



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

A criança com *Brief Resolved Unexplained*

***Event* no primeiro ano de vida:**

Intervenção especializada de enfermagem

Joana Mesquita de Carvalho dos Santos Cardoso

Lisboa

2019





Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

Relatório de Estágio

**A criança com *Brief Resolved Unexplained
Event* no primeiro ano de vida:
Intervenção especializada de enfermagem**

Joana Mesquita de Carvalho dos Santos Cardoso

Orientadora: Professora Cândida Durão

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Ver uma folha em toda a sua clareza
sem perder de vista a sua relação com a árvore.”

Watts (1996) citado por Hesbeen (2000, p.34)

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo suporte e ajuda incondicionais, nomeadamente ao meu João pelo amor e paciência sem limites, bem como pelo apoio incessante nos momentos mais difíceis, e à D. São e Sr João, pelo carinho e disponibilidade total.

Aos meus amigos, pela compreensão face à minha ausência e pela motivação diária para levar este percurso até ao fim.

À Professora Cândida Durão pela graciosidade com que encara a vida e as adversidades, pela força como move mundos e montanhas e me incentiva a seguir o seu exemplo. O meu muito obrigada pelo prazer de a ter como referência no meu percurso pessoal, académico e profissional, e pela força (e empurrão!) que me deu para concretizar este projeto de vida.

Ao Professor Jorge Ferreira, pela sua maneira de ser e de estar sempre presente, com palavras de ânimo e encorajamento.

Às enfermeiras orientadoras dos contextos de estágio, Enfermeira Catarina e Enfermeira Marta, pela amabilidade com que me acolheram, por acreditarem nas minhas capacidades e por potenciarem o meu desenvolvimento com a sua partilha de saberes.

À minha fantástica turma de “críticos”, pelas boas recordações e pelo apoio incontestável em todos os momentos deste percurso, que tornaram esta experiência incomparavelmente memorável.

Aos meus colegas de trabalho, pela atenção durante esta fase e pela disponibilidade com que me ajudaram na conjugação do horário laboral com as atividades académicas.

A todos, o meu muito obrigada pelo importante apoio e incentivo para que a realização deste relatório, e percurso subjacente, se tornasse realidade, sem os quais não teria sido possível.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

a.C. - antes de Cristo

art.^o - artigo

ed. - edição

et al. - e outros

etc. - etecetera

Lda. - Limitada

n.^o - número

p. - página

vol. - volume

vs. - versus

> - superior a

< - inferior a

≥ - maior ou igual a

≤ - inferior ou igual a

LISTA DE SIGLAS

AAP	American Academy of Pediatrics
ALTE	Apparent Life-Threatening Event
APA	American Psychological Association
BiPAP	BiLevel Positive Airway Pressure
BRUE	Brief Resolved Unexplained Event
CMEPSC	Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Pessoa em Situação Crítica
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
CSC	Criança em Situação Crítica
DGS	Direção Geral da Saúde
DGES	Direção-Geral do Ensino Superior
DOI	Digital Object Identification
DR	Diário da República
EE	Enfermeiro Especialista
EEEMC/PSC	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
EHI	Encefalopatia hipóxico-isquémica
ERC	European Resuscitation Council
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
IG	Idade Gestacional
INE	Instituto Nacional de Estatística

JQI	Joint Quality Initiative Informal Group
NIC	Nursing Interventions Classification
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
OAF	Oxigenoterapia de Alto Fluxo
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PCR	Paragem cardiorrespiratória
PEEP	Positive End Expiratory Pressure
PSC	Pessoa em Situação Crítica
RCP	Reanimação Cardiopulmonar
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
RN	Recém-nascido(s)
SBV	Suporte Básico de Vida
SIDS	Sudden Infant Death Syndrome
SO	Sala de Observação
SPP	Sociedade Portuguesa de Pediatria
SUPC	Sudden Unexpected Postnatal Collapse
SUP	Serviço de Urgência de Pediatria
UC	Unidade Curricular
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNIGCME	United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation

RESUMO

Desde sempre que os eventos adversos no 1º ano de vida constituem um desafio para profissionais de saúde e são motivo de ansiedade para os cuidadores de um lactente. Na década de 1960, estes eventos designavam-se Sudden Infant Death Syndrome e possuíam uma conotação de fatalidade sem prenúncio. Posteriormente, na década de 1980 transitaram para Apparent Life-Threatening Event, sugerindo uma ameaça à vida e desprovido de objetividade, necessária à elaboração de um diagnóstico. Desta necessidade emergiu o Brief Resolved Unexplained Event (BRUE) em 2016, cuja natureza mais específica permitiu a categorização do risco de recorrência de eventos num algoritmo, o qual constitui um importante instrumento de trabalho para os profissionais de saúde que prestam cuidados a estes lactentes. Devido ao seu carácter recente, a enfermagem destaca a importância de se globalizar a transição de ALTE para BRUE, de ser usado este conceito em detrimento do seu antecessor e de fomentar a atualização das equipas de profissionais de saúde, assim como os ensinamentos aos cuidadores do lactente, potenciando a intervenção especializada de enfermagem sobre o lactente e respetiva estrutura familiar.

O objetivo deste relatório é descrever, de modo reflexivo, analítico e crítico, as atividades desenvolvidas em contexto clínico de serviço de urgência de pediatria e cuidados intensivos neonatais, que deram resposta aos objetivos gerais no processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista e especializadas de Enfermeiro Especialista na área de Pessoa em Situação Crítica, nomeadamente à criança com BRUE no 1º ano de vida. No Modelo de Dreyfus adaptado à enfermagem ancorou-se o desenvolvimento das áreas de perícia de saberes e competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados de enfermagem especializados de elevada qualidade ao cliente crítico, estando atento às suas necessidades de forma holística, não esquecendo a família como vetor de informação e potencial cuidador. Este processo formativo foi sustentado pela Teoria de Sistemas de Betty Neuman, assim como pelo Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, ambos ancorados nos pilares da enfermagem pediátrica.

Palavras-chave: recém-nascido, lactente, apneia, BRUE, intervenções de enfermagem

ABSTRACT

Adverse events in early childhood has been a challenge for pediatric healthcare professionals and a torment for parents and caregivers, since a long time. In the 60's, these events were called Sudden Infant Death Syndrome, which imprinted a sense of fatality that could not be predicted. Later on, in the 80's, the Apparent Life-Threatening Event emerged, suggesting a threat to a child's life and had no objectivity, which is required to perform a diagnosis. Therefore, in 2016, based on this necessity, the Brief Resolved Unexplained Event (BRUE) was created, possessing a more specific nature, that allowed the stratification of the risk category of recurrence of these events in an algorithm, as an important work tool for healthcare professionals that assist these infants. Due to the fact that it's a very recent concept, Nursing highlights the need for ALTE's transition into BRUE to be globalized, advocates for the use of BRUE's concept instead of ALTE's and fosters the healthcare professionals update as well as caregivers' education, promoting specialized nursing interventions in an infant and his family.

The purpose of this report is to describe, in a reflective, analytic and critical way, the developed activities in the pediatric emergency department and neonatal intensive care unit internships, that fulfilled the general objectives outlined in the process of acquiring and developing common and specific skills of the Specialized Nurse in Critical Care Patients area of expertise, namely to the child who experiences a BRUE in the first year of life. The development of knowledge proficiency and scientific, technical and human skills in specialized nursing healthcare of high quality to the critical patient, were based on Dreyfus Model, adapted by Benner to Nursing, requiring constant awareness to human needs in a holistic manner, always considering family as an information vector and potential caregivers. This academic practice was built on Betty Neuman's Systems Model, as on Anne Casey's Partnership Model of Nursing Care, both anchored in Nursing Pediatrics foundations.

Keywords: newborn, infant, apnea, BRUE, nursing interventions

ÍNDICE	Pág.
INTRODUÇÃO	23
1. A CRIANÇA COM BRIEF RESOLVED UNEXPLAINED EVENT NO PRIMEIRO ANO DE VIDA	29
1.1. <i>Background</i> do conceito de Brief Resolved Unexplained Event ..	30
1.2. A mortalidade no primeiro ano de vida e o Brief Resolved Unexplained Event	37
1.3. Intervenção Especializada de Enfermagem na criança com Brief Resolved Unexplained Event	38
2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS	43
2.1. Contexto clínico: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	46
2.2. Contexto clínico: Serviço de Urgência de Pediatria	56
CONCLUSÃO	66

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

Apêndice I	Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura
Apêndice II	Cronograma de Estágio 2018/2019
Apêndice III	Objetivos e Atividades/ Estratégias do Contexto Clínico - Unidade de Cuidados Intensivos/ Intermédios Neonatais
Apêndice IV	Objetivos e Atividades/ Estratégias do Contexto Clínico - Serviço de Urgência de Pediatria

- Apêndice V Plano de Sessão na UCIN: “A Criança com Brief Resolved Unexplained Event no Primeiro Ano de Vida – Intervenções Especializadas de Enfermagem: Estudo de Caso
- Apêndice VI Plano de Sessão no SUP: “A Criança com Brief Resolved Unexplained Event no Primeiro Ano de Vida – Intervenções Especializadas de Enfermagem”

ANEXOS

- Anexo I Algoritmo de BRUE: Elaboração de Diagnóstico, Estratificação do Risco e Recomendações para Gestão do cliente de Baixo Risco
- Anexo II Brief resolved Unexplained Event: What Parents and Caregivers need to know
- Anexo III Algoritmo para Avaliação e Gestão do cliente de Alto Risco de BRUE
- Anexo IV Certificado de formação profissional na “1ª Reunião de Comunicação em Pediatria Torrado da Silva” – Hospital Garcia de Orta (16 e 17/02/2017)
- Anexo V Certificado de presença no “*Workshop* – Más Notícias” - Hospital de Dona Estefânia (24/11/2018)
- Anexo VI Certificado de presença na formação “Amamentação e Aleitamento Materno” – Hospital de Santa Marta (28/02/2019)
- Anexo VII Certificado de presença na formação “Sensibilização sobre Aleitamento Materno – Vantagens do Aleitamento Materno, estratégias para extração, manipulação e conservação do leite materno” – Maternidade Alfredo da Costa (23/10/2018)
- Anexo VIII Certificado de presença nas “XXIII Jornadas de Pediatria do Departamento de Pediatria - Hospital de Santa Maria (9 e 10/02/2017)

- Anexo IX Certificado de frequência de formação profissional no “Simpósio Nacional para além da Emergência” – Formasau (26 e 27/05/2017)
- Anexo X Certificado de presença no evento “Doente Crítico 2017” do 4º Encontro de Enfermagem de Emergência e 10ª Jornadas de Enfermagem de Cuidados Intensivos – Associação Portuguesa de Enfermeiros (20 e 21/10/2017)
- Anexo XI Certificado de presença na “XXI Reunião Anual – Sociedade de Cuidados Intensivos Pediátricos” (23/11/2018)
- Anexo XII Certificado de formação profissional – Módulo de Suporte Avançado de Vida – Departamento de Formação em Emergência Médica - Instituto Nacional de Emergência Médica (23 e 24/03/2018)
- Anexo XIII Certificado de presença na formação em serviço “Reanimação Cardiorrespiratória” – Hospital de Dona Estefânia (15/01/2018)
- Anexo XIV Certificado de presença na formação em serviço “Alto Fluxo por cânulas nasais” - Hospital de Dona Estefânia (31/01/2019)
- Anexo XV Pediatric Early Warning Score to identify patient deterioration
- Anexo XVI Certificado de formação profissional – Curso de Via Área Avançada para Enfermeiros – Formasau (25/05/2017)
- Anexo XVII Certificado de participação – Abordagem Avançada da Via Área – competências necessárias – Bwizer (05/07/2017)
- Anexo XVIII Pedido de autorização de tradução do algoritmo de BRUE para Língua Portuguesa
- Anexo XIX Certificado de presença na ação de formação “Violência e Maus Tratos a Crianças e Jovens” – Hospital de Dona Estefânia (10/02/2016)

- Anexo XX Certificado de presença na ação de formação “Violência e Maus Tratos a Crianças e Jovens: da notificação aos diversos relatórios” – Hospital de Dona Estefânia (06/02/2018)
- Anexo XXI Certificado de presença na ação de formação “Violência e Maus Tratos a Crianças e Jovens” - Hospital de Dona Estefânia (16/01/2019)
- Anexo XXII Pedido de autorização para recolha de dados estatísticos sobre BRUE
- Anexo XXIII Certificado de presença na 15ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem - Associação Portuguesa de Enfermeiros (26/06/2019)
- Anexo XXIV Certificado de participação com Comunicação Livre na 15ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem - Associação Portuguesa de Enfermeiros (26/06/2019)

INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, a criança¹ foi erradamente percebida como um adulto em miniatura (Silva e Ribeiro, 2000), que em caso de doença aguda era observada num serviço de urgência geral; primeiro, porque não existiam hospitais pediátricos e segundo, porque a população era assistida com base na gravidade da doença e não pela necessidade de uma abordagem diferenciada. No século XIX, a saúde infantil sofreu uma transformação profunda, quando em 1872 a pediatria se assumiu como especialidade e começaram a surgir os primeiros hospitais pediátricos, hoje difundidos globalmente, dispondo, entre outros, de serviços de urgência de pediatria e unidades de cuidados intensivos pediátricos ou neonatais, dotados de equipas com formação específica na área, dedicados ao atendimento do cliente crítico.

Catherine Jane Wood, nome sonante da Enfermagem do século XIX, época em que as taxas de mortalidade infantil apresentavam valores muito elevados, já defendia na altura que “as crianças doentes exigem cuidados de enfermagem especiais e os enfermeiros das crianças doentes precisam de treino especial” (citada por Glasper e Charles-Edwards, 2002, p. 42), tendo-se vindo a denotar, ao longo dos últimos anos, a perceção de que a população infantil “constitui um grupo prioritário que justifica maior empenhamento e disponibilidade dos profissionais” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2012a, p.6). A formação inicial e contínua de um enfermeiro contribui para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, assim como para o processo de investigação e para o desenvolvimento do conhecimento, relacionados com os cuidados de saúde (Hesbeen, 2000). A qualidade dos cuidados é influenciada pela experiência, conhecimento e competência (Preuss, 1997 citado por Amaral, 2010) e é através da inclusão destes elementos na perícia clínica, e da familiaridade com metodologias de investigação, assim como reflexão e, se necessário, criticismo sobre a prática, que o enfermeiro pode ajudar a promover o progresso da prática de enfermagem e o seu desenvolvimento enquanto ciência (Benner, 2001; Kappeli, 1993).

1 Idade pediátrica refere-se à população com idade < 18 anos (DGS, 2012a, p.6)

No Modelo de aquisição de competências de Dreyfus, adaptado por Benner (2001) à enfermagem, a aquisição e desenvolvimento de competências implica uma evolução através de vários estádios, sendo que se pretende alcançar o último estádio, o de perito. “A perícia desenvolve-se quando se testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real” (Benner, 2001, p. 32), como é o caso de treinar e simular em contextos clínicos. Tal promove a aquisição de competências em ambiente seguro, a “reciclagem” de conhecimentos, o desenvolvimento do autoconhecimento e do trabalho em equipa, a segurança dos cuidados e a eficiente gestão do risco, potenciando uma intervenção antecipada, treinando o reconhecimento de sinais de instabilidade e reforçando a capacidade de atuação em situações de emergência (Benner, Kyriakidis, e Stannard, 2011).

Visando alcançar o estádio de perito foi delineado um processo dinâmico, aprimorado e profundo de aprendizagem e reflexão contínuas, sobre o conhecimento clínico e a experiência desenvolvidos ao longo do tempo, para se ser capaz de se relacionar o saber científico e o saber da prática, e se agir a partir de uma compreensão profunda e intuitiva da globalidade de determinada situação, com a perícia e o domínio necessários para a transformação de competências e uma progressiva melhoria da qualidade dos cuidados, rumo à excelência (Dreyfus, Dreyfus, e Benner, 1996 citado por Benner, Kyriakidis, e Stannard, 2011).

De acordo com o requerido pela Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, integrada no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), foi elaborado este relatório com o objetivo geral de descrever, de modo reflexivo, analítico e crítico, o percurso delineado para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE), e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEMC/PSC), na prestação de intervenções especializadas de enfermagem à criança em situação crítica (CSC) e respetiva família, em contextos de prestação de cuidados. A totalidade de 500 horas de estágio foram repartidas entre uma unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) e um serviço de urgência de pediatria (SUP), os quais foram veículos de construção pessoal e profissional para alcançar o nível de competências perspetivado.

Pretende-se, ainda, dar resposta aos objetivos do plano de estudos deste CMEPSC (ESEL, 2010) e responder às diretrizes dos descritores de Dublin do 2º ciclo de formação (DGES, 2013) para a obtenção do grau de Mestre, demonstrando a aquisição e desenvolvimento de competências em enfermagem na área de especialização à PSC, conforme contemplado nos Regulamentos da Ordem dos Enfermeiros relativos às Competências Comuns do EE² (Regulamento nº. 140/2019, 2019) e Específicas do EEEMC/PSC³ (Regulamento nº. 429/2018, 2018).

O tema: A criança com Brief Resolved Unexplained Event (BRUE) no primeiro ano de vida - Intervenção Especializada de Enfermagem, escolhido durante o 1º semestre do CMEPSC, serviu de linha orientadora a este percurso. Uma vez que, para a enfermagem, é crucial o crescente dever de basear os seus cuidados na melhor evidência científica disponível (Coates, 1999), iniciou-se este processo com um projeto de estágio impulsionado por uma Revisão Integrativa da Literatura⁴ (RIL) (protocolo em Apêndice I) com o intuito de responder à questão: Quais as intervenções de enfermagem na criança com BRUE, no 1º ano de vida, em contexto de Serviço de Urgência/ Unidade de Cuidados Intensivos? Através de pesquisa avançada nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text, e pesquisa livre de literatura em fontes de credibilidade científica, foi possível obter distinta literatura na área de interesse, baseada em evidência científica recente. Os resultados obtidos permitiram construir uma base de fundamentação para a resolução de alguns problemas identificados na prática clínica, seguindo as cinco etapas do Ciclo Reflexivo de Gibbs⁵, descrição, perceção, avaliação, conclusão e ação, como um componente facilitador da análise crítica e reflexiva da prática de Enfermagem e promotor do desenvolvimento pessoal e profissional (Freitas, 2010).

2 Competências Comuns são partilhadas por todos os EE, independentemente da sua área de especialidade, assentando em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3 Competências Específicas do EEEMC/PSC:

- a) cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a PSC e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

4 Uma RIL é um método de pesquisa que pretende reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um tema, de maneira sistemática e ordenada, permitindo aprofundar conhecimentos e dar suporte à tomada de decisão, de forma a contribuir para a melhoria da prática clínica (Mendes, Silveira e Galvão, 2008, p. 759).

5 Cinco etapas do Ciclo Reflexivo de Gibbs: elaboração do diagnóstico da situação; planeamento das atividades, meios e estratégias; execução das atividades planeadas; avaliação; e divulgação dos resultados obtidos.

Contextualizando o conceito de BRUE, este surgiu em 2016 como um evento súbito, rápido e já resolvido, que ocorre num lactente (1º ano de vida) quando este apresenta um ou mais dos seguintes sinais/ sintomas: cianose ou palidez; respiração ausente, diminuída ou irregular; hipo- ou hipertonia; ou alteração da capacidade de resposta (American Academy of Pediatrics [AAP], 2016a). Veio substituir o conceito de ALTE (Apparent Life-Threatening Event) (Brand e Fazzari, 2017) que detinha um carácter subjetivo, baseado na perspectiva do cuidador⁶, e não do profissional de saúde (Chow e Bin, 2017), e possuía um rótulo de *life-threatening* desnecessariamente *stressante* para os cuidadores (Arane, Claudius, e Goldman, 2017; Raab, 2017; AAP, 2016a). Mas, um eventual grau de ameaça à vida do lactente mantém-se presente no BRUE, uma vez que este tipo de evento pode apresentar uma condição clínica séria não diagnosticada (AAP, 2016a) e um risco de recidiva de 10 a 25%, com necessidade de reanimação cardiopulmonar (RCP) em 10 a 30% dos casos (Consenso: ALTE, 2014) e um risco de morte de 1 em cada 800, no caso de recorrência (Brand e Fazzari, 2017; Freedman e Burke, 2018).

Um estudo retrospectivo de Neto et al. (2011) analisa dados estatísticos do Instituto Nacional de Emergência Médica de um total de 9626 ativações dos serviços de emergência recebidas entre Maio de 2002 e Maio de 2010. Destas, 5 a 10% são emergências pediátricas, com predomínio de crianças menores de 5 anos (43%), e o número de situações de emergência nos SUP é substancialmente maior (25 a 30%). Desta forma, o facto de o número de emergências pediátricas ser muito inferior ao da população adulta “deve ser motivo de constante treino e revisão dos protocolos pediátricos” (Neto et al., 2011, p. 218). A sobrevivência de crianças em paragem cardiorrespiratória (PCR), em ambiente extra-hospitalar, varia entre 3-10%, mas das 22 crianças (4,5%) em PCR à chegada da Viatura Médica de Emergência e Reanimação nenhuma sobreviveu, o que confirma “o mau prognóstico destas situações em pediatria” e que “a pouca formação da população em suporte básico de vida (SBV) (...) contribui para que a PCR em meio pré-hospitalar seja dificilmente revertível” (Neto et al, 2011, p. 218).

6 “A criança, com idade até aos 18 anos, internada em hospital (...) tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe, ou de pessoa que os substitua” (Acompanhamento Familiar em Internamento Hospitalar – Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro, art.º 2º). Perante a existência de vários tipos de prestadores de cuidados (família, pessoa significativa, responsáveis legais, etc.), doravante utilizarei “cuidadores” como referência.

Programas de educação em saúde permitem promover o *empowerment*⁷ da população, cada vez mais necessário para uma mudança no paradigma da saúde (Coates, 1999), na qual o enfermeiro especialista tem um papel primordial (Luker e Caress, 1989).

A motivação para a escolha deste tema relaciona-se com a minha prática diária num SUP desde há 5 anos, no qual ainda domina a ideologia do ALTE. Em resposta a esta realidade, é crucial uma atualização das equipas de profissionais de saúde sobre a transição do conceito de ALTE para BRUE, divulgar o algoritmo vigente para a gestão de clientes de baixo ou alto risco, uniformizar as intervenções especializadas de enfermagem ao lactente que experiencia um BRUE, atualizar para BRUE o discriminador do ALTE presente no grupo respiratório do algoritmo da Canadian Paediatric Triage in Acuity Scale, e, concomitantemente, incentivar uma formação consistente da população em SBV (AAP, 2016a; Neto et al., 2011).

Considerando a vulnerabilidade da criança no 1º ano de vida e o carácter súbito e inesperado de um BRUE, escolhi dois modelos ancorados nos pilares da Enfermagem Pediátrica. O primeiro é o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey baseado numa filosofia de cuidados centrados na família (Casey, 1993, 1995), na qual os cuidadores são valorizados como “os melhores prestadores de cuidados à criança” (1993, p. 233) pelo *know-how* que têm da mesma, sendo fomentada uma relação de parceria entre profissionais e cuidadores, de forma a que estes últimos sejam preparados tanto para os cuidados diários, como para as adversidades (Ferreira e Costa, 2004).

Em segundo, elegi o Modelo de Sistemas de Betty Neuman por defender a criança e respetiva estrutura familiar enquanto sistema completo e complexo, sujeito a diversos *stressores* e diferentes níveis de prevenção da doença, num contínuo esforço para preservar a saúde (Neuman e Fawcett, 2011).

⁷ *Empowerment* é a interação dos profissionais com a população para se manter ou se adquirir um sentido de controlo sobre a própria vida, de forma a promover o seu potencial, capacidades e intervenções, e a serem reconhecidas mudanças positivas resultantes de comportamentos de ajuda (Hockenberry e Wilson, 2014).

O primeiro capítulo deste relatório, intitulado A criança com BRUE no primeiro ano de vida, destina-se a revelar um enquadramento conceptual e contextualizar a pertinência da problemática, ao longo dos subcapítulos Background do conceito de BRUE, A mortalidade no primeiro ano de vida e o BRUE e Intervenção Especializada de Enfermagem na criança com BRUE. No segundo capítulo, denominado Percurso de aquisição e desenvolvimento de competências é realizado o enquadramento prático das intervenções especializadas de enfermagem desenvolvidas nos contextos clínicos, sendo aprofundados aspetos relacionados com o objetivo geral e objetivos específicos de cada cenário, demonstrando a aquisição e desenvolvimento das competências de EEEMC/PSC. Finaliza-se com a Conclusão, onde se procura tecer considerações e algumas reflexões sobre a experiência na sua globalidade, culminando com a emancipação de projetos futuros.

A elaboração deste trabalho realizou-se seguindo as regras de elaboração de trabalhos escritos da ESEL (ESEL, 2018), e as referências bibliográficas que sustentam este processo foram elaboradas segundo normas da American Psychological Association (APA) 6ª ed., seguindo-se documentos em apêndice e anexo considerados pertinentes para a compreensão do percurso formativo.

1. A CRIANÇA COM BRIEF RESOLVED UNEXPLAINED EVENT NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

A enfermagem pretende, de um modo geral, “contribuir para o objetivo global dos cuidados de saúde, isto é, promover a saúde dos indivíduos e da sociedade” (Roy, 1981, p.33), mas a sua prestação na enfermagem pediátrica está estreitamente relacionada com o cuidado centrado na criança e família, sendo o seu objetivo a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde aos mesmos (Hockenberry e Wilson, 2014). Apesar de não existir um conceito universal de família, é unânime que, de um modo geral, os vários conceitos abrangem os enquadramentos legal, biológico, social e psicológico (Hanson, Gedaly-Duff e Kaakinen, 2005 citados por Votroubek e Tabacco, 2010), e que esta é o principal sistema de segurança e apoio da criança, reconhecida como uma constante na sua vida (Hockenberry e Wilson, 2014), determinante para a sua sobrevivência, o “direito mais fundamental da criança” (Organização das Nações Unidas [ONU], 2019, p.4).

Na Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20/11/1989, ratificada por Portugal em 21/09/1990, os Estados Partes reconhecem à criança: o direito inerente à vida e asseguram na máxima medida possível a sua sobrevivência; tomam todas as medidas adequadas à sua proteção, contra todas as formas de violência física ou mental, negligência ou maus tratos; o direito de possuir o melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos, garantindo o seu acesso aos mesmos, adotando modelos de atuação para reduzir a mortalidade infantil e assegurar a assistência médica e os cuidados de saúde necessários a todas as crianças. Para os cuidadores, invocam-se medidas para assegurar que são informados e aconselhados, instruídos sobre a prevenção de acidentes e doenças, que têm acesso/apoio na utilização de conhecimentos básicos na saúde e nutrição da criança (como vantagens do aleitamento materno) e a cuidados preventivos na saúde. A mortalidade infantil é uma temática sensível, merecedora de ser encarada como um imperativo de responsabilidade social, atenção e esforço contínuo, numa atualidade em que o conhecimento, a informação e a tecnologia são poderosos aliados para salvar vidas.

A ONU (2017) defende que, na pediatria, o fim das mortes evitáveis pode ser conseguido através de profissionais de saúde especializados e, por conseguinte, a cuidados de saúde diferenciados. A parceria de cuidados entre estes e cuidadores encontra o seu máximo de apoteose na pediatria, onde estes últimos são figura-chave (Casey, 1993, 1995), devendo ser encarados com cliente de enfermagem, digno de um investimento extraordinário, de forma a serem capazes de intervenção imediata em caso de BRUE.

1.1. *Background* do conceito de Brief Resolved Unexplained Event

Um enquadramento conceptual é uma generalização abstrata que situa o estudo dentro de um determinado contexto e lhe atribui um significado peculiar (Fortin, 2009), como forma de entender o fenómeno em estudo, funcionando como apoio e lógica em relação ao problema de investigação. Neste sentido, pretende-se contextualizar o BRUE, desde o aparecimento Sudden Infant Death Syndrome (SIDS), fazer uma sucinta distinção entre SIDS e ALTE, e expor a transição deste último para o BRUE.

Os eventos de morte súbita na área da pediatria foram desde sempre uma preocupação para cuidadores e um dilema para profissionais de saúde. Prova da sua antiguidade é a existência de uma passagem no livro da Bíblia Sagrada (Almeida, 1981), em I Reis 3, alusiva ao reinado do Rei Salomão entre 966 e 926 a.C., que narra o incidente da morte inesperada de um recém-nascido (RN) durante o sono, depreendendo-se agora ter sido devido à ausência, na época, de recomendações sobre formas de colocar o lactente a dormir em segurança⁸.

