Contexto
Características do estudo
➤ Autor:
➤ Ano de publicação:
➤ País de origem:
➤ Objetivo:
➤ Desenho do estudo
Resultados extraídos do estudo
➤ Instrumento de predição
➤ Indicadores determinantes da eficácia do instrumento
➤ Taxa de sucesso na primeira tentativa

3. Resultados

Esta etapa constitui um desafio a nível metodológico. Todos os estudos seleccionados integravam os critérios de inclusão e são relevantes para o problema sobre o qual este estudo se debruça, pelo que, a extração dos dados baseou-se nos componentes da mnemónica PCC. A sua finalidade foi sintetizar os dados resultantes de cada estudo, pelo que se apresenta uma síntese descritiva, com recurso a tabelas, relacionada com os objetivos e com os aspetos relevantes dos estudos.

Os resultados da análise dos estudos incluídos (n=4) foram agrupados e organizados em tabelas individuais e identificados com a letra E seguida do número respetivo, para facilitar a sua compreensão.

Os estudos incluídos foram publicados entre 2017 e 2023, dois foram realizados nos Estados Unidos da América, um na Austrália e um na Turquia. Três resultam de estudos de abordagem quantitativa e um de métodos mistos.

O E1 (Shaukat et al. 2020) é um estudo de coorte prospetivo, que pretendeu avaliar a validade do instrumento DIVA score (Figura 2) para uso por técnicos de emergência, avaliar a habilidade no acesso venoso em crianças com DIVA score igual ou superior a 4 e avaliar a associação da experiência dos técnicos de emergência com as taxas de sucesso na primeira tentativa. Os autores verificaram que o instrumento se revelou válido para uso por estes profissionais de emergência médica, dado que a taxa de sucesso na primeira tentativa (60%) foi idêntica à verificada no uso por outros técnicos. A experiência profissional revelou uma associação positiva com a taxa de sucesso na primeira tentativa (Tabela 5).

Calculation of DIVA score			
Vein visible after tourniquet	Visible, 0 points		Not visible, 2 points
Vein palpable after tourniquet	Palpable, 0 points		Not palpable, 2 points
Age	3+ years old, 0 points	1–2 years old, 1 point	<1 year old, 3 points
History of prematurity	Full term, 0 points		Premature, 3 points

Figura 2 – Instrumento DIVA score

Fonte: British Journal of Nursing, 2020, Vol 29, No 2 (IV Therapy Supplement)

Tabela 5 - E1 - *Utility of the DIVA score for experienced emergency department technicians.*

Autor(es)	Haroon Shaukat; Beemnet Neway; Kristen Breslin; Ar'Reon Watson; Kelly Poe; Keith Boniface; Joanna S. Cohen
Ano de publicação	2020
País de origem	EUA
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a validade do DIVA Score para técnicos de emergência - Avaliar a habilidade dos técnicos de emergência na CAVP em crianças com DIVA Score superior ou igual 4 - Avaliar a associação da experiência dos técnicos de emergência com as taxas de sucesso na primeira tentativa.
Desenho do estudo	Estudo de coorte prospetivo
Amostra	Uma amostra de conveniência de 181 crianças internadas e 29 técnicos randomizados.
Principais resultados	<p>A taxa de sucesso de CAVP na 1ª tentativa para técnicos de emergência foi igual à obtida por médicos e enfermeiros, validando desta forma este instrumento para estes profissionais.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A taxa de sucesso na CAVP na 1ª tentativa em crianças com pontuação DIVA de 4 ou mais foi de 60% - Técnicos com mais de 5 anos de experiência foram associados a maiores chances de sucesso na 1ª tentativa de CAVP

O E2 (Schults et al. 2022) é um estudo de métodos mistos, que desenvolveu e validou o DIVA Key (Figura 3). Neste estudo os autores concluíram que neste instrumento, além da pontuação DIVA, também a habilidade e confiança do profissional são indicadores que contribuem para o aumento da taxa de sucesso na primeira tentativa de CAVP. O DIVA Key inclui um sistema de semáforo, codificado por cores, em relação ao risco DIVA (baixo risco=verde; médio risco=amarelo; alto risco=vermelho). Uma autoavaliação da habilidade do profissional, orienta o procedimento quando existe necessidade de mais de duas tentativas de CAVP seja solicitado um profissional mais experiente. Uma vez que o DIVA Key considera a dor e ansiedade da criança/família, os avisos adicionais para o seu controle estão incluídos. Os autores verificaram que a taxa de sucesso varia de acordo com o nível do risco avaliado: 82% para baixo risco, 59% para risco médio e 46% em crianças com alto risco.

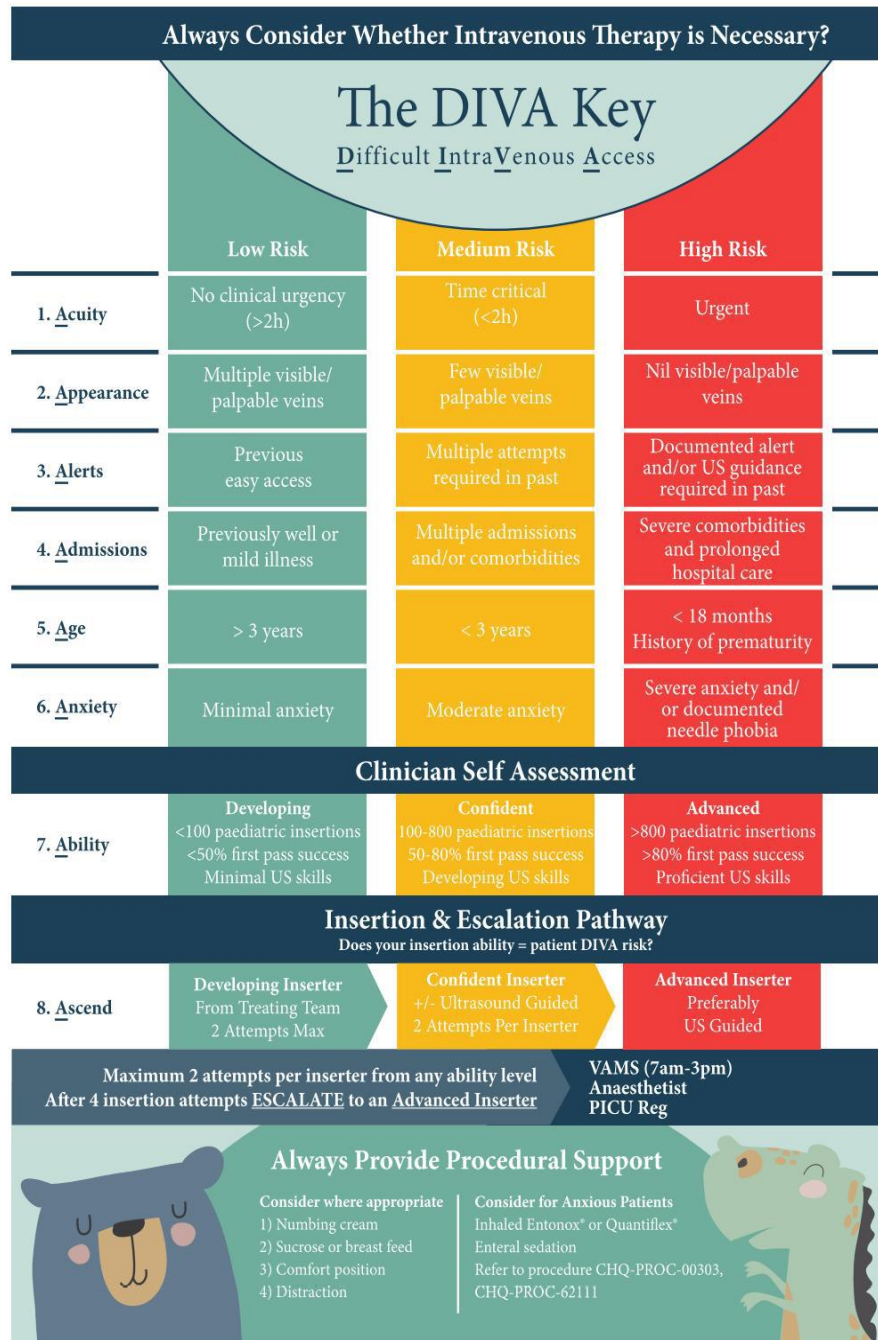


Figura 3 – Instrumento DIVA KEY

Fonte: Schults *et al.* *BMC Health Services Research* (2022) 22:220

Tabela 6 – E2 - *Improving peripheral venous cannula insertion in children: a mixed methods study to develop the DIVA key.*

Autor(es)	Jessica A. Schults; Tricia M. Kleidon; Victoria Gibson; Robert S. Ware; Emily Monteagle; Rebecca Paterson; Karina Charles; Adam Keys; Craig A. McBride; Steven McTaggart; Benjamim Lawton; Fiona Macfarlane; Chloe Sells; Claire M. Rickard; Amanda J. Ullman
Ano de publicação	2022
País de origem	Austrália
Objetivo	Desenvolver e validar um instrumento de avaliação de risco de acesso venoso periférico difícil e indicadores de escalonamento, para aumentar o sucesso da primeira inserção de cateter venoso em pediatria.
Desenho do estudo	Estudo de métodos mistos
Amostra	Uma amostra estratificada e intencional de 78 crianças.
Principais resultados	<ul style="list-style-type: none"> - A avaliação do risco de DIVA por si só não é suficiente para aumentar a taxa de sucesso de CAVP na primeira tentativa. Além desta avaliação a DIVA KEY inclui um indicador que considera a habilidade e confiança do profissional, orientando assim o procedimento de forma que, após duas tentativas deve solicitar-se um profissional mais experiente e considerar o uso de tecnologias de visualização. - Este instrumento considera também a dor e a ansiedade da criança, promovendo as medidas de suporte adequadas - A chave DIVA (DIVA KEY) mostrou ser um instrumento direto e confiável com indicadores de avaliação e escalonamento de apoio à identificação de crianças com acesso venoso periférico difícil.

No E3 (Öntürk et al., 2022) apresentam um estudo quasi-experimental, realizado na Turquia, onde pretenderam determinar os efeitos do “*Pediatric Peripheral Intravenous Access (PPIVA) Pathway*” (Figura 4) no sucesso do CAVP em crianças; avaliar a taxa de sucesso de CAVP na primeira tentativa; aferir se a pontuação DIVA, os anos de experiência e outros fatores (alguns relacionados com a criança), afetam a taxa de sucesso. Os autores confirmaram que o PPIVA Pathway orienta o procedimento, começando com uma avaliação do acesso vascular (pontuação DIVA score) e a execução de um algoritmo. Comprovaram que os anos de experiência, o lado e a região de inserção e o calibre do cateter têm pouco significado na pontuação DIVA, mas, pelo contrário, a idade, o diagnóstico de diarreia e a presença de doença com comorbidade influenciam significativamente esta pontuação. Os autores demonstraram que com o uso do PPIVA Pathway obtêm uma taxa de sucesso de CAVP na primeira tentativa de 89,1%, sendo os restantes 11% bem sucedidos na segunda tentativa.

