



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

**Cuidado centrado na criança e família: a intervenção
do enfermeiro na preparação da criança para a
cirurgia**

Séfora Couchinho Lino

**Lisboa
2022**



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

**Cuidado centrado na criança e família: a intervenção
do enfermeiro na preparação da criança para a
cirurgia**

Séfora Couchinho Lino

Orientador: Professora Doutora Sónia Patrícia Lino Borges
Rodrigues

**Lisboa
2022**

“Não existe revelação mais nítida da alma de uma sociedade do que a forma como esta trata as suas crianças.”

Nelson Mandela

AGRADECIMENTOS

Ao longo desta caminhada foram várias as pessoas que me apoiaram. Todas as palavras serão insuficientes para expressar o meu agradecimento a todos aqueles que contribuíram para que este meu percurso fosse mais feliz.

Agradeço do fundo do coração:

À professora Sónia Rodrigues, pela sua disponibilidade, compreensão e orientação.

Às minhas colegas de equipa, pela sua disponibilidade e flexibilidade.

Aos enfermeiros chefes, orientadores e colegas dos vários locais de estágio. Pela amabilidade e generosidade com que me receberam e pelas aprendizagens que me proporcionaram.

A todas as crianças e famílias que se cruzaram comigo neste percurso, sem elas este trabalho não faria sentido.

À minha colega e amiga Lucília, pelos momentos de partilha e aprendizagem que partilhámos e por embarcar comigo neste desafio.

À minha família e amigos por compreenderem as minhas ausências.

À minha mãe e à Rafaela, pelo seu apoio incondicional e por me lembrarem que tudo tem solução.

Ao Rui pelo amor e companheirismo que demonstrou ao longo deste percurso.

A todos o meu muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASIA – *American Spinal Injury Association*

CCC – Cuidado Centrado na Criança

CCF – Cuidado Centrado na Família

CHULN – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

CNT – Cuidados não Traumáticos

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

IAC - Instituto de Apoio à Criança

IPFCC – *Institute for Patient and Family Centered Care*

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

SO – Serviço de Observação

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

RESUMO

A hospitalização e a cirurgia constituem momentos de crise na vida da criança e sua família. O bem-estar físico e psicológico da criança é afetado, devido ao medo da separação, da lesão corporal e dor, à alteração do seu ambiente e rotina, à perda da sua autonomia e ao contacto com um ambiente, pessoas e equipamentos desconhecidos. Toda esta situação é potenciadora de ansiedade e exacerbadora de medos e de ideias pré-concebidas, da criança e da sua família, que pode resultar numa experiência traumática, com efeitos a longo prazo.

Sendo a cirurgia uma vivência de carácter emocional crítico na vida de uma criança e sua família, exige dos enfermeiros uma mobilização de recursos, estratégias e competências no processo de cuidar, devendo a intervenção do enfermeiro, contribuir para que esta vivência seja o menos angustiante possível.

Uma preparação, dirigida para as necessidades identificadas de cada criança e família, pode transformar uma situação de crise numa oportunidade de crescimento, reduzindo a ansiedade e facilitando a sensação de domínio desta experiência stressante. A par, concretiza um direito da criança no que diz respeito ao acesso à informação e à participação nos cuidados.

Este percurso formativo, de aquisição de competências de EEESIP e mestre, engloba um conjunto de atividades realizadas ao longo do mesmo, numa lógica de melhoria dos cuidados prestados, bem como da maximização da saúde e bem-estar das crianças e famílias, com enfoque na participação da criança nos cuidados de saúde e na preparação da mesma para os procedimentos cirúrgicos.

Foi alicerçado em conceções como os cuidados centrados na família, cuidados não traumáticos e na Teoria do Autocuidado de Orem, o que permitiu estruturar intervenções de enfermagem, centrados nas necessidades das crianças e suas famílias, com vista à promoção do autocuidado, em que a criança tem um papel ativo e participativo nos cuidados.

Palavras-chave: criança, cuidados pré-operatórios, enfermagem pediátrica

ABSTRACT

Hospitalization and surgery are moments of crisis in the lives of children and their families. The physical and psychological well-being of the child is affected, due to the fear of separation from bodily injury and pain, alteration of their environment and routine, loss of autonomy and contact with an unfamiliar environment, people and equipment. This whole situation increases anxiety and exacerbates fears and preconceived ideas for the child and their family, which can result in a traumatic experience with long-term effects.