O conceito de SIDS surgiu na Segunda Conferência Internacional sobre Causas de Morte Súbita em Crianças em Seattle, 1969, como a morte súbita e inesperada de um lactente com idade inferior a um ano de idade, cuja causa de morte permanece inexplicável após uma minuciosa investigação, um exame *post mortem*

8 Safe to Sleep Campaign (National Institute of Child Health and Human Development, 2019)

rigoroso, avaliação do local da morte e revisão da história clínica (AAP, 2003a; Krous et al., 2004; Kinney e Thach, 2009), sendo dada ênfase à avaliação das circunstâncias da morte (Beckwith, 2003; Byard e Marshall, 2007).

Na década de 1970, a SIDS obteve maior visibilidade com a criação da Public Law 93-270 (1974) nos Estados Unidos da América, a qual impulsionou um programa de disseminação de informação e instrução da população, profissionais de saúde e funcionários de segurança pública, com o objetivo de providenciar material educativo e gerir o apoio e aconselhamento necessários às famílias afetadas por esta fatalidade.

Os fatores de risco poderão ser intrínsecos ao lactente (idade gestacional [IG], história de prematuridade e genética, baixo peso à nascença, género – maior incidência no sexo masculino, raça – crenças e fatores culturais, antecedentes pessoais e internamentos prévios, antecedentes familiares de SIDS, tipo de alimentação – amamentação de leite materno vs. leite adaptado por biberão) e/ou à sua mãe (idade jovem, estatuto socioeconómico e nível de escolaridade baixos, desemprego, família monoparental, ilegitimidade da gravidez, uma primeira gravidez muito jovem e um grande número de gestações anteriores ou gestações de curta duração, recurso tardio à consulta pré-natal ou ausência da mesma, história de consumos – hábitos etílicos ou tabágicos durante a gravidez e/ou proximidade ao lactente no 1º ano de vida). Entre os fatores extrínsecos, consta a posição em que o lactente é colocado a dormir (sempre em supinação, não partilhar a cama), cumprir a adequação do vestuário e da roupa do berço à estação do ano, usar colchão de consistência firme, temperatura ambiente amena, hora e local da morte, o plano de vacinação e o uso de chucha (AAP, 2016a,b; Kinney e Thach, 2009; Mitchell, Aley, e Eastwood, 1992; Valdes-Dapena, 1978).

O seu estatuto de problema clínico conduziu à implementação dos primeiros monitores para deteção da apneia da prematuridade⁹ em meio hospitalar na década de 1960 (AAP, 2003a). Posteriormente, começaram a ser usados como adjuvantes na deteção de episódios de apneia no domicílio após a alta clínica, mas o seu uso não é aconselhado por rotina uma vez que estes monitores não previnem a SIDS, mas vão

9 Cessação da respiração, pelo menos, 20 segundos, associada a bradicardia ou dessaturação (cianose) num prematuro (IG < 37 semanas), podendo persistir durante várias semanas, especialmente em prematuros com IG < 28 semanas (AAP, 2003a)

permitir o rápido reconhecimento da apneia ou bradicardia e uma resposta imediata e oportuna dos cuidadores (AAP, 2003a citada por DelRosso et al., 2017), reforçando que, mais do que o equipamento, é crucial a existência de cuidadores especializados na vigilância e gestão destes lactentes, devendo ser fornecida formação em RCP e apoio contínuo a nível médico, técnico e psicológico aos cuidadores (AAP, 1978).

O conceito de ALTE surge em 1986 através do grupo National Institutes of Health Consensus Development Conference on Infantile Apnea and Home Monitoring como:

“um episódio assustador para quem observa, caracterizado pela combinação de apneia (central ou ocasionalmente obstrutiva), alteração da coloração (geralmente cianose ou palidez, mas ocasionalmente eritematosa ou pletórica), marcada alteração da tonalidade muscular (acentuada hipotonia, sufocamento ou engasgamento).” (AAP, 2016a, p. e2).

Durante algum tempo acreditou-se numa associação entre ALTE e SIDS, porém o ALTE surgiu, em parte, para substituir a SIDS e outros termos como *near-miss* SIDS ou *aborted crib death* (Kaneshiro, 2018; Kondamudi e Virji, 2018). Apesar de episódios recorrentes de ALTE terem uma taxa de mortalidade < 1% (Consenso: ALTE, 2014), apenas 7% das fatalidades de SIDS possuíam história prévia de ALTE(s) (DelRosso et al., 2017), excluindo, assim, a possibilidade de uma relação causal (AAP, 2016a; Davies e Gupta, 2002; Esani, Hodgman, Ehsani, e Hoppenbrouwers, 2008; Piumelli e Davanzo, 2017; Rogers e Gage, 2018), sendo assumido por uns autores o facto de o ALTE e a SIDS serem entidades distintas (AAP, 2016b; Rogers e Gage, 2018) e, por outros, a hipótese de serem diferentes expressões fenotípicas de uma base genética comum (Filonzi et al., 2012).

A incidência estimada de crianças com ALTE era entre 0,05 e 1% (Consenso: ALTE, 2014), correspondendo entre 0,6 a 1,7% de admissões nos SUP e a 7,5% das chamadas efetuadas para linhas de apoio de emergência médica, referentes a utentes com menos de um ano (Kondamudi e Virji, 2018). A recorrência de eventos era na ordem de 10 a 25%, dos quais 10 a 30% tiveram necessidade de RCP (Consenso: ALTE, 2014), refletindo-se numa média de 2,5 a 4,1 internamentos hospitalares por cada 1000 nados-vivos (Brand e Fazzari, 2017), com uma duração média de 4,4 a 5,6 dias (Colombo et al., 2019). Em 35 a 50% dos casos existe uma condição patológica não diagnosticada (Colombo et al., 2019; Rogers e Gage, 2018), sendo os

diagnósticos mais frequentemente encontrados o refluxo gastroesofágico (30%), infecções do trato respiratório inferior (20%), patologia do sistema nervoso central/ crises convulsivas (10 a 20%), maus tratos (11%, incluindo o Síndrome de Munchausen por procuração), infecções urinárias (0,3%) e causas desconhecidas/outros (3%) (Consenso: ALTE, 2014).

Todavia, a definição subjetiva e vaga de um ALTE dificultava a standardização dos cuidados (Kondamudi e Virji, 2018; Rogers e Gage, 2018; Tieder, 2018), sendo necessária uma definição mais precisa, assim como mais investigação, para melhorar a qualidade dos cuidados a estes lactentes (Tieder et al., 2013). Neste sentido, a AAP elaborou em 2016 o Clinical Practice Guideline – Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care, a fim de, entre outros objetivos, sugerir a transição do conceito de ALTE para BRUE.

Assim, um Brief Resolved Unexplained Event é caracterizado como

“um evento que pode ocorrer em crianças até uma determinada idade (inferior a um ano), em que um observador relata um episódio súbito, rápido e já resolvido, de um ou mais dos seguintes: cianose ou palidez; ausência, diminuição ou irregularidade na respiração; tónus muscular marcadamente alterado (hipo- ou hipertonia); e alteração da capacidade de resposta” (p. e1).

Este novo conceito serviu para remover a conotação de *life-threatening* do ALTE (Kondamudi e Virji, 2018), surgindo um termo mais específico, com restrição no limite de idade, um diagnóstico de maior precisão clínica baseado nas características dos eventos, e não na perceção subjetiva do cuidador como no ALTE e, ainda, uma descrição mais clara da sintomatologia (cianose ou palidez, e não somente alteração da coloração; ausência, diminuição ou irregularidade da respiração, em vez de considerar em exclusivo a apneia; presença de hipo- ou hipertonia, ao invés de marcada alteração da tonicidade muscular; e a alteração da capacidade de resposta, que poderá denunciar um evento sério do foro cardíaco, respiratório, metabólico ou neurológico) (AAP, 2016a).

Como a maioria dos lactentes se apresenta assintomática, com parâmetros vitais estáveis e aparentemente bem aquando da admissão no SUP (Brand e Fazzari, 2017; Kondamudi e Virji, 2018), é imprescindível uma minuciosa história clínica e exame físico, de forma a permitir reunir toda a informação relativa ao evento, como

localização (domicílio/creche), circunstâncias (antes, durante e após o evento; duração do mesmo e forma de cessação) e intervenções necessárias (tipo de estimulação ou manobras de RCP); relativa ao lactente, como antecedentes pessoais (história clínica e desenvolvimento), hábitos alimentares, exposição a consumos (pré e pós-natal), eventos prévios de BRUE, contexto de trauma (maus tratos, Síndrome de Munchausen por procuração, entre outros, com existência de referência à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens ou autoridade judicial), exposição recente a doença infecciosa, posição (supinação, pronação ou outra), estado de consciência (a dormir/ acordado), atividade (a comer, a vomitar, com algum corpo estranho na cavidade oral, etc.), sintomatologia observada; e, ainda, relativa a antecedentes familiares (acompanhamento pré-natal, história de consumos, eventos de SIDS/ALTE na família ou de morte súbita/precoce, canalopatias cardíacas, ou possíveis distúrbios causais) (AAP, 2016a; Kondamudi e Virji, 2018; Raab, 2017). Nesta fase, importa também averiguar fatores sociais e ambientais de cada família (estado da habitação, condições sanitárias, situação económica), identificando a disponibilidade de sistemas de apoio social e o acesso que têm a esses recursos (Kondamudi e Virji, 2018).

Perante esta primeira abordagem, o profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, deve prosseguir com o Algoritmo de BRUE, do Clinical Practice Guideline da AAP (Anexo I), dedicado à determinação do diagnóstico de BRUE ou sua exclusão, assim como facultar recomendações baseadas na evidência para a gestão dos cuidados, fornecer suporte à implementação das diretrizes enunciadas e sugerir orientações para pesquisas futuras (AAP, 2016a). A principal noção a reter é que para um evento ser definido como um BRUE implica total ausência de explicação após minuciosa história clínica e exame físico (AAP, 2016a; Brand e Fazzari, 2017; Kaneshiro, 2018; Kondamudi e Virji, 2018; Merritt II et al., 2019; Tieder, 2018).

Mediante a confirmação do diagnóstico, a categorização do risco e respetiva gestão clínica do lactente são realizados em função da probabilidade de ocorrência de um novo evento (AAP, 2016a), cujos valores se situam entre 0,6 e 1,7% dos episódios de urgência com idade inferior a um ano (Arane, Claudius, e Goldman, 2017; Kondamudi e Virji, 2018).

Assim, a categorização do risco de recorrência de BRUE é estratificada em lactentes com baixo ou elevado risco, de acordo com uma lista de critérios que incidem sobre o momento de avaliação diagnóstica (AAP, 2016a). Um lactente com baixo risco tem mais de 60 dias de idade, gestação ≥ 32 semanas e idade pós-conceptual ≥ 45 semanas, duração do evento inferior a um minuto, sem necessidade de RCP por pessoal diferenciado, sem episódios prévios de BRUE e que não apresenta uma história clínica ou um exame físico sugestivo de outros achados (AAP, 2016a), variando a sua probabilidade de morte entre 1 em cada 1200 lactentes após um BRUE (Brand e Fazzari, 2017).

A gestão da situação destes lactentes não requer internamento hospitalar por rotina ou testes exaustivos (Tieder, 2018), nem recomenda monitorização cardiorrespiratória no domicílio, apesar de ser possível a monitorização em ambulatório após instrução dos cuidadores sobre a manipulação do equipamento (oximetria de pulso, colchão detetor de apneia ou dispositivo detetor de apneia acoplado à fralda), mas considera plausível uma monitorização de curta duração (1 a 4 horas com oximetria de pulso e vigilância de sinais e sintomas) e a realização de alguns exames, tais como teste nasofaríngeo para pesquisa de *Bordetella Pertussis* e realização de um eletrocardiograma de 12 derivações para identificação de canalopatias cardíacas prenunciadoras de uma morte súbita (AAP, 2016a; Arane, Claudius e Goldman, 2017; Raab, 2017).

Na eventualidade de ser necessária a hospitalização temporária, para melhor estudo, é aconselhada ponderação sobre os riscos e benefícios, mediante discussão entre profissionais de saúde e cuidadores, baseada numa filosofia de cuidados centrados na família e tomada de decisão partilhada, tendo em conta a tolerância de cada cuidador ao potencial risco presente, recorrendo a ferramentas de discussão, como folhetos informativos destinados a cuidadores (Anexo II).

A probabilidade de morte é considerada diminuta, justificando ser dada alta clínica após preparação dos cuidadores (Brand e Fazzari, 2017), com a qual se pretende transmissão de informação sobre o BRUE, esclarecimento de dúvidas e orientação para intervenções em ambulatório, nomeadamente sobre medidas de segurança e de reanimação básica (Kondamudi e Virji, 2018), sendo enfatizada a importância de uma reavaliação entre 12 a 24 horas (Chow e Bin, 2017). Contudo,

poderá ser ponderado o internamento do lactente para monitorização cardiorrespiratória e vigilância, no caso de os cuidadores se apresentarem extremamente ansiosos ou houver impossibilidade de regressar com o lactente para consulta de *follow-up* em 24 horas, a qual é de considerável importância para qualquer lactente que tenha experienciado um BRUE (Colombo et al., 2019).

Durante os últimos anos, a categorização de alto risco esteve em estudo, não existindo recomendações. O alto risco de BRUE inclui todos os lactentes que não cumpram os critérios de baixo risco, nomeadamente, idade < 60 dias, prematuros com IG < 32 semanas ou idade corrigida < 45 semanas (nos lactentes nascidos entre as 32 e 37 semanas de gestação, o risco atenua quando atingem as 45 semanas), eventos prévios de BRUE, duração > 1 minuto, necessidade de RCP, e história clínica e exame físico com achados anómalos (AAP, 2016a), motivos que justificam internamento para monitorização cardiorrespiratória (Raab, 2017).

Em 2019, surge uma abordagem aos lactentes de alto risco dividida em camadas (Merritt II et al., 2019) (Anexo III). A avaliação inicial pretende, por um lado, detetar problemas pouco comuns (como maus tratos ou infeção por *Bordetella Pertussis*), mas que podem levar a resultados adversos graves, se não forem diagnosticados e tratados atempadamente; por outro lado, intenta detetar problemas comuns, mas improváveis de levar a resultados adversos graves (como aspiração silenciosa ou infeção viral), de modo a que o diagnóstico precoce possa prevenir a recorrência de eventos e impedir a realização de testes desnecessários e a ansiedade dos cuidadores.

Após completar uma meticulosa avaliação inicial, se se mantiver a ausência de uma explicação para o evento e uma preocupação clínica sobre a avaliação, características e achados menos comuns, avança-se para uma avaliação secundária que passa por identificar potenciais causas de recidiva, determinando a necessidade de mais testes, encaminhamento para consultas de especialidade e posterior *follow-up* (Merritt II et al., 2019).

1.2. A Mortalidade no primeiro ano de vida e o Brief Resolved Unexplained Event

No Relatório Levels and Trends in Child Mortality (UNIGCME, 2019), apesar dos números ainda elevados, essencialmente devido a causas evitáveis ou tratáveis, os progressos globais no combate à mortalidade infantil da população com menos de 5 anos têm sido substanciais com uma descida de 59% entre 1990 e 2018, numa redução dos óbitos de 5 para 2,5 milhões nos RN e de 12,5 para 5,3 milhões em crianças antes dos 5 anos. Contudo, é crucial que se continue a incentivar uma cultura de investigação no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença (Neuman e Fawcett, 2011), uma vez que a melhor abordagem para a prevenção é a educação preventiva e a orientação antecipatória, podendo reduzir significativamente as taxas de mortalidade (Hockenberry e Wilson, 2014), o propósito máximo do 3º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável referente a “Saúde e Bem-Estar”, que até 2030 pretende acabar com as mortes evitáveis de RN e crianças menores de 5 anos, tentando reduzir a mortalidade neonatal para, pelo menos, 12 por 1000 nados-vivos, e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para, pelo menos, 25 por 1000 nados-vivos (ONU, 2015).

A taxa de mortalidade infantil¹⁰ em Portugal entre 1960 e 2018 (INE/PORDATA, Abril de 2019) decresceu de 77,5 para 3,2‰, resultante da generalização da instrução das populações e maior divulgação de informação. Resultou em níveis mais elevados de alfabetismo, maior consciencialização sobre estilos de vida, preocupação com hábitos alimentares e adesão à vacinação¹¹; maior acessibilidade a serviços de saúde e a melhores condições sanitárias; e, acima de tudo, um progressivo desenvolvimento científico e evolução tecnológica da medicina, que se traduz em cuidados de saúde de melhor qualidade, uma maior vigilância das mulheres ao longo do ciclo reprodutivo e da gravidez que, por sua vez, se reflete num progressivo aumento da esperança média de vida (DGS, 2015 - Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020; Ministério da Saúde, 2018 - Retrato da Saúde). Como resultado, Portugal está ao nível dos melhores do mundo, com o terceiro melhor indicador de taxa de mortalidade

10 Número de óbitos de crianças com menos de um ano de idade, observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, por cada 1000 nados-vivos do mesmo período (INE/ PORDATA, 2019).

11 O Programa Nacional de Vacinação foi implementado em Portugal no ano de 1965 com 3 princípios: ser universal, gratuito e acessível em todo o país – Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde, Portugal.

abaixo dos 5 anos, de acordo com o relatório internacional da UNICEF de 2015, ao ter passado de 15 para 4 óbitos por cada mil habitantes, antes dos 5 anos, entre 1990 e 2015 (citado por UNIGCME, 2019).

A Finlândia tem das mais baixas taxas de mortalidade infantil do mundo (Index Mundi, 2018)¹², resultante de uma tradição criada na década de 1930, quando a mortalidade infantil era de 65 óbitos em cada 1000 nados-vivos. Tal tradição consiste na distribuição de um *kit* de maternidade a todas as gestantes (que visitem um médico ou clínica pré-natal antes do quarto mês de gestação), constituído por uma caixa de papelão com um colchão, roupa, saco de dormir, lençóis, brinquedos, produtos para banho, fraldas, etc... A ideia pretende incentivar o uso da caixa como berço, desencorajar a partilha da cama, ajudar todas as crianças a ter um começo de vida igual, independentemente da sua classe social, promover o aleitamento materno e o acompanhamento pré-natal (Therrien, 2018), diminuindo, igualmente, a mortalidade materna. Estas premissas vão ao encontro dos Objetivos Globais de Desenvolvimento Sustentável, lançados em 2015 pela ONU na pretensão de diminuir a taxa de mortalidade infantil global, ou seja, de crianças no 1º ano de vida (INE, 2019), através da promoção de uma filosofia de vida saudável, que beneficie o bem-estar da população¹³, desígnio implícito ao propósito excelso desta construtura.

1.3. Intervenção Especializada de Enfermagem na criança com Brief Resolved Unexplained Event

A enfermagem deve atender às necessidades identificadas, sendo considerada válida como enfermagem avançada quando alicerçada numa prática baseada na evidência, onde integra os conhecimentos provenientes de diversas fontes de credibilidade científica, como a investigação, a experiência clínica dos peritos, os valores do cliente e o contexto onde os cuidados são desenvolvidos (Melnyk, 2004). Desta forma, o enquadramento teórico deste relatório foi sustentado na RIL previamente citada no capítulo introdutório, com o objetivo de identificar as

12 Taxa de mortalidade infantil na Finlândia no ano de 2017 era de 3 óbitos por cada 1000 nados vivos.

13 Estatísticas da ONU referentes ao ano de 2015 referem a morte de cerca de 6 milhões de crianças por ano, antes do seu 5º aniversário.

intervenções do enfermeiro na criança que experienciam um BRUE. Todavia, o contributo da RIL, foi mais além do conhecimento científico, tendo subsidiado o meu desenvolvimento académico com a aquisição de competências no âmbito da investigação.

Hesbeen refere a urgência dos enfermeiros revelarem “o conteúdo real e o sentido da arte do cuidar e o que ela tem de específico, para que a essência da sua prática não seja esquecida, negligenciada ou até mesmo pervertida” (2001, p. 43). O cuidar é um fenómeno multidimensional, prestado numa diversidade de contextos por múltiplos prestadores e influenciado por múltiplas variáveis ambientais e organizacionais (Amaral, 2010). A filosofia subjacente ao cuidar advoga não ser suficiente olhar para a criança numa dimensão biológica, devendo antes ser vista como um todo, numa visão holística e humanista, contributiva para o seu crescimento e desenvolvimento integral, e perspectivada como um sistema vivo, abordado de forma global, sem ignorar os elementos que o compõem, nem negligenciar as múltiplas interações que se produzem constantemente entre esses vários elementos (Hesbeen, 2000).

Esta noção é concordante com a Teoria de Sistemas de Betty Neuman, que considera, essencialmente, dois elementos: o *stress* e a reação ao mesmo. O indivíduo é entendido como um sistema aberto e dinâmico, em permanente interação com o ambiente e seus *stressores* (fatores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais). Cada sistema funciona como uma estrutura básica e única, protegida por linhas de defesa normal (envolve cada indivíduo e corresponde à estabilidade do sistema), de defesa flexível (rodeia e protege a linha de defesa normal) e de resistência (linha mais externa ao sistema, formada pelos mecanismos de *coping* que ajudam o indivíduo a superar os *stressores*), enfrentando constantemente *stressores* na tentativa de recuperar o seu estado de saúde e bem-estar. O papel do enfermeiro é colocar-se entre o sistema e um *stressor*, recorrendo a técnicas e estratégias de intervenção que visem reduzir a possibilidade do indivíduo se encontrar com o *stressor* e, em caso dessa situação persistir, tentar reforçar as linhas de defesa do indivíduo para minimizar um *outcome* negativo, como a doença. O tipo de intervenção do enfermeiro depende do seu *background* profissional e pessoal, assim como do tipo de *stressor* em causa, podendo recorrer a três tipos de prevenção: primária, a primeira

linha de defesa que consiste na promoção da saúde¹⁴; secundária, que representa a resposta do sistema aos *stressores*, mas que pode sucumbir quando a primária falha, refletindo-se, eventualmente, numa fatalidade para o indivíduo; e terciária, cujo objetivo é manter o bem-estar ¹⁵ e/ou reconstruir o sistema após serem desencadeadas reações às secundárias (Martins e Silvino, 2010; Neuman, 1995; Neuman e Fawcett, 2011). Posto isto, a intervenção de enfermagem, suporte de todo o processo de enfermagem (Meleis, 2010), é considerada a última linha de defesa do indivíduo na prevenção de eventos adversos (Benner, Kyriakidis e Stannard, 2011), visa a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida (Hesbeen, 2000), auxiliando o indivíduo a manter, recuperar e reconstruir a estabilidade e estrutura do seu sistema para alcançar novamente um estado de saúde, equilíbrio ou bem-estar, dinâmico e versátil (Neuman, 1995).

O enfermeiro, o lactente e o cuidador são considerados uma célula promotora de cuidados de saúde com qualidade (Meleis, 2010), cujas capacidades de perceção e reconhecimento, e uma gestão eficaz de situações de evolução rápida, são elementos centrais (Benner, 2001). Importa conhecer os mecanismos de defesa que permitem compreender a interpretação dos cuidadores sobre determinada situação, de forma a antecipar as suas necessidades, minimizar a ansiedade e otimizar mecanismos de recuperação da homeostasia (Benner, 2001).

Uma forma de manutenção da saúde, prevenção e gestão dos *stressores* indutores de doença é a vigilância (Neuman, 1995). Como primeira forma de defesa, o enfermeiro observa e monitoriza cada situação, reconhece riscos e antecipa complicações (Meyer e Lavin, 2005), através de uma vigilância prudente e deteção precoce de alterações do estado do cliente (Benner, 2001) que, ao tornar efetiva a deteção de sinais, e sua ligação com outros detetados, permitirá alargar a eficácia clínica (Benner, 2001). Independentemente de toda a tecnologia acessível para a monitorização do cliente crítico, e da sua proliferação e especialização nos cuidados de saúde ter originado “uma crescente necessidade de enfermeiros mais experientes”

14 A saúde é um estado contínuo entre o bem-estar e mal-estar do indivíduo, onde este lida adequadamente com *stressores* para manter ou recuperar um nível ótimo de saúde (Neuman e Fawcett, 2011).

15 O bem-estar é condição na qual todas as partes e subpartes do sistema do cliente estão em harmonia com o próprio sistema, havendo uma estabilidade ótima, correspondente ao melhor estado de saúde possível, estando todas as variáveis em equilíbrio (Neuman, 1995).

(Benner, 1982, p. 402), as intervenções dos profissionais de enfermagem na vigilância do latente com BRUE “são a essência do *caring in nursing*” (Meyer e Lavin, 2005, p. 109), sendo, portanto, fundamentais para a detecção precoce e intervenção de enfermagem de forma atempada.

O processo de vigilância segundo Meyer e Lavin (2005) rege-se segundo seis premissas: a necessidade de atribuição de um significado ao objeto de vigia (elemento básico da prática baseada na evidência); antecipar acontecimentos e estar alerta (componentes críticos da vigilância profissional); calcular o risco inerente a qualquer situação, tomando medidas para maximizar os resultados pretendidos e minimizar as adversidades; estar sempre pronto a atuar rapidamente, com base no conhecimento e na capacidade de antecipação; monitorizar continuamente os *outcomes* ou efeitos de intervenções, fazendo constantes avaliações e os ajustes necessários nos planos de cuidados, conjugando com um conhecimento multifacetado (que Benner descreve como *expertise in nursing*); por último, a inclusão da vigilância nos registos de enfermagem, de modo a transmitir a sua contribuição nos cuidados e *outcomes*, promover a continuidade dos cuidados e divulgar resultados.

Manter a vigilância constante e tornar efetiva a detecção de anomalias é vital de modo a revelar e alargar competências e a eficácia clínica (Benner, 2001).

Nesta visão, sabendo que a maioria das PCR ocorre no ambiente extra-hospitalar, “o início imediato de SBV aumenta a probabilidade de sobrevivência” (Tavares, Pedro e Urbano, 2015, p. 101) e a potencialidade de recuperação. A AAP (2016a) recomenda a formação dos cuidadores em RCP, essencial para uma rápida avaliação da urgência/ emergência de BRUE, assim como para a aplicação imediata e adequada das manobras necessárias (Tavares, Pedro e Urbano, 2015). Com isto, os cuidadores referem uma sensação de menor ansiedade e de *empowerment* nos cuidados diários ao lactente (Tavares, Pedro e Urbano, 2015), constituindo, em simultâneo, um contributo positivo para a saúde pública no geral (McLauchlan, 1992).

Neste constructo, o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey reconhece e valoriza o cuidador pelo conhecimento e experiência que tem em cuidar da criança e pela influência positiva que pode ter na sua recuperação (Elliott, Aitken, e Chaboyer, 2012). A base deste modelo é a negociação alicerçada no respeito pela família, pelas suas necessidades e desejos, advogando que os cuidadores devem ser integrados

na equipa, enquanto cuidadores informais, visando o seu *empowerment* (Hockenberry e Wilson, 2014), a sua capacitação de competências parentais e um pensamento crítico na prestação de cuidados e na tomada de decisão (Casey, 1993, 1995; Hesbeen, 2000).

A otimização das intervenções de enfermagem pode ser real se toda a família for alvo do processo de cuidados, uma vez que estes são mais eficazes quando centrados na família enquanto cliente (Hockenberry e Wilson, 2014). Anne Casey (1993) considera, assim, que os cuidados à criança são mais bem prestados pelos cuidadores informais, desde que devidamente supervisionados, do que pelos profissionais de saúde, modelo no qual os cuidadores adotam particular importância e, na sua ausência, o enfermeiro mais do que portador de conhecimentos científicos, complementa os cuidados de enfermagem, relacionados com a situação de doença da criança, com cuidados familiares, ou seja, cuidados usualmente levados a cabo pelos cuidadores, indo de encontro às necessidades da criança.

A orientação patente nos Padrões de Qualidade no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza a relação terapêutica como uma parceria (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001), que beneficia a saúde e o bem-estar da criança. Os cuidadores, integrados na equipa de saúde, são aliados na continuidade, qualidade e segurança no âmbito do sistema de cuidados prestados (Conway, Johnson, Edgman-Levitan, et al. (2006) citados por Hockenberry & Wilson, 2014; Fragata, 2010) que servem como fator avaliador da excelência do cuidar (Casey, 1993). Deste modo, torna-se evidente a pertinência de compreender e intervir corretamente junto e com os cuidadores, apoiando-os na transição para a parentalidade no contexto específico em que a estejam a vivenciar e desse modo, promover uma ligação forte, segura, consistente e adequada entre os cuidadores e a criança.