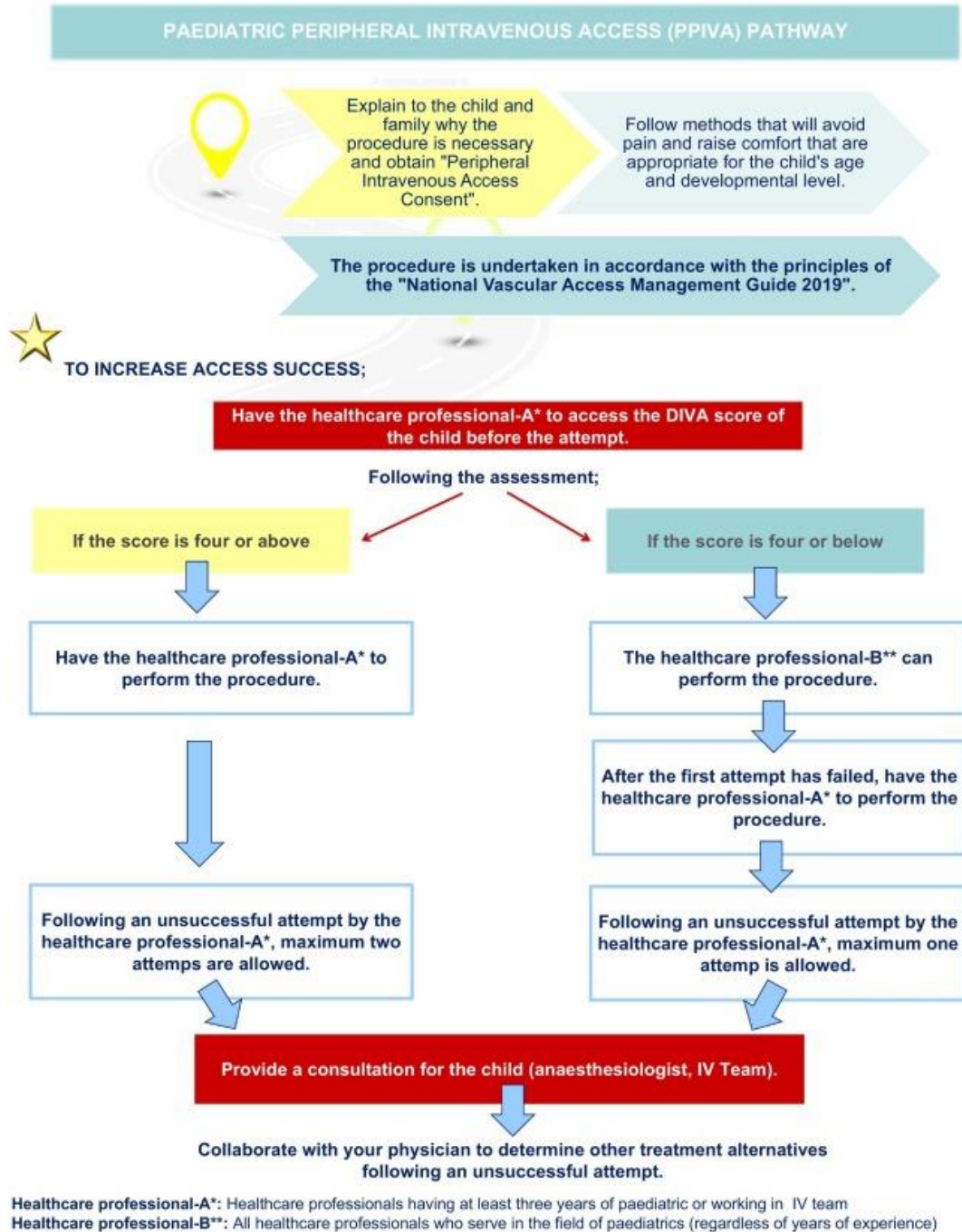


Figura 4 – Instrumento PPIVA pathway

Fonte: Journal of Pediatric Nursing 69 (2023) e32–e38

Tabela 7 –E3 - The effect of "pediatric peripheral intravenous access (PPIVA) pathway" on the success of vascular access in children.

Autor(es)	Zehra Kan Öntürk; Serpil İsabetli; Merve Bahadır; Ebru Doçru,
Ano de publicação	2022
País de origem	Turquia
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar os efeitos do "Pediatric Peripheral Intravenous Access (PPIVA) Pathway" no sucesso do CAVP em crianças. - Avaliar a taxa de sucesso de CAVP na primeira tentativa quando usado o caminho PPIVA - Avaliar se a pontuação DIVA, os anos de experiência e outros fatores relacionados afetam o sucesso da CAVP na primeira tentativa. - Identificar os fatores relacionados com a criança que afetam a pontuação DIVA
Desenho do estudo	Estudo quase-experimental
Amostra	Uma amostra aleatória simples de 183 crianças com média de idades de 8,14 anos (\pm 5,01).
Principais resultados	<ul style="list-style-type: none"> - O PPIVA Pathway tem indicadores que orientam o procedimento, começando com uma avaliação do acesso vascular e a execução de um algoritmo. - A sua utilização aumentou a taxa de sucesso de CAVP na primeira tentativa, melhorando a qualidade e segurança da criança, melhorando também a prestação de cuidados atraumáticos. - O PPIVA identifica os fatores que podem interferir na CAVP, - A taxa de sucesso de CAVP na primeira tentativa foi de 89,1%, os restantes 11% foram bem sucedidos na segunda tentativa. - A pontuação Diva mostrou ser o fator estatisticamente mais significativo no sucesso na primeira tentativa, o aumento de um ponto na DIVA Score diminui a probabilidade de sucesso na primeira tentativa em 56,1% - Os fatores relacionados com a criança incluídos neste modelo, com significado estatístico foram a idade (maior idade diminui o DIVA Score), o diagnóstico diarreia e a presença de doença grave (aumenta o DIVA Score)

Em 2023, nos EUA, Kanaley et al. (2023) (E4), num estudo transversal, procuraram determinar se as ferramentas de pontuação DIVA são precisas na previsão da necessidade de recursos adicionais, para garantir a CAVP na primeira tentativa e compararam o valor preditivo das quatro ferramentas de pontuação DIVA (DIVA3, 4, 4a e 5) (Figura 6) em crianças internadas. Os autores concluem que as quatro modalidades de pontuação DIVA têm desempenho semelhante, embora a precisão média mais elevada é do DIVA 4a. Os instrumentos obtêm em média uma taxa de sucesso de 60%. Perante estes resultados os autores ratificam que o DIVA score, sendo uma ferramenta que ajuda os profissionais a prever o sucesso de CAVP na primeira tentativa, não substitui a tomada de decisão clínica especializada na escolha de recursos adicionais.

DIVA scoring tools ^a						
	Vein visible (Y=0; N=2)	Vein palpable (Y=0; N=2)	Age (<11 mo=3; 12-35 mo=1; ≥36 mo=0)	History of prematurity (Y=3; N=0)	History of NICU Admission (Y=3; N=0)	Skin shade (light=0; dark=1)
DIVA 3	X	X	X			
DIVA 4 original scoring tool	X	X	X	X		
DIVA 4a	X	X	X		X	
DIVA DO5	X	X	X	X		X

Figura 5 – Instrumento de comparação dos Instrumentos DIVA3, DIVA4, DIVA4a

Fonte: British Journal of Nursing, 2023, Vol 32, No 2 (IV and Vascular Access Supplement)

Tabela 8 – E4 - Evaluation of the difficult intravenous access (DIVA) scoring in hospitalized pediatric patients.

Autor(es)	Rebecca L. Kanaley; Cheryl Gillette; Jan Schriefer; Julie Albright Gottfried; John Bramley
Ano de publicação	2023
País de origem	EUA
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar se as ferramentas de pontuação DIVA são precisas na previsão da necessidade de recursos adicionais, para garantir a CAVP na primeira tentativa; - Comparar o valor preditivo das quatro ferramentas de pontuação DIVA (DIVA3, 4, 4a e 5) em crianças internadas.
Desenho do estudo	Estudo analítico de corte transversal
Amostra	Uma amostra não aleatória por conveniência de 133 crianças (média 9,1 anos; ± 6,0).
Principais resultados	<ul style="list-style-type: none"> - O DIVA score sozinho não foi um preditor do sucesso na primeira tentativa de CAVP. - O DIVA Score é uma ferramenta que ajuda os profissionais a prever o sucesso de CAVP na primeira tentativa, mas não substitui a tomada de decisão clínica especializada na escolha de recursos adicionais. - Todas as 4 modalidades de pontuação DIVA tiveram desempenho semelhante na predição de sucesso na primeira tentativa de acesso venoso, pois apesar da palpação da veia ser o indicador mais preditivo, a diferença não revelou significância estatística

Síntese dos dados

Pretendeu-se nesta fase, efetuar um resumo lógico e descritivo dos resultados, complementado por uma tabela de síntese, como forma de responder às questões de revisão delineadas, nomeadamente indicadores de eficácia e taxa de sucesso obtidos com cada instrumento DIVA (Tabela 9).

Emerge da análise dos estudos o objetivo comum de garantir o sucesso de CAVP na primeira tentativa, utilizando um instrumento de predição do risco de DIVA. Desta forma fica claro que os objetivos dos estudos estão diretamente relacionados com os objetivos da presente *scoping review*.

O estudo de Shaukat et al. (2020) (E1) reconhece que este procedimento (acesso venoso) pode ser realizado por enfermeiros ou por outros profissionais, mantendo, no entanto, o mesmo objetivo.

Verifica-se que o DIVA score é utilizado em todos os estudos, embora alguns, tendo por base o instrumento original, incluam outros parâmetros de avaliação, mantendo a pontuação do DIVA score como indicador de eficácia: valor \geq a 4 é indicador de diminuição da taxa de sucesso na primeira tentativa.

Dos outros indicadores de avaliação do risco de DIVA que emergem destes estudos, salienta-se os anos de experiência profissional e a condição física da criança, incluindo a dor e ansiedade manifestada ou percebida (E2). Este estudo (Schults et al., 2022) que definiu um instrumento mais elaborado sensível à dor e ansiedade da criança, mostrou maior preocupação com a prestação de cuidados atraumáticos, central aos cuidados de enfermagem em pediatria. Por outro lado, a utilização de uma codificação da pontuação da dificuldade de acesso venoso por cores (o clássico semáforo), parece ser fator facilitador da avaliação e consequente decisão de, após duas tentativas falhadas, ser solicitado o apoio de um profissional mais experiente e/ou considerar outras estratégias, incluindo tecnologias de visualização.

Tabela 9 – Síntese dos indicadores de avaliação, eficácia e taxa de sucesso obtidos com cada instrumento DIVA

Instrumentos	Indicadores de avaliação de DIVA do instrumento	Indicadores que determinam a eficácia	Taxa de sucesso na 1ª tentativa
Diva 5 E4-Kanaley et al. (2023)	Idade; Prematuridade; Visibilidade da veia; Palpabilidade da veia; Tonalidade da pele.	- DIVA score (<4 ou >=4) -Anos de experiência profissional - Doença crónica - IMC	60%
Diva 4 E2-Shaukat et al. (2020) E4-Kanaley et al. (2023)	Idade; Prematuridade; Visibilidade da veia; Palpabilidade da veia	- DIVA score (<4 ou >=4) - Anos de experiência do profissional - Doença crónica - IMC	60% (técnicos de emergência)
Diva 4^a E4-Kanaley et al. (2023)	Idade; Prematuridade; Visibilidade da veia; Palpabilidade da veia; Internamento em UCI.	- DIVA score (<4 ou >=4) -Anos de experiência profissional - Doença crónica - IMC	60%
Diva 3 E4-Kanaley et al. (2023)	Idade; Visibilidade da veia; Palpabilidade da veia	- DIVA score (<4 ou >=4) -Anos de experiência profissional - Doença crónica - IMC	60%
Diva Key E2-Shults et al. (2022)	Avaliação do DIVA score; Autoavaliação da habilidade profissional (capacidade) Fluxograma/via de ascensão	Sistema codificado por semáforos: -Verde baixo risco -Amarelo médio risco -Vermelho alto risco Inclui a classificação da dor e ansiedade da criança (relatada ou percebida)	Baixo risco 82% Médio risco 59% Alto risco 46%
PPIVA PATHWAY “Pediatric Peripheral Intravenous Access” E3 – Öntürk et al. (2022)	Avaliação DIVA Score Idade, sexo, diagnóstico médico e tempo de internamento, pontuação DIVA, anos experiência profissional da pessoa que conduziu o procedimento venoso, primeira tentativa sucesso Execução do procedimento respeitando um algoritmo: o DIVA score, define qual o enfermeiro (A*) com 3 ou mais anos de experiência ou B* com menos de 3 anos.	-Diva Score (o aumento de 1 ponto reduz em 56% a taxa de sucesso na 1º tentativa) -Idade (o aumento de 1 ano na idade reduz 0,2 no DIVA score) -Diagnóstico (diarreia) -Doença grave	89.1%

4. Discussão

Nesta fase do processo, após os dados mais importantes terem sido extraídos, analisados e sintetizados, interessa discutir as principais evidências resultantes dos estudos selecionados.