Since surgery is a critical emotional experience in the life of a child and their family, it requires nurses to mobilize resources, strategies and skills in the care process, and the nurse's intervention should contribute to making this experience as less distressing as possible.

A preparation aimed at the identified needs of each child and family can transform a crisis situation into an opportunity for growth, reducing anxiety and facilitating the feeling of mastery of this stressful experience. In addition, it enables the child to have access to information and participation in care.

This training course addresses a set of activities, that improves the care provided, as well as maximizing the health and well-being of children and families, with a focus on children's participation in health care and in the preparation for surgical procedures.

It was based on concepts such as family-centered care, non-traumatic care and Orem's Self-Care Theory, which allowed the development of nursing interventions, focused on the needs of children and their families, to promote self-care, enabling the child to have an active and participatory role.

Keywords: child, preoperative care, pediatric nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1.PROBLEMÁTICA	12
2.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	16
2.1. Concepções teóricas de enfermagem.....	16
2.2. Cuidados centrados na criança e família.....	21
2.3. Preparação da criança para a cirurgia	26
3. METODOLOGIA.....	30
4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO: DOS OBJETIVOS PROPOSTOS À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	32
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

APÊNDICES

Apêndice I – Mapa conceptual

Apêndice II – Cronograma de estágio

Apêndice III – Guia orientador de estágio

Apêndice IV – Quadro síntese dos objetivos

Apêndice V – Diploma de coragem, banda desenhada e medalhas

Apêndice VI – Reflexão acerca das aprendizagens realizadas no serviço de reabilitação e desenvolvimento infantil

Apêndice VII – Jornal de aprendizagem - USCP

Apêndice VIII – Folheto informativo para pais e cuidadores

Apêndice IX – Estratégias de comunicação com a criança

Apêndice X- 1.^a Consulta do recém-nascido

Apêndice XI – Jornal de aprendizagem- Serviço de Neonatologia

Apêndice XII – Cartaz urgência de pediatria

Apêndice XIII – Sessão de formação em serviço – Serviço de Cirurgia Pediátrica

Apêndice XIV – Livro de colorir – Serviço de Cirurgia Pediátrica

ANEXOS

Anexo I – Certificado de participação nas Jornadas de Urgência / Emergência em Pediatria do Centro Hospitalar de Setúbal, “Cuidar de Excelência”.

Certificado de participação no Workshop “Oxigenoterapia por alto fluxo”, nas Jornadas de Urgência/ Emergência em Pediatria do Centro Hospitalar de Setúbal.

Anexo II – Curso “Terapêuticas Inovadoras - Perspectivas de Enfermagem”, no âmbito das XXVII Jornadas de Pediatria do CHULN.

INTRODUÇÃO

O presente relatório espelha o culminar de um percurso, realizado no âmbito do 12.º Curso de Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Insere-se na Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 3º semestre, que se operacionalizou com a experiência de estágio durante 18 semanas, em 5 diferentes contextos de cuidados: cuidados de saúde primários, serviço de reabilitação e desenvolvimento infantil, serviço de cirurgia pediátrica, urgência de pediatria e unidade de cuidados intensivos neonatais. A realização dos estágios teve como finalidade, o desenvolvimento de competências para prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família.

A sua elaboração centra-se numa prática reflexiva, que se revela como um importante meio de capacitação dos profissionais de enfermagem na aquisição de saberes e de práticas (Santos & Fernandes, 2004). A experiência profissional é reconhecida como fonte de conhecimento necessário à perícia e por isso dá contributos fundamentais para a construção deste percurso (Benner, 2001).

A identificação de uma problemática de enfermagem foi o ponto de partida para a elaboração deste relatório. Essa problemática emergiu da minha prática profissional, que se tem desenvolvido num serviço de cirurgia pediátrica de um hospital central.

Neste contexto, verifiquei que muitas vezes as crianças são submetidas a cirurgia sem que tenham sido preparadas para tal, seja pelo carácter de urgência da intervenção cirúrgica ou pela inexistência de uma consulta de enfermagem pré-operatória e/ou programas de preparação da criança para a cirurgia.