2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS

Neste capítulo expõe-se a escolha dos contextos clínicos e os objetivos e respectivas atividades desenvolvidas em cuidados intensivos e serviço de urgência, incorporados no terceiro semestre deste CMEPSC, entre 1 de Outubro de 2018 e 21 de Fevereiro de 2019 (cronograma em Apêndice II). A sua escolha foi meticulosamente direcionada para a minha área de projeto, com base no pressuposto de serem contextos com potencial de promover o máximo de oportunidades de aprendizagem no desenvolvimento de competências comuns e específicas, no âmbito do exercício profissional do EEEMC/PSC nos diferentes contextos de atuação.

Estes contextos clínicos tiveram crucial importância neste percurso, pois a teoria esclarece o que pode ser concretizado e guia o enfermeiro de modo a colocar as questões certas e a desenvolver formas de raciocínio necessárias para alcançar o nível de perito, mas a prática é sempre mais complexa, e revela mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria (Benner, 2001). Apesar da experiência prévia de cada profissional, considerável parte da habilidade (saber fazer) só pode ser transmitida perante uma situação concreta (Benner, 2001). Treinar em situações reais expõe formas de se obter conhecimento, de desenvolver o carácter pessoal, os conhecimentos obtidos e as competências adquiridas e, contribui, de certa forma, para o desenvolvimento da própria prática (Benner, 2001), permitindo conhecer novas vertentes de prestação de cuidados com os pares de profissão e refletir sobre novas realidades conhecidas.

A PSC apresenta um elevado risco de problemas de saúde, com instabilidade fisiológica e uma latente ameaça à vida (Elliott, Aitken, e Chaboyer, 2012), revelando-se incapaz de manter a sua homeostasia, estando geralmente dependente de tecnologia de cuidados intensivos para suporte artificial da própria vida (Benner, Kyriakidis, e Stannard, 2011). No que concerne à CSC, pelas suas diferenças anatómicas e fisiológicas, apresenta diferentes padrões de doença quando comparada ao adulto (Elliott, Aitken, e Chaboyer, 2012; Kendrick e Ramelet, 2012), sendo totalmente dependente de terceiros para manter a sua estabilidade fisiológica,

especialmente no 1º ano de vida, o que a coloca em alto risco de desenvolver mais rapidamente um quadro de instabilidade (Benner, Kyriakidis, e Stannard, 2011), que poderá revelar-se fatal. A prática de enfermagem especializada em cuidados intensivos e críticos é reativa e proactiva (Benner, Tanner, e Chesla, 2009 citados por Benner, Kyriakidis, e Stannard, 2011), além de intelectual e emocionalmente desafiante, face à crescente exigência de um vasto conhecimento científico e de lidar com situações difíceis; proporciona um maior domínio de situações clínicas complexas e abertas, requerentes de um pensamento crítico, uma capacidade de resposta imediata e a mestria de determinadas competências (Benner, 2001).

Competências são definidas por Pires (2001) como capacidades de pôr em prática um conjunto de conhecimentos, de comportamentos, de capacidades e atitudes, que podem ser decompostas em ser (ou estar), saber e saber-fazer (2001). No sentido de cumprir o dever de atender às necessidades atuais encontradas (Melnyk, 2004), a enfermagem necessita de peritos capazes de modelar as transições dinâmicas existentes entre o conhecimento pessoal e determinado contexto clínico, gerindo eficazmente cada situação, uma vez que “com a experiência e domínio, a competência transforma-se” (Benner, 2001, p. 63).

No Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus (Benner, 2001) são identificados cinco níveis de competências na prática de enfermagem como o enfermeiro iniciado (estádio I) inexperiente face a situações da prática diária, sendo os seus princípios, conhecimentos e normas de atuação provenientes do seu contexto de estudante, centrando-se em normas e regras, tendo dificuldade em estabelecer prioridades e em integrar os conhecimentos teóricos na prática; o enfermeiro iniciado avançado (estádio II) possui alguma experiência em situações reais, conseguindo reconhecer aspetos significativos das mesmas com base na sua repetição, mas continua a necessitar de algumas supervisão e orientação em matéria de prioridades, visto que ainda não consegue uma leitura global de cada situação; o enfermeiro competente (estádio III), estável no mesmo serviço há pelo menos dois ou três anos, consegue ter uma perceção objetiva das suas ações, distingue com clareza prioridades e analisa de forma consciente, abstrata e analítica cada problema, com capacidade de fazer planos de cuidados a longo prazo (que ajuda a adquirir a eficiência e organização exigidas), mas ainda requer rapidez e destreza para ser proficiente; o enfermeiro proficiente (estádio IV) tem uma perceção global profunda de

cada situação, antevê intuitivamente o que poderá acontecer e antecipa quando o previsto já não acontecerá, demonstrando uma capacidade de decisão apurada, atuando diretamente sobre o problema guiado por máximas; e, por último, o enfermeiro perito (estádio V), o qual se pretende alcançar, apresenta uma vasta experiência e conhecimento, capacidade de apreender diretamente um problema, compreender de maneira intuitiva cada situação na sua globalidade e de fazer “o melhor uso da sabedoria clínica obtida experiencialmente” (p. 17).

As escolhas dos locais de estágio focaram-se em unidades de referência da área metropolitana de Lisboa, apresentando-se de seguida a respetiva explicação para cada contexto:

O estágio na UCIN decorreu entre 01/10 e 13/12/2018 na área da neonatologia, de modo a explorar a temática do BRUE na vertente da apneia da prematuridade. Apesar de possuir oito anos de experiência em cuidados intensivos de adultos, este foi o estágio de maior duração pela minha inexperiência nesta faixa etária e necessidade de despende mais tempo numa realidade desconhecida. Este contexto permitiu-me perceber, ainda, o tipo de preparação da equipa de enfermagem para a frequente ocorrência destes eventos, assim como os ensinamentos dirigidos aos cuidadores, tanto no internamento quanto na preparação para a alta clínica.

O estágio no SUP ocorreu entre o dia 03/01 e 21/02/2019, tendo menor duração devido ao facto de ser a área da minha prática diária dos últimos cinco anos, mas igualmente longo, devido à pertinência em aprofundar conhecimentos e melhorar o meu desempenho na prestação de cuidados especializados de enfermagem à criança com BRUE no 1º ano de vida, e pelo potencial de experiências intimamente relacionadas com o tema deste relatório.

Os objetivos devem expressar de forma clara e rigorosa o que o investigador tem como propósito descobrir (Fortin, 2009). Neste constructo, os objetivos específicos e atividades/estratégias desenvolvidas encontram-se descritas nos Apêndices III e IV, referentes à UCIN e SUP, respetivamente, sendo os objetivos gerais: adquirir e desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à CSC e família, e adquirir e desenvolver competências especializadas de enfermagem ao lactente que experiencia um BRUE e respetiva família.

2.1. Contexto clínico: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Objetivo específico 1: Conhecer a dinâmica da organização e o funcionamento da UCIN/ Unidade de Cuidados Intermédios e da equipa multidisciplinar

Através de uma visita guiada, foi-me permitido conhecer esta UCIN com 13 incubadoras e a Unidade de Cuidados Intermédios com 28 vagas e 1 de internamento. Ambas são consideradas referências em cuidados perinatais a nível nacional, nos cuidados ao RN do foro médico, mas o mesmo grupo hospitalar possui outra UCIN noutra pólo, destinada a clientes do foro cirúrgico. Os níveis de prematuridade são: o prematuro extremo (IG < 28 semanas), o muito prematuro (IG de 28 a 32 semanas) e o prematuro moderado a tardio (IG de 32 a 37 semanas) (OMS, 2012). O Grupo de Consensos em Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), refere que prematuros de IG > 25 semanas e peso à nascença > a 600 gramas têm uma percentagem de sobrevivida > 60% e que pelo menos 50% dos sobreviventes não evidenciam perturbações severas do neurodesenvolvimento a longo prazo (SPP, 2016). Entre 2011 e 2016, o número de nados vivos prematuros aumentou de 7,4 para 7,8% (INE, 2017), dados que sedimentam a importância de se trabalhar ainda mais com esta população de “pais prematuros” e os seus bebés.

Apesar de ter somente feito turnos de manhã, por ser o horário da enfermeira orientadora de estágio, a equipa multidisciplinar transita por ambas as unidades em turnos rotativos, sendo uma equipa muito equilibrada a nível de experiência e um serviço com elevado fluxo de clientes. A maioria dos meus turnos foram na UCIN com o cliente crítico, mas estive durante 6 dias aleatórios nos cuidados intermédios, de forma a ter perceção de uma dinâmica diferente entre equipa, pais e lactente. O percurso dos RN começa no bloco de partos, sendo posteriormente transferidos para a UCIN, passando para os intermédios quando hemodinamicamente estáveis e acabando nos “berços”, onde existem colchões detetores de apneia, em vez de monitorização cardiorrespiratória, e onde permanecem em vigilância até confirmada a sua autonomia [reflexos de sucção e deglutição coordenados com a respiração durante a amamentação, boa vitalidade e aumento de peso gradual (Hockenberry e Wilson, 2014)].

Objetivo específico 2: Prestar cuidados especializados de enfermagem à CSC na UCIN e Unidade de Cuidados Intermédios, tendo em consideração a importância da família

O desafio do nascimento de um prematuro (IG < 37 semanas) é um facto *stressante* para todos os envolvidos: para as equipas do SUP, do transporte do cliente crítico, da sala de partos e da UCIN, mas acima de tudo, para a família. Esta atravessa todo um processo de crescimento e desenvolvimento que carece da perícia de uma equipa comprometida a ajudá-los a lutar pela sobrevivência do RN neste período complicado, quando este apresenta maior morbilidade e mortalidade. Estes RN de alto risco, dada a IG e o baixo (ou muito baixo) peso à nascença, apresentam problemas fisiopatológicos intimamente relacionados com a sua prematuridade, sendo separados dos pais logo após o parto e colocados numa incubadora.

Mas a própria admissão numa UCIN é, igualmente, *stressante*. Lugar com um estigma intimidante e frio, sinónimo de tecnicismo e hostilidade, causador de elevados níveis de *stress* e ansiedade nos pais podendo, em muitos casos, conduzir ao afastamento. Apesar de não existir restrição no horário de visitas, a ausência dos pais era notória devido a inúmeros fatores: motivos laborais, residência distante, existência de outros filhos em casa, não planeamento, falta de interesse ou mesmo rejeição do RN. Todavia, mesmo numa gravidez planeada pode haver um afastamento fomentado por incontáveis receios. Estes pais têm medo de estar num ambiente assustador que não controlam, medo do aparato tecnológico que quase camufla a existência de um bebé, medo dos alarmes que não sabem interpretar, medo do contacto físico com um ser tão frágil que não sabem como tocar e, em simultâneo, medo de não saber lidar com a frustração de, por vezes, não o pode fazer, medo de ver o seu bebé em sofrimento, medo de não lhes ser pedido consentimento (informado) para a realização de determinado procedimento, medo por não compreender plenamente a sua condição clínica e da incógnita de sequelas num futuro que muitas vezes receiam que já não vá existir, medo que não lhes estejam a contar tudo, medo de não saber ser um bom pai, e medo da própria sensação de impotência de não conseguir protegê-lo.

São pais que sofrem e que receiam tudo, mas mais do que qualquer outra coisa, temem as más notícias e a possibilidade do seu bebé poder morrer a qualquer momento, tal como aconteceu com o irmão gémeo do RN sobre quem realizei um

estudo de caso. Nessa situação, tive a oportunidade de acompanhar a família desde o nascimento dos gémeos às 25 semanas e 5 dias, tentando implementar estratégias ao longo do estágio para ajudar a ultrapassar as etapas do processo do luto, mas também para auto-capacitar estes pais a conquistar a sua autonomia nos cuidados diários ao RN, um dia de cada vez.

Mas a condição clínica e os diversos *stressores* presentes, combinados com os efeitos da doença, poderão levar a distúrbios no desenvolvimento e capacidade de vinculação (Kendrick e Ramelet, 2012). Neste contexto existem vários cuidadores, e o RN, que sofre de ansiedade e *stress* face à separação ou alterações na sua rotina (Kendrick e Ramelet, 2012), necessita de uma relação próxima e estável com um adulto (Ramos, 2004). Não são suficientes os cuidados físicos para um crescimento harmonioso e saudável, uma vez que

“O desenvolvimento, a saúde, os comportamentos, as teorias e concepções relacionadas com as necessidades da criança, com os seus ritmos de desenvolvimento e com as modalidades de cuidar, proteger e educar correspondem a um processo complexo, interactivo e dinâmico, a compreender na globalidade de um indivíduo nas suas relações com os diferentes contextos em que está inserido, nas representações individuais e colectivas, exigindo o seu estudo uma abordagem global, multidimensional e pluridisciplinar” (Ramos, 2004, p.159).

Assim, a promoção da vinculação entre a tríade mãe/ RN/ pai é um objetivo a atingir pelas equipas de enfermagem, considerando que

“A necessidade de contacto e dependência da criança, sobretudo no início da vida, é uma realidade (...) biológica e primária de dependência, contacto, protecção e afecto que se elaboram os laços de vinculação, a competência social e o sentimento de segurança, fundamentais na estruturação psíquica da criança e no desenvolvimento e saúde futuros (Ramos, 2004, p. 164).

A prestação de cuidados centrados na família, com incentivo à participação dos cuidadores e *empowerment* dos mesmos, ambiciona o desenvolvimento de ações numa estratégia de trabalho em comum (Casey, 1993), assim como o estabelecimento/ desenvolvimento da vinculação, mecanismo de proteção que deverá ser o mais precoce possível de forma a facilitar a sua concretização (Brazelton, 1995), que constituirá a fundação para todas as outras relações do indivíduo ao longo da vida (Kendrick e Ramelet, 2012).

Algumas situações vivenciadas neste estágio levaram-me a refletir sobre a angústia sentida por estas famílias, que ocasionalmente se contrabalançava com momentos de triunfo, como quando ajudei uma mãe hesitante a pegar na mão do seu RN. Algo tão simples desencadeou, nos dias seguintes, um maior interesse em ir prestando cuidados ao RN de forma progressiva, chegando a aceitar o Método de Canguru (a ser mencionado no objetivo específico 3). “O enfermeiro tem como modelo de vida cuidar dos outros quando e como eles precisarem e para tal, deverá tentar conhecer-se para fazer desabrochar as próprias capacidades” (Domingues, 1996, p.6), tirando proveito da aprendizagem em “contextos de grande complexidade, vulnerabilidade e sofrimento”, como o da PSC que permitem desenvolver “um sentido de grande responsabilidade face às dimensões éticas e relacionais inerentes às perícias clínicas” (Benner, 1984, p. 12).

A realização de uma análise introspectiva sobre as minhas emoções e sentimentos, numa dinâmica de autoconhecimento, contribuiu para entender a percepção dos pais acerca da realidade adversa que estão a vivenciar, tendo em consideração o respeito pelos direitos humanos, crenças e valores dos envolvidos (Boykin e Schoenhofer, 2013), a importância da relação empática com os mesmos, o impacto que a vinculação e o *empowerment* têm na sua evolução enquanto pais e indivíduos e as suas necessidades enquanto clientes de enfermagem.

Deste modo, estas intervenções contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns de EE nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; e da gestão dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019), indo de encontro ao plano de estudos deste CMEPSC, nomeadamente em “Demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais/novos da disciplina” (ESEL, 2010, p.1). Permitiu-me, ainda, desenvolver competências específicas do EE que “Cuida da pessoa, família/ cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19359).

Objetivo específico 3: Dinamizar a resposta da equipa de enfermagem e da família na prestação de cuidados à CSC, nomeadamente vítima de BRUE

Neste contexto clínico pude constatar que uma equipa envolvida e comprometida é capaz de passar segurança e confiança aos pais e família (Santos, 2004), uma vez que o enfermeiro possui conhecimentos que lhe permite guiar os pais, tornando familiar aquilo que os assusta ou que lhes é estranho (Benner, 2001). Assume, portanto, o papel vital de comunicar com as famílias de forma coerente e compreensiva, valorizando as emoções sentidas; identificar as suas necessidades, prestando apoio psicológico, suporte emocional, religioso, entre outros que sejam solicitados; promover o acompanhamento parental, incentivando a sua permanência e negociando o seu envolvimento, fazendo-os sentir que são bem-vindos e necessários; e promover um equilíbrio fundamental para o processo de qualquer tomada de decisão, uma vez que as dificuldades sentidas pelos pais prematuros, seja pela situação de doença ou a própria separação física, constituem uma experiência emocional intensa, mas que podem ser trabalhadas em parceria de cuidados (Casey, 1993), para um desenvolvimento de papéis e laços familiares, como formas de possibilitar um crescimento físico, emocional e social da família em vínculo com o bebé e, assim, o avanço do processo terapêutico (Brito, 2006).

A utilização de um modelo comum para a prática dos cuidados de enfermagem é imprescindível para uma correta comunicação entre todos os que integram a equipa de profissionais de saúde, de modo a proporcionar segurança ao utente e família e favorecer a continuidade dos cuidados. Como forma de preparação para ultrapassar barreiras conhecidas na comunicação com as crianças nas suas várias faixas etárias, e prestar cuidados de enfermagem de melhor qualidade em qualquer contexto clínico, ingressei na 1ª Reunião de Comunicação em Pediatria – Torrado da Silva (Anexo IV), presidido por peritos na área, onde obtive informação pertinente sobre, nomeadamente, como interpretar um RN e a sua perceção dos estímulos, e como comunicar com um lactente durante o 1º ano de vida. Complementei este percurso com um *workshop* sobre comunicação de más notícias, aplicável a qualquer cuidador (Anexo V), que apesar de não ser objetivamente o tema do meu projeto é uma temática indissociável da realidade do cliente crítico, onde a morte é muitas vezes uma inevitabilidade, que obriga os pais a conviver com a perda um filho e de uma

relação cheia de potencial, esperança e expectativas. Ambas as formações forneceram ferramentas muito úteis que pude utilizar e transmitir no meu contexto de trabalho.

No contexto da unidade de cuidados intermédios, foi identificada a inexistência do registo da apneia na folha de enfermagem, sendo realizada uma proposta para a sua implementação, de forma a que a equipa multidisciplinar possa sinalizar os RN que apresentam estes eventos, antecipar o seu aparecimento, controlar a sua frequência, auto-capacitar os pais com informação sobre o tema, de modo a reconhecerem a sintomatologia, e providenciar ensinios de preparação para a alta clínica com manobras de estimulação suave, desobstrução da via aérea e eventual RCP.

Face às necessidades identificadas nos pais relativamente ao défice de informação sobre a apneia da prematuridade, bem como a falta de preparação para estes eventos e cuidados no domicílio, tomei a decisão de elaborar neste estágio um folheto informativo sobre a apneia da prematuridade dirigido aos pais (não disponibilizado por estar a aguardar aprovação para implementação), visto ser o evento mais marcante nestes neonatos. Tal, visa permitir um melhor entendimento e adesão à informação transmitida, além do esclarecimento de dúvidas, seguindo as indicações da AAP que defende que as equipas das UCIN devem entregar aos pais folhetos informativos sobre recomendações para um ambiente seguro desde a admissão (2016). Apesar de não ser esta a prática corrente, são promovidas sessões esporádicas de conversas informais com os pais, onde a equipa de enfermagem e de fisioterapia conjugam conhecimentos, visando realizar ensinios e facilitar um ambiente neutro para esclarecimento de dúvidas.

Tive a oportunidade de assistir, em situações distintas, a duas ações de formação sobre aleitamento materno, promovidas por Conselheiras de Amamentação (Anexo VI e VII), onde além dos benefícios do aleitamento materno, estratégias de extração, manipulação e conservação, foi explanada a importância do Método de Canguru [o contacto pele-a-pele promove a estimulação sensorial positiva e a aceleração da maturação neurológica, o aumento da temperatura do corpo e da sua estabilidade, controlo e alívio da dor, oxigenação adequada, menos episódios de apneia durante o sono, estimulação do aleitamento materno, aumento do vínculo entre

RN e mãe-pai-família, reforço do sistema imunológico e diminuição da infecção hospitalar, diminuindo, por conseguinte, o tempo de internamento (Hockenberry e Wilson, 2014)]. Esta prática frequente nas UCIN, recomendada sempre que o RN esteja clinicamente estável (Hockenberry e Wilson, 2014), apresenta favoráveis resultados no desenvolvimento do RN, promotores da vinculação entre pais-filho. A formação mencionada permitiu-me atualizar conhecimentos e adquirir outros novos, beneficiar do debate entre os presentes e, posteriormente, transpor a informação recolhida para o meu contexto profissional.

As atividades referidas permitiram-me desenvolver competências comuns de EE no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019), e de competências específicas de EEEMC/PSC que “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” e “Dinamiza a resposta em situações de emergência, da conceção à ação” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p.19359), indo de encontro ao objetivo deste CMEPSC “Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multidisciplinar” e “Elaborar projetos de investigação coerentes” (ESEL, 2010, p.1), no sentido de me responsabilizar como facilitadora da aprendizagem, neste caso dos cuidadores, mas também indiretamente dos pares de profissão, que incentivaram a iniciativa do folheto e apoiaram o pedido para a sua implementação como um adjuvante da sua prática clínica.

Objetivo específico 4: Aprender sobre a aplicação de protocolos terapêuticos complexos com vista à estabilização hemodinâmica da CSC

A diversidade da necessidade de cuidados especiais destes RN requer equipas altamente qualificadas e treinadas na arte de cuidar em cuidados intensivos neonatais, detentoras de um conhecimento especializado e competências em várias áreas, assim como numerosos equipamentos e avançada tecnologia (Hockenberry e Wilson, 2014). A decisão de ingressar nas XXIII Jornadas de Pediatria do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria (Anexo VIII) foi baseada na necessidade de obter acesso a conhecimento diferenciado sobre as patologias perinatais mais frequentes e de me

familiarizar com protocolos executados na área da neonatologia, tendo sido considerada uma mais-valia para este estágio.

Esta unidade, dotada de tecnologia avançada, consiste numa oportunidade ímpar que me permitiu conhecer e explorar técnicas inovadoras como o Protocolo de Hipotermia Induzida, que conhecia da experiência em cuidados intensivos nos adultos pós-PCR, usada aqui em casos de encefalopatia hipóxico–isquémica (EHI), lesão cerebral que resulta de um evento hipóxico-isquémico grave que pode ocorrer antes ou durante o trabalho de parto. Este protocolo consiste no arrefecimento corporal controlado, para atingir uma temperatura alvo de 33,5°C em 72 horas, usando, em simultâneo, o protocolo da Manipulação Mínima (descrito mais à frente neste objetivo). É realizada monitorização, vigilância e registos constantes da sua evolução, seguindo-se um aquecimento gradual de 0,5°C por hora até atingir a normotermia. Este protocolo resulta em menos mortes e em sobreviventes com melhores resultados do neurodesenvolvimento (Gleason e Juul, 2018).

A dor é uma experiência individual, subjetiva e multidimensional (OE, 2008), instituída pela DGS através da Circular Normativa nº 9/DCG de 14/06/2003, como equiparável ao 5º sinal vital, determinando como norma de boa prática que “a presença de dor e sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas” (p. 9), uma vez que o sucesso das intervenções de enfermagem depende da monitorização regular da dor em todas as suas vertentes. Nesta realidade a complexidade dos procedimentos é acrescida pela fragilidade da faixa etária em questão, onde qualquer intervenção tem de ser planeada ao pormenor, de modo a minimizar a dor/ desconforto, tanto físicos como psicológicos, e as lesões corporais no RN (Hockenberry e Wilson, 2014). Neste sentido, o enfermeiro deve ter sempre presente que os estímulos devem ser planeados e “agrupados”, de forma a controlar e minimizar a sua ocorrência, pois as experiências precoces e repetidas de dor no período neonatal parecem influenciar experiências futuras, tanto relativamente à sensibilidade dolorosa e tolerância à dor, quanto à forma de lidar com o *stress* (DGS, 2010). Contudo, um indivíduo pode apresentar diferentes respostas à dor, pelo que a sua avaliação deve ser sistemática, e a sua intensidade quantificada com base em escalas válidas, seguras e clinicamente sensíveis, considerando a idade, situação clínica e vários tipos de dor. Segundo a DGS (2010, 2012b,c) e a OE (2008), existem diversas escalas de avaliação da dor, sendo as mais

recomendadas para o período neonatal as atualmente utilizadas nesta UCIN, como a NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) e a N-PASS (Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale).

Relativamente ao Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal, uma das medidas nucleares neuroprotetoras é a Manipulação Mínima, que consiste na minimização do *stress* e da dor¹⁶, estratégia essencial nas primeiras 72 horas do RN e nos prematuros de IG < 32 semanas e/ou peso ≤ 1500 gramas, uma vez que as vias de controlo da dor destes RN são ainda imaturas, o que significa uma hipersensibilidade aos estímulos nervosos. Diariamente, um RN internado numa UCIN está sujeito a procedimentos e manipulações, entre outros *stressores* (sonoros e luminosos) constantes, num ambiente inevitavelmente associado a uma sobrecarga tecnológica, com equipas multidisciplinares que coexistem em simultânea rotatividade, sendo que quanto maior for a instabilidade de um RN, mais frequentes e potencialmente mais dolorosos serão os procedimentos imprescindíveis a um diagnóstico, estabilização e tratamento. Neste sentido, este protocolo recorre a estratégias concordantes com a filosofia dos cuidados não traumáticos, ou seja, intervenções que eliminam ou minimizam o desconforto físico e psicológico do RN e/ou cuidadores, visando não causar dano, tentando evitar ou minimizar a separação, promover sentimento de controlo e prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor (Hockenberry e Wilson, 2014).

Trabalhar com esta variedade de escalas foi uma mais valia, visto que na minha prática diária se recorre a outras escalas como a Numérica, a das Faces ou a FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability). Assim, obtive conhecimento sobre diversas formas de controlar e minimizar a dor, tais como: ponderação sobre o momento da realização de qualquer intervenção, execução de técnicas com perícia e delicadeza, seleção criteriosa do material mais adequado a cada indivíduo, e ainda medidas não farmacológicas implementadas na neonatologia que desconhecia, além das farmacológicas universais. Nas medidas não farmacológicas consta a redução da incidência da luz e do ruído; promoção de ciclos do sono mais prolongados; manuseamento e posicionamento terapêuticos; concentração de manipulações e

¹⁶ O controlo da dor nos RN inclui a dor aguda induzida por procedimentos invasivos, a dor persistente ou prolongada decorrente da situação clínica ou de tratamentos médicos – Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos RN (0 a 28 dias) n.º 024/2012, DGS, 2012c.

contenção; sucção não nutritiva e utilização de sacarose; e promoção do contacto físico com os pais e do aleitamento materno (ou leite de dadora) administrado por sonda gástrica. Objetivamente, todas estas medidas têm como propósito intervir no controlo de sintomas, como forma de restabelecer o equilíbrio ao sistema do RN (Neuman, 1995).

Relativamente à apneia associada à prematuridade são eventos que, caso sejam demasiado prolongados, podem conduzir a PCR, que não sendo identificada e revertida atempadamente poderá resultar na morte do RN (AAP, 1978). A frequência destes eventos é inversamente proporcional à IG, tendo uma maior incidência em lactentes de IG < 28 semanas (Patrinos e Martin, 2017). Nestes casos, além da vigilância, as intervenções de enfermagem focam-se num padrão respiratório ineficaz relacionado com uma desobstrução inadequada das vias aéreas (reflexos de tosse e deglutição ineficazes), dismorfia das vias aéreas superiores e/ou prematuridade, podendo ser evidenciado por uma ventilação espontânea prejudicada (sintomatologia de dificuldade respiratória), uma resposta disfuncional ao desmame ventilatório e episódios de bradicardia associada a dessaturação, hipotonia, alteração da coloração da pele e apneia e/ou polipneia (NANDA, 2018). Tal como muitos outros prematuros, o RN sobre o qual realizei o estudo de caso (apresentado à equipa, estando o plano de formação em Apêndice V), necessitou de suporte ventilatório alternado com suporte respiratório. Inicialmente esteve dependente das modalidades ventilatórias NAVA (invasiva) e NIV NAVA (não invasiva), que significa Neurally Adjusted Ventilatory Assist, cujas assistem o RN de forma sincronizada através da captação do sinal **Edi** (atividade elétrica do **diafragma**) através de uma sonda gástrica integrada no circuito do ventilador. A sonda necessita de estar na correta posição de calibração para o sinal de Edi ser monitorizado, gerindo que tipo de suporte deve fornecido mediante a necessidade atual do cliente (Maquet Getinge Group, 2010). Numa fase posterior, o aporte de oxigénio era realizado por administração de OAF (Oxigenoterapia de Alto Fluxo) por cânulas nasais, alternando com os conhecidos métodos não invasivos de CPAP, ou por vezes, BiPAP.