É sobre esta informação que se vai efetivar a discussão, agrupando toda a evidência e tendo como foco os objetivos do estudo, que dão resposta às questões colocadas:

- Mapear as evidências disponíveis sobre instrumentos capazes de prever o risco de acesso venoso periférico difícil em crianças internadas;

- Avaliar os indicadores de eficácia dos instrumentos de avaliação do risco de acesso venoso periférico difícil

- Determinar a taxa de sucesso na primeira tentativa de colocação de acesso venoso.

Conforme recomendado pelas orientações do JBI, (2020) a síntese descritiva permitiu que os dados extraídos fossem agrupados com base na homogeneidade do seu significado, e os resultados dos diferentes tipos de estudos categorizados em conjunto, através do reconhecimento dos temas recorrentes.

Assim, a partir da tabela de síntese de dados, os resultados foram associados em três grupos, que se alinham com as questões e objetivos da pesquisa, com o intuito de facilitar a discussão dos resultados e de reforçar a interpretação da informação disponível, que emerge dos estudos, permitindo melhorar o conhecimento nesta área.

- A. Instrumentos preditores de DIVA;
- B. Indicadores que determinam a eficácia dos instrumentos;
- C. Taxa de sucesso na 1ª tentativa

A. Instrumentos preditores de DIVA

Após análise dos estudos, constatamos que todos os instrumentos têm na sua origem o *DIVA score* original de Yen et al. (2008). Este instrumento original de avaliação baseia-se em cinco parâmetros: visibilidade da veia, palpabilidade da veia, idade do paciente, história de prematuridade e tonalidade da pele (Figura 6). A sua leitura é efetuada numa relação direta:

quanto mais elevada a pontuação obtida, tanto maior o risco de insucesso na primeira tentativa de acesso venoso (Yen et al., 2008).

Calculation of DIVA score			
Vein visible after tourniquet	Visible, 0 points		Not visible, 2 points
Vein palpable after tourniquet	Palpable, 0 points		Not palpable, 2 points
Age	3+ years old, 0 points	1–2 years old, 1 point	<1 year old, 3 points
History of prematurity	Full term, 0 points		Premature, 3 points
Skin shade	Light skin, 1-2-4-5		Dark skin, 3-6-7-8-9-10-11

Figura 6 – Ferramenta preditiva de DIVA

Fonte: Figura adaptada de British Journal of Nursing, 2020, Vol 29, No 2 (IV Therapy Supplement)

- A visibilidade da veia refere-se à capacidade de observar a veia na superfície da pele, para o que habitualmente se utiliza um garrote para melhor visualização. Este parâmetro é avaliado numa escala de 0 a 2 (visível = 0 e invisível = 2).
- A palpabilidade da veia refere-se à capacidade de sentir e palpar a veia na área onde está localizada. Também é classificado em uma escala de 0 a 2 (palpável = 0 e não palpável = 2).
- A idade é avaliada em faixas etárias: <12 meses, 12 a 35 meses e mais de 36 meses. É classificada da seguinte forma: mais de 36 meses = 0 pontos, 12 a 35 meses = 1 ponto e < 12 meses = 3 pontos.
- Acerca da prematuridade, são consideradas prematuras as crianças nascidas antes de 38 semanas de gestação. Elas são classificadas numa escala de 0 a 3 (não prematuro = 0 e prematuro = 3).
- O tom da pele é avaliado em: claro = 0 e escuro = 1). Foi ainda utilizada uma paleta de tons de pele (números 1–2–4–5 para pele clara e números 3–6–7–8–9–10–11 para pele escura). Essa pontuação varia de 0 a 11.

Numa pontuação global de quatro pontos ou mais, o acesso vascular é considerado difícil com uma probabilidade de falha de 50%.

Mantendo como base o DIVA score original (Yen et al., 2008), Shults e a sua equipa em 2022 (Shults et al., 2022) pensando que a avaliação DIVA score por si só não era suficiente para aumentar a taxa de sucesso de CAVP na primeira tentativa, desenvolveram um fluxograma/via de ascensão, onde consideram a habilidade e confiança do profissional, e ainda a dor e a ansiedade da criança/família. Chamam a este instrumento DIVA KEY. (evidenciado na Figura 3)

Da mesma maneira, e também suportados pelo DIVA score original (Yen et al., 2008), Onturk et al. (2022) acrescentam a esta avaliação da pontuação DIVA um algoritmo onde incluíram outros fatores (anos experiência profissional, lado e região do corpo a puncionar, número de cateter utilizado, diagnóstico e presença de doença/ comorbidade). O PPIVA pathway assumiu-se assim como um instrumento que aumenta a taxa de sucesso de CAVP na primeira tentativa, dado que com a sua utilização esta aumentou para 89,1% (relatado na Figura 4).

Mais recentemente Kanaley et al. (2023), realizaram um estudo de comparação entre os vários modelos do DIVA score, desde a escala original com as cinco variáveis descritas anteriormente, DIVA 4 (que exclui o tom de pele), DIVA 4a (que acrescenta a história de internamento em UCI) e o DIVA 3 (apenas com idade, visibilidade e palpabilidade da veia). Os autores concluem que todas as quatro modalidades de pontuação DIVA têm o mesmo desempenho, com ligeira melhoria de precisão na pontuação DIVA 4a (ferramenta completa mostrada na Figura 5)

Perante os resultados obtidos nos estudos, verificamos que o DIVA score é o instrumento de maior significância para predizer o risco de acesso intravenosa difícil em crianças. Onturk et al. (2022) referem mesmo que apenas o DIVA score é estatisticamente significativo no modelo do seu estudo “PPIVA-pathway”: o aumento de 1 ponto no DIVA score reduz a probabilidade de sucesso na primeira tentativa em 56,1%.

Dado que as outras ferramentas que emergiram do original têm esse instrumento na base, a sua vantagem reside no facto de acrescentarem ao instrumento original, indicadores que permitem caracterizar a competência do profissional (com base na sua experiência) ou outras características da criança e da sua situação clínica, mas reconhecendo que, na escolha de recursos adicionais, nada substitui a tomada de decisão clínica especializada, para o sucesso do acesso venoso em crianças.

B. Indicadores que determinam a eficácia dos instrumentos

Como referimos no enquadramento teórico, a CAVP em Portugal é um procedimento realizado essencialmente por enfermeiros, mas em alguns países este procedimento é realizado por vários profissionais que não enfermeiros, como médicos ou paramédicos.

O estudo de Shaukat et al. (2020) (E1), realizado nos EUA, confirma a validade do uso do DIVA score por técnicos de emergência médica. A taxa de sucesso na primeira tentativa de CAVP foi de 60%, valor idêntico ao encontrado com outros profissionais. Os autores referem-se ainda à experiência profissional como um indicador com enorme influência na eficácia do CAVP, afirmando que quanto maior for a experiência do profissional, maior é a possibilidade de sucesso, de tal forma que, por cada cinco anos a mais de experiência profissional, existem três vezes mais probabilidade de sucesso no procedimento.

Este resultado é comum ao E2, Shults et al. (2022) que salienta que se forem necessárias mais do que duas tentativas, o procedimento deve ser executado por um profissional mais experiente. Kanaley et al. (2023) refere também que com o aumento do número de anos de experiência profissional, aumenta a taxa de sucesso de CAVP. Contrariando estes estudos, Onturk et al. (2022) referem no seu estudo que os anos de experiência profissional não se associaram a maior sucesso no CAVP.

Ainda assim, de acordo com os estudos, outros indicadores influenciam a eficácia do sucesso de CAVP, salientando, contudo, o score do DIVA como o mais significativo, podendo incluir-se outros indicadores, como as características do profissional (anos de experiência) e da criança (estado físico global, IMC e presença de doença ou de comorbidade).

No estudo de Onturk et al. (2022) conclui-se que o aumento da idade diminui a pontuação do DIVA Score, logo melhora a previsão de sucesso, por outro lado, o diagnóstico de diarreia e a presença de doença ou comorbidade aumenta esta pontuação, influenciando desta forma a eficácia da avaliação do instrumento.

Não menos importante é considerar a ansiedade e dor da criança, como indicadores determinantes da eficácia destes instrumentos. Shults et al. (2022) no instrumento DIVA KEY, complementa a pontuação do DIVA score com a classificação da ansiedade relatada ou percebida pela criança, com recomendações para estratégias de controlo da dor e ansiedade durante o procedimento, o que revela a inclusão de um importante indicador dos cuidados atraumáticos, defendidos em pediatria.

Conforme referenciado por Hockenberry et al. (2014, p. 12): "...o objetivo primordial na prestação de cuidados atraumáticos é primeiro que tudo, não causar o dano."

Na inserção de um acesso venoso, os cuidados de enfermagem não devem limitar-se apenas a procedimentos técnicos. É importante que os enfermeiros desenvolvam competências especializadas e procurem uniformizar princípios orientadores de assistência não traumática à criança/família, identificando intervenções autónomas de enfermagem que contribuam para minimizar os fatores de stress provocados por este ou outros procedimentos invasivos. Esse cuidado, norteado pela Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada, que nos seus dez princípios, define de forma clara um conjunto de direitos da Criança, quando respeitado e garantido, contribui de forma inquestionável para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e assegura a excelência do acolhimento e estadia da criança no hospital (IAC, 2009).

Um conceito importante nesta problemática, é a utilização de recursos adequados, que contribuam para o aumento da taxa de sucesso de CAVP na primeira tentativa. Em todos os estudos são referidas técnicas adicionais, nomeadamente instrumentos de visualização (transiluminação, infravermelhos e ultrassonografia) se perante uma avaliação de risco de insucesso. Também é comum nos estudos, referirem-se à possibilidade de solicitarem a intervenção do anestesista ou de uma equipa especializada em acessos venosos. Esta última opção é uma realidade ainda pouco conhecida ou utilizada em Portugal.

De enorme importância é a conclusão a que chegam Kanaley et al, (2023), ao afirmarem que o DIVA score é uma ferramenta que ajuda os profissionais a prever o sucesso de CAVP na primeira tentativa, mas não substitui a tomada de decisão clínica especializada.

A tomada de decisão em enfermagem é crucial na prática profissional, pois frequentemente se deparam com situações complexas e desafiadoras que requerem escolhas rápidas e bem fundamentadas e bem ajustadas a cada criança/família. Nesse contexto, é fundamental que os enfermeiros possuam um pensamento crítico aguçado e habilidades analíticas sólidas para tomar decisões seguras e eficazes. Este pensamento crítico está na base da implementação do processo de enfermagem, e é essencial para a tomada de decisão autónoma em enfermagem, o qual deve ser suportado em evidências bem fundamentadas e com base científica.

Refletir sobre a tomada de decisão em enfermagem é essencial para o crescimento profissional e para oferecer cuidados de alta qualidade. Através da análise crítica das suas escolhas, os enfermeiros devem melhorar as suas habilidades e conhecimentos, tornando-se profissionais de excelência no desempenho das suas funções.

Suportado pelo REPE (Portugal, 1996), o enfermeiro especialista tem competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados.

C. Taxa de sucesso na primeira tentativa

A taxa de sucesso na primeira tentativa de acesso venoso deve ser encarada como um componente fundamental dos cuidados de saúde à criança, sendo essencial na abordagem da dor, independentemente da idade ou da gravidade da sua situação clínica.

Durante procedimentos dolorosos, tal como a colocação de um acesso venoso periférico, apesar de nem sempre ser possível eliminar o medo e a dor por completo, muito pode ser feito para a atenuar e diminuir a sua intensidade, com impacto na vivência dessa experiência traumática. A prevenção da dor e minimização das experiências traumáticas é, não só uma obrigação ética, mas também uma forma de evitar consequências nefastas, tanto a curto como a longo prazo (OE, 2013). Neste sentido, concentrar esforços para obter sucesso na primeira tentativa de CAVP é fundamental para diminuição dos danos físicos e emocionais da criança/família e da restante equipa terapêutica.

Nos estudos analisados e conforme mostra a tabela de síntese de dados, a taxa de sucesso de CAVP na primeira tentativa, quando utilizados os vários instrumentos de predição do risco de DIVA, é igual ou superior a 60%, atingindo apenas com o PPIVA pathway (Öntürk et al. 2022) uma taxa de 89,1%. Este valor é bastante mais satisfatório do que os apresentados no estudo de Kanaley et al. (2023), que refere que a taxa geral de sucesso de CAVP na primeira tentativa se situava entre os 24% e os 52% e 2,2 era a média do número de tentativas.