A partir da reflexão sobre os cuidados prestados à criança submetida a procedimentos cirúrgicos e do meu desejo de aprofundar o conhecimento na área de preparação da criança para a cirurgia, surgiu a aspiração de abordar esta temática, ao longo do meu percurso formativo, enquanto futura enfermeira especialista.

A cirurgia na criança é algo potenciador de ansiedade e exacerbadora de medos e de ideias pré-concebidas, da criança/adolescente e da sua família, que pode resultar numa experiência traumática para a criança, com efeitos psicológicos persistentes. A preparação da criança e sua família para a cirurgia é uma intervenção

autónoma de enfermagem, incluída num contexto multiprofissional. O enfermeiro assume a responsabilidade pela implementação de um conjunto de técnicas organizadas, com a finalidade de minimizar o medo e a ansiedade da criança/adolescente e da sua família, uma vez que a preparação pré-operatória pode reduzir a ansiedade, comportamentos negativos e inadequados no período pós-cirúrgico, e ser eficaz para reduzir a ansiedade das crianças e dos pais (Broering & Crepaldi, 2008; OE, 2011).

Com vista a uma formação avançada em enfermagem e ao desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), este percurso formativo iniciou-se com a realização de um projeto de formação, com a finalidade de nortear a aquisição e consolidação de competências, ao longo dos contextos de estágio.

O projeto de estágio desenvolvido, centrou-se na problemática do cuidado centrado na criança e sua família, com foco na preparação da criança para a cirurgia.

Segundo os artigos nº 4 e 8 da Carta da Criança Hospitalizada, crianças e pais têm o direito de receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão. As agressões físicas ou emocionais devem ser reduzidas ao mínimo devendo a equipa de saúde ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2008).

Sendo o enfermeiro o responsável pela preparação dos doentes para os procedimentos, este deve ser um dinamizador de todo o processo de preparação da criança para a cirurgia.

Partindo destas ideias, foram definidos dois objetivos gerais, para serem desenvolvidos ao longo dos estágios:

1. Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família, nos seus processos de saúde doença, nos diferentes contextos pediátricos.
2. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados com foco na preparação da criança para a cirurgia.

Todo o percurso formativo e elaboração do relatório foi norteadado pela Teoria do Autocuidado, de Dorothea Orem, inserida no paradigma da integração. Com este paradigma, que surgiu em 1950, os cuidados foram orientados para a pessoa, diferenciando a enfermagem da medicina. O grande objetivo dos cuidados de

enfermagem era a manutenção da pessoa em todas as dimensões: biopsicosocioespíritual e cultural, surgindo o conceito de holismo (Ribeiro, Martins, Tranchin & Forte, 2018). A escolha deste referencial teórico, deveu-se ao facto de pretender aprofundar conhecimentos, sobre os direitos da criança nos cuidados de saúde e desenvolver intervenções com vista à participação da mesma nos cuidados, o que está intimamente ligado ao conceito de autocuidado.

O presente relatório está organizado em cinco capítulos. Após esta introdução surge o primeiro capítulo onde é apresentada a problemática em estudo, definindo e limitando a área do problema e expondo a sua justificação. O segundo capítulo diz respeito ao enquadramento conceptual, contextualizando a temática em estudo, com evidência científica atualizada e onde são abordadas várias conceções orientadoras deste percurso formativo, nomeadamente os cuidados centrados na criança e família, cuidados não traumáticos, direitos das crianças e teoria do autocuidado de Orem. O terceiro capítulo diz respeito à metodologia utilizada ao longo deste percurso formativo. No quarto capítulo é realizada uma descrição das atividades realizadas ao longo dos estágios, com vista à concretização dos objetivos previamente definidos. No quinto capítulo são apresentadas as considerações finais, onde é realizada uma apreciação geral do percurso, limitações, mudanças a nível individual e profissional, contributos que este trabalho pode trazer para a melhoria dos cuidados de enfermagem pediátricos e onde são apresentadas as perspetivas futuras.

Por fim, são apresentadas as referências bibliográficas. Os apêndices são constituídos pelas várias atividades realizadas ao longo dos estágios estes são acompanhados da explicação e pertinência das mesmas, bem como do seu contributo para a aquisição de competências específicas e comuns de enfermeiro especialista.