A enfermagem reconhece que a gravidade de eventos adversos, como o BRUE, varia de caso para caso, sendo inigualável o papel do enfermeiro no cuidado ao RN e família, atento às suas necessidades, capaz de identificar alterações subtis no estado do RN e de reagir prontamente no sentido de promover o bem-estar do RN

(Hockenberry e Wilson, 2014), seja através da implementação de processos de enfermagem individualizados, de modo a serem integradas intervenções especializadas personalizadas, seguindo exemplos de informação sobre o estado da arte (Garcia e Nóbrega, 2009), através da vigilância e monitorização (Bulechek, Butcher, Dochterman, e Wagner, 2016), ou pelo ensino dos pais e sua preparação para eventos adversos (AAP 2016a; Casey, 1993; Coates, 1999).

Estas intervenções permitiram o desenvolvimento de competências comuns de EE no domínio da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019), acordando com os pressupostos do ciclo de estudos deste CMEPSC “Mobilizar com rigor os dados dos relatórios de investigação”, “Demonstrar um nível aprofundado de conhecimento num área específica da enfermagem e consciência crítica pra os problemas actuais/ novos da disciplina” que permitiu alcançar a capacidade de dinamizar a resposta em situações de emergência (ESEL, 2010, p.1), semelhante ao preconizado nas competências específicas de EE da OE (Regulamento nº 429/2018, 2018) e, principalmente, permitiu-me atingir o primeiro objetivo específico a que me propus, como adquirir e desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados à CSC e família.

2.2. Contexto clínico: Serviço de Urgência de Pediatria

Objetivo específico 1: Conhecer a dinâmica da organização e o funcionamento do SUP e da equipa multidisciplinar

Este estágio decorreu num SUP de um centro hospitalar da área metropolitana de Lisboa, que possui no mesmo edifício um Serviço de Urgência Central destinado à população adulta, no qual a equipa presta igualmente cuidados à vítima pediátrica politraumatizada. Este serviço de atendimento urgente a crianças “até aos 17 anos e 364 dias” (DR, 2014, p. 20674), é um SUP Polivalente, que admite crianças provenientes de qualquer zona do país e com diversas patologias. Insere-se numa rede de sistemas de urgência em cadeia com outras estruturas de diferentes níveis de capacidade de resposta, tais como os Cuidados de Saúde Primários, Serviços de

Urgência Básicos e até mesmo com outros SUP de forma a permitir que o utente pediátrico tenha acesso a todas as valências de que necessita.

Durante este estágio realizei turnos rotativos no sistema de manhãs, tardes e noites, passando pelos diferentes sectores de atendimento ao utente pediátrico, como seja, Sala de Triagem, Sala de Tratamentos, Sala de Vigilância (apoio à Sala de Tratamentos), Sala de Pequena Cirurgia/Ortopedia e ainda Sala de Observação (SO), com o objetivo de conhecer o circuito do utente pediátrico neste SUP. Este apresenta um fluxo de clientes bastante significativo e inclui todas as valências presentes dentro do mesmo edifício, exceto a especialidade de pedopsiquiatria, que implica encaminhamento para outra unidade hospitalar.

Deparei-me com algumas características estruturais e de funcionamento que se mostraram impeditivas em preservar a privacidade dos utentes e respetivos familiares, como os postos de atendimento lado-a-lado na Sala de Triagem e em alguns gabinetes médicos. Não estando nos meus objetivos, nem ao meu alcance, alterar a estrutura física do serviço, a minha intervenção foi no sentido de sensibilizar a equipa a utilizar os recursos materiais à sua disposição de forma a proteger o utente em caso de haver alguma exposição, como manter a porta da Sala de Tratamentos fechada durante procedimentos, ou fechar as cortinas entre as camas do SO, ou colocar um biombo entre as macas da Sala de Vigilância, etc. Esta prática diária permitiu-me orientar recursos, de modo a gerir os cuidados de enfermagem no melhor interesse de cada cliente, tentando uma articulação multidisciplinar respeitosa da privacidade do outro, enquanto direito que lhes assiste. Estas atividades permitiram-me desenvolver competências comuns de EE no domínio da melhoria contínua da qualidade, assim como na gestão dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Objetivo específico 2: Prestar cuidados especializados de enfermagem à CSC no SUP, tendo em consideração a importância da família

Durante a realização de procedimentos na Sala de Tratamentos ou no SO, tais como lavagem nasal ou aspiração de secreções da oro e nasofaringe (permeabilização da via aérea superior), punção venosa para colheita de sangue ou para colocação de cateter venoso periférico, foi possível a partilha de experiências,

uma vez que é a área na qual presto cuidados diariamente. Também na Sala de Triagem, onde tive pela primeira vez contacto com a Triagem de Manchester adaptada para pediatria, surgiram algumas discussões construtivas na comparação com a Pediatric Canadian Triage and Acuity Scale, em vigor no meu serviço, nomeadamente sobre o grupo respiratório onde o ALTE se insere, conduzindo a uma reflexão conjunta sobre as boas práticas.

Como forma de acompanhar o progresso de novos conhecimentos na área do cliente crítico, assisti ao Simpósio Nacional para além da Emergência (Anexo IX), ao 4º Encontro de Enfermagem de Emergência/ 10ª Jornadas de Enfermagem de Cuidados Intensivos (Anexo X), assim como à XXI Reunião Anual da Sociedade de Cuidados Intensivos Pediátricos (Anexo XI), onde foram abordados temas como o transporte do cliente crítico, ventilação e a comunicação de más notícias. De acordo com o programa curricular deste CMEPSC realizei ainda o Suporte Avançado de Vida (Anexo XII), e a nível profissional realizei uma reciclagem do mesmo numa formação em serviço (Anexo XIII), os quais me permitiram a atualização de conhecimentos no que concerne à avaliação, intervenção e estabilização da PSC, mas também discutir a abordagem à PSC com peritos da área.

Neste seguimento, uma vez que tinha estado em contacto com a administração de OAF no estágio de UCIN, e era previsível que voltasse a acontecer neste estágio, apostei em assistir a uma formação sobre a temática (Anexo XIV). A OAF é uma forma relativamente nova de suporte respiratório não-invasivo, alternativa à oxigenoterapia convencional, e que tem vindo a aumentar de popularidade na prevenção de entubação endotraqueal e ventilação, mas pode ser igualmente usada para promover uma entubação mais segura, bem como prevenir a insuficiência respiratória aguda após a extubação e subsequente re-entubação (Dres e Demoule, 2017). A sua utilização efetua-se em lactentes com idade < 12 meses e diagnóstico de bronquiolite aguda ou moderada/ grave, se o valor clínico for ≥ 3 na escala respiratória Paediatric Early Warning Score (Gold, Mihalov e Cohen, 2014) (Anexo XV), sistema desenvolvido para permitir uma avaliação do estado clínico da criança hospitalizada, de modo a identificar precocemente se há um risco de deterioração clínica, para assim adequar o nível de cuidados às necessidades e gravidade do estado clínico, com o objetivo de prestar cuidados de saúde de excelência. Neste método, o oxigénio é administrado através de um dispositivo não invasivo, que fornece uma mistura de

gases aquecidos (34-35°C) e humidificados (95-100%), por via nasal a um fluxo constante, mais elevado do que o fluxo inspiratório do cliente e do que o utilizado em cânulas nasais convencionais, com possibilidade de administração de uma fração inspirada de oxigénio entre 21-100%. O suporte respiratório fornecido pela OAF tem como base: “lavagem” do espaço morto da nasofaringe, contribuindo para a eliminação do dióxido de carbono; administração de oxigénio aquecido e humidificado (ao qual os utentes revelam maior tolerância), diminuindo a secura das mucosas e melhorando a função mucociliar e a mobilização das secreções; promoção do recrutamento alveolar por geração de algum grau de PEEP, prevenindo o colapso das vias aéreas e a diminuição do esforço respiratório, permitindo assim, colmatar uma lacuna entre o oxigénio de baixo fluxo e a ventilação não invasiva por CPAP ou BiPAP nasal. Deve-se vigiar a resposta clínica do doente ao tratamento através da monitorização de frequência cardíaca, frequência respiratória, trabalho respiratório, saturação e pressão parcial de oxigénio, patência da nasofaringe e orofaringe (permeabilidade das vias aéreas superiores) e tolerância alimentar. Mas também tem que ser monitorizado no equipamento: o fluxo, a fração inspirada de oxigénio, a temperatura do circuito, o nível da água e a dimensão das cânulas. As contra-indicações para OAF são: obstrução nasal, intoxicações, instabilidade hemodinâmica/ eventos apneicos ou hipoxemiantes de carácter *life-threatening*, trauma (maxilo-facial, suspeita de fratura da base do crânio/ tórax), pneumotórax e aspiração de corpo estranho. Deve-se avançar com precaução em caso de: diminuição do estado de consciência, doença cardíaca congénita, doença respiratória crónica e asma (Dres e Demoule, 2017).

O recurso à VNI surge devido à sua fácil instalação sem ser necessário recorrer a procedimentos invasivos. Permite diminuir o desconforto do doente (comparado com a ventilação mecânica invasiva), tem custos inferiores, preserva os mecanismos das vias aéreas, preserva a linguagem e a deglutição, e ainda reduz a incidência de complicações associadas ao uso do tubo endotraqueal (ulceração ou edema da mucosa, hemorragia, estenose, pneumonia ou sinusite). Contudo há também desvantagens como a intolerância à técnica, distensão gástrica pelas pressões exercidas, hipoxémia transitória, lesões cutâneas nos pontos de pressão da face que podem evoluir para necrose, a irritação ocular e a sensação de claustrofobia,

problemas estes que podem ser minimizados pelo trabalho de uma equipa multidisciplinar experiente (Bourguignon e Foronda, 2003).

A formação supracitada constituiu uma mais valia para o meu desenvolvimento profissional uma vez que este protocolo se encontra em vias de implementação no SUP onde desempenho funções e porque pertença ao grupo de formação em serviço relacionado com a via aérea (cursos realizados nesta temática em Anexos XVI e XVII). Serviu também para consolidar a informação previamente adquirida durante a experiência no contexto clínico de UCIN, nomeadamente sobre a importância da otimização periódica (ou em SOS) da via aérea, tendo em consideração a condição clínica do RN e o seu limite de tolerância física e psicológica; a realização desse procedimento antes da aplicação da *interface* usada no OAF. Importa não esquecer a relevância do recurso a equipamento de proteção individual e de se respeitar as normas de atuação no procedimento de aspiração de secreções, referentes à prevenção da pneumonia associada à ventilação, bem como os ensinamentos aos pais sobre a necessidade de cumprir regras de controlo da infeção a partir do momento em que entram na UCI.

Estas atividades permitiram-me ir de encontro aos objetivos do ciclo de estudos deste CMEPSC no sentido de “Selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão”, “Demonstrar um nível aprofundado de conhecimento na área específica da Enfermagem e consciência crítica para os problemas actuais/ novos da disciplina”, “Influenciar a mudança na área da saúde e dos cuidados de enfermagem” e “Maximizar a intervenção na prevenção, controlo da infeção perante a PSC e/ou falência orgânica” (ESEL, 2010, p.1). A par, foram desenvolvidas competências comuns de EE no domínio da melhoria contínua da qualidade e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais que, por sua vez, proporcionaram o desenvolvimento de competências comuns de EE no domínio da gestão dos cuidados, além de desenvolver competências específicas de EEEMC/PSC na área dos cuidados à PSC, na capacidade de resposta a situações de emergência, assim como na prevenção, intervenção e controlo da infeção perante a PSC (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Esta conjuntura, permitiu-me atingir o meu segundo objetivo geral de adquirir e desenvolver competências especializadas de enfermagem ao lactente que experienciam um BRUE e respetiva família.

Objetivo específico 3: dinamizar a resposta da equipa de enfermagem e da família na prestação de cuidados à CSC, nomeadamente vítima de BRUE

Perante uma equipa significativamente jovem existe uma máxima importância atribuída à formação em serviço, seja para a aquisição de conhecimentos para uns como para a atualização de outros. Segundo Alarcão e Rua (2005), é exigido aos profissionais competência, responsabilidade, trabalho em equipa e desenvolvimento colaborativo de saberes.

Assim foi criada a oportunidade de desenvolver três sessões de formação sobre “A Criança com *Brief Resolved Unexplained Event* no primeiro ano de vida – Intervenções Especializadas de Enfermagem” (Apêndice VI), que visou sensibilizar a equipa para a importância de reconhecer logo na triagem os critérios de definição de um BRUE, de informar a restante equipa da presença destas crianças e de alertar os cuidadores para os sinais de alarme, criando momentos de ensino sobre desobstrução da via aérea (no caso de engasgamento) e algumas formas de estimulação e manobras de SBV (no caso de apneia). O *feedback* foi muito positivo, gerando pedidos de atualização do dossier dos protocolos do serviço sobre o ALTE, adicionando o algoritmo de Diagnóstico do BRUE, Classificação do Risco e Recomendações de Gestão dos utentes de Baixo Risco.

Perante o descontentamento de inúmeros colegas relativamente ao facto de esta informação estar disponível apenas na língua inglesa, suscitou a necessidade de se realizar um pedido de autorização à AAP (Anexo XVIII) para traduzir o mesmo para a língua portuguesa (em curso).

Com isto em mente, foi igualmente elaborado um folheto informativo dirigido aos pais específico sobre BRUE (não disponibilizado por estar a aguardar aprovação para implementação), com o título “BRUE (*Brief Resolved Unexplained Event*) no primeiro ano de vida”, com base nas guidelines de desobstrução da via aérea e SBV do European Resuscitation Council (ERC) (2015), tendo em consideração a angústia, sofrimento e impotência que os cuidadores sentem perante estes eventos, sendo um objetivo fundamental tentar que os cuidadores consigam alguma autonomia nestas situações de crise.

Uma preocupação e objetivo constantes na minha prática passaram por tentar inculcar na equipa de enfermagem a mensagem de não descurar a presença e participação dos cuidadores na prestação de cuidados. “Se é suposto que enfermeiros e pacientes trabalhem como parceiros, isso implica que ambos tenham o mesmo nível de poder na relação, ou que pelo menos os pacientes tenham algum poder” (Coates, 1999, p.10). No caso de um latente, esse poder reside na sua esfera pessoal que engloba os seus cuidadores. A filosofia dos cuidados centrados na família (Hockenberry e Wilson, 2014) reconhece a componente familiar como uma constante na vida da criança, assim como salienta a importância de ser criada uma parceria com os pais (Casey, 1993), vista como um vetor facilitador da recuperação do equilíbrio e bem-estar da criança (Neuman e Fawcett, 2011). Neste sentido, impera a necessidade de se incentivar os enfermeiros a aproveitar cada momento como uma oportunidade de ensinamentos aos pais, com reforços positivos oportunos para alicerçar a construção da sua autoconfiança, potenciando a auto-capacitação e o *empowerment* parental (Hockenberry e Wilson, 2014).

Objetivo específico 4: Aprender sobre a aplicação de protocolos terapêuticos complexos com vista à estabilização hemodinâmica da CSC

Por falta de oportunidade não foi possível prestar cuidados diretos na Sala de Reanimação, mas foi-me permitido conhecer o espaço e de algum modo explorá-lo, como forma de poder conhecer outras formas de organização e de funcionamento diferentes das que conhecia e, assim, transportar para o meu contexto profissional novas dinâmicas facilitadoras no atendimento à CSC. Uma metodologia presente nesta sala é a exposição dos algoritmos de RCP visíveis à distância e perceptíveis numa situação de grande *stress*, bem como a exibição dos protocolos de atuação em caso de crise convulsiva e de choque anafilático. Existem, ainda, dois quadros igualmente de grandes dimensões, em que um contém os fármacos usados com maior frequência nesta sala, dispostos por ordem alfabética, com o intervalo da dose a administrar por quilograma e algumas notas sobre a sua preparação e administração; o outro expõe o valor médio dos sinais vitais, dentro dos parâmetros preconizados normais para cada faixa etária, que aponta para um valor aproximado de peso para

determinada idade (em caso de desconhecimento do peso atual da criança a necessitar de cuidados emergentes), permitindo calcular o diâmetro do tubo endotraqueal adequado à via oral ou nasal (ERC, 2015), assim como determinar o calibre de uma agulha intraóssea, em função da média da idade ou do peso.

Existe igualmente à disposição uma fita de emergência pediátrica Broselow, que diferencia o atendimento do cliente crítico adulto do pediátrico por ser

“uma fita de medição codificada por cores, usada ao redor do mundo em emergências pediátricas. (...) relaciona a altura de uma criança ao seu peso, a fim de proporcionar instruções médicas, incluindo dosagem de medicamentos, o tamanho do equipamento que deve ser usado e o nível de voltagem do choque quando houver necessidade do desfibrilhador. (...) é projetada para crianças até aproximadamente 12 anos, com peso máximo de 26 quilos, em média” (Broselow, 2017).

Também importa mencionar que existe um dossier nesta sala, onde constam os fármacos para situações de emergência, a sua forma de apresentação, possíveis vias de administração, doses permitidas e de acordo com o peso, formas de reconstituição e diluição, estabilidade e possíveis interações/ incompatibilidades medicamentosas, recomendações de armazenamento e, no final, outras observações, como cuidados a ter na manipulação; contra-indicações ou efeitos adversos; como corrigir uma sobredosagem; ou sinais e intervenções necessárias em caso de infiltração medicamentosa. Toda as páginas estão plastificadas, que podem ser manuseadas durante os procedimentos (diminuindo o risco de dano e cumprindo as regras de controlo da infeção). Está em discussão a possível implementação de algo semelhante no meu contexto profissional, pois considero ser uma mais-valia para uma prática mais segura.

A orientação patente nos Padrões de Qualidade no âmbito do exercício profissional de enfermagem (OE, 2002) caracteriza a relação terapêutica promovida como a parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Relativamente ao tema da dor, tanto crianças como cuidadores, fazem uma associação direta entre esta e o hospital, quando recorrem a um SUP. As escalas em uso neste SUP são idênticas às do meu contexto profissional (Escala Numérica, a das Faces ou a FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*)). A sua utilização sistemática permitiu-me ponderar sobre os métodos de controlo e diminuição da dor/ desconforto já conhecidos, mas também conhecer diferentes

formas de interpretação. Neste enfoque, importa respeitar os ciclos de sono-vigília, realizar o manuseamento e posicionamento terapêuticos, assim como fazer concentração de manipulações e contenção nos lactentes mais pequenos; recorrer à sucção não nutritiva com chupeta e utilização de sacarose, promover o contacto físico com os cuidadores e o aleitamento materno, adicionar xarope de groselha a alguns medicamentos orais de sabor desagradável, usar bolas de sabão/ brinquedos/ livros, música ou vídeos, etc.

No âmbito das intervenções em situações críticas, a equipa de profissionais é o cuidador perito, mas por outro lado, os cuidadores são geralmente os peritos no seu filho/ criança de quem cuidam, e este conhecimento intrínseco dessa criança, e centrado nela, torna-os um elemento valioso no cerne da equipa de cuidados (Kendrick e Ramelet, 2012). Assim, lactentes que se encontrem numa situação de doença em fase crítica necessitam da presença permanente de um cuidador; da manutenção das suas rotinas habituais, incluindo a amamentação, o quanto for possível; providência de sedação e/ou analgesia quando justificável, assim como medidas de controlo da dor não farmacológicas; bem como oportunidades de brincar e realização de atividades não relacionadas ao tratamento (Kendrick e Ramelet, 2012). Objetivamente, todas estas medidas têm como propósito intervir no controlo de sintomas, como forma de restabelecer o equilíbrio ao sistema do RN (Neuman, 1995), e intervir junto dos cuidadores e das crianças, adequando a linguagem à sua faixa etária, explicando procedimentos/ tratamentos a realizar, a terapêutica e a sua finalidade e prestar esclarecimento de dúvidas também serve como um tipo de conforto, ao diminuir a ansiedade dos cuidadores e das crianças, tentando ir de encontro às necessidades de cada criança e dos seus progenitores e tentando ajudá-los a lidar com o tempo de permanência do seu filho no hospital.

E como a temática de BRUE pode revelar violência ou maus tratos ao lactente (AAP, 2016a; Poets, 2017), esta é uma temática preocupante e muito presente nos SUP. Durante este percurso formativo assisti a três formações sobre “Violência e Maus Tratos a Crianças e Jovens” (Anexos XIX, XX e XXI) onde, entre vários temas, foi abordado o Síndrome de Munchausen por procuração, uma tipologia de mau trato difícil de apurar. Os profissionais de saúde têm o dever de averiguar de forma cautelosa e, oportunamente, intervir e denunciar de modo a proteger a criança, tal como defende a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 2009) e os

respetivos pactos internacionais. Estes enunciam que a criança tem necessidade de proteção¹⁷ e cuidados/ assistência especiais por falta de maturidade física e intelectual, e a família é vista como elemento fundamental para o crescimento e bem-estar dos seus membros, em particular as crianças, que devem receber igualmente a assistência e a proteção necessárias. Esta área necessita de maior investimento na sensibilização das equipas de saúde, de forma a se fazer a devida e oportuna sinalização em caso de suspeita, saber como proceder e referenciar, e como evitar a dupla vitimização da criança (repetição de exames), etc.

Independentemente destas circunstâncias de exceção, é sempre exigido ao EE a responsabilidade de zelar pelo bem-estar da criança, considerando sempre o seu contexto familiar, nomeadamente através da “prestação de cuidados de enfermagem que requeiram um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, atuando, especificamente, junto do utente (indivíduo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui” (Dec. Lei n.º 437/91, n.º 3, alínea a).

Esta realidade permitiu-me desenvolver as competências comuns de EE no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria contínua da qualidade e na gestão dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019), assim como competências específicas de EEEMC/PSC que “Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19359), permitindo ir de encontro aos objetivos do plano de estudos deste CMEPSC “Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, “Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência, da conceção à ação” e “Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multidisciplinar” (ESEL, 2010, p.1).

¹⁷ A necessidade de garantir uma proteção especial à criança foi enunciada pela Declaração de Genebra (1924) sobre os Direitos da Criança e pela Declaração dos Direitos da Criança adotada pelas Nações Unidas (1959), e foi reconhecida pela Declaração Universal dos Direitos do Homem, pelo Pacto Internacional sobre os Direitos Cívicos e Políticos (nomeadamente nos art.º 23.º e 24.º), pelo Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (nomeadamente o art.º 10) e pelos estatutos e instrumentos pertinentes das agências especializadas e organizações internacionais que se dedicam ao bem-estar da criança.

CONCLUSÃO

As últimas décadas de investigação têm gerado uma significativa quantidade de estudos, cujo objetivo é o de identificar claramente os resultados que podem ser obtidos pela intervenção autónoma dos enfermeiros, tentando demonstrar que a enfermagem faz diferença no cuidado das pessoas, nos seus processos de vida, nas transições que se operam nesses processos e também nas suas experiências de doença (Amaral, 2010), sendo as equipas de enfermagem o elemento facilitador “do processo de desenvolvimento de competências e aprendizagens nas experiências de saúde/ doença” (Meleis, 2010, p.13).

Desta forma, a arte da enfermagem inscreve-se num projeto de cuidados que permite a complementaridade dos intervenientes, cujas intervenções não se reduzem a tarefas, mas antes a competências particulares face a uma pessoa, num processo de aprendizagem contínua que convida a uma reflexão sobre si próprio, enquanto ser no caminho para se tornar prestador de cuidados, que intenta vingar no contínuo da investigação, no processo da evidência à ação e na melhoria dos cuidados de saúde (Hesbeen, 2000).

Os cuidados de enfermagem e o trabalho relacional com a pessoa cuidada, devem ser primordiais, uma vez que esta é o veículo de toda a intervenção (Phaneuf, 2005), sendo a partir de uma lógica de cuidados centrados na pessoa que se pode insuflar uma atmosfera de humanidade e melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Hesbeen, 2000).

As características do processo de cuidar e as suas consequências na saúde e bem-estar de um indivíduo, são influenciadas pela estrutura e dinâmica familiar da criança (Hockenberry e Wilson, 2014), pelos saberes técnicos e pelas tecnologias disponíveis (Donabedian, 1966 citado por Amaral, 2010), realçando a pertinência de modelos de organização que ao valorizarem e garantirem a autonomia da enfermagem, encorajam, entre outros, melhores *outcomes*, menor número de complicações e menores índices de mortalidade (Aitken et al, 1997, citado por Amaral 2010).

Os lactentes de alto risco de BRUE constituem um desafio para profissionais de saúde, face à extensa lista de possibilidades de diagnóstico, na qual existe uma rara, mas potencial, presença de um problema clínico subjacente grave e escassez de indícios que orientem propriamente a sua avaliação (Merritt II et al., 2019). Posto isto, estes casos inspiram maior investigação (AAP, 2016a) na tentativa de antever a eventualidade de um diagnóstico subjacente grave, o risco de recidiva e se determinadas características ou factos de um evento podem, de alguma forma, ser preditores que ajudem na elaboração do diagnóstico e respetiva gestão, numa filosofia de cuidados centrados na família e na criança, com uma abordagem multidisciplinar (Merritt II et al., 2019).

Tendo em consideração os benefícios a longo prazo que a criança e cuidador conseguirão obter através de apoio/ formação/ ensinamentos, tal como uma maior segurança na prestação de cuidados e resolução de problemas e, por conseguinte, melhor qualidade de vida e maior probabilidade de sobrevivência infantil a um desses eventos, destaca-se ser fundamental que, no futuro, o conceito de BRUE seja universalmente adotado em detrimento do ALTE, cuja remoção do rótulo de *life-threatening* permite uma melhor orientação na gestão dos cuidados e um ambiente propício à prestação dos mesmos centrados na família, reduzindo intervenções dispendiosas e desnecessárias (Carolan, 2017); é, igualmente, da máxima prioridade a atualização do conhecimento das equipas de profissionais de saúde sobre esta temática, assim como das competências especializadas de enfermagem no que respeita à prestação de cuidados à CSC que experencia um BRUE, passando pela sua identificação, o estabelecimento do diagnóstico [importante para elaborar um plano de cuidados e implementar intervenções apropriadas, de modo a alcançar os *outcomes* pretendidos (Benner, 2001)], a vigilância durante a hospitalização tentando compreender os fatores de risco associados a um BRUE e traçando estratégias adequadas à gestão do risco presente, sempre importante ter em consideração que o internamento por rotina não é solução adequada para nenhum dos tipos de risco (Tieder, 2018).

A pouca formação da população portuguesa em SBV é um aspeto que “pode ser melhorado com uma consistente formação da população em SBV” (Neto et al, 2011, p.218), devendo a sua formação ser transversal a todas as faixas etárias, visto que “o início precoce da mesma nas escolas traduz-se em adultos com conhecimentos

em situações de reanimação” (Tavares, Pedro e Urbano, 2015, p. 101) e, portanto, cuidadores preparados para qualquer adversidade. Neste seguimento, pretende-se, também, enfatizar a excelsa importância do estabelecimento de uma relação de parceria de cuidados entre os profissionais de saúde e os cuidadores, bem como disseminar os benefícios da sua concretização, transversais a todos os contextos da prática, como supracitado.

A documentação descritiva e interpretativa do verdadeiro saber de um enfermeiro perito põe em evidência o conhecimento clínico (Polanyi, 1958), reforçando a importância de se relatar o que é feito e observado no terreno, de modo a não privar a teoria em ciências de enfermagem daquilo que é a especificidade e a riqueza do conhecimento contido na prática clínica (Benner, 2001). Desta forma, ao longo dos contextos clínicos foram elaborados Jornais de Aprendizagem e Relatórios Parcelares num processo descritivo, reflexivo e crítico, uma vez que “práticas bem relatadas e observações claramente expostas são essenciais para o desenvolvimento da teoria” (Benner, 2001). A orientação de um enfermeiro perito, em articulação com a professora orientadora da ESEL, permitiu-me encontrar fundamentos para a construção de um ideal de cuidados de enfermagem de qualidade, baseado na evidência, e assim, promover o meu desenvolvimento pessoal e profissional, esperando no final deste percurso académico conseguir aplicar na minha prática diária os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos, de modo a atuar como elemento promotor de mudança no seio da minha equipa multidisciplinar, tendo em conta o estado da arte, assim como a singularidade e o contexto da CSC e sua família a quem presto cuidados, antecipando, detetando e intervindo sobre as suas necessidades com intervenções especializadas de enfermagem de qualidade.