Nos quatro estudos, o indicador que melhor prediz a taxa de sucesso na primeira tentativa, com significado estatístico mais evidente, é a pontuação obtida com o DIVA score. Segundo o estudo mais recente de Kanaley et al. (2023) uma pontuação total de 4 ou mais em qualquer modelo DIVA, implica um aumento de 50% de risco na falha da primeira tentativa de CAVP.

5. Conclusão

A *scoping review* desenvolvida, proporcionou a oportunidade de explorar e aprofundar um tema específico: a dificuldade dos acessos venosos periféricos em crianças internadas. Ao conduzir pesquisas, fazer revisões de literatura científica e analisar dados relevantes, estamos a contribuir, não só para o avanço do conhecimento nesta área e a identificar possíveis melhorias nos cuidados prestados a crianças, adolescentes e suas famílias, mas também para o desenvolvimento da profissão como um todo. Por outro lado, a realização deste estudo permitiu também que se desenvolvessem habilidades de pensamento crítico e capacidade de aplicação de evidências na prática clínica.

A formação e a aprendizagem são um processo contínuo. Desta forma o EEESIP deve continuar a atualizar o seu conhecimento e habilidade, acompanhando os avanços científicos e tecnológicos com impacto na área da saúde. A investigação é uma parte fundamental da prática baseada na evidência (PBE) em enfermagem. A PBE visa utilizar as melhores evidências científicas disponíveis para guiar a tomada de decisões clínicas e a prestação de cuidados. Essas evidências geralmente são obtidas por meio de pesquisas científicas.

Ao integrar os resultados da pesquisa na prática clínica, o enfermeiro, melhora a qualidade dos cuidados prestados, fortalece a sua identidade e contribuiu para o desenvolvimento da enfermagem enquanto profissão e na área da saúde como um todo. Assim, a PBE eleva o status da profissão de enfermagem, reforçando a sua base de conhecimentos e competências. A investigação científica e consequente translação do conhecimento são, portanto, fundamentais para manter a excelência na prática de cuidados de enfermagem.

Qualquer tipo de revisão sistemática da literatura deve providenciar um resumo do estado atual da arte relativo ao tema investigado, tornando-se numa importante fonte de informação para os processos de tomada de decisão, diferindo de outros tipos de revisão da literatura, essencialmente pela sua metodologia explícita e precisa. Mais do que uma simples descrição dos estudos, permite uma análise crítica da qualidade dos mesmos e a consequente identificação e comparação das suas semelhanças e diferenças, permitindo a validação da evidência (JBI, 2020).

De entre as várias formas de estudos de revisão, a *scoping review* permite criar uma síntese que identifica e mapeia a amplitude da evidência disponível num determinado tópico ou questão, independentemente da fonte de informação (Amendoeira, 2021).

Findo este percurso formativo, que significa um avanço na procura permanente da excelência do exercício profissional de enfermagem, foi realizada uma *scoping review* cujo objetivo visava dar resposta a uma inquietação profissional. Para tal foram formuladas três questões de investigação, às quais passamos a dar resposta com base na síntese das evidências resultante dos estudos analisados.

Assim, podemos concluir que:

Existem vários instrumentos de avaliação do risco de acesso venoso periférico difícil em crianças, nomeadamente o DIVA score, o DIVA KEY e ainda um fluxograma PPIVA, que resultam do DIVA score original e que integram outros indicadores de avaliação de risco, quer associados aos profissionais, quer a características da criança (pessoais e clínicas).

O instrumento com evidência da maior eficácia na taxa de sucesso de CAVP na primeira tentativa, foi o PPIVA pathway (81,9%) que inclui um algoritmo com outros indicadores (anos experiência profissional, lado e região do corpo a puncionar, número de cateter utilizado, diagnóstico e presença de doença/ comorbidade).

No entanto é consenso de todos os outros estudos que a avaliação do DIVA score, é, por si só, o melhor preditor do risco de DIVA, dado que os seus indicadores são determinantes dessa eficácia. Um score igual ou superior a 4 é um indicador de risco de acesso venoso periférico difícil.

Porém, o número de anos de experiência profissional de quem executa o procedimento e as características físicas da criança, como IMC, desnutrição ou a presença de doença ou de comorbidade figuram como segunda linha de evidência dos indicadores determinantes desta eficácia, surgindo como denominador comum dos estudos. Emergiram ainda como estratégias de eficácia, o recurso a técnicas adicionais sempre que necessário, como a utilização de instrumentos de visualização e recurso a experts em acesso venoso pediátrico.

Por último, quando utilizados os vários instrumentos de predição do risco de DIVA, a taxa de sucesso de CAVP na primeira tentativa é, no geral, igual ou superior a 60%, atingindo apenas com o PPIVA pathway um valor de 89,1%.

A informação obtida neste estudo confirma a importância da utilização e aplicação de instrumentos em crianças com necessidade de CAVP, dado que avaliam o risco de

(in)sucesso, o que constitui um importante contributo para a tomada de decisão clínica e para a intencionalidade das práticas de qualidade baseadas na evidência, inerentes ao EEESIP.

Na necessidade de colocar acesso venoso, várias estratégias têm sido partilhadas no sentido de diminuir a dor e a ansiedade relacionadas com essa experiência. Contudo, avaliar e melhorar a taxa de sucesso na primeira tentativa do procedimento constitui uma das opções menos investigadas.

Com base na inquietação que originou este estudo e considerando o número de crianças sujeitas a várias tentativas de CAVP falhadas com conseqüente deterioração do seu património vascular, é urgente a implementação destes instrumentos. A sua utilização irá permitir aos profissionais a adequação da sua abordagem à colocação do cateter venoso, melhorando a experiência para o profissional, mas sobretudo para a criança e família.

A melhoria da qualidade das práticas é um importante indicador de humanização no atendimento à criança/família e exige uma melhoria dos mecanismos, estruturas e práticas existentes, com maior investimento dos profissionais na procura de experiências em saúde viáveis, apropriadas, significativas e eficazes para ajudar na melhoria global dos resultados de saúde.

Limitações do estudo

Os instrumentos preditores de risco de DIVA validados para pediatria são escassos e mesmo inexistentes em Portugal. Este facto determinou o número reduzido de estudos incluídos neste estudo de *scoping review*.

Igualmente, a não existência de instrumentos preditores de risco de DIVA validados para a população pediátrica portuguesa e o tipo de estudo efetuado não permitem a formulação de recomendações, sugerindo-se a realização de um estudo primário de validação de instrumentos e um estudo de revisão sistemática da Literatura no futuro.

Implicações para a prática

Os instrumentos preditores do risco de DIVA destinam-se a ajudar os enfermeiros a prever a probabilidade de sucesso na CAVP. É essencial que se disponha de recursos adequados para que na altura da tomada de decisão, se proceda à melhor escolha.

Apesar de não conhecermos instrumentos validados para a população portuguesa, o que impossibilita, para já, a sua utilização, a elaboração deste estudo deu um importante contributo para o aumento do conhecimento neste âmbito, com implicações diretas na prática de cuidados.

Referências bibliográficas

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2019). *Cateteres Periféricos: Novas Recomendações da ANVISA Garantem Segurança na Assistência*.
<https://www.gov.br/anvisa/pt-br>
- Als, H. (2017, July 1). Cuidados de desenvolvimento individualizados para bebês prematuros | Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância. Wwww.encyclopedia-Crianca.com. <https://www.encyclopedia-crianca.com/prematuridade/segundo-especialistas/cuidados-de-desenvolvimento-individualizados-para-bebes>
- Alves, S., Costa, T., Ribeiro, I., Néné, M., & Sequeira, C. (2023). Perinatal mental health counselling programme: A scoping review. *Patient Education and Counseling*, 106: 170–179. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.10.347>
- Amendoeira, J. (2021). Revisão sistemática de literatura - A Scoping Review. José Amendoeira UMIS_UI_IPSantarém | Centro de Investigação em Qualidade de Vida Instituto Politécnico de Santarém UMIS-ESSS. <http://hdl.handle.net/10400.15/3784>
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra. Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC)
<https://www.esenfc.pt/pt/download/3868/dXeLMhjdjCvHFwDpAvDd>
- Bahl, A., Johnson, S., Alsbrooks, K., Mares, A., Gala, S., & Hoerauf, K. (2021). Defining difficult intravenous access (DIVA): A systematic review. *The Journal of Vascular Access*, 1-7. <https://doi.org/10.1177/1129729821105964>
- Ballard, H. A., Hajduk, J., Cheon, E. C., King, M. R., & Barsuk, J. H. (2022). Clinical and demographic factors associated with pediatric difficult intravenous access in the operating room. *Pediatric Anesthesia*, 32(7), 792–800.
<https://doi.org/10.1111/pan.14438>

- Borchert B., E., Lacas sie, H. J., Concha P., M., Rattalino F., M., & Lema F., G. (2021). Acceso venoso difícil en pediatria. *Revista Chilena de Anestesia*, 50(5), 685–689. <https://doi.org/10.25237/revchilanestv50-03-08>
- Branca, V. M. C. C. (2018). *Visita Domiciliária de Enfermagem ao Recém-nascido e Família: um contributo para o bem-estar e maximização da saúde*. [Tese de Mestrado, Universidade de Évora]. Repositório Da Universidade de Évora. <http://hdl.handle.net/10174/23290>
- Carvalho, C. G. (2021). *Posicionar para desenvolver: Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no Posicionamento Terapêutico do Recém-nascido numa UCIN*. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Beja, Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Portalegre, Instituto Politécnico de Setúbal, Instituto Politécnico de Castelo Branco]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Beja. <http://hdl.handle.net/20.500.12207/5497>
- Casey, A. (1993). *Development and use of the partnership model of nursing care*. In Glasper, E., & Tucker, A. (Eds). *Advances in Child Health Nursing*.; Oxford: Scutari Press.
- Chandebois, L., Nogue, E., Bouschbacher, C., Durand, S., Masson, F., Mesnage, R., Nagot, N., & Cambonie, G. (2021). Dissemination of newborn behavior observation skills after Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) implementation. *Nursing Open*, 8(6). <https://doi.org/10.1002/nop2.904>
- CIPE. (2019). *International Classification for Nursing Practice (ICNP) (Versão Portuguesa)*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Coelho, M. T. V. (2015). *Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Utilização pelos enfermeiros*. Repositório Aberto; [Tese de Doutoramento. ICBAS, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=33990
- De la Vieja-Soriano, M., Blanco-Daza, M., Macip-Belmonte, S., Dominguez-Muñoz, M., López-Sánchez, E., & Pérez-Pérez, E. (2022). Difficult intravenous access in a

paediatric intensive care unit. *Enfermería Intensiva* (English Ed.), 33(2), 67–76.

<https://doi.org/10.1016/j.enfie.2021.03.006>

De Negri, D. C., Avelar, A. F. M., Andreoni, S., & Pedreira, M. da L. G. (2012). Predisposing factors for peripheral intravenous puncture failure in children. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(6).

<https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000600009>

Deliktas, A., Korukcu, O., Aydin, R., & Kabukcuoglu, K. (2019). Nursing Students' Perceptions of Nursing Metaparadigms. *Journal of Nursing Research*, 27(5), 1.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30747821/>

Escola Superior de Saúde de Viseu. (2022). *Guia Orientador: Estágio de Urgências Pediátricas e Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia*.

Escola Superior de Saúde de Viseu (2021) *Guia Orientador de Trabalhos Escritos*

https://www.essv.ipv.pt/wpcontent/uploads/UNICISE/DOCUMENTOS/Final_versao2_GuiaTrabalhosEscritos2021.pdf

Farrell, M. (2017). Partnership in care: paediatric nursing model. *British Journal of Nursing*, 1(4), 175–176. <https://doi.org/10.12968/bjon.1992.1.4.175>.

Ferraz, L. P. L. (2017). *Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro* [Tese de Mestrado Escola Superior de Enfermagem de Coimbra].

Repositório científico. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=48621&codigo=103

Freire, M. H. de S., Arreguy-Sena, C., & Müller, P. C. de S. (2017). Cross-cultural adaptation and content and semantic validation of the Difficult Intravenous Access Score for pediatric use in Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(0).