Para a realização deste relatório recorreu-se à pesquisa bibliográfica, à reflexão, análise e partilha de experiências, sendo que a metodologia utilizada na redação deste relatório foi descritiva, analítica e reflexiva, na tentativa de sistematizar os conhecimentos adquiridos ao longo das diferentes experiências vividas.

De modo a garantir o anonimato das pessoas e organizações envolvidas, neste relatório não será divulgado o nome das instituições, nem dos enfermeiros de referência e os nomes das crianças foram substituídos por letras ou nomes fictícios.

A reflexão sobre esta experiência formativa e a concretização deste relatório permitiu-me, não só compilar os principais aspetos do meu percurso formativo, como também refletir sobre o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

1.PROBLEMÁTICA

As problemáticas em saúde podem advir de diversas fontes, como observações, contextos clínicos, problemas sociais, trabalhos publicados, conferências sobre os resultados de investigação ou das prioridades estabelecidas pelos grupos científicos e profissionais. Uma problemática surge quando ocorre um desvio entre uma situação desejável e uma situação considerada insatisfatória, ou quando se sente necessidade de melhorar algo que se considera não ser satisfatório (Fortin, 2009; Fortin, Vissandjeé & Côté, 1999).

Ao longo da minha prática profissional, num serviço de cirurgia pediátrica, identifiquei algo que podemos considerar não satisfatório e que não está de acordo com o que é referido na literatura, para que seja considerado satisfatório ou desejável. Assim, identifiquei como problemática o facto de muitas crianças serem submetidas a procedimentos cirúrgicos, sem que tenham sido preparadas para tal.

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2017) “o exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, é especificado a partir da filosofia de cuidados da enfermagem pediátrica, que evidencia os cuidados centrados na família” (p. 4).

Para o *Institute for Patient and Family Centered Care* (IPFCC) o Cuidado Centrado na Família (CCF) é uma abordagem para o planeamento, prestação e avaliação de cuidados de saúde que se baseia em parcerias que são igualmente benéficas para os clientes, famílias e profissionais de saúde. Os seus conceitos centrais são dignidade e respeito, partilha de informações, participação e colaboração (IPFCC, 2021).

Essas parcerias de cuidados são essenciais para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde e cabe ao enfermeiro capacitar não só os pais, mas também as crianças, para que se possa estabelecer uma relação de parceria nos cuidados.

Muitas vezes, na prática de cuidados, a ideia de prestar cuidados centrados na família faz com que os cuidados se centrem essencialmente nas necessidades da família e mais concretamente dos pais das crianças que cuidamos, acabando por deixar a criança à margem da atenção primordial dos cuidados. A comunicação

estabelecida pelos profissionais de saúde habitualmente não inclui a criança, o que faz com que a sua participação nos cuidados seja comprometida.

O facto de a participação da criança não ser promovida, acontece porque normalmente ao prestar cuidados centrados na família, o foco não está na perspetiva da criança. Torna-se necessário que os cuidados sejam redirecionados para uma abordagem centrada na criança, que incorpore os seus direitos em participar na prestação de cuidados, e que tenha em conta também as necessidades da sua família (Coyne, Hallström & Söderbäck, 2016).

O facto de as crianças não serem preparadas para a cirurgia, é um exemplo desta situação, em que normalmente a equipa multidisciplinar se preocupa em informar os pais sobre os procedimentos e procura o seu consentimento informado, sem que seja realizada qualquer preparação ou informação direcionada à criança.

Ao prestar CCF devemos ter presente, não só as necessidades da família, mas também os direitos das crianças. Estes direitos encontram-se explanados em documentos como a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989) e a Carta da Criança Hospitalizada (1988), como o direito ao acesso à informação e à participação nos cuidados.

Também os Cuidados não Traumáticos (CNT) são um importante pilar da enfermagem pediátrica, que vem reforçar a importância da preparação da criança para os procedimentos e a participação da mesma nos cuidados (Fernandes, 2020).

O objetivo principal na prestação de CNT é não causar dano à criança, sendo que existem três princípios que ajudam a estruturar os cuidados, para alcançar este objetivo: (1) evitar ou minimizar a separação entre a criança e a família; (2) promover uma sensação de controle, e (3) evitar ou minimizar lesões ou dor.