Após a realização deste relatório demonstrativo do meu percurso formativo, ambiciono que este trabalho, fruto de um percurso promotor do desenvolvimento de competências comuns de EE e especializadas de EEEMC/PSC, sirva de instrumento à autoaprendizagem, como contributo à produção científica e à partilha de conhecimentos em enfermagem, na intervenção especializada da mesma no domínio da gestão dos eventos de BRUE, bem como em outros eventos adversos presentes na CSC, contribuindo para otimizar os *outcomes* das crianças que experienciam um BRUE, ultimando algum impacto na diminuição dos índices de mortalidade infantil.

Como principais dificuldades sentidas durante este percurso, destaco os obstáculos encontrados na tentativa de implementação de práticas promotoras de uma gestão apropriada de um evento de BRUE, como sendo a existência de profissionais de saúde que possuíam uma prática relacionada com o ALTE já muito enraizada, e que mostraram alguma resistência na transição para o BRUE, mas também pela existência de enfermeiros recém-licenciados, cujos conceitos lhes eram desconhecidos. Durante o estágio em SUP foi mencionada a falta de oportunidade em intervir na sala de reanimação, o que poderia ter dado algum subsídio para o meu contexto de trabalho, mas graças ao facto de esta ser a minha prática diária, não constituiria uma situação inaugural para a minha pessoa.

Relativamente à experiência na UCIN, foi um trajeto peculiar pelo frágil e diminuto tamanho dos indivíduos alvos de cuidados, pela complexidade de determinados casos e pela diferente dinâmica existente com os cuidadores. Todavia, foi das experiências mais enriquecedoras e gratificantes por que passei, estando inclusivamente a ponderar incluir como projeto futuro de prática profissional.

Pretendo, ainda, elaborar um póster de carácter científico com base no levantamento dos dados estatísticos (Anexo XXII) sobre os eventos de BRUE decorrentes num SUP da área metropolitana de Lisboa, no período compreendido entre Janeiro de 2016 e Dezembro de 2018, visando uma divulgação dos mesmos com base em evidência científica, junto das equipas de saúde que trabalhem na área da CSC, com o objetivo de continuar a divulgar a transição do ALTE para o BRUE e a importância de uma gestão adequada destes lactentes. Já neste âmbito de disseminação de informação, participei na 15ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem (Anexo XXIII) e realizei uma Comunicação Livre com o tema Children with Brief Resolved Unexplained Event in their first year of life – Specialized Nursing Interventions: Integrative Review of Literature (Anexo XXIV), aproveitando para mencionar a pretensão em divulgar, igualmente, a RIL referida, fundação de todo este trajeto. Para finalizar, intento, ainda, aprofundar a investigação sobre novos conceitos descobertos durante a pesquisa para a realização da RIL tais como Sudden Unexpected Postnatal Collapse (SUPC), o colapso inesperado que resulta na morte do RN, sugestivo de ser considerado o ALTE neonatal nas primeiras horas de vida (Patrinos e Martin, 2017).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, I. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14(3), pp.373-378. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>
- Almeida, J.F. (1981). *Bíblia Sagrada*. Tradução de Padre António Pereira de Figueiredo. Rio de Janeiro: Encyclopaedia Britannica. ISBN 85-326-0298-3.
- Altimier, L. & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9-22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>
- Amaral, A.F.S. (2010). A Efectividade dos Cuidados de Enfermagem (Modelos de Análise). *Revista Investigação em Enfermagem* 21(2), 96-105.
- American Academy of Pediatrics. (1978). Prolonged Apnea. *Pediatrics*, 61(4), 651-52. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/61/4/651.full.pdf>
- American Academy of Pediatrics. (2003a). Apnea, Sudden Infant Death Syndrome, and Home Monitoring. *Pediatrics*, 111, p. 914-17. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/111/4/914.full.pdf>
- American Academy of Pediatrics. (2003b). Family Pediatrics: Report of the Task Force on the Family. *Pediatrics*, 111(6), 1541-71.
- American Academy of Pediatrics. (2004). Steering Committee on Quality Improvement and Management. Classifying recommendations for clinical practice guidelines. *Pediatrics*, 114(3), 874-7. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2016/04/21/peds.2016-0590.full.pdf>
- American Academy of Pediatrics. (2005). Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. The changing concept of Sudden Infant Death Syndrome, diagnostic

coding shifts, controversies regarding the sleeping environment, and new variables to consider in reducing risk. *Pediatrics*, 116(5), 1245-55.

American Academy of Pediatrics. (2012). Committee on hospital Care; Institute for Patient- and Family-Centered Care. Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 129(2), 394-404. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/129/2/394.full.pdf>

American Academy of Pediatrics. (2016a). Brief Resolved Unexplained Events (Formerly Apparent Life-Threatening Events) and Evaluation of Lower-Risk Infants. *Pediatrics*, 137(5), e1-e32. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/137/5/e20160590.full.pdf>

American Academy of Pediatrics. (2016b). SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment - Task Force on SIDS. *Pediatrics*, 138(5), 1-12. Disponível em <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/138/5/e20162938.full.pdf>

Arane, K., Claudius, I., & Goldman, R.D. (2017). Brief Resolved Unexplained Event - New Diagnosis in infants. *Canadian Family Physician*, 63(1), 39-41.

Araújo, D.R. (2014). *O Efeito da Utilização da Chupeta na Prevenção da Síndrome de Morte Súbita do Lactente: uma Revisão Sistemática da Literatura com Meta-Análise*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9502/1/Dissertação_Denise1851.pdf

Asociación Española de Pediatría. (2000). *Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil*. (S. A. Ergon Creación, Ed.). Madrid.

Azevedo, M.C., & Maia, A.C. (2006). *Maus Tratos à Criança*. CLIMEPSI. ISBN 972-796-220-3

Barreta, C., Miranda de Oliveira, M., Dias, A., & Chesant, F. (2016). Caracterização dos cuidadores das crianças e dos adolescentes atendidos pelo projeto de extensão de um hospital universitário infantil. *Revista Brasileira de Tecnologias Sociais*, 3(1), 15–24. <https://doi.org/10.14210/rbts.v3.n1.p15-24>

- Batalha, L., Santos, L.A., & Guimarães, H. (2007). Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38(4), 144-51.
- Beckwith, J.B. (1970). Discussion of terminology and definition of sudden infant death syndrome. In: Bergman A.B., Beckwith J.B., Beckwith, J.B, Ray, C.G., eds. *Sudden Infant Death Syndrome: Proceedings of the Second International Conference on Causes of Sudden Death in Infants*, 18. Seattle, W.A.: University of Washington Press.
- Beckwith, J.B. (2003). Defining the sudden infant death syndrome. *Arch Pediatr Adolesc Med* 157(3), 286-90.
- Benner, P. (1982). From Novice to Expert. *The American Journal of Nursing*, 82(3), 402-7.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach*. (S. P. Company, Ed.) (2nd ed.) New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0574-5.
- Bergman, A.B., Beckwith, J.B., & Ray, C.G. (1975). The apnea monitor business. *Pediatrics*, 56, 1-3.
- Bourguignon da Silva, D. C., Foronda, F. A. K., & Troster, E. J. (2003). Ventilação não invasiva em pediatria. *Jornal de Pediatria*, 79(2), 161-8.
- Boykin, A., & Schoenhofer, S.O. (2013). *Nursing as caring: A model for transforming practice*. Jones and Bartlett.
- Brand, D.A., Altman, R.L., Purtill, K., & Edwards, K.S. (2005). Yield of diagnostic testing in infants who have had an apparent life-threatening event. *Pediatrics*,

115(4), 885–93. Erratum in: *Pediatrics* 2005; 116(3), 802–3. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/115/4/885.long>

Brand, D.A., & Fazzari, M.J. (2017). Risk of Death in Infants Who Have Experienced a Brief Resolved Unexplained Event: A Meta-Analysis. *The Journal of Pediatrics*, 197, 63-7. Disponível em: [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(17\)31722-5/fulltext](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(17)31722-5/fulltext)

Brazelton, T. B. (1995). *O Grande Livro da Criança*. Lisboa: Editorial Presença.

Brito, I. (2006). *O Acolhimento e a Hospitalização da Criança Pequena*. In *Acolhimento e Estadia da Criança e do Jovem no Hospital*. Instituto de Apoio à Criança – Setor da humanização dos Serviços de Atendimento à Criança, (1ª Ed), Lisboa, Portugal.

Broome, M.E. (2000). *Integrative literature reviews for the development of concepts*. In *Concept Development in Nursing*, 2nd ed. (Rodgers B.L. & Knafk K.A., eds), W.B. Saunders Co., Philadelphia (PA). ISBN 9780721682433.

Broselow (2017). Broselow & Luten Foundation. Disponível em: <http://www.ebroselow.com/broselow-luten-foudation/?lang=pt-pt>

Broyles, R.S., Tyson, J.E., & Heyne, E.T. (2001). Comprehensive follow-up care and life-threatening illnesses without increasing costs in high risk, inner city infants. A randomized trial. *Evidence Based Nursing*, 78(4), 2070-6.

Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M., & Wagner, C.M. (2016). *Nursing Interventions Classification - Classificação das Intervenções de Enfermagem*. (6ª ed). (Elsevier Editora Lda.). ISBN 978-85-352-6987-1

Byard, R.W., & Marshall D. (2007). An audit of the use of definitions of sudden infant death syndrome (SIDS). *J Forensic Leg Med* 14(8), 453-5. Epub 2007/10/27.

Canadian Association of Emergency Physicians (2007). *The Canadian Triage and Acuity Scale: Education Manual*. CTAS National Working Group.

Carolan, P.L. (2007). Apparent Life-Threatening Events, in *Pediatric Clinical Advisor* (2nd ed.).

- Carolan, P.L. (2017). Brief Resolved Unexplained Events (Apparent Life-Threatening Events). *Medscape*. Disponível em <https://emedicine.medscape.com/article/1418765-overview>
- Carvalho, M.A. (1996). *A Enfermagem e o Humanismo*. Loures: Lusociência.
- Casey, A., & Mobbs, S. (1988). Partnership in Practice. *Nursing Times*, 84(44), 67-8.
- Casey, A. (1993). Development and Use of Partnership Model of Nursing Care. In: Glasper, E.A., & Tucher, A. - *Advances in Child Health Nursing*, 193. London, Scutari.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal cares. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1058-62.
- Cave, D.M., Aufderheide, T.P., Beeson, J., Ellison, A., Gregory, A., Hazinski, M.F., Hiratzka, L.F., Lurie, K.G., Morrison, L.J., Mosesso, V.N., Nadkarni, V, Potts, J., Samson, R.A., Sayre, M.R., & Schexnayder, S.M. (2011). Importance and Implementation of Training in Cardiopulmonary Resuscitation and Automated External Defibrillation in Schools – A Science Advisory from the American Heart Association. *Circulation*, 123, 691-706.
- Center for Disease Control and Prevention (2018). *Sudden Unexpected Infant Death and Sudden Infant Death Syndrome*. Center for Disease Control and Prevention. Disponível em: <https://www.cdc.gov/sids/about/index.htm>
- Chow, J., & Bin, S. (2017). PEM Pearls: Brief Resolved Unexplained Events (BRUE). *Obtido de Academic Life in Emergency Medicine*. Disponível em <https://www.aliem.com/2017/02/pem-brief-resolved-unexplained-event-brue/>
- Claudius, I., & Keens, T. (2007). Do all infants with apparent life-threatening events need to be admitted? *American Academy of Pediatrics*, 119(4). 679-83. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/119/4/679>
- Cloherly, J.P., Eichenwald, E.C., Hansen, A.R., & Stark, A.R. (2016) *Manual de Neonatologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Lda. 291-312. ISBN 978-1-4511-1811-7

- Coates, V.E. (1999). *Education for Patients and Clients*. Routledge - Essentials for Nurses. London & New York, 1-215. ISBN 0-415-14849-9.
- Colombo, M., Katz, E.S., Bosco, A., Melzi, M.L., & Nosetti, L. (2019). Brief resolved unexplained events: Retrospective validation of diagnostic criteria and risk stratification. *Pediatric Pulmonology*, *54*, 61-5. <https://doi.org/10.1002/ppul.24195>
- Conway, J., Edgman-Levitan, et al., (2006). Cuidados centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. (9ª ed., Vol. 2, 1025-1060). Loures, Portugal: Lusociência.
- Davies, F., & Gupta, R. (2002). Apparent life-threatening events in infants presenting to an emergency department. *Emergency Medicine Journal*, *19*(1), 11–6. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1725749/pdf/v019p00011.pdf>
- De Piero, A.D., & Chamberlain, J.M. (2004). ED Evaluation of Infants After an Apparent Life-Threatening Event. *American Journal of Emergency Medicine*, *22*(2), 83-6.
- DelRosso, L.M. (2017). A 1-month-old premature on an apnea monitor. In *Pediatric Sleep Pearls*.
- DelRosso, L.M., Berry, R.B., Beck, S.E., Wagner, M.H., & Marcus, C.L. (2017). *Pediatric Sleep Pearls*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/C2014-0-03050-X>
- Despacho nº 10319/2014. (2014). *Diário da República II Série*, nº. 153 (11-08-2014). 20673-7. Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Rede de referência hospitalar de urgência/emergência*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa nº. 09/ DGCG. A Dor como 5º sinal vital. *Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Circular Normativa nº. 014/ 2010. *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: DGS.

- Direção-Geral da Saúde. (2012a). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Lisboa: DGS, disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/consulta-publica-programa-nacional-de-saude-infantil-e-juvenil-jpg.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2012b). Circular Normativa nº. 022/ 2012. *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2012c). Circular Normativa n.º 024/2012. *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma nº. 029/2012 de 29/12/2012, atualizada a 31/10/2013: Precauções básicas de controlo de infeção*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020*. Lisboa. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Norma nº. 002/2018 - Sistemas de Triagem de Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (n.d.). *A Saúde dos Portugueses*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/a-saude-dos-portugueses-pdf.aspx>
- Direção-Geral do Ensino Superior. (2013). *Relatório de referenciação do quadro nacional de qualificações ao quadro europeu de qualificações*. Lisboa: DGES. Disponível em: https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_qeq.pdf
- Domingues, F.B. (1996). *Revista Servir*, 44(2), 59-62.
- Dres, M., & Demoule, A. (2017). O que todo intensivista deve saber sobre oxigenoterapia nasal de alto fluxo em pacientes críticos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(4). 399-403. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20170060>

- Duarte, S., Stipp, M., Silva, M., & Oliveira, F. (2015). Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(1), 144-54. Doi:10.1590/0034-7167.2015680120p
- Elliott, D., Aitken, L., & Chaboyer, W. (2012). *ACCCN's Critical Care Nursing*. (2nd Ed.). Elsevier: Australia. ISBN 9780729540681.
- Esani, N., Hodgman, J.E., Ehsani, N., & Hoppenbrouwers, T. (2008). Apparent life-threatening events and sudden infant death syndrome: comparison of risk factors. *J Pediatr*, 152(3), 365-70. Disponível em [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(07\)00751-2/fulltext](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(07)00751-2/fulltext)
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). *Objetivos e competências do CMEPSC*. Disponível em <https://www.esel.pt/sites/default/files/migrated-files/4738-Objectivosecompetenciasportal.pdf>
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2018). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações – Norma AP*. Lisboa.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (n.d.). Curso de Mestrado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica – Enfermagem em Cuidados Críticos e Urgência.
- Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (2013). Safe to Sleep Campaign. Disponível em <https://safetosleep.nichd.nih.gov/safesleepbasics/risk/reduce>
- European Resuscitation Council (2015). Guidelines for resuscitation. Disponível em <http://cprguidelines.eu/>
- Ezz-Eldin, Z.M., Hamid, T.A.A., Youssef, M.R.L., & Nabil, el-Din Nabil. (2015). Clinical Risk Index for Babies (CRIB II) Scoring System in Prediction of Mortality in Premature Babies. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 9(6), SC08-11. DOI: 10.7860/JCDR/2015/12248.6012
- Fasolino, T., & Verdin, T. (2015). Nursing Surveillance and Physiological Signs of Deterioration. *MEDSURG Nursing*, 24(6), 397-402.
- Fazenda, I. (n.d.). *Empowerment e participação, uma estratégia de mudança*. Disponível em: <http://www.cpihts.com/PDF/EMPOWERMENT.pdf>

- Feldman, R., Eildman, A., Sirota, L., *et al.* (2002). Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development, *Pediatrics* 110(1 pt 1), 16-26.
- Feldman R., & Eildman A.L. (2003). Skin-to-skin contact (Kangaroo Care) accelerates autonomic and neurobehavioral maturation in preterm infants, *Developmental Medicine & Child Neurology*, 45, 274-81.
<https://doi.org/10.1017/S0012162203000525>
- Ferreira, M.M.C., & Costa, M.G.F.A. (2004). Cuidar em Parceria: Subsídio para a Vinculação pais/bebé pré-termo. *Ver Millenium*, 30, 51-8.
- Filiano, J.J., & Kinney, H.C. (1994). The Triple-Risk Model. Adapted from “A perspective on neuropathologic findings in victims of the sudden infant death syndrome: the triple-risk model”, *Biology of the Neonate*, 65(3-4), 194-7.
- Filonzi, L., Magnani, C., Nosetti, L., Nespoli, L., Borghi, C, Vaghi, M., & Francesco, N.M. (2012). Serotonin transporter role in identifying similarities between SIDS and idiopathic ALTE. *Pediatrics*, 130(1), e138-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3331>
- Fortin, M.F. (2009). O Processo de Investigação: da concepção à realização. (5ª Ed.). (N. Salgueiro, Trad.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.
- Fragata, J. (2010). A segurança dos doentes: Indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26(6), 564-70.
- Freedman, M., & Burke, M.G. (2018). BRUE in infancy does not increase risk of death. *Contemporary, Pediatrics*, 35(4), 2016-8. Disponível em: <https://www.contemporarypediatrics.com/modern-medicine-feature-articles/brue-infancy-does-not-increase-risk-death>
- Freitas, A. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1-38.
- Freitas, P. (2012). Protocolo de Triagem de Manchester – a gestão de risco como missão do serviço de urgência. In P. Ponce (Coord.), *Manual de Urgências e Emergências*, p. 1-7. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda.

- Friedman, S.B., Bergman, A.B., Mandell, F., Vales-Dapena, M.A., Connelly, J.P., & Merritt, T.A. (1981). Statement on terminology from the national SIDS foundation. *Pediatrics*, 68(4), 543. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/68/4/543>
- Fu, L.Y., & Moon, R.Y. (2007). Apparent life-threatening events (ALTEs) and the role of home monitors. *Pediatrics in Review*, 28(6), 203-8.
- Fu, L. Y., & Moon, R. Y. (2012). Apparent Life-Threatening Events: An Update. *Pediatrics in Review*, 33(8), 361–9. <https://doi.org/10.1542/pir.33-8-361>
- Garcia, T., & Nóbrega, M. (2009). Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(1), 188-93.
- Gibbs, G. (1988). Learning by doing: A guide to teaching & learning methods. Oxford: Oxford Brookes University.
- Glasper, E.A., & Charles-Edwards, I. (2002). The child first and always: the registered children's nurse over 150 years. Part one. *Pediatric Nursing*, 14(4), 38-42.
- Gleason C.A. & Juul S.E. (2018). Avery's Diseases of the Newborn – Elsevier. 10th ed. ISBN 978-0-323-40139-5
- Gold, D. L., Mihalov, L. K., & Cohen, D. M. (2014). Evaluating the Pediatric Early Warning Score (PEWS) System for Admitted Patients in the Pediatric Emergency Department. *Academy Emergency Medicine*, 21(11), 1249–56. <https://doi.org/10.1111/acem.12514>
- Gray, C., Davies, F., & Molyneux, E. (1999). Apparent life-threatening events presenting to a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*, 15(3), 195-99. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1725749/pdf/v019p00011.pdf>
- Grupo de Trabalho do Plano Nacional de Saúde, Programas de Saúde Prioritários, & Equipas Técnicas de Apoio aos Programas de Saúde Prioritários. (2017). *Modelo de Governança a 2020: Plano Nacional de Saúde e Programas de Saúde*

Prioritários. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/modelo-de-governacao-a-2020-do-plano-nacional-de-saude-e-programas-de-saude-prioritarios-pdf.aspx>

Harsha, S.S., & Archana, B.R. (2015). SNAPPE-II (Score for Neonatal Acute Physiology with Perinatal Extension-II) in Predicting Mortality and Morbidity in NICU. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 9(10), 10-2. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4625304/>

Hartmann, H., Seidenberg, J., Noyes, J.P., O'Brien, L., Poets, C.F., Samuels, M.P., & Southall, D.P. (1998). Small airway patency in infants with apparent life-threatening events. *European Journal of Pediatrics*, 157(1), 71–4. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9461368>

Henneman, E.A., Gawlinski, A., & Giuliano, K.K. (2012). Surveillance: A Strategy for Improving Patient Safety in Acute and Critical Care Units. *Critical Care Nurse*, 32(2), e9-e18.

Herdman, T.H. & Kamitsuru S. (2018). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificações 2018-2020. 11ª ed. Tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros [et al]. 11ª ed. - Porto Alegre: Artmed. ISBN: 9781626239296.

Herlenius, E., & Kuhn, P. (2013). Sudden Unexpected Postnatal Collapse of Newborn Infants: A Review of Cases, Definitions, Risks, and Preventive Measures. *Translational Stroke Research*, 4, 236–47. <https://doi.org/10.1007/s12975-013-0255-4>

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspetiva de Cuidar*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-11-8.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e ação na perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-20-7.

Hinchliff, S. & Rogers, R. (2008). *Competencies for Advanced Nursing Practice*. Edward Arnold Publishers, ISBN 978-0-340-92768-7.

- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.) (Vol. I). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's – Nursing Care of Infants and Children, 9th, 2011, New York: Elsevier), 332-411. ISBN 978-989-748-004-1.
- Horne, R.S.C. (2014). Apparent Life Threatening Events (ALTE), In *Principles and Practice of Pediatric Sleep Medicine* (2nd ed.).
- Index Mundi (2018). Mapa comparativo entre países – Taxa de mortalidade infantil – Mundo. Fonte: CIA World Factbook. Epub 01-01-2018. Disponível em: <https://www.indexmundi.com/map/?v=29&l=pt>
- Inney, H. C., & Thach, B. T. (2009). The Sudden Infant Death Syndrome. *The New England Journal of Medicine*, 361, 795–805.
- Instituto Nacional de Estatística. (2017), última atualização 31-10-2017. Pesquisa de nados vivos prematuros. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=277094583&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). PORDATA, última atualização 15-11-2019. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/taxa-bruta-de-mortalidade-e-taxa-de-mortalidade-infantil-528>
- Isbye, D.L., Rasmussen, L.S., Lippert, F.K., Rudolph, S.F., Ringsted, C.V. (2006). Laypersons may learn basic life support in 24 min using a personal resuscitation manikin. *Resuscitation*, 69, 435-42.
- Isbye, D.L., Meyhoff, C.S., Lippert, F.K., & Rasmussen, L.S. (2007). Skill retention in adults and in children 3 months after basic life support training using a simple personal resuscitation manikin. *Resuscitation*, 74, 296-302.
- Johnson, J. Y., & Keogh, K. (2012). *Enfermagem Pediátrica Desmistificada*. (M. J. G. Paixão, Trad.) Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Jones, I., Whitfield, R., Colquhoun, M., Chamberlain, D., Vetter, N., Newcombe, R. (2007). At what age can schoolchildren provide effective chest compressions? An

observational study from the Heartstart UK schools training programme. *BMJ*, 334, 1201-3.

Kahn, A. (2003). Recommended clinical evaluation of infants with an apparent life-threatening event. Consensus document of the European Society for the Study and Prevention of Infant Death. *European Journal of Pediatrics*, 163(2), 108-115. Disponível em: <http://doi.org/10.1007/S00431-003-1365-X>

Kaneshiro, N.K. (2018). Brief Resolved Unexplained Event – BRUE. MedlinePlus Medical Encyclopedia. Disponível em: <https://medlineplus.gov/ency/article/007683.htm>

Kappeli, S. (1993). Advanced clinical practice – how do we promote it? *Journal of Clinical Nursing*, 2, 205-10.

Kendrick, T., & Ramelet, A.-S. (2012). Paediatric considerations in critical care. In Elliott, D., Aitken, L., & Chaboyer, W. (2012). *ACCCN's Critical Care Nursing*. (2nd ed., pp. 679-710).

Kinney, H.C., & Thach, B.T. (2009). The sudden infant death syndrome. *N Engl J Med*, 361(8), 795-805. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra0803836?articleTools=true>

Kondamudi, N.P., & Virji, M. (2018). *Brief Resolved Unexplained Event (BRUE)*. Disponível em: StatPearls: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441897/>

Kotz, M., Frizon, G., Silva, O., Toniollo, C., & Ascari, R. (2014). Tecnologias, humanização e o cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. *Revista Uningá Review*, 18(3), 50-55.

Krey, F.C., Gomes, J.S., Benetti, E.R.R., da Cruz, C.T., Stübe, M., & Stumm, E.M.F. (2016) Respiratory changes related to prematurity in neonatal intensive care. *Rev Rene*, 17(6), 766-73. DOI: 10.15253/2175-6783.2016000600006

Krous, H.F., Beckwith, J.B., Byard, R.W., Rognum, T.O., Bajanowski, T., Corey, T. ... Mitchell, E.A. (2004). Sudden Infant Death Syndrome and Unclassified Sudden Infant Deaths: A Definitional and Diagnostic Approach. *Pediatrics*, 114(1), 234-8. DOI: 10.1542/peds.114.1.234.

- Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K., Simmons, J., & Neff, J. M. (2012). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care American Academy of Pediatrics. *Maternal and Child Health Journal*, 16, 297–305. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7>
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. Trad. Patrícia Chittoni Ramos Reuillard. Porto Alegre: Artmed Editora, S.A.
- Leal, F. (2003). Transmissão de más notícias. *Ver Port Clin Geral*, 19, 40-3.
- Lei nº. 15/2014 de 21 de Março. (2014). Leis e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República, 1ª Série (nº. 57 de 21-03-2014)*, 2127-31.
- Lei nº. 106/2009 de 14 de Setembro. (2009). Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. *Diário da república, 1ª Série (nº. 178 de 14/09/2009)*, 6254-5.
- Lei n.º 156/2015. (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. *Diário da república, I Série (N.º 181 de 16-09-2015)*, 8059-8105. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Lemos, C.J., Teixeira, L., Tavares, M., Silva, G., & Ramos, A. (2016). RGE e BRUE: Uma Associação por vezes óbvia mas difícil de estabelecer. *Nascer e Crescer*, XXV(II), S25.
- Libro Blanco de la Muerte Súbita Infantil (2013). Grupo de Trabajo para el Estudio de la Muerte Súbita Infantil. Ediciones Ergon. 3ª ed. ISBN 978-84-15351-90-0
- Lino, C., Augusto, K., Oliveira, R., Feitosa, L., Caprara, A. (2011). Uso do protocolo Spikes no ensino de habilidades em transmissão de más notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 35(1), 52-7. doi:10.1590/s0100-55022011000100008
- Locsin, R. (2013). Technological Competency as Caring in Nursing: Maintaining Humanity in a High-Tech World of Nursing. *Journal of Nursing and Health Sciences*, 7, 1-6.