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/DHKSmY9PL4XMRnvxscDBZdj/?lang=en>

Gaiva, M. A. M., Monteschio, C. C., Moreira, M. D. de S., & Salge, A. K. M. (2018). Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. *Avances En Enfermería*, 36(1). <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n1.62150>

- Gorski, L. A., Hadaway, L., Hagle, M. E., Broadhurst, D., Clare, S., Kleidon, T., Meyer, B. M., Nickel, B., Rowley, S., Sharpe, E., & Alexander, M. (2021). Infusion Therapy Standards of Practice, 8th Edition. *Journal of Infusion Nursing*, 44(Supplement 1), S1–S224. <https://doi.org/10.1097/nan.0000000000000396>
- Hartman, J. H., Baker, J., Bena, J. F., Morrison, S. L., & Albert, N. M. (2018). Pediatric Vascular Access Peripheral IV Algorithm Success Rate. *Journal of Pediatric Nursing*, 39, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.12.002>
- Heydinger, G., Shafy, S. Z., O'Connor, C., Nafiu, O., Tobias, J. D., & Beltran, R. J. (2022). Characterization of the Difficult Peripheral IV in the Perioperative Setting: A Prospective, Observational Study of Intravenous Access for Pediatric Patients Undergoing Anesthesia. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, Volume 13, 155–163. <https://doi.org/10.2147/phmt.s358250>
- Hockenberry, J., Wilson, D., & Winkelstein, L. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e Adolescente* (2 vols., 9.^a ed.). Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança. (2009). *Carta da Criança Hospitalizada*.
- International council of Nurses. (2019). International Council of Nurses. ICN - International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/>
- Joanna Briggs Institute. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis* (E. Aromataris & Z. Munn, Eds.). JBI. <https://doi.org/10.46658/jbimes-20-01>
- Jordão, M. M., Costa, R., Santos, S. V., Locks, M. O. H., Assuiti, L. F. C., & De Lima, M. M. (2017). Ruídos na unidade neonatal: identificando o problema e propondo soluções. *Cogitare Enfermagem*, 22(4). <https://doi.org/10.5380/ce.v22i4.51137>
- Kanaley, R. L., Gillette, C., Schriefer, J., Gottfried, J. A., & Bramley, J. (2023). Evaluation of the difficult intravenous access (DIVA) scoring in hospitalized pediatric patients. *British Journal of Nursing*, 32(2), S18–S26. <https://doi.org/10.12968/bjon.2023.32.2.s18>
- Keskin, G., Akin, M., Senayli, Y., Saydam, S., & Kurt, D. T. (2022). Evaluation of the difficulty of peripheral venous cannulation during anesthesia induction in children: Is DIVA

score sufficient? *The Journal of Vascular Access*, 23(2), 240–245.

<https://doi.org/10.1177/1129729820987947>

Kohlsdorf, M., & Júnior, Á. L. C. (2013). Comunicação em pediatria: revisão sistemática de literatura. *Estudos de Psicologia*, 30(4).

<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000400007>

Lee, S. U., Jung, J. Y., Ham, E. M., Wang, S. W., Park, J. W., Hwang, S., Kim, D. K., & Kwak, Y. H. (2019). Factors associated with difficult intravenous access in the pediatric emergency department. *The Journal of Vascular Access*, 21(2), 180–185.

<https://doi.org/10.1177/1129729819865709>

Lourenço, I. F. G. (2018). *O Contributo Da Auditoria Interna Para a Governação Clínica e de Saúde numa Unidade de Saúde Familiar* [Tese de Mestrado, Universidade do Algarve, Faculdade de Economia]. <https://sapiencia.ualg.pt/handle/10400.1/15004>

Ludin, S. M. (2018). Does good critical thinking equal effective decision-making among critical care nurses? A cross-sectional survey. *Intensive and Critical Care Nursing*, 44(44), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.06.002>

Macedo, E., Martins, C. A., & Macedo, J. C. G. M. (2020). *Uma análise à luz da Teoria das Transições em Enfermagem de Afaf Meleis* [Recensão de um filme, Universidade do Minho. Escola Superior de Enfermagem]. <https://hdl.handle.net/1822/68751>

Nadal, K., Kuasoski, M., Mascarenhas, L. P. G., Maganhotto, R. F., & Doliveira, S. L. D. (2020, September 15). Políticas públicas ambientais: uma revisão sistemática. *Revista Ibero-Americana de Ciências Ambientais*, 12(1), 680–690.

<https://doi.org/10.6008/cbpc2179-6858.2021.001.0054>

Naik, V., Mantha, Ss. P., & Rayani, B. (2019). Vascular access in children. *Indian Journal of Anaesthesia*, 63(9), 737. https://doi.org/10.4103/ija.ija_489_19

Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 505–510.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>

Ng, M., Kwok Fai Mark, L., & Fatimah, L. (2022). Management of difficult intravenous access: a qualitative review. *World Journal of Emergency Medicine*, 13(6), 467.

<https://doi.org/10.5847/wjem.j.1920-8642.2022.104>

Nunes, D. C. R. (2019). *Transição para a parentalidade na prematuridade: terapêuticas de enfermagem promotoras do regresso a casa* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. In comum.rcaap.pt.

<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/37131>

O'Grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Dellinger, E. P., Garland, J., Heard, S. O., Lipsett, P. A., Masur, H., Mermel, L. A., Pearson, M. L., Raad, I. I., Randolph, A., Rupp, M. E., & Saint, S. (2011). *Guidelines for the prevention of intravascular catheter*. Centers for Disease Control and Prevention

<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/bsi/index.html>

Öntürk, Z. K., İsabetli, S., Bahadır, M., & Doğru, E. (2022). The effect of “pediatric peripheral intravenous access (PPIVA) pathway” on the success of vascular access in children. *Journal of Pediatric Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.11.029>

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE). Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico - funcionais*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArg_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Entrevista ao adolescente e Promover o desenvolvimento infantil na criança*. Cadernos da OE. série I, nº3, vol1.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatrica_volume1.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Diminuir o medo da cirurgia, Assistir a criança com diabetes Mellitus e Assistir a criança com estoma*. Cadernos da OE. série I, nº3, vol2.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticaceesip_volii.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Promoção da esperança e Preparação do regresso a casa da criança*. Cadernos da OE. série I, nº3, vol3.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticaceesip_vol_iii.pdf

Ordem dos Enfermeiros, OE. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Cadernos da OE. série I, nº6.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontroldorcrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização*. Cadernos da OE. série I, nº8.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5154/repe_estatuto2016_versao03-00000000000005-17.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Saúde Infantil e Pediátrica*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2022). *Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva: sumário executivo*. In apps.who.int. Organização Mundial da Saúde.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/354560>

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). *Chapter 11: Scoping Reviews*. JBI Manual for Evidence Synthesis.

<https://doi.org/10.46658/jbimes-20-12>

Piredda, M., Biagioli, V., Barrella, B., Carpisassi, I., Ghinelli, R., Giannarelli, D., & De Marinis, M. G. (2017). Factors affecting difficult peripheral intravenous cannulation in adults: a prospective observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(7-8), 1074–1084.

<https://doi.org/10.1111/jocn.13444>

Pontes, A. F., Barros, N. H. de C., Rodrigues, N. A., Albuquerque, M. L. de, Cabral, M. G. de O., Lucena, M. C. I. de Duda Júnior, L. G. de S., Paixão, T. B. L. da, Araújo, S. L., & Andrade, Â. R. L. de. (2022). O impacto da hospitalização na criança e na família. *Research, Society and Development*, 11(12).

<https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34161>

Portugal, Decreto-Lei nº 28/2008. (2008, Fevereiro 22). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, I.P. [Portugal]. *Diário Da República*, 1(38), pp. 1182-1189.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

Portugal, Decreto-Lei nº 30/2011. (2011, Março 2). Funde várias unidades de saúde e cria o Centro Hospitalar de São João, E. P. E., o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E., o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E. P. E., o Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E. P. E., e o Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, E. P. E., e altera o Centro Hospitalar do Porto, E. P. E. *Diário da República*, 1(43), pp. 1274-1277

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/30-2011-278890>

Portugal, Despachonº2784/2013. (2013, Fevereiro 20). O Programa do XIX Governo prevê a promoção da melhoria dos registos eletrónicos de dados de saúde e a sua partilha a nível nacional, como instrumentos fundamentais de melhoria dos cuidados prestados à população, e ferramenta indispensável a eficácia e eficiência dum sistema de saúde moderno. *Diário da República*. 2(36) pp. 6908-6909.

<https://files.dre.pt/2s/2013/02/036000000/0690806909.pdf>

Portugal, Despacho nº 1400-A/2015. (2015, Fevereiro 10). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020. *Diário da República*, 1º suplemento, 2(28) pp. 2-

10.<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

- Portugal, Despacho nº 9390/2021 (2021, Setembro 24). Sumário: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). *Diário Da República*, 2(187), pp. 96-103. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Portugal, Direção Geral da Saúde. (2010). Estrutura conceptual da classificação internacional sobre segurança do doente. Lisboa: Direção-geral da Saúde. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70882/4/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf?ua≡1
- Portugal, Direção Geral da Saúde. (2019). Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde. <https://www.chuc.min-saude.pt/media/literaciasaude/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde. (2010). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010 – 2016. Lisboa: Direção Geral da Saúde. <https://pt.scribd.com/document/391301305/2-Prevencao-de-acidentes-DGS-2010-2016-pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde. (2020). Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: Direção Geral da Saúde. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wpcontent/uploads/2020/11/Relato%CC%81rio-PNPAS-2020.pdf>
- Portugal, Ministério da Saúde. (2020a). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos • PNPAS. Lisboa: Direção Geral Da Saúde. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos/>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2003). *Circular Normativa nº9/DGCG, de 14/6/2003: A dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da Dor*. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2010). *Orientação nº 014/2010, de 14/12/2010: Orientações técnicas sobre a avaliação de dor nas crianças*.

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152010-de-14122010-pdf.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2012). *Orientação nº 022/2012, de 18/12/2012: Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos).*

https://www.apeddor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Orientacoes_técnicas_sobre_o_controlo_da_dor_em_procedimentos_invasivos_nas_crianças.pdf

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2012). *Norma nº 022/2012, de 26/12/2012, atualizada em 13/07/2017: Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto.*

<https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/26/abordagem-hospitalar-das-queimaduras-em-idade-pediatica-e-no-adulto/>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2013). *Norma nº 010/2013, de 31/05/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.*

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2015). *Norma nº 015/2015, de 12/08/2015: Programa Nacional de Saúde Escolar.*

<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Decreto-Lei-n.%C2%BA-282008.-DR-38-SE%CC%81RIE-I-de-2008-02-22.pdf>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2017). *Norma nº 001/2017, de 08/02/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.*

<https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2018). *Norma nº 014/2018, de 03/08/2018: Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica.*

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0142018-de-03082018-pdf.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2018). *Orientação nº 004/2018, de 03/08/2018: Febre na Criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores.*

<http://www.aenfermagemeasleis.pt/2018/08/06/norma-dgs-processo-assistencial-integrado-da-febre-de-curta-duracao-em-idade-pediatica-2/>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2020). *Norma nº 018/2020, de 27/09/2020: Programa Nacional de Vacinação.*<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>

Portugal, Regulamento nº 422/2018 (2018, Julho 12). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica. *Diário da República*, 2(133), pp. 19192-19194.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

Portugal, Regulamento nº140/2019 (2019, Fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2(26), pp. 4744-4750.

<https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Portugal, Serviço Nacional de Saúde. (2019). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários: USF Briososa.

<https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20020/2061091/Pages/default.aspx>

Portugal, Serviço Nacional de Saúde. (2019). Regulamento Interno USF BRIOSA. Administração Regional do Centro.

https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/2/20020/2061091/QUEM%20SOMOS/RI_USF%20BRIOSA.pdf

Poulsen, E., Aagaard, R., Bisgaard, J., Heidi Louise Sørensen, & Juhl-Olsen, P. (2023). The effects of ultrasound guidance on first-attempt success for difficult peripheral intravenous catheterization: a systematic review and meta-analysis. *European*

Journal of Emergency Medicine. 30(2), 70–77.