Alguns exemplos de CNT incluem preservar a relação entre a criança e os pais, durante a hospitalização, preparar a criança antes de qualquer tratamento ou procedimento para aumentar a sensação de controlo por parte da criança, controlar a dor, dar privacidade à criança, promover atividades lúdicas para que esta expresse medo e agressividade, dar oportunidades de escolha à criança e respeitar as diferenças culturais (Hockenberry & Barrera, 2014).

O internamento hospitalar constitui uma situação de angústia na vida de uma criança, em que a equipa de saúde tem um papel preponderante na mobilização de recursos e na promoção do desenvolvimento de capacidades da criança/jovem e

família para ultrapassar esta situação (Diogo, 2015; Fernandes, 2020; Sanders, 2014).

Na hospitalização de uma criança, que vai ser submetida a uma cirurgia, a preparação operatória surge como atitude terapêutica fundamental para minimizar o medo da criança e a angústia da família. Esta preparação visa essencialmente diminuir medos e ansiedades relacionados com o ato cirúrgico, fornecendo informação adequada de forma simples aos pais e à criança sobre a cirurgia e permitindo a expressão das suas emoções, ansiedades e receios (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2006).

Ao preparar a criança para a cirurgia, o enfermeiro presta cuidados não traumáticos, centrados na criança e família, considerando e respeitando as suas necessidades. De acordo com a Convenção Universal dos Direitos da Criança, a criança tem direito a ser preparada para a cirurgia, uma vez que tem o direito à informação e participação nos cuidados. Por conseguinte, é um dever dos enfermeiros garantir que isso acontece.

O fundamento da preparação das crianças para a cirurgia e procedimentos relacionados com a mesma, baseia-se no princípio de que o medo do desconhecido (fantasia) excede o medo do conhecido. Por isso, preparar a criança para os procedimentos diminui sua ansiedade, promove sua cooperação e pode fornecer uma sensação de autonomia, mesmo durante a vivência deste evento stressante (Brown, 2014).

A preparação da criança para a cirurgia é um exemplo de uma estratégia que, ao ser mobilizada na prestação de cuidados, tem potencial para minimizar o efeito traumático que a experiência da hospitalização e da cirurgia podem ter para a criança e família. Uma preparação dirigida para as necessidades identificadas de cada criança e família pode transformar a situação de crise (relacionada com a cirurgia), numa situação de potencial crescimento.

Também os profissionais de saúde saem beneficiados, pois um ambiente mais tranquilo e transmissor de segurança contribuirá para uma recuperação mais rápida e com menos custos (Fernandes, 2020; OE, 2011).

Na procura constante da excelência do exercício profissional, o enfermeiro deve investir na formação contínua, promotora do desenvolvimento profissional e da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Regulamento nº 140/2019, 2019). Por tudo isto é essencial que os enfermeiros desenvolvam competências que

lhes permitam prestar cuidados de enfermagem à criança e família que tenham em conta todos os aspetos abordados anteriormente.

Partindo desta problemática elaborou-se um percurso formativo com vista ao desenvolvimento de competências de EEESIP e que permitisse melhorar os cuidados de enfermagem, nomeadamente no que diz respeito à inclusão da criança nos cuidados fomentando a sua participação nos mesmos.

Assim sendo, pretendeu-se implementar intervenções de enfermagem que ajudem a criança e sua família na gestão da sua situação de saúde, promovendo a autonomia, o autocuidado e a participação da criança nos cuidados.

2.ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1. Concepções teóricas de enfermagem

As constantes mudanças na sociedade, a evolução da medicina e a crescente complexidade dos cuidados de saúde, foram impulsionadoras do desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina e profissão.

À semelhança do que aconteceu ao longo da história da humanidade, também a história e evolução da enfermagem foi feita de alterações aos paradigmas que orientam a sua prática. Segundo Guimarães (2004), um paradigma é um modelo ou algo que serve como referência para uma ciência, é algo que é considerado como ideal e por isso é digno de ser seguido. Ao longo dos tempos a visão sobre os cuidados de saúde tem evoluído de um paradigma biomédico para um paradigma holístico.

O modelo biomédico, surgiu pela influência do modelo cartesiano sobre o pensamento médico, o corpo humano era considerado uma máquina constituído por peças, a doença era vista como um mau funcionamento mecânico e o papel dos médicos era intervir, para corrigir a avaria (Capra, 1982). Esta abordagem reducionista, que reduz o corpo humano a um conjunto de partes e que separa a mente do corpo, foi alvo de críticas. O descontentamento com esta visão dos cuidados, abriu caminho ao modelo holístico.