- Lopes, A.C.F. (2012). *Síndrome de Morte Súbita do Lactente* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/66142/2/30796.pdf>
- Luker, K.A., & Caress, A. (1989). Rethinking patient education. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 711-8.
- Macedo, T.R., Rocha, P.K., Tomazoni, A., Souza, S., Anders, J.C., & Davis, K. (2016). The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergency nursing team. *Rev Esc Enferm USP*, 50(5), 756-62. Acedido em 03-04-2018, disponível em <http://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600007>
- Maquet Getinge Group (2010). NAVA and NIV NAVA in neonatal settings – Pocket Guide. Disponível em http://www.criticalcarenews.com/contentassets/00f21dfccda548ac86f468ce9c7fce47/mx-0875_pocket_guide_nava_for_neonates_rev02_en_all.pdf
- Martins, Z.R., & Silvino, T.S.S. (2010). Um marco conceitual para o cuidado da criança hospitalizada à luz da Teoria de Neuman. *Cogitare Enferm*, 15(2), 340-4.
- McFarlin, A. (2018). What to do when babies turn blue – Beyond the Basic Brief Resolved Unexplained Event. *Emerg Med Clin N Am* (36), 335-47. DOI: 10.1016/j.emc.2017.12.001
- McGovern, M.C., & Smith, M.B.H. (2004). Causes of apparent life-threatening events in infants: A systematic review. *Archives of Diseases in Children*, 89(11), 1043-8. Disponível em <https://adc.bmj.com/content/89/11/1043.long>
- McLauchlan, C.A., Ward, A., Murphy, N.M., Griffith, M.J., Skinner, D.V., & Camm, A.J. (1992). Resuscitation training for cardiac patients and their relatives – its effect on anxiety. *Resuscitation*, 24(1), 7-11.
- Meleis, A.I., Sawyer, L., Im, E.-O., Hilfinger-Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advanced nursing sciences*, 23(1), 12-18. DOI: 10.1097/00012272-200009000-00006

- Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory, Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company, New York. ISBN 978-0-8261-0535-6
- Mello, J.F., & Barbosa, S.F.F. (2013). Cultura de segurança do paciente em terapia intensiva: Recomendações da Enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(4), 1124-33.
- Melnyk, B.M. (2004). Integrating Levels of Evidence into Clinical Decision Making. *Pediatric Nursing*, 30(4), 323-5.
- Mendes, A.P. (2016a). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1–23. <https://doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
- Mendes, A.P. (2016b). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: experiência vivida pela família na unidade de cuidados intensivos. *Texto Contexto Enferm*, 25(1), 1-9. DOI:10.1590/0104-07072016004470014
- Mendes, A.P. (2018). Impacto da notícia de doença-crítica na vivência da família: estudo fenomenológico hermenêutico. *Ver Bras Enferm*, 71(1), 182-9. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0163.
- Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), 758–64. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/43531031_Revisao_integrativa_Metodo_o_de_pesquisa_para_a_incorporacao_de_evidencias_na_saude_e_na_enfermagem
- Mendes, M., & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Abstract Resumen*, III(6), 113-21. DOI:10.12707/RIII1144
- Merritt, J.L., Quinonez, R.A., Bonkowsky, J.L., Franklin, W.H., Gremse, D.A., Herman, B.E., Jenny, C., Katz, E.S., Krilov, L.R., Norlin, C., Sapién, R.E., & Tieder, J.S. (2019). A Framework for Evaluation of the Higher-Risk Infant After a Brief Resolved

Unexplained Event. *Pediatrics*, 144(2), 1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2018-4101>

Mesquita, C., Gomes, I.D., Mestrinho, M.G., Carvalho, R., & Dinis, R. (2007). Parceria e Cuidados de Enfermagem – Uma questão de cidadania. Formasau – Formação e Saúde Lda. ISBN 978-972-8485-86-3

Meyer, G., & Lavin, M. A. (2005). Vigilance: The Essence of Nursing. *Journal of Nurse Life Care Planning*, 8(3), 100-111. ISSN 1942-4469.

Mikalsen, I.B., Davis, P., & Øymar, K. (2016). High flow nasal cannula in children: a literature review. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 24, 1-12. DOI: 10.1186/s13049-016-0278-4

Milési, C., Boubal, M., Jacquot, A., *et al* (2014). *High-flow nasal cannula: recommendations for daily practice in pediatrics*. *Annals of Intensive Care*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4273693/pdf/s13613-014-0029-5.pdf>

Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde*. (Ministério da Saúde, Ed.). Lisboa.

Mitchell, E.A., Aley, P., & Eastwood, J. (1992). The National Cot Death Prevention Program in New Zealand. *Australian Journal of Public Health*, 16(2), 158-61. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1753-6405.1992.tb00045.x>

Mohan, M.A., & Maski, K.P. (2017). Apparent Life-Threatening Event and Sudden Infant Death Syndrome, in Swaiman's Pediatric Neurology (6th ed.)

Monteiro, T., Sales da Silva, L. M., & Sales da Silva, M. V. (2002). Reações de mães diante do nascimento de um filho prematuro. *Cogitare Enferm.*, 7(1), 36-42.

Monti, M.C., Borrelli, P., Nosetti, L., Tajè, S., Perotti, M., Bonarrigo, D., *et al*. (2016). Incidence of apparent life-threatening events and post-neonatal risk factors. *Acta Paediatr*. Epub, disponível em <http://doi.org/10.1111/apa.13391>

Moura, M.L.S., & Ribas, A.F.P. (1988). Interação precoce mãe-bebê e a concepção do desenvolvimento infantil inicial. *Revista Bras Cresc Des Hum*, 8(1/2), 23-32.

- National Institutes of Health Consensus Development Conference on Infantile Apnea and Home Monitoring (1987). *Pediatrics*, 79(2), 292–9. Acedido em 15-03-2018, disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/79/2/292.long>
- Neto, P., Pedro, N., Cerqueira, A., Neto, P.F., Félix, L., Bicho, A., & Urbano, J. (2011). Emergência pediátrica pré-hospitalar: experiência de uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação. *Acta Pediatr Port*, 42(5), 215-9.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman systems model*. Norwalk: Apleton and Lange.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (Eds.). (2011). *The Neuman Systems Model*. (Fourth edit.). Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall, disponível em: <http://10.1177/0894318412457067>
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (2018). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação. Artmed, 11ª ed. Disponível em: http://nascecmecme.com.br/2014/wp-content/uploads/2018/08/NANDA-I-2018_2020.pdf
- Nunes, J.F.P. (2016). *Apparent Life-Threatening Event (ALTE) no CHP: Do diagnóstico à orientação terapêutica*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/86041>
- Opperman, C. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência, p. 11-4 e 263-6. ISBN 972-8383-19-3
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). ST Louis: Mosby.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Conselho de Enfermagem. *Dor – guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Organização das Nações Unidas (2009). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>

- Organização das Nações Unidas (2015). Objetivos de Desenvolvimento Sustentável n.º 3 – Saúde e Bem-estar. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/ods3/>
- Organização das Nações Unidas (2017). ONU: 7 mil recém-nascidos morrem por dia no mundo. Disponível em <https://nacoesunidas.org/onu-7-mil-recem-nascidos-morrem-por-dia-no-mundo/>
- Organização das Nações Unidas (2019). Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030. Disponível em <https://nacoesunidas.org/conheca-os-novos-17-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-da-onu/>
- Organização Mundial de Saúde (2005). *Relatório Mundial da Saúde de 2005 - Panorama Geral*, 4-15. Disponível em http://www.who.int/whr/2005/media_centre/overview_pt.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2008). *World alliance for patient safety: forward programme 2008-2009 (1st ed.)*. OMS. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70460/WHO_IER_PSP_2008.04_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organização Mundial da Saúde (2009). *Conceptual Framework for the international classification for patient safety: Version 1.1*. OMS. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2012). *Born Too Soon: The Global action report on preterm Birth*. The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health & Save the Children. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/1/9789241503433_eng_pdf
- Patrinós, M.E., & Martin, R.J. (2017). Apnea in the term infant. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 22, 240-4, disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.siny.2017.04.003>
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(11), 121–132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>

- Percelay, J.M. (2008). PHISHing for Clarity in the Management of Apparent Life-Threatening Events. *The Journal of Pediatrics*, 152, 604-6.
- Petronilho, F.A.S. (2007). Preparação do regresso a casa. Formasau. ISBN 978-972-8485-91-7
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência.
- Pinto, J.P., Ribeiro, C.A., Pettengill, M.M., & Balieiro, M.M. (2011). Cuidados centrados na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Rev Bras Enferm*, 63(1), p. 132-5.
- Pires, A. (2001). *Crianças (e Pais) em Risco*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pitetti, R.D., Maffei, F., Chang, K., Hickey, R., Berger, R., & Pierce, M.C. (2002). Prevalence of retinal hemorrhages and child abuse in children who present with apparent life-threatening events. *Pediatrics*, 110(3), 83-6.
- Pitetti, R.D., Whitman, E. & Zaylor, A. (2008). Accidental and Nonaccidental poisonings as cause of Apparent Life-Threatening Events in Infants. *American Academy of Pediatrics*, 122(2), e359-62. Acedido em 08-07-2018, disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/122/2/e359>
- Piumelli, R., Davanzo R., et al. (2017). Apparent Life-Threatening Events (ALTE): Italian guidelines. *Italian Journal of Pediatrics*, 43(111), 1-23. DOI: 10.1186/s13052-017-0429-x
- Poets, C.F. (2004). Apparent life-threatening events and sudden infant death on a monitor. *Paediatric Respiratory Reviews*, 5(Suppl.A), S383-6.
- Poets, A., Steinfelct, R., & pets, C.F. (2010). Sudden deaths and severe apparent life-threatening events in term infants within 24 hours of birth. *Pediatrics*, 127, e896-73.
- Poets, A., Steinfeldt, R., & Poets, C.F. (2011). Sudden Deaths and Severe Apparent Life-Threatening Events in Term Infants Within 24 Hours of Birth. *Pediatrics*, 127(4), e869-73. Acedido em 10-04-2018, disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/4/e869>

- Poets, C.F. (2017). Apparent Life-Threatening Events (ALTE) or Brief Resolved Unexplained Events (BRUE). *Paediatrics and Child Health*, 27(5), 215-21. <http://doi.org/10.1016/j.paed.2017.02.004>
- Ponce, P. (2015). Aspetos éticos das decisões clínicas na unidade de cuidados intensivos. In Ponce, P., & Mendes, J. (Coord.). *Manual de Medicina Intensiva*, 557-64. Lisboa: Lidel – Edições técnicas, Lda.
- Public Law 93-270 (1980). Sudden Infant Death Syndrome Act of 1974. Executive Office of The President Office of Management and Budget Washington, D.C. 1980 *Catalog of Federal Domestic Assistance*. Superintendent of Documents. Government Printing Office, Washington, D.C. 20402. Edição nº 14 (22 de Abril de 1974), p. 90-92. Acedido em 08-07-2018, disponível em: <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/STATUTE-88/pdf/STATUTE-88-Pg90.pdf>
- Pyles, L.A., Knapp, J. (2004). American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine. Role of pediatricians in advocating life support training courses for parents and the public. *Pediatrics*, 114(6). Acedido em 10-04-2018, disponível em: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/114/6/e761>
- Raab, C.P. (2017). ALTE and BRUE (Brief, Resolved, Unexplained Event). Obtido de MSD Manual Professional Edition. Disponível em <https://www.msmanuals.com/professional/pediatrics/miscellaneous-disorders-in-infants-and-children/alte-and-brue>
- Ramos, N. (2004). *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa, Universidade Aberta.
- Regulamento nº. 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª Série (nº. 26 de 06-02-2019), 4744-50. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Regulamento nº. 361/2015. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2ª Série (nº. 123 de 26-06-2015), 17240-3. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/67613096>

Regulamento nº. 429/2018. (2018). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. *Diário da República*, 2ª Série (nº. 135 de 16-07-2018), 19359-70. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Regulamento do Exercício dos Profissionais de Enfermagem – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei n.º 156/2015, de 16 de Setembro.

Ribeiro, C.R., Moura, C.M., Sequeira, C., Barbieri, M.C., & Erdmann, A.L. (2015). Perceção dos pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(4), 137-46.

Roberts, M. C., & Steele, R. G. (2014). *Handbook of Pediatric Psychology* (5ª ed.). New York: Guilford Press, 486-90. ISBN: 978-1462529780.

Rogers, A., & Gage, S. (2018). Apparent Life-Threatening Event - Brief Resolved Unexplained Event. In *Nelson Pediatric Symptom-Based Diagnosis* (pp.75-82). Philadelphia: Elsevier. ISBN 978-0-323-39956-2.

Roy, C., & Andrews, H. (1981). *Teoria de Enfermagem – O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN 972-771-175-8.

Sá, F., Botelho, M.A., & Henriques, M.A. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: a experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31-46.

Sahewalla, R., Gupta, D., & Kamat, D. (2016). *Apparent life-threatening events: an overview*. *Clin Pediatr* (Phila), 55(1):5–9. Epub 19 de Junho de 2015. Acedido em 15 de Janeiro de 2018, disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0009922815591890>

Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. *Referência*, 11, 59-62.

- Santos, N. C. M. (2004). *Assistência de Enfermagem Materno-infantil* (1ª ed.). São Paulo, Brasil: Iátria.
- Schell, H. M., & Puntillo, K. A. (2001). *Segredos em enfermagem na terapia intensiva - Critical Care Nursing Secrets*. Porto Alegre, Brasil: ARTMED Editora. 506-12. ISBN I-56053-454-0
- Scollan-Koliopoulos, M., & Koliopoulos, J.S. (2010). Evaluation and Management of Apparent Life-Threatening Events in Infants. *Pediatric Nursing* 36(2), 77-84.
- Seidl de Moura, M.L., & Ribas, A.F.P. (1988). Interação Precoce Mãe-Bebê e a Concepção do Desenvolvimento Infantil Inicial. *Rev Bras Cresc Des Hum*, S. Paulo, 8(1/2), 23-32.
- Semmekrot, B.A., van Sleuwen, B.E., Engelberts, A.C., Joosten, K.F.M., Mulder, J.C., Liem, K.D., Pereira, R.R., Bijlmer, R.P.G.M., & L'Hoir, M.P. Surveillance study of apparent life-threatening events (ALTE) in the Netherlands. *Eur J Pediatr*, 169, 229-36. <https://doi.org/10.1007/s00431-009-1012-2>
- Silva, C.C., & Ribeiro, N.R.R.R. (2000). Percepções da criança acerca do cuidado recebido durante a hospitalização. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53(2), 311-23.
- Silva, E., Pedrosa, D., Leça, A., & Silva, D. (2016). Percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do doente pediátrico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(9), 87–95. <https://doi.org/10.12707/RIV16007>
- Silva, L., & Matsuda, L. (2012). Um olhar para a qualidade no processo de atendimento em um serviço de urgência público. *Ciência, cuidado e saúde*. Em linha. Suplemento n.º 11 (Janeiro-Março, 2012), 121-8. ISSN 1516-1803. Acedido em: 03/05/2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a09v21n2.pdf>
- Slain, K.N., Shein, S.L., & Rotta A.T. (2017). The use of high-flow nasal cannula in the pediatric emergency department. Rio de Janeiro. *Jornal de Pediatria*, 93(1), 36-45. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2017.06.006>
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2000). *Brunner & Suddarth, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica* (9ª Ed). Vol. 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia – Secção do ALTE (2014). Consenso Clínico: “ALTE” no período Neonatal – PRIMEIRO ANO DE VIDA, disponível em <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Alte.pdf>

Sociedade Portuguesa de Pediatria – Secção de Neonatologia (2016). Consenso Clínico: “Limite da Viabilidade”, disponível em <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Viabilidade.pdf>

Tamez, R.N., & Silva, M.J.P. (2017). *Enfermagem na UTI Neonatal – Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco*. (6ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 8527731401.

Tavares, A., Pedro, N., & Urbano, J. (2015). Ausência de formação em suporte básico de vida pelo cidadão: um problema de saúde pública? Qual a idade certa para iniciar? *Revista portuguesa de saúde pública*, 34(1), 101-104. Disponível em <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-pdf-S0870902515000450>

The Joanna Briggs Institute. (2015). Joanna Briggs Institute Reviewer’s Manual: 2015 edition/ Supplement. Methodology for JBI Scoping Reviews. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Therrien, A. (2018). Caixa de papelão para bebês, tradição na Finlândia, tem eficácia contestada por especialistas britânicos. BBC News Brasil, disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-45900044>

Tieder, J.S. (2018). Mortality Risk and Hospital Admission after a Brief Resolved Unexplained Event. (W. Balistreri, Ed.) *The Journal of Pediatrics*, 197, 12-3. Disponível em: [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(18\)30131-8/pdf](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(18)30131-8/pdf)

Tieder, J.S., Altman, R.L., Bonkowsky, J.L., Brand, D.A., Claudis, I., Cunningham, D.J., DeWolfe, C., Percelay, J.M., Pitetti, R.D., & Smith, B.H. (2013). Management of apparent life-threatening events in infants: a systematic review. *J Pediatr*, 163(1): 94-99, 99.e1–e6. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.jpeds.2012.12.086>

Tigges, C.R., & Bigham, M.T. (2012). Hypertrophic Pyloric Stenosis: It can take your breath away. Case Study. *Air Med J*, 31(1), 45-8. DOI: 10.1016/j.amj.2011.06.009

- Trachtenberg, F., Haas, E. A., Kinney, H. C., Stanley, C., & Krous, H. F. (2012). Risk Factor Changes for Sudden Infant Death Syndrome After Initiation of Back-to-Sleep Campaign. *Pediatrics*, 129, 630–638. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1419>
- Ueda, R., & Nomura, O. (2017). Independent risk factors for recurrence of apparent life-threatening events in infants. *Eur J Pediatr*, 176, 443-8. DOI: 10.1007/s00431-017-2855-6
- UNICEF (United Nations Children's Fund). (2004). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. (2019). *Levels and Trends in Child Mortality Report 2019*. New York. Disponível em <https://www.unicef.org/media/60561/file/UN-IGME-child-mortality-report-2019.pdf>
- Valdes-Dapena, M.A. (1978). *Sudden Unexplained Infant Death – 1970 through 1975: An Evolution in Understanding*. U.S. Department of Health, Education, and Welfare – Public Health Service, Health Services Administration, Maryland, 1-8.
- Villalta, M., & Alcalá, F. (2014). Episodio aparentemente letal en la práctica clínica. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(6), 344–347.
- Villalta, M., & Planas, A. M. (2018). Actualización en la evaluación del Episodio Aparentemente Letal. Retrieved from <http://sepho.es/wp-content/uploads/2016/07/Protocolo-SEPHO-EAL-BRUE-1.pdf>
- Votroubek, W., & Tabacco, A. (2010). *Pediatric Home Care Nurses – A Family-centered Approach* (3ª ed.). Jones & Bartlett Publishers, 4 -5.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*: Loures. Lusociência.
- Wellchild. (2011). *Guidelines for the investigation of newborn infants who suffer a sudden and unexpected postnatal collapse in the first week of life: recommendations from a Professional Group on Sudden Unexpected Postnatal Collapse*. London.

Willinger, M., James, L.S., & Catz, C. (1991). Defining the sudden infant death syndrome (SIDS): deliberations of an expert panel convened by the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatr Pathol.*, 11, 677-84.

Wood, C.J. (1888). The training of nurses for sick children. *The Nursing Record*. Dec. 6th, 507-10

APÊNDICES

APÊNDICE I - Protocolo da Revisão Integrativa da Literatura

A Criança com Brief Resolved Unexplained Event, no Primeiro Ano de Vida – Intervenções Especializadas de Enfermagem – Revisão Integrativa da Literatura

Revisores

Joana Mesquita de Carvalho dos Santos Cardoso

Professora Maria Cândida Durão

Instituição onde é conduzida a revisão

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

RESUMO

Desde a década de 70, que crianças no seu primeiro ano de vida sofrem eventos súbitos e inexplicáveis. Inicialmente designados como Síndrome de Morte Súbita do Lactente, mais tarde, na década de 80, distinguiram-se como *Apparent Life-Threatening Event* (ALTE) e, posteriormente em 2016, a American Academy of Pediatrics definiu um conceito mais objetivo, o *Brief Resolved Unexplained Event* (BRUE). A problemática consiste no facto de o conceito de ALTE ainda ser dominante em relação ao BRUE e de os profissionais de saúde continuarem, na sua maioria, a orientar-se pelas guidelines do ALTE.

Objetivo

Pesquisar evidência científica de forma a conhecer quais as intervenções especializadas de enfermagem realizadas em crianças até aos 12 meses de vida inclusive, que recorrem ao serviço de urgência de pediatria devido a episódio(s) de BRUE ou que são internadas numa unidade de cuidados intensivos apresentando episódios de BRUE.

Questão de Revisão

Quais as intervenções de enfermagem (I) à criança com *Brief Resolved Unexplained Event*, no primeiro ano de vida (P), em contexto de serviço de urgência e/ou unidade de cuidados intensivos (Co)?

População – Crianças até aos 12 meses de vida com episódios de BRUE

Interesse – Intervenções de enfermagem

Contexto – Serviço de urgência e/ou unidade de cuidados intensivos

Enquadramento Teórico

O conceito de BRUE, que substituiu a terminologia de ALTE (*Apparent Life-Threatening Event*) em 2016, é definido pela *American Academy of Pediatrics* (AAP) como

“um evento que pode ocorrer em crianças até uma determinada idade (inferior a um ano), em que um observador relata um episódio súbito, rápido e já resolvido, de um ou mais dos seguintes: cianose ou palidez; ausência, diminuição ou irregularidade na respiração; tônus muscular marcadamente alterado (hipo- ou hipertonia); e alteração da capacidade de resposta” (pág. e1).

Apesar de ser uma nomenclatura recente, veio atribuir a estes eventos um sentido mais objetivo (AAP, 2016a, p. e2).

O seu diagnóstico implica ausência de sintomatologia, sem qualquer outra explicação, mediante uma minuciosa história clínica e exame físico, categorizando as crianças com baixo ou elevado risco, de acordo com uma lista de critérios elaborada pela AAP.

Nos eventos de BRUE salienta-se a apneia que, caso seja demasiado prolongada, poderá conduzir a paragem cardiorrespiratória que, não sendo identificada e revertida atempadamente, poderá resultar na morte da criança (AAP, 1978).

Neste contexto, independentemente de toda a tecnologia acessível para monitorização do cliente crítico, a vigilância da equipa multidisciplinar, englobada nas intervenções de enfermagem é “a essência do *caring in nursing*” (Meyer e Lavin, 2005, p.109), permitindo “observar e monitorizar complicações” (p.100).

Segundo as mesmas autoras vigiar envolve: a atribuição de um significado ao que é ouvido, visto e sentido; estar alerta e antecipar o que pode acontecer; estar sempre pronto a atuar rapidamente; calcular riscos; tomar medidas para maximizar resultados e minimizar adversidades; monitorizar continuamente os resultados obtidos e fazer ajustes nos planos de cuidados sempre que necessário; por fim, registar o seu trabalho e respetiva contribuição nos resultados, de forma a promover a continuidade dos cuidados e a sua visibilidade.

Os Consensos de Neonatologia de 2014 referem que a incidência de ALTE no período neonatal era de 0,05 a 1% (p. 1) com uma possibilidade de recorrência na ordem de 10% a 25% (p. 6). A incidência de hospitalização era de 2% com uma condição patológica não diagnosticada presente em cerca de 50% dos casos (Rogers e Gage, 2018, p. 75), conferindo um risco de *outcomes* adversos. A estimativa do risco de morte em crianças com ALTE prévio é inferior a 1%, sendo um risco superior (10-30%) nos casos de recorrência que necessitam de reanimação cardiorrespiratória (Consensos de Neonatologia, 2014, p. 6).

Estas crianças são posteriormente acompanhadas em consulta de *follow-up*, geralmente até aos 24 meses de idade. Dados mais atuais referem que a incidência estimada de crianças com idade inferior a 1 ano (idade média entre 1 e 3 meses) que recorrem ao SUP por BRUE é de 0,6 a 1,7% (Kondamudi e Virji, 2018).

O Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus adaptado por Benner à enfermagem, defende que a aprendizagem experiencial em contextos de grande complexidade, vulnerabilidade e sofrimento, como o da pessoa em situação crítica, requer abertura e uma aprendizagem experiencial ao longo do tempo, mas também o desenvolvimento de um sentido de estrutura moral e de grande responsabilidade face às dimensões éticas e relacionais inerentes às perícias clínicas.

Por outro lado, indo de encontro ao Modelo de Sistemas de Betty Neuman, no qual a vigilância enquanto intervenção de enfermagem apresenta três níveis de prevenção, Benner refere que “manter a vigilância (...) pode revelar e alargar as competências de empenhamento e eficácia clínica” (2001, p. 16), possibilitando que, enquanto perito, “que tem uma enorme experiência, compreende (...) de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema (...)” (2001, p. 58), saiba fazer “o melhor uso da sabedoria clínica obtida experiencialmente” (2001, p. 17).

Pertinência do estudo

Posto isto, é da máxima prioridade a atualização das equipas de profissionais de saúde e a aquisição de competências especializadas de enfermagem no que respeita à prestação de cuidados à criança em situação crítica vítima de BRUE, passando pela identificação da situação, estabelecimento do diagnóstico, vigilância na hospitalização e uma atuação adequada à estratificação do risco, tendo em consideração os benefícios a longo prazo que a criança e família/cuidador conseguirão através de apoio/ensinos, constituindo uma maior segurança na prestação de cuidados, resolução de problemas e, por conseguinte, melhor qualidade de vida e maior probabilidade de sobrevivência infantil a estes eventos.

Tabela 1 - Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Tipo de Participantes	Crianças até aos 12 meses de idade inclusive, com episódio(s) de BRUE, visto haver uma maior incidência de eventos nessa faixa etária	<ul style="list-style-type: none"> • Idade superior a 12 meses de vida • Artigos não relacionados com BRUE/ALTE • Todos os documentos a que não se consiga aceder ao texto completo
Tipo de Intervenção	Documentos com referência à prevenção, diagnóstico e atuação em casos de BRUE/ALTE	
Tipo de Resultados	Intervenções de enfermagem a crianças com BRUE, no primeiro ano de vida	
Tipo de Estudo	Todos os tipos de documentos, publicados ou não publicados a que se tenha acesso	

Estratégias de Pesquisa

Foi efetuado um levantamento bibliográfico de artigos e/ou estudos publicados que respondam à questão de investigação colocada. A primeira etapa passou por realizar uma pesquisa limitada nas bases de dados *CINAHL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text*, cujos resultados foram conjugados com os operadores booleanos *AND* e *OR*, seguida de uma pesquisa no Google Académico e pesquisa livre de literatura de credibilidade científica. Na pesquisa, primeiramente são introduzidos os termos em linguagem natural, para identificar os termos de indexação em cada uma das bases de dados em questão, sendo considerados os seguintes termos/ palavras-chave:

(P): newborn, infant, premature, child, apnea, apnea of prematurity, cyanosis, pallor, hypotonia, hypertonia, ALTE, BRUE, Sudden Infant Death.

(I): nursing interventions, monitoring/physiologic, emergency nursing, pediatric critical care, neonatal intensive care, pediatric advanced life support.

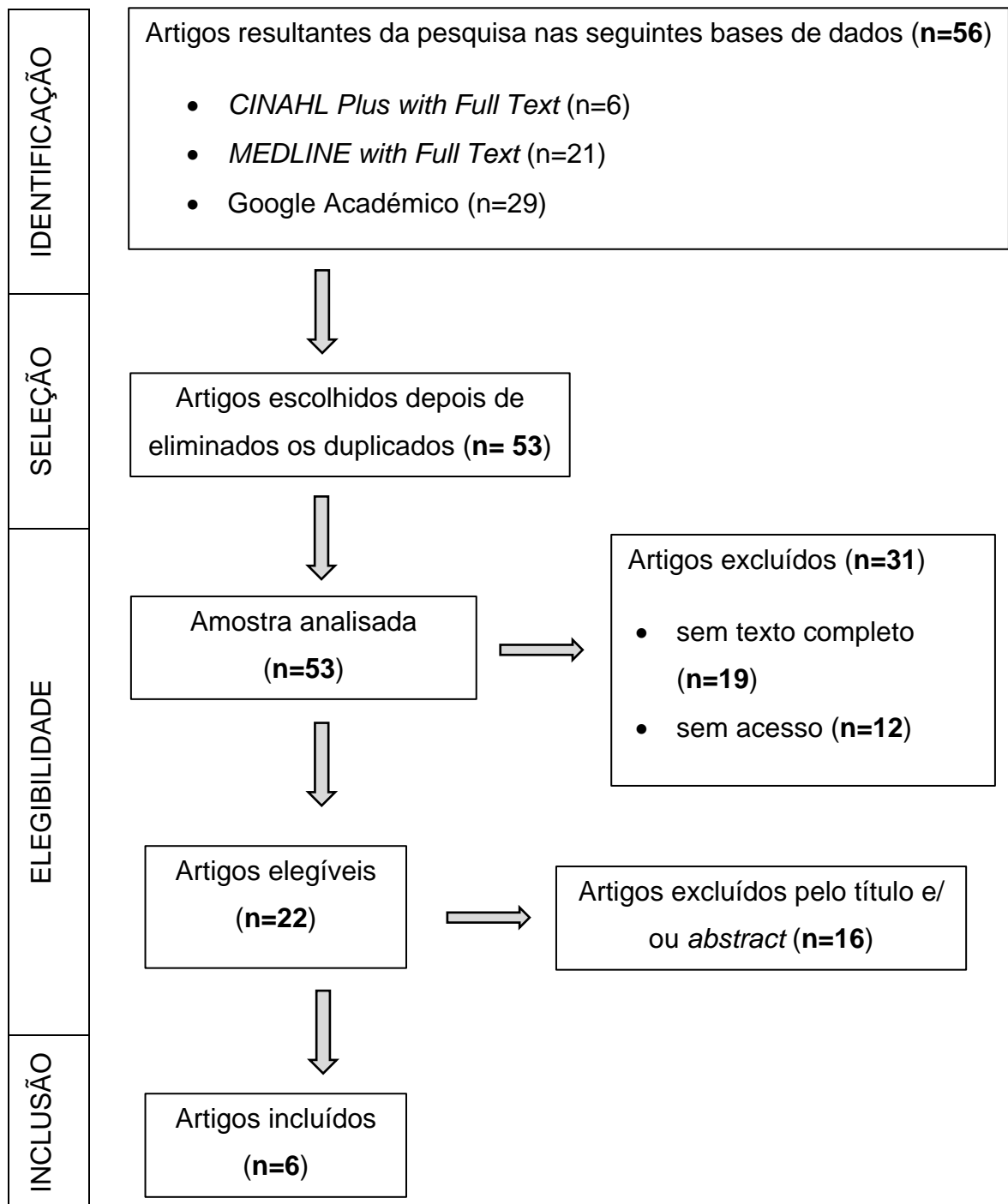
(Co): emergency service, emergency department, intensive care units, critical care units.