<https://doi.org/10.1097/mej.0000000000000993>

Protas, J., & Anton, M. (2011). Sentimentos despertados em pais de crianças transplantadas de fígado frente à re-internação. *Psico*, 42(4).

<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/7369>

Radwan, R. I. M., & Mohamed, H. E. (2019). Barreiras Percebidas para a Comunicação Terapêutica Efetiva entre Enfermeiras Pediátricas e Mães de Crianças Hospitalizadas no Hospital Infantil Universitário de Alexandria. *Revista Americana de Pesquisa em Enfermagem*, 7(5), 802-810. <http://pubs.sciepub.com/ajnr/7/5/13>

Rafael, A., Hardy, N., Melissa Portilla Chaves, Menezes, N., Martins, J., Marques, S., Farias, G., Pereira, M., Luiz, L., Cavalcante, L., Firme, R., da, N., Uemura, V., Beatriz Sousa Santos, Ramos, V., Yulle Morais Gomes, Maria, Bárbara Roque Ferreira, Nathalia Baptista Dias, & Laísa Ribeiro Rocha. (2021). *Fundamentos e práticas pediátricas e neonatais* (Vol. 1). Pasteur. <https://doi.org/10.29327/540018>

Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. do C. (Coords) (2020). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lidel.

Rego, A., & Coelho, P. (2017). Organizar a prestação de cuidados por “enfermeiro de referência” promove a qualidade. *Servir*, 59(5-6), 68–75.

<https://doi.org/10.48492/servir025-6.23469>

Rehab, I. M. R., & Mohamed, H. E. (2019). Perceived Barriers to Effective Therapeutic Communication between Pediatric Nurses and Mothers of Hospitalized Children at Alexandria University Children Hospital. *American Journal of Nursing Research*, 7(5), pp. 802-810. <https://doi.org/10.12691/ajnr-7-5-13>

Ribeiro, C. (2019 B.C.E.). *Cateteres Periféricos: Novas Recomendações da ANVISA*. Enfermagem Ilustrada. <https://enfermagemilustrada.com/cateteres-perifericos-novas-recomendacoes-da-anvisa/>

- Ribeiro, D. F. da S., Gaspar, D. R. F. A., Santos, L. P., & Silva, M. B. T. da. (2022). The nurse's professional identity on the Primary Health Care users perception. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0974>
- Santos, S. V., & Costa, R. (2014). Treatment of skin lesions in newborn children: meeting the needs of nursing staff. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 48(6), 985–992. <https://doi.org/10.1590/s0080-623420140000700004>
- Santos-Costa, P., Sousa, L. B., van Loon, F. H. J., Salgueiro-Oliveira, A., Parreira, P., Vieira, M., & Graveto, J. (2020). Translation and Validation of the Modified A-DIVA Scale to European Portuguese: Difficult Intravenous Access Scale for Adult Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7552. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207552>
- Shaughnessy, E. E., Morton, K., & Shah, S. S. (2020). Vascular Access in Hospitalized Children. *Pediatrics*, 145(Supplement 3), S298–S299. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3474p>
- Shaukat, H., Neway, B., Breslin, K., Watson, A., Poe, K., Boniface, K., & Cohen, J. S. (2020). Utility of the DIVA score for experienced emergency department technicians. *British Journal of Nursing*, 29(2), S35–S40. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.2.s35>
- Schults, J. A., Kleidon, T. M., Gibson, V., Ware, R. S., Monteagle, E., Paterson, R., Charles, K., Keys, A., McBride, C. A., McTaggart, S., Lawton, B., Macfarlane, F., Sells, C., Rickard, C. M., & Ullman, A. J. (2022). Improving peripheral venous cannula insertion in children: a mixed methods study to develop the DIVA key. *BMC Health Services Research*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07605-2>
- Simpao, A. F., & Gálvez, J. A. (2022). "Mining large data on small veins to inform pediatric perioperative difficult intravenous access." *Pediatric Anesthesia*, 32(7), 790–791. <https://doi.org/10.1111/pan.14472>
- Smith, V. C., Love, K., & Goyer, E. (2022). NICU discharge preparation and transition planning: guidelines and recommendations. *Journal of Perinatology*. <https://doi.org/10.1038/s41372-022-01313-9>

Soares, C. R., Ciqueto Peres, H. H., & de Oliveira, N. B. (2017). *Registo do processo de enfermagem: revisão integrativa sobre as contribuições da informática*. 1º Encontro Internacional Do Processo de Enfermagem.

<https://doi.org/10.17648/enipe-2017-57368>

Sousa, P. C. M. M. de. (2014). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados*. [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde - Porto]. Repositorio.ucp.pt. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13972>

Taghinejad, F., Hashemi, F., Mokhtari, F., & Nikfarid, L. (2022). External Validation of the Difficult Intravenous Access (DIVA3) Score as a Clinical Predictive Rule for Identifying Difficult Intravenous Access in Children. *Emergency Medicine Journal*, 37(12), 762–767. <https://doi.org/10.22038/ebcj.2022.65216.2705>

Tavares, M. A. F. (2020). Gestão e organização de cuidados aos recém-nascidos pré-termo. *In pesquisa.bvsalud.org* (p. pp. 199–199).

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1412950>

Apêndices

Apêndice I

Objetivos Específicos do Estágio de Neonatologia

1 - Compreender a dinâmica, organização e funcionamento da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

- Conhecimento da orgânica e o funcionamento da UCIRN, assim como a equipa multidisciplinar que a constitui;
- Compreensão da Missão e Visão da UCIN;
- Identificação das filosofias e modelos de intervenção de enfermagem que norteiam a prática dos cuidados de enfermagem na UCIN;

2.- Conhecer e consultar os principais protocolos implementados no serviço

- Consulta de protocolos e normas existentes na unidade;
- Conhecimento e colaboração nos projetos implementados na UCIN;

3 - Mobilizar os principais conteúdos abordados na componente teórica para o estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

- Realização de pesquisa bibliográfica acerca de áreas pertinentes para a prestação de cuidados durante o estágio;

4 - Prestar cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido/ recém-nascido prematuro tendo em conta a componente desenvolvimental

- Mobilização dos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos na unidade curricular de Neonatologia do plano de estudos do Curso e refletir acerca dos mesmos;
- Conhecimento do RN, suas reações e comportamentos;
- Prestação de cuidados agrupados, evitando manipulação excessiva;
- Promoção de um ambiente tranquilo e seguro (tendo em conta a temperatura, luminosidade, ruído, sono, posicionamento e conforto)
- Prestação de cuidados em parceria com os pais;
- Promoção da prática do Método Canguru.
- Promoção do aleitamento materno
- Monitorização da dor utilizando Escala adequada:
- Promoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor;

5 - Promover intervenções que promovam a transição para a parentalidade

- Envolver a família na prestação de cuidados ao RN de alto risco;
- Capacitação dos pais, através de ensino e treino das suas capacidades;

6 - Participar no processo de tomada de decisão implementado através das respetivas etapas do Processo de Enfermagem

- Utilização do pensamento crítico no desenvolvimento do processo de enfermagem;

7 - Garantir a continuidade dos cuidados prestados ao recém-nascido prematuro e mãe/pai atendendo ao modelo de parceria de cuidados

- Utilização do sistema de registo em vigor na UCIN

8 - Promover momentos informais de reflexão sobre temas pertinentes

- Reflexão crítica com a equipa

Apêndice II

Objetivos Específicos do Estágio de Pediatria

1.- Compreender a dinâmica, organização e funcionamento do Serviço de Cirurgia, Queimados e Transplantação Hepática

- Conhecimento da dinâmica funcional do serviço e da sua articulação com outros serviços internos e externos;
- Conhecimento da metodologia de trabalho implementada no serviço;
- Conhecimento da documentação/sistema informático de Enfermagem de registo de cuidados;
- Conhecimento e consulta das principais normas e protocolos implementados no serviço.

2 - Utilizar os padrões de documentação e do sistema informático (SClínico) em uso no serviço, quer nos registos de enfermagem quer na consulta do processo da criança

- Consolidação de conhecimentos sobre sistemas de informação e sua utilização;
- Consolidação de conhecimentos sobre a linguagem CIPE e sua utilização;
- Conhecimento e utilização dos diagnósticos e intervenções de enfermagem parametrizados no serviço.

3 - Participar no processo de tomada de decisão implementado através das respetivas etapas do Processo de Enfermagem

- Consolidação de conhecimentos e competências inerentes ao processo de enfermagem;
- Participação ativa na gestão dos cuidados de enfermagem;
- Colaboração com a equipa multidisciplinar na assistência à criança/jovem e família;
- Desenvolvimento de autonomia no processo de tomada de decisão, demonstrando ter conhecimentos e iniciativa.

4 – Colaborar no projeto de melhoria da qualidade, em desenvolvimento no serviço, nomeadamente: “Tomada de Decisão Clínica em Enfermagem”

- Consolidação de conhecimentos sobre a Teoria das Transições;
- Consolidação de conhecimentos sobre Papel Parental;
- Consolidação de conhecimentos sobre o Modelo de Calgary de Avaliação Familiar;
- Desenvolver competências para a sistematização da ação autónoma e melhorar a expressão da Tomada de Decisão em Enfermagem no âmbito da Transição para a Parentalidade.

5 - Garantir a continuidade dos cuidados prestados à criança/adolescente e família, especialmente no que se relaciona com os cuidados prestados em contexto de internamento

- Realização dos registos de enfermagem no sistema informático (SCLínico), dando continuidade aos cuidados e ao processo de enfermagem;
- Colaboração na transmissão da informação à equipa de saúde multidisciplinar, relativa ao processo de cuidados, dando assim continuidade aos cuidados.

6 – Participar e colaborar no processo de normalização da Passagem de turno, instituída pelo CHUC

- Utilização da mnemónica ISBAR na transmissão da informação;
- Utilização da linguagem classificada na transmissão da informação;
- Explicitação do processo de tomada de decisão clínica em enfermagem.

7 - Promover a adaptação da criança/jovem e família ao processo de transição saúde-doença no âmbito cirúrgico

- Promoção da adaptação da criança/jovem e família à situação de doença, mostrando compreensão, atenção e disponibilidade, criando assim uma relação terapêutica de confiança;
- Acompanhamento e participação em todo o processo de cuidados: acolhimento, fases pré e pós-operatória, alta/transferência;
- Participação ativa no controlo da ansiedade/stress, desenvolvendo competências relacionais;
- Reflexão sobre a importância das competências relacionais e comunicacionais com a criança e família durante o internamento.

8 - Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/ adolescente e família, adequados ao contexto peri-operatório e à criança com patologia crónica (Hepatologia)

- Identificação de diagnósticos de enfermagem, bem como o planeamento, implementação e avaliação das intervenções efetuadas, inerentes ao processo de enfermagem;
- Realização dos registos de enfermagem no sistema informático (SCLínico), dando continuidade aos cuidados e ao processo de enfermagem;
- Desenvolvimento de estratégias para a prática de cuidados não traumáticos;
- Participação ativa na implementação de cuidados não traumáticos, nomeadamente em procedimentos dolorosos;
- Reflexão sobre as intervenções promotoras de cuidados não traumáticos;

- Desenvolvimento de estratégias de gestão da dor (estratégias farmacológicas e não farmacológicas);
- Conhecimento dos protocolos e normas no tratamento da dor nas crianças admitidas no serviço;
- Colocação em prática de técnicas de distração, como a música, o brinquedo terapêutico, para a realização dos procedimentos dolorosos;
- Desenvolvimento de competências de assistência à criança/ jovem e família sujeita a transplante hepático;
- Realização de ensinios à criança/jovem e família em situação de doença aguda/crónica ou em contexto de cirurgia, na preparação para a alta, nomeadamente aos cuidados após a alta e à vigilância de sinais e sintomas de complicações;
- Intervir, sempre que se justifique, no âmbito da promoção da saúde da criança/adolescente e sua família.

9 - Prestar cuidados especializados de enfermagem suportados no Modelo de Parceria de Cuidados:

- Promoção do modelo de Parceria de Cuidados, em diferentes contextos de cuidados;
- Desenvolvimento de parceria de cuidados potenciando e promovendo o papel parental durante a hospitalização, capacitando-os para o cuidar;
- Negociação dos cuidados e realização de ensinios aos pais/cuidador para a preparação para a alta.