Tabela 2 – Descritores usados nas pesquisas

Population (P)	Intervention (I)	Context (Co)
<ul style="list-style-type: none">• Newborn• Premature• Infant• Child• Apnea / Apnea of prematurity• ALTE / Apparent Life-Threatening Event• BRUE /Brief Resolved Unexplained Event• Sudden Infant Death• Cyanosis• Pallor• Hypotonia• Hypertonia	<ul style="list-style-type: none">• Nursing interventions• Monitoring, physiologic• Emergency Nursing• Pediatric Emergency Nursing• Acute Care• Pediatric Critical Care• Neonatal Intensive Care• Pediatric Advanced Life Support	<ul style="list-style-type: none">• Emergency Service• Emergency Department• Intensive Care Units• Critical Care Units

Método de Revisão e Colheita de Dados

Após a obtenção de resultados pelo cruzamento das palavras-chave/ descritores específicos, foi realizada a leitura do título e *abstract* (resumo) dos artigos encontrados, seguida de uma leitura integral dos elegíveis para verificação da sua relevância e adequação, tendo em conta o objeto do estudo, os critérios de inclusão e exclusão, sendo ainda eliminados os artigos repetidos.



Síntese e Apresentação de Resultados

Para a apresentação dos resultados da RIL foi elaborada a **tabela 3** para a caracterização dos estudos onde constam os seguintes parâmetros:

- Autor(es) do estudo e ano;
- Objetivo/ questão da investigação;
- População (participantes), número da amostra e, se possível, faixa etária e localização do estudo;
- Resultados/ conclusões: principais achados relativos à vigilância de crianças até aos 12 meses de vida com BRUE, conclusões, limitações e recomendações;
- Metodologia usada no artigo em análise.

E para finalizar a análise destes artigos, foram aplicadas as grelhas de avaliação *The Joanna Briggs Institute* (TJBI) na **tabela 4**, de forma a determinar a evidência científica dos mesmos e a respetiva qualidade metodológica.

Conflito de Interesses

Os revisores referem não existir conflito de interesses.

Tabela 3 – Características dos estudos sobre vigilância em clientes pediátricos e gestão do cliente com BRUE

AUTOR	OBJETIVO DE INVESTIGAÇÃO	AMOSTRA	RESULTADOS/ CONCLUSÕES	MÉTODO
1. Piumelli, <i>et al.</i> (2017)	Avaliar a necessidade de internar/ monitorizar/ vigiar crianças com ALTE/BRUE; Explorar o novo conceito de ALTE neonatal - SUPC (<i>Sudden Unexpected Postnatal Collapse</i>)	Bebés prematuros e crianças (n = 4744)	Recomendada história minuciosa, identificação de fatores de risco e vigilância (de acordo com grau de risco). Internamento e vigilância recomendados por 24h c/monitorização (ECG e oximetria de pulso) se já tiver havido necessidade de manobras de RCP, quadro clínico instável, prematuridade e ser RN, história de recorrência ou familiar de SIDS ou de fraca conformidade. A vigilância tranquiliza os pais, identifica recorrência de eventos em 30-60% dos casos e é uma ferramenta para a detecção da apneia e/ou eventos adversos. SUPC pode ser minimizada pela melhoria da vigilância e uso de <i>checklists</i> , incentivo ao Método de Canguru (prevenção do colapso do RN), ensinamentos aos pais sobre dar mais atenção ao bebê, tipos de alimentação, posicionamentos anti-asfixia, funcionalidades da monitorização e treino em RCP. Estratégias no alto risco de SUPC nas primeiras 2h de vida: supervisão não invasiva do par “mãe-bebê” pelos profissionais de saúde, prevenindo posições de asfixia e informar pais sobre alterações preocupantes a detetar no RN.	Guidelines (compilação de vários estudos)
2. Ueda, <i>et al.</i> (2017)	Estudar a recorrência de um episódio de ALTE e necessidade de internamento e vigilância	Crianças (n = 112) (Tóquio, Japão)	Um episódio recorrente de ALTE é uma repetição com características semelhantes ao(s) anterior(es). O risco de recorrência é 10%, sugerindo internamento para estudo. A recorrência de ALTE em 24 horas é uma das variáveis de um modelo utilizado para prever a necessidade de internamento. A recorrência de ALTE pode indicar patologias subjacentes com necessidade de exames, monitorização e vigilância, mas até à data ainda não foram totalmente investigados todos os fatores de risco inerentes à recorrência destes eventos.	Coorte Retrospectivo (entre Março 2002 e Janeiro de 2012)

AUTOR	OBJETIVO DE INVESTIGAÇÃO	AMOSTRA	RESULTADOS/ CONCLUSÕES	MÉTODO
3. Tieder, Bonkowsky <i>et al.</i> (2016)	Avaliar crianças com BRUE baseando-se na possibilidade de recorrência de BRUE ou de doença subjacente	Crianças (n = 625)	Recomendação da substituição de ALTE por BRUE (mais objetivo, remove rótulo de <i>life-threatening</i>). Necessidade de história clínica e familiar minuciosa. Disponibilização de um algoritmo que categoriza risco de recorrência (idade < 1 ano) em baixo ou alto risco, com recomendações para diagnóstico, gestão, vigilância e <i>follow-up</i> . Importância dos ensinos aos pais sobre recorrência de eventos, sinais de alarme e RCP. Pais informados e uma prestação de cuidados centrada na pessoa e na família resulta em melhores <i>outcomes</i> na saúde.	Guidelines (compilação de vários estudos)
4. Scollan-Koliopoulos & Koliopoulos (2010)	Providenciar às equipas de enfermagem meios para reconhecer e gerir casos de ALTE	Crianças (amostra não referida)	Pais e crianças vítimas de ALTE necessitam de ajuda diferenciada, como intervenção imediata, vigilância (disponibilização de uma tabela com trigger de apneia) e ensinos. Durante o internamento é necessária monitorização cardiorrespiratória com oximetria de pulso, mas a presença de um enfermeiro é fulcral , podendo identificar alterações na criança antes mesmo do monitor alarmar. Equipas de enfermagem devem fazer registos específicos dos eventos e realizar ensinos aos pais de forma a melhorar a qualidade de vida das suas crianças e da sua família.	Observacional Descritivo
5. Percelay (2008)	Utilizar a base de dados <i>Pediatric Health Information System</i> (PHIS) para documentar formas de gerir um ALTE	Admissões hospitalares com potencial diagnóstico de ALTE (n = 12.067)	Importância de história clínica e exame físico minuciosos . Grandes variações na gestão de crianças com ALTE devido à falta de consenso nacional . Necessidade de uma base de dados PHIS para cruzar informação e registos com os <i>outcomes</i> , de forma a peritos e investigadores poderem identificar a melhor prática baseada na evidência e melhorar os cuidados a crianças com ALTE a nível internacional.	Observacional Analítico Retrospectivo (período de 5 anos)

AUTOR	OBJETIVO DE INVESTIGAÇÃO	AMOSTRA	RESULTADOS/ CONCLUSÕES	MÉTODO
6. De Piero, <i>et al.</i> (2004)	Determinar a taxa de diagnósticos e intervenções clínicas a crianças com ALTE, admitidas num serviço de urgência com posterior internamento	Crianças com menos 6 meses de idade (n = 253.408)	Disponibilização de tabela com intervenções clínicas mais significativas realizadas em crianças com diagnóstico de ALTE, tais como: análises laboratoriais, administração de oxigenoterapia, aspiração de secreções da via aérea, manipulação de cateter venoso central e/ou arterial, ressuscitação cardiopulmonar, manipulação de tubo endotraqueal em doentes ventilados, manipulação de sondas de alimentação entérica, administração de terapêutica inalatória e analgesia, etc. Todas as crianças com diagnóstico de ALTE foram internadas devido a um número significativo necessitar de alguma intervenção clínica.	Retrospectivo (período de 5 anos)

Tabela 4 – Classificação dos artigos para análise por níveis de evidência científica (TJBI) e qualidade metodológica (TJBI)

NÚMERO DO ARTIGO	ARTIGO	QUALIDADE METODOLÓGICA TJBI	NÍVEL DE EVIDÊNCIA TJBI
1	<i>Apparent Life-Threatening Events (ALTE): Italian guidelines</i>	<i>Include</i>	1B
2	<i>Independent risk factors for recurrence of apparent life-threatening events in infants</i>	<i>Include</i>	2A
3	<i>Brief Resolved Unexplained Events (Formerly Apparent Life-Threatening Events) and Evaluation of Lower-Risk Infants</i>	<i>Include</i>	1A
4	<i>Evaluation and Management of Apparent Life-Threatening Events in Infants</i>	<i>Include</i>	3B
5	<i>PHISHing for Clarity in the Management of Apparent Life-Threatening Events</i>	<i>Include</i>	2A
6	<i>ED Evaluation of Infants After an Apparent Life-Threatening Event</i>	<i>Include</i>	2A

Referências Bibliográficas

- American Academy of Pediatrics (2004). Steering Committee on Quality Improvement and Management. Classifying recommendations for clinical practice guidelines. *Pediatrics*, 114(3), 874-877. Acedido em 15-03-2018, disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2016/04/21/peds.2016-0590.full.pdf>
- American Academy of Pediatrics (2016). Brief Resolved Unexplained Events (Formerly Apparent Life-Threatening Events) and Evaluation of Lower-Risk Infants: Clinical Practice Guideline. *Pediatrics*, 137(5). Epub 2016 apr 25. Erratum in: *Pediatrics* 2016;138(2). <http://doi.org/10.1542/peds.2016-0590>
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora, 294. ISBN 972-8535-97-X
- De Piero, A.D., & Chamberlain, J.M. (2004). ED Evaluation of Infants After an Apparent Life-Threatening Event. *American Journal of Emergency Medicine*, 22(2), 83-86.
- Meyer, G., & Lavin, M. A. (2005). Vigilance: The Essence of Nursing. *Online Journal of Issues in Nursing*, 10(3), 8. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol10No03PPT01>
- Percelay, J.M. (2008). PHISHing for Clarity in the Management of Apparent Life-Threatening Events. *The Journal of Pediatrics*, 152, 604-6.
- Piumelli, R., Davanzo, R., et al (2017). Apparent Life-Threatening Events (ALTE): Italian guidelines. *Italian Journal of Pediatrics*, 43, 111. doi:10.1186/s13052-017-0429-x
- Rogers, A., & Gage, S. (2018). Apparent Life-Threatening Event-Brief Resolved Unexplained Event. In Kliegman, R., Lye, P., Bordini, B., et al. *Nelson Pediatric Symptom-Based Diagnosis* (p. 75). 20th Edition. Elsevier – Health Sciences Division. ISBN 9780323447232

Scollan-Koliopoulos, M., & Koliopoulos, J.S. (2010). Evaluation and Management of Apparent Life-Threatening Events in Infants. *Pediatric Nursing* 36(2), 77-83.

The Joanna Briggs Institute. (2015). Joanna Briggs Institute *Reviewer's Manual 2015*. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

The Joanna Briggs Institute. (2014). New JBI Levels of Evidence. The University Adelaide [Página Web]. Acedido em 01-05-2018 from <http://joannabriggs.org/jbiapproach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>

Ueda, R., & Nomura, O. (2017). Independent risk factors for recurrence of apparent life-threatening events in infants. *Eur J Pediatr*, 176, p. 443-448. doi:10.1007/s00431-017-2855-6.

APÊNDICE II – Cronograma de Estágio 2018/2019

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Outubro																															
Novembro																															
Dezembro																															
Janeiro	F.E.																														
Fevereiro																															
Março					F.E.																										
Abril																			F.E.												
Maio																															
Junho																															
Julho																															
Agosto																															
Setembro																															
Outubro																															

	Local de Estágio A - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
	Local de Estágio B - Serviço de Urgência de Pediatria
	F.E. – Férias Escolares
	Elaboração do relatório Final
	Entrega do Relatório Final

**APÊNDICE III - Objetivos e Atividades/ Estratégias do Contexto
Clínico - Unidade de Cuidados Intensivos/ Intermédios Neonatais**

ATIVIDADES/ ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER	
<p>OBJETIVO ESPECÍFICO 1</p> <p>Conhecer a dinâmica da organização e o funcionamento da UCIN / Unidade de Cuidados Intermédios e da equipa multidisciplinar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar visita guiada; - Conhecer a estrutura física, funcional e organizacional; - Saber os recursos materiais disponíveis; - Consultar normas/ protocolos existentes; - Aperceber-me do modelo de prestação de cuidados de enfermagem e as rotinas inerentes; - Identificar o circuito do utente crítico, desde a sua admissão até à transferência/alta; - Conhecer projetos e necessidades atuais do serviço (explorar a pertinência de criar um folheto informativo dirigido aos pais dos bebés dos cuidados intermédios sobre BRUE); - Estabelecer uma comunicação eficaz com os membros da equipa multidisciplinar; - Observar a prestação de cuidados em cada um dos sectores.
<p>OBJETIVO ESPECÍFICO 2</p> <p>Prestar cuidados especializados de enfermagem à criança em situação crítica na UCIN e Unidade de Cuidados Intermédios, tendo em consideração a importância da família</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisar evidência científica que, com base na PBE, sustente a melhor prática de cuidados; - Consultar protocolos, normas e procedimentos existentes; - Planear cuidados especializados de enfermagem apropriados à categorização das crianças com risco de BRUE; - Identificar a pessoa significativa para a criança em situação crítica; - Sugerir a atualização da folha de registos de enfermagem com a avaliação do risco de BRUE e registo de cuidados específicos; - Potenciar o envolvimento da família/ cuidador na perceção e atuação em caso de BRUE; - Investir no estabelecimento de uma relação terapêutica com a criança em situação crítica e uma relação empática com a família/ cuidador; - Explorar estratégias facilitadoras no estabelecimento de laços vincultivos entre a criança em situação crítica e família/ cuidador (por exemplo, técnica de canguru); - Prestar apoio psicológico e emocional à família/ cuidador, estando presente, sendo acessível e esclarecendo dúvidas; - Auxiliar os pais a gerir a comunicação de más notícias; - Refletir criticamente sobre as situações de prestação de cuidados.

ATIVIDADES/ ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER	
<p>OBJETIVO ESPECÍFICO 3</p> <p>Dinamizar a resposta da equipa de enfermagem e da família na prestação de cuidados à criança em situação crítica, nomeadamente vítima de BRUE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisar evidência científica que, com base na PBE, sustente a melhor prática de cuidados à criança vítima de BRUE; - Conhecer os protocolos existentes; - Prestar cuidados especializados de enfermagem à criança em situação crítica, nomeadamente à vítima de BRUE (apneia prolongada/ paragem respiratória e/ou obstrução da via aérea por engasgamento, com necessidade de vigilância/ monitorização/ventilação); - Identificar as necessidades da família/ cuidador na prestação de cuidados de enfermagem em situações de urgência/ emergência; - Promover a aprendizagem da família/ cuidador com sessões formativas (formais ou informais) sobre a temática de BRUE; - Gerir prioridades na prestação de cuidados de enfermagem em casos de BRUE; - Sistematizar as intervenções de enfermagem à criança em situação crítica, nomeadamente em casos de BRUE; - Melhorar competências na prestação de cuidados e nos cuidados pós-situações de urgência/ emergência à criança em situação crítica, nomeadamente à vítima de BRUE; - Refletir criticamente sobre as situações de prestação de cuidados.
<p>OBJETIVO ESPECÍFICO 4</p> <p>Aprender sobre a aplicação de protocolos terapêuticos complexos com vista à estabilização hemodinâmica da criança em situação crítica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer os protocolos existentes; - Antever complicações decorrentes de BRUE's; - Aprofundar conhecimentos em monitorização de alta complexidade (monitorização hemodinâmica, ventilação invasiva e protocolo de hipotermia terapêutica induzida); - Colaborar na atualização de protocolos ou folhas de registos de enfermagem, especificamente sobre BRUE/apneia.

**APÊNDICE IV – Objetivos e Atividades/ Estratégias do Contexto
Clínico - Serviço de Urgência de Pediatria**

	ATIVIDADES/ ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER
<p>OBJETIVO ESPECÍFICO 1</p> <p>Conhecer a dinâmica da organização e o funcionamento do SUP e da equipa multidisciplinar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar visita guiada; - Conhecer a estrutura física, funcional e organizacional; - Saber os recursos materiais disponíveis; - Consultar normas/ protocolos existentes; - Aperceber-me do modelo de prestação de cuidados de enfermagem e as rotinas inerentes; - Identificar o circuito do utente crítico, desde a sua admissão até à transferência/alta; - Conhecer projetos e necessidades atuais do serviço (explorar a pertinência de implementar um folheto informativo dirigido aos pais de crianças dos 0 aos 12 meses de idade, sobre BRUE); - Estabelecer uma comunicação eficaz com os membros da equipa multidisciplinar; - Observar a prestação de cuidados em cada um dos sectores.
<p>OBJETIVO ESPECÍFICO 2</p> <p>Prestar cuidados especializados de enfermagem à criança em situação crítica no SUP, tendo em consideração a importância da família</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisar evidência científica que, com base na PBE, sustente a melhor prática de cuidados; - Consultar protocolos, normas e procedimentos existentes; - Planear cuidados especializados de enfermagem apropriados à categorização de crianças com risco de BRUE; - Identificar a pessoa significativa para a criança em situação crítica; - Sugerir que seja incluído nos registos de enfermagem a ocorrência de episódios de apneia e as intervenções de enfermagem específicas; - Realizar um poster informativo sobre BRUE; - Potenciar o envolvimento da família/ cuidador na perceção e atuação em caso de BRUE; - Investir no estabelecimento de uma relação terapêutica com a criança em situação crítica e uma relação empática família/ cuidador; - Explorar estratégias facilitadoras no estabelecimento de laços vinculares entre a criança em situação crítica e família/ cuidador (por exemplo, facilitar e incentivar a presença da pessoa significativa e explicar como interagir com a criança em situação crítica); - Prestar apoio psicológico e emocional à família/ cuidador, estando presente, sendo acessível e esclarecendo dúvidas; - Auxiliar os pais e crianças a gerir a comunicação de más notícias; - Refletir criticamente sobre as situações de prestação de cuidados.

ATIVIDADES/ ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER	
<p>OBJETIVO ESPECÍFICO 3</p> <p>Dinamizar a resposta da equipa de enfermagem e da família na prestação de cuidados à CSC, nomeadamente vítima de BRUE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisar evidência científica que, com base na PBE, sustente a melhor prática de cuidados à criança vítima de BRUE; - Conhecer os protocolos existentes; - Prestar cuidados especializados de enfermagem à criança vítima de BRUE, no caso de apneia prolongada/ PCR, obstrução da via aérea por engasgamento ou necessidade de vigilância/ monitorização; - Identificar as necessidades da equipa de enfermagem e da família/ cuidador na prestação de cuidados de enfermagem em situações de urgência/emergência; - Promover a aprendizagem da equipa de enfermagem com sessão formativa sobre BRUE; - Promover a aprendizagem da família/ cuidador com sessões formativas informais sobre BRUE; - Gerir prioridades na prestação de cuidados de enfermagem em caso de BRUE; - Sistematizar as intervenções de enfermagem à CSC, nomeadamente em caso de BRUE; - Melhorar competências na prestação de cuidados e cuidados pós-situações de urgência/ emergência à CSC, nomeadamente em caso de BRUE; - Explorar a necessidade de a equipa multidisciplinar ter um plano de simulacros periódicos de situações de urgência/ emergência; - Refletir criticamente sobre as situações de prestação de cuidados.
<p>OBJETIVO ESPECÍFICO 4</p> <p>Aprender sobre a aplicação de protocolos terapêuticos complexos com vista à estabilização hemodinâmica da CSC</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer os protocolos existentes; - Antever complicações decorrentes de BRUE's; - Aprofundar conhecimentos em medidas de estabilização hemodinâmica até o devido encaminhamento para continuidade de cuidados numa unidade de cuidados intensivos (manobras de reanimação, oxigenoterapia de alto fluxo, VNI, ventilação mecânica invasiva, fluidoterapia, administração de terapêutica, monitorização cardiorrespiratória, entre outros); - Colaborar na atualização de protocolos ou folhas de registos de enfermagem, especificamente sobre BRUE/apneia.

APÊNDICE V - Plano de Sessão na UCIN: “A Criança com Brief Resolved Unexplained Event no Primeiro Ano de Vida – Intervenções Especializadas de Enfermagem: Estudo de Caso”

Tema: A Criança com Brief Resolved Unexplained Event no Primeiro Ano de Vida – Intervenções Especializadas de Enfermagem: Estudo de Caso

Local: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, sala de passagem de turno

Objetivo Geral: Dinamizar as intervenções de enfermagem na prestação de cuidados ao recém-nascido pré-termo em situação crítica, especificamente com BRUE / apneia da prematuridade

Objetivos Específicos:

- Promover a aquisição/ atualização de conhecimentos da equipa de enfermagem sobre BRUE
- Familiarizar a equipa de enfermagem com o algoritmo de BRUE
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para o conceito de apneia da prematuridade enquanto elemento constituinte do conceito de BRUE
- Apresentar as intervenções especializadas de enfermagem em prematuros c/eventos de BRUE
- Relevar a importância da realização do registo dos episódios de apneia na UCIN e Intermédios (sugestão de criação de coluna específica para o registo da apneia, na folha de sinais vitais)
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da parceria de cuidados com o(s) cuidador(s), a realização de ensinios (sobre apneia, desobstrução da VA e SBV, entre outros) e preparação destes para a alta clínica

Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Recursos Didáticos	Tempo	Formador
<ul style="list-style-type: none"> - Contextualização histórica - Algoritmo ALTE vs. BRUE - Estatísticas - Etiologia - Referencial teórico - Apresentação do Estudo de Caso: Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem (NANDA) r/c apneia da prematuridade 	Expositiva	<i>Datashow</i>	10'	Enf ^a Joana Cardoso*

* Enfermeira e estudante a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (ESEL).

APÊNDICE VI - Plano de Sessão no SUP: “A Criança com Brief Resolved Unexplained Event no Primeiro Ano de Vida – Intervenções Especializadas de Enfermagem”

Tema: A Criança com Brief Resolved Unexplained Event no Primeiro Ano de Vida – Intervenções Especializadas de Enfermagem

Local: Serviço de Urgência de Pediatria, sala de passagem de turno

Objetivo Geral: Dinamizar as intervenções de enfermagem na prestação de cuidados à criança em situação crítica, com episódios de BRUE, durante o primeiro ano de vida

Objetivos Específicos:

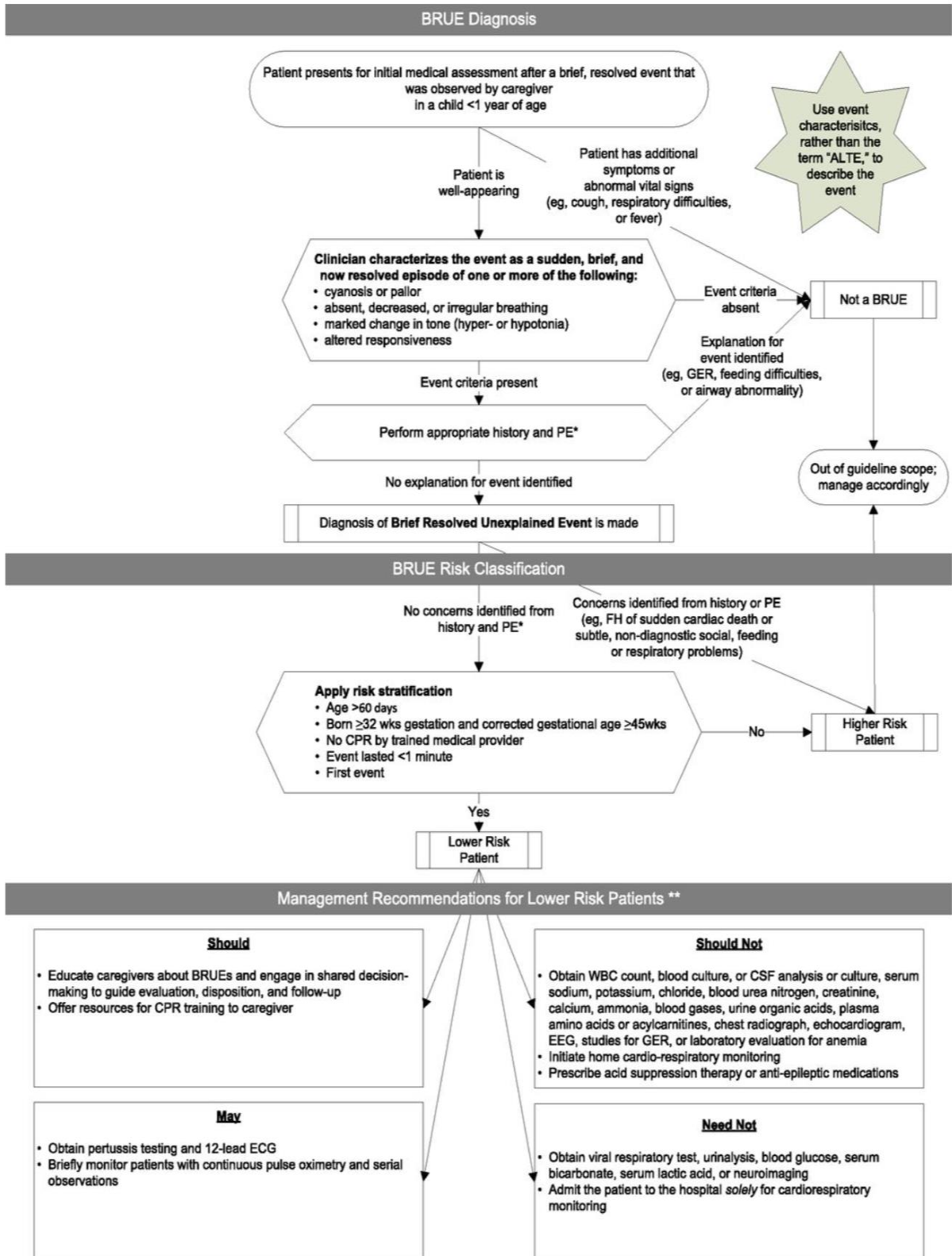
- Promover a aquisição/atualização de conhecimentos da equipa de enfermagem sobre BRUE
- Familiarizar a equipa de enfermagem com o algoritmo de BRUE
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a problemática da alteração de ALTE para o novo conceito de BRUE
- Apresentar as intervenções de enfermagem na gestão da criança com diagnóstico de BRUE
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da parceria de cuidados com o(s) cuidador(s), a realização de ensinamentos (sobre apneia, desobstrução da VA e SBV, entre outros) e preparação destes para a alta clínica
- Uniformizar as práticas relativamente ao algoritmo vigente

Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Recursos Didáticos	Tempo	Formador
<ul style="list-style-type: none"> - Contextualização histórica - Algoritmo de ALTE vs. BRUE - Estatísticas - Etiologia - Diagnósticos e Intervenções de enfermagem (NANDA, 2018) 	<p>Expositiva Participativa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Datashow</i> - Distribuição do algoritmo de BRUE em formato de papel 	20'	<p>Enf^a Joana Cardoso*</p>

* Enfermeira e estudante a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica (ESEL).

ANEXOS

**ANEXO I - Algoritmo de BRUE: Elaboração de Diagnóstico,
Estratificação do Risco e Recomendações para Gestão do cliente
de Baixo Risco**



Fonte:

<https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/137/5/e20160590.full.pdf>

**ANEXO II – Brief resolved Unexplained Event: What Parents and
Caregivers need to know**

Brief Resolved Unexplained Event: What Parents and Caregivers Need to Know



What is a brief resolved unexplained event?