Apêndice III
Objetivos Específicos do Estágio de Saúde Infantil e Familiar

1 - Conhecer e compreender a dinâmica, organização e funcionamento da Unidade

- Observação da estrutura física e organizacional da unidade;
- Conhecimento da equipa multidisciplinar, dinâmica funcional e metodologia de trabalho;
- Conhecimento da articulação da unidade com outros serviços internos e externos;
- Conhecimento da documentação/sistema informático de Enfermagem de registo de cuidados SClinico;
- Consulta de protocolos/manuais instituídos na USF e nas diretrizes da DGS para a saúde infantil e juvenil.

2 - Desenvolver competências comunicacionais com a criança, jovem e família de acordo com o seu desenvolvimento

- Desenvolver competências relacionais na comunicação com a criança, jovem e família;
- Demonstração de conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o recém-nascido/criança/jovem e família;
- Promoção do BSIJ junto das crianças/famílias enquanto forma de comunicação entre equipa e pais e no sentido de uma melhor rentabilização do seu conteúdo.

3 - Desenvolver competências no domínio da prestação de cuidados à criança/jovem e família visando a maximização da saúde

- Colaboração no atendimento personalizado a cada criança/jovem e família, considerando o seu estágio de desenvolvimento e respeitando as metodologias de trabalho da unidade, promovendo um ambiente favorável às práticas de cuidados;
- Participação ativa na consulta de saúde infantil e juvenil com avaliação de medidas antropométricas e o seu registo respetivo no sistema de informação e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil;
- Avaliação do crescimento e desenvolvimento de acordo com a Escala de Mary Sheridan ou outras e sua interpretação;
- Transmissão aos pais de orientações antecipatórias sobre crescimento e desenvolvimento infantil, sinais de alarme e prevenção de acidentes, autoestima e imagem corporal do adolescente e comportamentos saudáveis;
- Capacitação dos pais de habilidades e competências com vista à autoconfiança familiar, potenciando a parentalidade positiva e responsável (com a exigida validação da informação);

- Participação na Vigilância do Plano Nacional de Vacinação, (vacinas incluídas no plano e extraplano), reações adversas e modo de atuação;
- Promoção da amamentação e do aleitamento materno (consulta e cumprimento da norma da unidade e aplicação da escala de avaliação);
- Demonstrar capacidades para gerir os cuidados, participando na otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;
- Otimizar os cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem família em situação de doença aguda ou crónica (gestão da dor e bem-estar).

4 - Desenvolver competências na área da gestão

Assim, após conversa com a enfermeira tutora estabeleci algumas atividades para alcançar este objetivo:

- Colaboração em programas de melhoria contínua (atualização do Manual de Boas Práticas-Consulta de Saúde Infantil e Juvenil e colaboração na revisão do Manual da Febre);
- Participação e colaboração na gestão dos ficheiros da unidade.

5 - Promover a formação e o desenvolvimento pessoal e profissional:

- Manutenção, de forma contínua e autónoma, do meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;
- Promoção de momentos informais de reflexão e avaliação das atividades desenvolvidas junto do enfermeiro orientador, enfermeiro tutor e restante equipa de enfermagem, com ênfase nos aspetos a reforçar, a melhorar, nas dificuldades sentidas e na formulação de propostas concretas para as ultrapassar/solucionar;
- Reflexão sobre a prática, de uma forma crítica.

Apêndice IV
Sistematização de Conteúdos

03-janeiro	Conhecimento do serviço, estrutura física, unidades e disposição/arrumação do material;
07-janeiro	Apresentação à enf. Tutora: Cláudia Dias Discussão sobre a metodologia de funcionamento no que se relaciona a um serviço isento de rotinas rígidas, sendo os cuidados prestados dependentes da observação efetuada a cada momento do comportamento apresentado pelo RNPT (Cuidados Centrados no Desenvolvimento) Consulta de alguns protocolos: Projeto MAE Observação da prestação de cuidados.
08-janeiro	Prestação de cuidados a um RNPT: Supervisão dos cuidados prestados pelo pai; Alimentação por gavagem. MChiro, A.E.P. (2020). The transition from gavage feeding in premature infants: what is the effect of non-nutritive suck on improving oral and breast feeding and hospital discharge in this population? A literature review. <i>Journal of Clinical Chiropractic Pediatrics</i> , 19(1), 1650-1657. https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&sid=15923951-b975-4298-8886-06d2d8fca5ba%40redis Colaboração na prestação de cuidados aos restantes RN atribuídos à enf tutora: aspiração de secreções na orofaringe
11-janeiro	Reunião via Zoom com Orientadora: Prof Ernestina e Tutora: Enf Cláudia Dias Planeamento e prestação de cuidados ao RNPT Ventilação no modo CPAP Modos ventilatórios Martin, R.J., Fanaroff, A.A., Walsh, P.B. (2020). <i>Neonatal – Perinatal Medicine</i> . Elsevier. p. 1174 - 1202 Fármacos: Cafeína, Socarras, A.J.L. (2018). <i>Caffeine use in preterm infants: from magic to uncertainty</i> . <i>Archivos Argentinos de Pediatría</i> , 116(6), 380-383. https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n6a02e.pdf Fármacos: Hidroclorotiazida+espironalactona, Margotto, P.R (2018) <i>Uso de diuréticos em Neonatologia: mais controvérsias do que indicações</i> , 1º Simpósio Internacional de Neonatologia do Distrito Federal http://paulomargotto.com.br/uso-de-diureticos-em-neonatalogia-mais-controversias-do-que-indicacoes/ Extração de leite materno; Engelke, Z. (2017). <i>Nursing practice and skill: patient education: teaching use of breast pumps</i> . CINAHL Informations Systems. https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=7d5989ba-9a3a-4785-9262-90fc13a14b9d%40redis Projeto mãe: visita a uma grávida de risco (trigemelar) internada na UMMF
16-janeiro	Planeamento e prestação de cuidados RNPT Diagnóstico precoce na prematuridade Lopes, L., Sousa, C., Fonseca, H., Carvalho, I., Marcão, A., Rocha, H., & Vilarinho, L. (2018). <i>Prematuridade e rastreio nacional</i> . Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

	<p>Vilarinho, L., Garcia, P., & Costa, P.P. (2021). Programa Nacional de Rastreamento Neonatal – Relatório 2020. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.</p> <p>Método do Canguru, Zirpoli DB, Mendes RB, Barreiro MSC, et al. Benefícios do Método Canguru: Uma Revisão Integrativa . Rev Fund Care Online. 2019.11(n. esp):547-554. DOI: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.547-554</p>
17-janeiro	Planeamento e prestação de cuidados RNPT
21	Planeamento e prestação de cuidados RNPT
22	Planeamento e prestação de cuidados RNPT
23	<p>Mudança incubadora para berço Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health. (2018). Weaning of moderately preterm infants from the incubator to the crib: a randomised controlled trial. <i>The Journal of Pediatrics</i>, 2(2), 1-11. https://relaped.com/wp-content/uploads/2019/05/Shankaran2019.pdf Jacob, A., Casatelli, J. (2020). Developing a guideline for transferring premature infants from a incubator to na open crib. <i>Journal of Neonatal Nursing</i>, 26(3), 162-166. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1355184120300193</p> <p>Amamentação</p>
24	Colonização - Enterobactérias produtoras de beta-lactamase de espectro ampliado (ESBL)
25	Admissão de trigêmeos
31	<p>Prestação de cuidados a RNPT Banho com contenção Santos HM, Silva LJ, Góes FGB, Santos ACN, Araújo BBM, Santos IMM. Swaddle bathing in premature babies in a neonatal unit: the practice from the perspective of nurses. Rev Rene. 2020;21:e42454. DOI: https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202142454</p>
6 fevereiro	<p>Prestação de cuidados a RNPT Fototerapia Silva EHA, Lima LSB, Caldeira AG, Aoyama EA. Cuidados de enfermagem com a fototerapia em recém-nascidos com icterícia. Rev Bras Interdiscip Saúde - ReBIS. 2021; 3(4):49-57.</p>
8 fevereiro	<p>Prestação de cuidados a RNPT Avaliação com prof. Ernestina Silva e tutora Enf Cláudia Dias</p>

PREVENÇÃO

VIGILÂNCIA CONSTANTE DOS CUIDADORES

alimentos como amendois, nozes, pipocas, castanhas, grão, feijão, ervilhas, milho, frutos com caroço e sementes, que não devem ser dados até a criança ser capaz de mastigá-los adequadamente, o que acontece por volta dos 5 anos de idade, altura em que a mastigação e deglutição se tornaram mais coordenadas ● objetos pequenos como botões, balões vazios, moedas, papel, plástico, esponja e brinquedos com peças pequenas, são de igual forma perigosos nesta idade, razão pela qual não ●
● devem estar ao alcance das crianças.

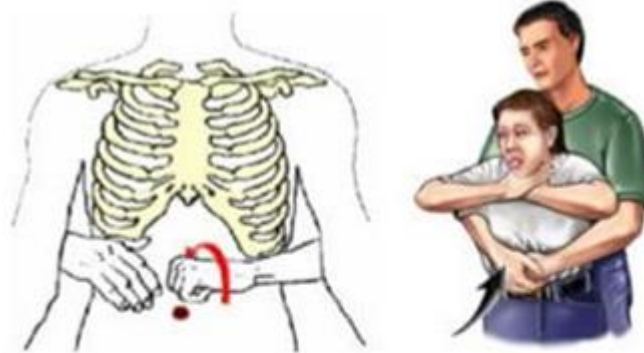
PREVENÇÃO

EVITAR HÁBITOS QUE

PREDISPOEM AOS ACIDENTES

● Manter pequenos objetos fora do alcance das crianças; ● Oferecer brinquedos seguros e adequados à idade (os brinquedos que respeitam os critérios de segurança estabelecidos pela “Diretiva sobre a segurança dos brinquedos (Diretiva n2009/48/CE)” são aqueles que apresentam a denominação CE nas embalagens); Não dar alimentos pequenos até que a criança seja capaz de mastigá-los adequadamente e ensiná-las a mastigar bem; Evitar brincadeiras durante as refeições (as crianças devem comer à mesa, sentadas)

Maiores de 1 ano: manobra de Heimlich, que consiste em compressões abaixo das costelas, com sentido para cima, abraçando a criança por trás, até que o corpo estranho seja deslocado da via aérea para a boca e expelido.



Manobra de *Heimlich*

Maiores de 1 ano: manobra de Heimlich, que consiste em compressões abaixo das costelas, com sentido para cima, abraçando a criança por trás, até que o corpo estranho seja deslocado da via aérea para a boca e expelido.

(5 vezes)



(5 vezes)



Menores de 1 ano: 5 percussões com a mão na região das costas, a criança com a cabeça virada para baixo, seguida de 5 compressões na frente, até que o corpo estranho seja expelido ou a criança reaja.