A brief resolved unexplained event (or BRUE for short) occurs suddenly and can be scary for parents and caregivers. A brief resolved unexplained event is a diagnosis made after your baby's doctor or health care professional has examined your baby and determined that there was no known concerning cause for the event.

When a brief resolved unexplained event occurs, babies may seem to stop breathing, their skin color may change to pale or blue, their muscles may relax or tighten, or they may seem to pass out. After a brief period of time, they recover (with or without any medical help) and are soon back to normal.

Though we can never say that a baby who has had a brief resolved unexplained event is at no risk for future problems, we can say that babies are at lower risk if

- They are older than 60 days.
- They were born on time (not premature).
- They did not need CPR (cardiopulmonary resuscitation) by a health care professional.
- The brief resolved unexplained event lasted less than 1 minute.
- This was their only such event.

Frequently asked questions after a brief resolved unexplained event

Q: Why did my baby have this event?

A: Your baby's doctor was unable to find a cause based on the results of your baby's examination and cannot tell you why this event happened. If it happens again or your baby develops additional problems, contact your baby's doctor or health care professional. The doctor may decide to have your baby return for another visit.

Q: Should my baby stay in the hospital?

A: Babies who are felt to be at lower risk by their doctors or health care professionals do not need to stay in the hospital. They are safe to go home without doing blood tests or imaging that uses x-rays, and they do not need home monitoring of their heart or lungs.

Q: Does having a brief resolved unexplained event increase my baby's risk for sudden infant death syndrome (SIDS)?

A: No—though the causes of SIDS are not known, events like these do not increase the risk of SIDS. For all babies, it is important to create a safe home and sleeping environment. Your baby should not be exposed to smoky

environments. Visit www.HealthyChildren.org/safesleep to learn more about how to create a safe sleeping environment for your baby.

Q: What should I do if it happens again?

A: If you are worried that this new event is life threatening, call 911 or your local emergency numbers. If not, call your baby's doctor if you have any questions or worries and to let the doctor know about the event.

Q: Does my baby need extra care after having a brief resolved unexplained event? Is my baby more delicate or weak?

A: No special care is needed. Continue to love and care for your baby as you normally do.

A few important reminders for parents and caregivers of healthy infants

- Remember to take your baby to regular well-child visits to help keep your child healthy and safe.
- Though your baby is not more likely to need it, it is a good idea for everyone who cares for an infant to learn CPR. If you know CPR, you may also use it one day to help someone else in need. For classes near you, contact your child's doctor, the American Red Cross, the American Heart Association, or a national or local organization that offers training.

Listing of resources does not imply an endorsement by the American Academy of Pediatrics (AAP). The AAP is not responsible for the content of external resources. Information was current at the time of publication. The information contained in this publication should not be used as a substitute for the medical care and advice of your pediatrician. There may be variations in treatment that your pediatrician may recommend based on individual facts and circumstances.

From your doctor

American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

The American Academy of Pediatrics (AAP) is an organization of 64,000 primary care pediatricians, pediatric medical subspecialists, and pediatric surgical specialists dedicated to the health, safety, and well-being of all infants, children, adolescents, and young adults.

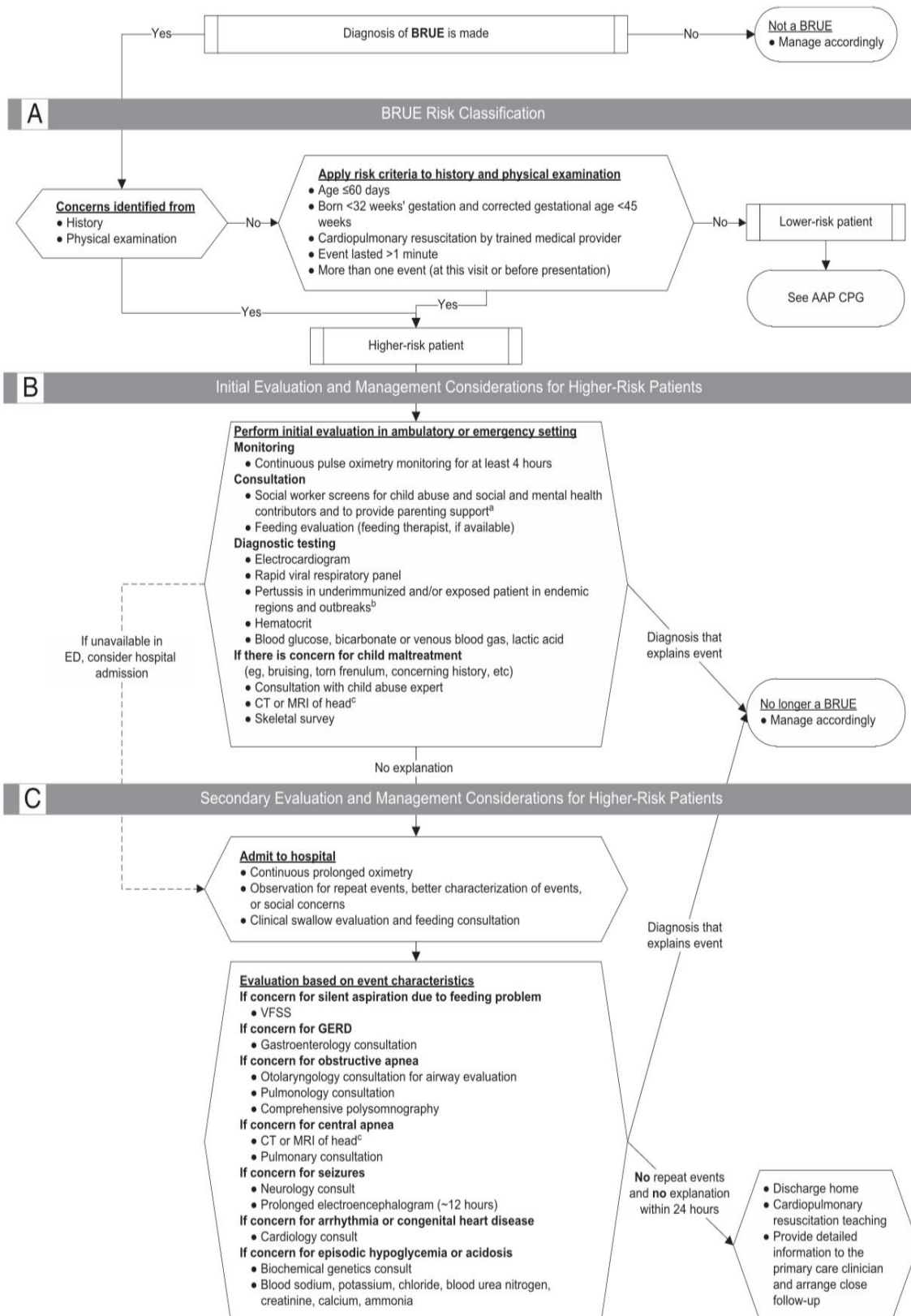
American Academy of Pediatrics
Website—www.HealthyChildren.org

© 2016 American Academy of Pediatrics.
All rights reserved.

Downloaded From: <https://patiented.solutions.aap.org/> on 11/24/2019 Terms of Use: <http://solutions.aap.org/ss/terms.aspx>

Fonte: <https://patiented.solutions.aap.org/handout.aspx?gbsoid=239090>

**ANEXO III - Algoritmo para Avaliação e Gestão do cliente de Alto
Risco de BRUE**



Fonte: <https://pediatrics.aappublications.org/content/144/2/e20184101>

**ANEXO IV - Certificado de formação profissional na “1ª Reunião de
Comunicação em Pediatria Torrado da Silva” – Hospital Garcia de
Orta (16 e 17/02/2017)**

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Dec.Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril

CENTRO GARCIA DE ORTA - FORMAÇÃO -



Av.Prof. Torrado da Silva
2801- 951 Pragal
Tel: 212940294 - Fax: 212957004
NIPC - 506361470

Entidade Acreditada pela ACSS através do Despacho 13019/98, Proc. Renovação nº 034/14-11-2000

Certifica-se que JOANA MESQUITA CARVALHO SANTOS CARDOSO natural de LISBOA, nascido a 20-10-1983, nacionalidade PORTUGUESA, sexo Feminino, portador do Cartão de cidadão nº12311010, frequentou de 16-02-2017 a 17-02-2017 com a duração total de **12:00** horas, o Curso de Formação Profissional

1ª Reunião Comunicação em Pediatria Torrado da Silva

Que decorreu de 16-02-2017 a 17-02-2017, com a duração total de **12:00** horas, tendo obtido a classificação final na avaliação teórica de Aprovado numa escala de Aprovado/ Reprovado.

Almada, 05 de Abril de 2017

O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

O RESPONSÁVEL PELA ENTIDADE FORMADORA

Ana Jorge
Presidente
Centro Garcia de Orta
Entidade Formadora
Garcia de Orta

Enf.ª Clara Rocha
Centro Garcia de Orta
Formação Profissional

Certificado Nº 340/2017

2017

**ANEXO V - Certificado de presença no “*Workshop – Más Notícias*”
– Hospital de Dona Estefânia (24/11/2018)**

XXI REUNIÃO ANUAL

SOCIEDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS | SPP
“A viagem”

CERTIFICADO

JOANA CARDOSO

Participou no Workshop Más Noticias, no dia 24 de Novembro de 2018, no Hospital Dona Estefânia, (CHLC) em Lisboa.



Margarida Trindade Santos
Coordenadora UCIP-HDE



Antonio Malha
Enfermeiro Chefe UCIP-HDE

ORGANIZAÇÃO



APOIO INSTITUCIONAL



PATROCÍNIO CIENTÍFICO



ANEXO VI - Certificado de presença na formação “Amamentação e Aleitamento Materno – Hospital de Santa Marta (28/02/2019)



CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que a Enfermeira

Joana Mesquita de Carvalho dos Santos

Esteve presente na sessão de formação subordinada ao tema "**Amamentação e Aleitamento Materno – Dos princípios base á gestão de complicações**", realizada no Hospital de Santa Marta – CHULC, integrada no Programa de Formação em Serviço.

A referida sessão decorreu no dia 28 de fevereiro de 2019 e teve a duração de 5 horas.

Hospital de Santa Marta, 7 de outubro de 2019

Clara Vital
Enfermeira Coordenadora da Área
de Coração Vasos e Tórax

Enfermeira Chefe

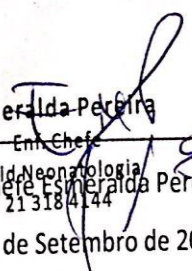
ANEXO VII - Certificado de presença na formação “Sensibilização sobre Aleitamento Materno – Vantagens do aleitamento materno, estratégias para extração, manipulação e conservação do leite materno” – Maternidade Alfredo da Costa (23/10/2018)



Declaração

Para os devidos efeitos se declara que Joana Mesquita de Carvalho dos Santos Cardoso, estagiária no Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização à Pessoa em Situação Crítica, da Escola ESEL, assistiu à formação em serviço como formanda, na referida Unidade:

Data	Tema	Duração
23/10/2018	Sensibilização sobre Aleitamento Materno – Vantagens do Aleitamento Materno, estratégias para extracção, manipulação e conservação do leite materno.	3 horas


Esméralda Pereira
Enf. Chefe
(Enf. a Unidade Neonatologia)
21 318 4144

Lisboa, 1 de Setembro de 2018

**ANEXO VIII - Certificado de presença nas XXIII Jornadas de
Pediatria – Departamento de Pediatria – Hospital de Santa Maria
(9 e 10/02/2017)**



CERTIFICADO

Certifica-se que Joana Cardoso participou nas XXIII JORNADAS DE PEDIATRIA do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria que decorreram nos dias 9 e 10 de fevereiro de 2017, em Lisboa.

10/02/2017

Prof. Doutora Maria do Céu Machado
Presidente das XXIII Jornadas de Pediatria

**ANEXO IX - Certificado de frequência de formação profissional no
“Simpósio Nacional para além da Emergência” - Formasau (26 e
27/05/2017)**



FORMASAU - FORMAÇÃO E SAÚDE, LDA
EMPRESA CERTIFICADA COMO ENTIDADE FORMADORA PELA DGERT
-DIRECÇÃO GERAL DO EMPREGO E DAS RELAÇÕES DE TRABALHO-

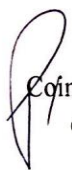
CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(DECRETO REGULAMENTAR Nº 35/2002 DE 23 DE ABRIL)

CERTIFICA-SE QUE **JOANA MESQUITA CARVALHO DOS SANTOS CARDOSO** NATURAL DE
LISBOA NASCIDO(A) A **20-10-1983** NACIONALIDADE **PORTUGUESA** DO SEXO **FEMININO**
PORTADOR(A) DO CARTÃO DE CIDADÃO **12311010** , FREQUENTOU:

SIMPÓSIO NACIONAL PARA ALÉM DA EMERGÊNCIA

QUE DECORREU DE **26 DE MAIO DE 2017** A **27 DE MAIO DE 2017** , LOCAL: **AUDITÓRIO DO
METROPOLITANO DE LISBOA**, COM A DURAÇÃO DE **12 HORAS**.

 **Coimbra, 27 de maio de 2017**

O Responsável pela FORMASAU





ENTIDADE
FORMADORA
CERTIFICADA
SAÚDE
• Saúde
• Enfermagem

Certificado Nº **4906 / 1017**

FORMASAU, FORMAÇÃO E SAÚDE, LDA. Parque Empresarial de Eiras, Lote 19 - 3020-265 Eiras
Tel: 239 801020 a 28 - Fax: 239 801029 - Email: suporte@sinaisvitalis.pt - NIF: 503231533

**ANEXO X- Certificado de presença no evento “Doente Crítico 2017”
do 4º Encontro de Enfermagem de Emergência e 10ª Jornadas de
Enfermagem de Cuidados Intensivos – Associação Portuguesa
de Enfermeiros (20 e 21/10/2017)**

DOENTE CRÍTICO '17

4º ENCONTRO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA
10ª JORNADAS DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS



A Associação Portuguesa de Enfermeiros certifica
que

Joana Mesquita de Carvalho dos Santos Cardoso
participou no evento “Doente Crítico 2017”,
realizado a 20 e 21 de Outubro no auditório da
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O Presidente da APE

(Enfeº João Fernandes)

ANEXO XI - Certificado de presença na “Reunião Anual – Sociedade de Cuidados Intensivos Pediátricos” (23/11/2018)

XXI REUNIÃO ANUAL


SOCIEDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS | SPP
"A viagem"

CERTIFICADO

Joana Mesquita de Carvalho dos Santos Cardoso

Participou da **XXI Reunião Anual Sociedade de Cuidados Intensivos Pediátricos - A viagem**, no dia 23 de Novembro de 2018, no Hotel Holiday Inn Continental, em Lisboa.


Margarida Trindade Santos
Coordenadora UCIP-HDE


Antonio Malha
Enfermeiro Chefe UCIP-HDE

23 NOV ' 18

Holiday Inn
Continental
Lisboa

ORGANIZAÇÃO



APOIO INSTITUCIONAL



PATROCÍNIO CIENTÍFICO

**ANEXO XII - Certificado de formação profissional – Módulo de
Suporte Avançado de Vida – Departamento de Formação em
Emergência Médica - Instituto Nacional de Emergência Médica
(23 e 24/03/2018)**



Instituto Nacional de Emergência Médica
Via Verde para a Vida

Departamento de Formação em Emergência Médica

Acreditado em 19/09/2002, nos termos do Despacho n.º 13019/98 de 29 de Julho do Ministério da Saúde

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Decreto-Lei n.º 95/92 de 23 de Maio e Decreto Regulamentar 35/2002 de 23 de Abril

Certifica-se que Joana Mesquita de Carvalho dos Santos Cardoso, nascido(a) a 20-10-1983, em Lisboa, de nacionalidade Portuguesa, de sexo Feminino, com o número de identificação 12311010, concluiu com aproveitamento, em 24-03-2018, o Curso de Formação Profissional.

Módulo Suporte Avançado Vida

que decorreu de 23-03-2018 a 24-03-2018, com a duração total de 16,00 horas, tendo obtido a classificação final de 19.2 valores, numa escala de 0 a 20.

Centro de Formação DR Sul - Lisboa, 08-02-2019



Departamento de Formação
em Emergência Médica



(Teresa Matia Cardoso Pinto)

Certificado N.º / 003-1.2-0312/13889/47470/2018

Válido até Março de 2023

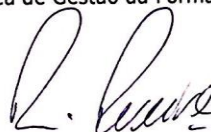
**ANEXO XIII - Certificado de presença na formação em serviço
“Reanimação Cardiorrespiratória” – Hospital de Dona Estefânia
(15/01/2018)**

DECLARAÇÃO

Declara-se que **JOANA MESQUITA CARVALHO SANTOS CARDOSO** frequentou a Acção de Formação em Serviço "**Reanimação Cardio Respiratória**" realizada pelo(a), **Urgência Pediátrica** no dia **15 de Janeiro de 2018**, com a duração total de **8 horas**.

Lisboa, 15 de Março de 2018

A Área de Gestão da Formação



Rui Pereira
Técnico Superior

CENTRO HOSPITALAR
DE LISBOA CENTRAL, EPE
C. Custo 4206013
Área de Gestão da Formação

Declaração FS N.º 269/2018/CO

**ANEXO XIV - Certificado de presença na ação de formação em
serviço “Alto Fluxo por cânulas nasais” – Hospital de Dona
Estefânia (31/01/2019)**



DECLARAÇÃO

Declara-se que **Joana Mesquita Carvalho Santos Cardoso** frequentou a Acção de Formação em Serviço "Alto fluxo por cânulas nasais" realizada pelo(a), **Urgência Pediátrica** no dia **31 de Janeiro de 2019**, com a duração total de **1 hora 30 minutos**.

Lisboa, 21 de Março de 2019

A Área de Gestão da Formação

Rui Pereira
Técnico Superior

CENTRO HOSPITALAR
DE LISBOA CENTRAL, EPE
C. Custo 4208010
Área de Gestão da Formação

Declaração FS N.º 352/2019/LO

**ANEXO XV - Pediatric Early Warning Score to identify patient
deterioration**



Pediatric Early Warning Score (PEWS)

	0	1	2	3	Score
Behavior	Playing/ Appropriate	Sleeping	Irritable	<ul style="list-style-type: none"> Lethargic/confused OR Reduced response to pain 	
Cardiovascular	Pink OR capillary refill 1-2 seconds	Pale or dusky OR capillary refill 3 seconds	<ul style="list-style-type: none"> Grey or cyanotic OR Capillary refill 4 seconds OR Tachycardia of 20 above normal rate 	<ul style="list-style-type: none"> Grey or cyanotic AND mottled OR Capillary refill 5 seconds or above OR Tachycardia of 30 above normal rate OR Bradycardia 	
Respiratory	Within normal parameters, no retractions	<ul style="list-style-type: none"> >10 above normal parameters OR using accessory muscles OR 30+%FiO2 or 3+liters/min. 	<ul style="list-style-type: none"> >20 above normal parameters OR Retractions OR 40+%FiO2 or 6+liters/min. 	<ul style="list-style-type: none"> ≥5 below normal parameters with retractions or grunting OR 50+%FiO2 or 8+liters/min. 	

*Score by starting with the most severe parameters first.

*Score 2 extra for every 15-minute nebs (includes continuous nebs) or persistent post-op vomiting.

*Use "liters/minute" to score regular nasal cannula.

*Use "FiO2" to score a high flow nasal cannula.



Monaghan, A. (2005) Detecting and managing deterioration in children. *Paediatric Nursing*, 17, 32-35. Adapted for use at Children's of Minnesota.

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

Fonte: <https://pediatrics.aappublications.org/content/125/4/e763/F1>

**ANEXO XVI - Certificado de formação profissional – Curso de Via
Área Avançada para Enfermeiros – Formasau
(25/05/2017)**



FORMASAU - FORMAÇÃO E SAÚDE, LDA
EMPRESA CERTIFICADA COMO ENTIDADE FORMADORA PELA DGERT
-DIRECÇÃO GERAL DO EMPREGO E DAS RELAÇÕES DE TRABALHO-

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL (DECRETO REGULAMENTAR Nº 35/2002 DE 23 DE ABRIL)

CERTIFICA-SE QUE **JOANA MESQUITA CARVALHO DOS SANTOS CARDOSO** NATURAL DE **LISBOA** NASCIDO(A) A **20-10-1983** NACIONALIDADE **PORTUGUESA** DO SEXO **FEMININO** PORTADOR(A) DO CARTÃO DE CIDADÃO **12311010** CONCLUIU, COM APROVEITAMENTO, EM **25-05-2017** O CURSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

CURSO DE VIA AÉREA AVANÇADA PARA ENFERMEIROS

QUE DECORREU DE **25-05-2017** A **25-05-2017**, COM A DURAÇÃO DE **6 HORAS**, TENDO OBTIDO A CLASSIFICAÇÃO DE **18 VALORES**.

Coimbra, 26 de maio de 2017

O Responsável pela FORMASAU

Joana Mesquita

Certificado Nº **22989 / 2017**



**ANEXO XVII - Certificado de participação – Abordagem Avançada
da Via Área – competências necessárias – Bwizer (05/07/2017)**

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

A Bwizer certifica que

Joana Cardoso

frequentou a Palestra:

**Abordagem Avançada da Via Aérea - competências
necessárias**

ministrada por Filipe Franco, teve a duração de 2h,
e decorreu no dia 5 de Julho de 2017, entre as 17h e as 19h,
nas instalações do Hotel 3k Europa, em Lisboa.



bwizer.
your evolution

O responsável pela unidade formadora

Hugo Belchior

Hugo Belchior

(Assinatura e selo branco ou carimbo)

www.bwizer.com

**ANEXO XVIII – Pedido de autorização de tradução do algoritmo de
BRUE para Língua Portuguesa**

Megan Houlihan
Licensing and Permissions Specialist
American Academy of Pediatrics
phone: 630/626-6344

From: Member & Customer Care <mcc@aap.org>
Sent: Wednesday, February 20, 2019 8:05 AM
To: Houlihan, Megan <MHoulihan@aap.org>
Subject: JIRA (CSD-39016) Request for translation approval - Joana Cardoso (Portugal)

Dear American Academy of Pediatrics,

My name is Joana Cardoso, and I am a Portuguese registered nurse, currently doing my Master's Degree in Nursing at the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), in Lisbon, Portugal.

My project is about infants who have experienced an episode (or episodes) of BRUE in their first year of life.

I'm specifically studying specialised nursing interventions around this situation in order to find and explore the best evidence based practice in these cases, as well as share with my colleagues, and others who have interest, the knowledge that I have been finding during my research.

But BRUE's algorithm for Diagnosis, Risk Classification and Management Recommendations for Lower Risk Patients is only available in English, which has been a challenge to make this algorithm easy and accessible for everybody, most of non-English fluent.

Therefore, I hereby kindly request your permission so I can translate the algorithm into Portuguese language, in order to reach more healthcare professionals and create further awareness around this issue, promoting some changes in our practice and improving the quality of our care.

Thank you for your time.

Hoping to hear from you soon.

Best regards,

Joana Cardoso

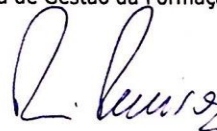
**ANEXO XIX - Certificado de presença na ação de formação
“Violência e Maus Tratos a Crianças e Jovens” – Hospital de
Dona Estefânia (10/02/2016)**

DECLARAÇÃO

Declara-se que **JOANA MESQUITA DE CARVALHO DOS SANTOS CARDOSO** frequentou a Acção de Formação "**Violência e Maus Tratos a Crianças e Jovens**" realizada no dia **10 de Fevereiro de 2016**, com a duração total de **4 horas**.

Lisboa, 11 de Fevereiro de 2016

A Área de Gestão da Formação



Rui Pereira

Técnico Superior



(Programa no verso)

Declaração N.º 919/2016/CO
URGENCIA PEDIATRICA 5/HDE

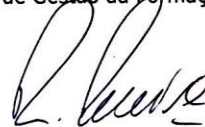
**ANEXO XX - Certificado de presença na ação de formação
“Violência e Maus Tratos a Crianças e Jovens: da notificação aos
diversos relatórios – Hospital de Dona Estefânia (06/02/2018)**

DECLARAÇÃO

Declara-se que **JOANA MESQUITA DE CARVALHO DOS SANTOS CARDOSO** frequentou a Acção de Formação "**Violência e Maus Tratos a Crianças e Jovens - Da Notificação aos Diversos Relatórios**" realizada no dia **06 de Fevereiro de 2018**, com a duração total de **06 horas**.

Lisboa, 14 de Fevereiro de 2018

A Área de Gestão da Formação



Rui Pereira

Técnico Superior

CENTRO HOSPITALAR
DE LISBOA CENTRAL, EPE
C. Custo 4206013
Área de Gestão da Formação

Programa no verso

*Declaração N.º843/2018/CO
URGÊNCIA PEDIÁTRICA/HDE*

**ANEXO XXI - Certificado de presença na ação de formação
“Violência e Maus Tratos a Crianças e Jovens” – Hospital de
Dona Estefânia (16/01/2019)**



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL



DECLARAÇÃO

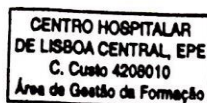
Declara-se que **JOANA MESQUITA DE CARVALHO DOS SANTOS CARDOSO** frequentou a Acção de Formação **Violência e Maus Tratos a Crianças e Jovens** realizada **no dia 16 de Janeiro de 2019**, com a duração total de **5 horas**.

Lisboa, 17 de Janeiro de 2019

A Área de Gestão da Formação

Rui Pereira

Técnico Superior



*Declaração N.º246/2019/CO
URGÊNCIA PEDIÁTRICA/HDE*

**ANEXO XXII - Pedido de autorização para recolha de dados
estatísticos sobre BRUE**

De: Joana Cardoso [REDACTED]

Enviada: quinta-feira, 2 de maio de 2019 07:58

Para: [REDACTED]

Assunto: reformulação do pedido de dados estatísticos para o Mestrado

Exmos. Srs.,

Eu, Joana Mesquita de carvalho dos Santos Cardoso, enfermeira [REDACTED] a exercer funções no Serviço de Urgência de Pediatria Polivalente [REDACTED] encontro-me a elaborar o Relatório final no âmbito do VIII Curso de Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização de Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), ano letivo 2018/2019.

O interesse do meu projecto de Mestrado é o utente pediátrico com *Brief Resolved Unexplained Events* (BRUE) - nova terminologia do ALTE desde 2016 – pelo que, de forma a enriquecer o meu trabalho académico, venho por este meio requerer dados estatísticos sobre os utentes que recorreram ao Serviço de Urgência de Pediatria do Hospital de Dona Estefânia, no período compreendido entre Janeiro de 2016 e Dezembro de 2018, com idade inferior a 12 meses e com os descritores:

ALTE, apneia, engasgamento, hipotonia, cianose.

Comprometo-me a apresentar os dados obtidos e a sua discussão à equipa onde estou ingressada e noutros, se tal for considerado de interesse, sempre reforçando que os dados são única e exclusivamente do SUPP e só serão utilizados em contexto formativo.

Grata pela vossa atenção.

Atentamente,

Enf.ª Joana Cardoso

**ANEXO XXIII - Certificado de presença na 15ª Conferência
Internacional de Investigação em Enfermagem – Associação
Portuguesa de Enfermeiros (26 - 28/06/2019)**

Associação Portuguesa de Enfermeiros

**15ª CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE
INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM**

26,27 e 28 de Junho de 2019

Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, Portugal



CERTIFICADO

Certifica-se que Joana Mesquita de Carvalho dos Santos Cardoso participou, um dia, na 15ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem, subordinada ao tema “A saúde como direito humano. Da investigação à liderança e inovação clínica!”, realizada na Fundação Calouste Gulbenkian, em Lisboa, Portugal, de 26 a 28 de Junho de 2019.

Lisboa, 28 de Junho de 2019.

O Presidente da Direcção

**ANEXO XXIV - Certificado de participação com Comunicação Livre
na 15ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem
– Associação Portuguesa de Enfermeiros (26/06/2019)**

Associação Portuguesa de Enfermeiros

**15ª CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE
INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM**

26, 27 e 28 de Junho de 2019

Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, Portugal



CERTIFICADO

Certifica-se que Joana Mesquita de Carvalho dos Santos Cardoso apresentou a comunicação livre:
Children with brief resolved unexplained event in their first year of life - specialized nursing interventions: integrative review of literature, na 15ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem, subordinada ao tema "A saúde como direito humano. Da investigação à liderança e inovação clínica.", realizada na Fundação Calouste Gulbenkian, em Lisboa, Portugal, de 26 a 28 de Junho de 2019.

Lisboa, 28 de Junho de 2019.

O Presidente da Direcção