Anexos

Anexo I
Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem mais frequentes no serviço

Diagnóstico de Enfermagem Alimentar-se dependente, em grau elevado Alimentar-se dependente, em grau moderado Alimentar-se dependente, em grau reduzido Independente no Alimentar-se	Intervenções de Enfermagem Alimentar Assistir no alimentar Avaliar o alimentar-se Incentivar o alimentar-se Vigiar refeição
--	---

Diagnóstico de Enfermagem Autocuidado higiene dependente, em grau elevado Autocuidado higiene dependente, em grau moderado Autocuidado higiene dependente, em grau reduzido Independente no autocuidado higiene	Intervenções de Enfermagem Assistir no autocuidado: higiene Avaliar autocuidado: higiene Dar banho Incentivar o autocuidado: higiene Providenciar dispositivos para o autocuidado: higiene
--	--

Diagnóstico de Enfermagem Dor- Sem dor	Intervenções de Enfermagem Assistir a identificar estratégias de alívio da dor Executar tratamentos com recurso também a estratégias não farmacológicas Monitorizar a dor Referir para o serviço médico Vigiar a dor
---	--

Diagnóstico de Enfermagem Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de alívio da dor Conhecimento sobre estratégias de alívio da dor	Intervenções de Enfermagem Ensinar sobre estratégias não farmacológicas Instruir estratégias não farmacológicas para aliviar a dor Ensinar sobre a dor
--	--

Diagnóstico de Enfermagem Febre Sem febre	Intervenções de Enfermagem Executar técnica de arrefecimento natural Gerir regime medicamentoso Monitorizar temperatura corporal Referir para o serviço médico
--	---

Diagnóstico de Enfermagem Ferida cirúrgica Sem ferida cirúrgica	Intervenções de Enfermagem Avaliar ferida cirúrgica Executar tratamento da ferida cirúrgica Vigiar penso da ferida cirúrgica
--	--

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
----------------------------------	-----------------------------------

<p>Potencial para manter papel parental desenvolvimental durante a hospitalização</p> <p>Papel parental desenvolvimental durante a hospitalização, comprometido</p> <p>Risco de compromisso do papel parental desenvolvimental durante a hospitalização</p> <p>Potencial para melhorar papel parental complexo durante a hospitalização</p> <p>Papel parental complexo durante a hospitalização, comprometido</p> <p>Risco de compromisso do papel parental complexo durante a hospitalização</p>	<p>Apoiar papel parental</p> <p>Assistir a mãe e (ou) pai no tomar conta</p> <p>Ensinar a mãe e (ou) pai sobre papel parental</p> <p>Incentivar desempenho do papel parental</p> <p>Informar para o papel parental</p> <p>Negociar o papel parental</p> <p>Orientar a mãe e (ou) pai para serviço de saúde</p> <p>Promover papel parenta</p>
---	--

<p>Diagnóstico de Enfermagem</p> <p>Potencial para melhorar papel parental especial durante a hospitalização</p> <p>Papel parental especial durante a hospitalização, comprometido</p> <p>Risco de compromisso do papel parental especial durante a hospitalização</p>	<p>Intervenções de Enfermagem</p> <p>Apoiar papel parental</p> <p>Assistir a mãe e (ou) pai no tomar conta</p> <p>Ensinar a mãe e (ou) pai sobre papel parental</p> <p>Incentivar desempenho do papel parental</p> <p>Informar para o papel parental</p> <p>Negociar o papel parental</p> <p>Orientar a mãe e (ou) pai para serviço de saúde</p> <p>Promover papel parenta</p>
---	---

<p>Diagnóstico de Enfermagem</p> <p>Potencial para iniciar a adaptação a papel parental complexo durante a hospitalização</p> <p>Adaptação a papel parental complexo durante a hospitalização, comprometido</p> <p>Risco de compromisso da adaptação a papel parental complexo durante a hospitalização</p>	<p>Intervenções de Enfermagem</p> <p>Apoiar papel parental</p> <p>Assistir a mãe e (ou) pai no tomar conta</p> <p>Ensinar a mãe e (ou) pai sobre papel parental</p> <p>Incentivar desempenho do papel parental</p> <p>Informar para o papel parental</p> <p>Negociar o papel parental</p> <p>Orientar a mãe e (ou) pai para serviço de saúde</p> <p>Promover papel parenta</p>
--	---

Anexo II

Modelo de Avaliação de Calgary

MODELO AVALIAÇÃO FAMILIAR CALGARY

Famílias que experienciam problemas de saúde.

Avaliação Estrutural	Estrutura Interna (composição, gênero, orientação sexual, ordem nascimento, subsistemas, limites)	<p>Quem faz parte da família? Alguém mais considerado família vive com vocês? Quantos filhos tem? Qual o mais velho? Que mudanças ocorreram na conjugalidade / relacionamento com filhos desde o diagnóstico? Existe alguém com quem possa conversar se estiver stressado? Quem procura quando está triste / feliz? Que impacto poderia ter um maior apoio de outra pessoa na família para cuidar da doença da criança?</p>
	Estrutura Externa (Família Extensa, Sistemas mais Amplos)	<p>Quais os parentes mais próximos? Estão disponíveis se precisar deles? A quem pede ajuda quando surgem problemas na família? Quais os profissionais da instituição envolvidos com a família? Quantas instituições interagem regularmente com vocês? Quem considera mais necessário a participação da sua família esses sistemas?</p>
	Contexto (etnia, raça, Classe social, espiritualidade, religião, ambiente)	<p>Que práticas têm relativamente à doença? O que preciso de saber para melhor o ajudar? Mudou de casa recentemente? A sua situação financeira influencia de modo algum a utilização de recursos de saúde? Qual o impacto do trabalho por turnos no nível de stress da família? As suas crenças são um apoio para si? Quais os serviços comunitários que a sua família usa?</p>
Avaliação Desenvolvimento	Estágios	<p>1. Adultos jovens solteiros 2. Novo casal 3. Famílias com filhos pequenos 4. Famílias com adolescentes 5. Encaminhamento dos filhos e saída de casa 6. Famílias no fim de vida</p> <p>Divórcio e ciclo da família pós divórcio Família de segundos casamentos Família adotiva Família LGBT</p>
	Tarefas	<p>Cada estágio tem tarefas específicas. Famílias com filhos pequenos e adolescentes: tarefas de educação, financeiras e domésticas; realinhamento de relacionamentos para permitir aos adolescentes movimentar-se dentro e fora do sistema; definição de regras;</p>
	Vínculos	<p>Entre a família; entre o adolescente e o grupo de pares; diminuições de vínculo paterno normativas e apropriadas para o desenvolvimento dos adolescentes; Padrões de vínculo;</p>
Avaliação Funcional	Instrumental	<p>Atividades rotineiras da vida diária (ex. paraplégico requer assistência para as tarefas instrumentais); modificação de rotinas para assistir nas tarefas instrumentais; devem usar-se as rotinas familiares para guiar as intervenções.</p>
	Expressivo (comunicação, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças uniões)	<p>Quem na família inicia as conversas sobre sentimentos? Como expressam a felicidade? Qual o efeito que os sentimentos têm sobre os filhos? Quem comunica de forma mais clara e direta? Como gerem os conflitos comunicacionais?</p>

PROCESSO FAMILIAR (Avaliação inicial)

Silva LS, Bousso RS, Galera SAF

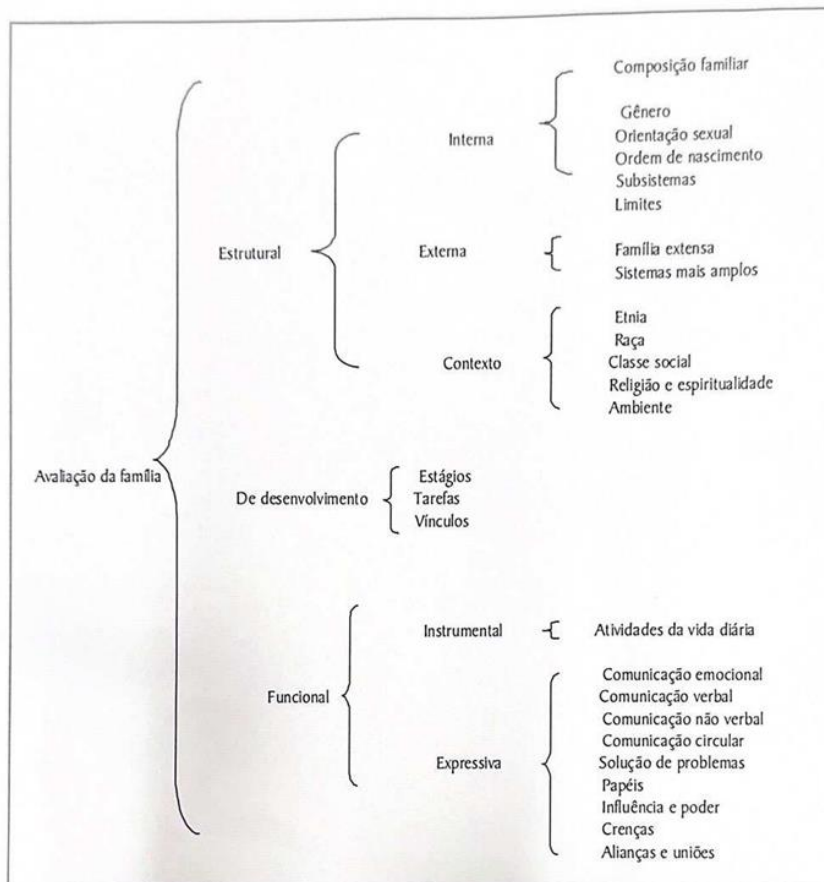


Figura 1. Diagrama ramificado do MCAF¹⁸.

REFERENCIAL METODOLÓGICO

Visando atingir o objetivo traçado, adotou-se como estratégia metodológica para este trabalho de abordagem qualitativa o estudo de caso¹⁹, método amplo que permite ser aplicado a uma variedade de problemas e pode ser utilizado em diversas áreas de pesquisa para proporcionar maior conhecimento e envolvimento do pesquisador com uma situação real observada.

O estudo foi realizado por meio de três encontros com cada família estudada, que possuía um idoso dependente e que fazia parte da área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família de um município do interior paulista.

Os participantes foram 11 integrantes de cinco famílias que desejaram ser incluídos na pesquisa.

Apenas as crianças ou aqueles familiares que não tinham disponibilidade pessoal para participar dos encontros, em qualquer momento da realização desse trabalho, foram excluídos.

Ressalta-se que embora nem todos os integrantes das famílias tenham participado da pesquisa, o enfoque da mesma foi a unidade familiar. Dessa forma, todos os participantes foram convidados a observar sua família, conforme preconiza o referencial sistêmico¹⁸.

Os procedimentos da pesquisa respeitaram o constante na Declaração de Helsinkí e, de acordo com a Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996, que aprovou as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, os dados foram coletados mediante parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista – UNESP

Anexo III Formulário da Observação da Mamada

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DA MAMADA

Nome da mãe _____ Data _____

Nome do bebê _____ Idade do bebê _____

Sinais que a amamentação vai bem

Sinais de possível dificuldade

SEÇÃO A

Observação geral

Mãe

Mãe parece saudável

Mãe relaxada e confortável

Mamas parecem saudáveis

Mama bem apoiada, c/ dedos fora do mamilo

Bebê

Bebê parece saudável

Bebê calmo e relaxado

Sinais de vínculo entre a mãe e o bebê

O bebê busca /alcança a mama se está com fome

Mãe parece doente ou deprimida

Mãe parece tensa e desconfortável

Mamas avermelhadas, inchadas /doloridas

Mama segurada com dedos na aréola

Bebê parece sonolento ou doente

Bebê inquieto ou chorando

Sem contato visual mãe/bebê, apoio frágil

O bebê não busca, nem alcança

SEÇÃO B

Posição do bebê

A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados

Bebê seguro próximo ao corpo da mãe

Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo

Bebê apoiado Bebê não apoiado

Pescoço/cabeça do bebê girados ao mamar

Bebê não é seguro próximo

queixo e lábio inferior opostos ao mamilo

SEÇÃO C

Pega

Mais aréola é vista acima do lábio superior do bebê

A boca do bebê está bem aberta

O lábio inferior está virado para fora

O queixo do bebê toca a mama

Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior

A boca do bebê não está bem aberta

Lábios voltados p/ frente/ virados para dentro

O queixo do bebê não toca a mama

SEÇÃO D

Sucção

Sucções lentas e profundas com pausas

Bebê solta a mama quando termina

Mãe percebe sinais do reflexo da oxitocina

Mamas parecem mais leves após a mamada

Sucções rápidas e superficiais

Mãe tira o bebê da mama

Sinais do reflexo da oxitocina não percebidos

Mamas parecem duras e brilhantes

Anexo IV
Caracterização dos testes de relevância

Teste de relevância I	<p>1 - O estudo aborda o tema de interesse para a investigação?</p> <p>2 - O estudo foi realizado em ambiente de internamento pediátrico?</p> <p>3 - O estudo foi publicado no período no período selecionado para a investigação proposta pelos pesquisadores do projeto de pesquisa de Revisão Sistemática?</p> <p>4 - O estudo foi publicado em idioma selecionado para a investigação?</p>
Teste de relevância II	<p>1 - Trata-se de um estudo que envolve diretamente seres humanos como sujeitos?</p> <p>2 - O estudo está voltado para a solução do problema específico que está sendo investigado?</p>

Fonte: Adaptado de Nadal et al. (2020).