O cuidado de enfermagem holístico abrange a mente, o corpo e o espírito dos clientes, apoiando-se na construção de uma relação terapêutica. O cuidado holístico é conduzido e focado no cliente, com o objetivo de prestar um cuidado individualizado, em que o cliente é visto como um todo (McEvoy & Duffy, 2008). O enfermeiro que pratica um cuidado de enfermagem holístico tem em conta as crenças e valores do cliente, assim como a sua experiência subjetiva de saúde. O cliente torna-se parceiro nos cuidados, havendo uma sensação subjetiva de bem-estar (Mariano, s.d.).

Ao longo dos anos, a disciplina de enfermagem foi assim influenciada por diferentes correntes de pensamento, que Kérouac e colaboradores (1994) procuraram sistematizar em três paradigmas: categorização, integração e transformação.

Do inicial paradigma da categorização, orientado para a doença e para o facto de a sua presença ou ausência representar o estado de saúde, surge o paradigma da

integração que relaciona a pessoa enquanto ser global, sendo que a sua saúde resulta da harmonia entre as diferentes dimensões, física, mental e social, e sendo indissociável do ambiente em que se insere. Por último, o paradigma da transformação em que a pessoa, ser multidimensional e único, encontra-se associada ao universo em que se insere, sendo esperado que o enfermeiro cuide, individualizando o seu cuidado de acordo com o conceito de cada pessoa e das suas experiências de saúde/doença (Mariano, s. d.; McEvoy & Duffy, 2008).

Assim, ao longo dos tempos, a enfermagem como ciência sofreu alterações, como consequência da sua adaptação às ideias e valores predominantes, conduzindo ao aparecimento de várias teorias orientadoras da prática e do pensamento em enfermagem, todas com aspetos comuns, como a necessidade de definir conceitos centrais.

Estes conceitos, meta paradigmas de enfermagem, são definidos pela Ordem dos Enfermeiros, nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2017). Com esta definição conceptual surge a oportunidade de construção de um instrumento que balize a qualidade dos cuidados de enfermagem especializados, servindo de referencial para a prática e estimulando a reflexão continua sobre a qualidade do exercício profissional, apoiando os processos de melhoria contínua da qualidade (OE, 2017).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, a **saúde** é definida como estado subjetivo, que é dinâmico e variável no tempo. Este conceito traduz a importância da maximização do crescimento e desenvolvimento infantil e da adaptação às transições vivenciadas pelas crianças nas diferentes idades, através da otimização do estado de bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual (OE, 2017).

O conceito de **pessoa** diz respeito ao binómio criança/jovem e a família, em que a criança é toda a pessoa com menos de dezoito anos de idade, ou vinte e um, caso seja portadora de doença crónica, incapacidade ou deficiência, assegurando-se desta forma que a transição para a vida adulta seja conseguida com sucesso. A criança tem “direito à liberdade de expressão e autodeterminação, bem como o respeito de opinião, do seu projeto de saúde e de prestar consentimento nas decisões sobre a situação clínica” (OE, 2017, p.4).

O **ambiente** em que a criança vive e se desenvolve, contém uma série de elementos e estímulos, que deverão ser promotores de saúde. O ambiente deve

oferecer estabilidade emocional e garantir os cuidados à criança/jovem, para promover a sua independência e o seu respetivo e adequado desenvolvimento (OE, 2017).

No que diz respeito aos **cuidados de enfermagem**, o exercício profissional dos EEESIP, é especificado a partir da filosofia de cuidados da enfermagem pediátrica, que evidencia os cuidados centrados na família. A família é encarada como contexto da criança/jovem, os cuidados de enfermagem implicam o estabelecimento de uma comunicação efetiva, e intervenções com vista ao envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação dos cuidados (OE, 2017).

Esta definição de conceitos pela OE, foi orientadora do meu pensamento, quer na formulação dos objetivos, como na realização das atividades ao longo de todo este percurso formativo.

O percurso formativo foi sustentado por conceções teóricas como os Cuidados Centrados na Família (CCF) e Cuidados Não Traumáticos (CNT), mas também pela Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, procurando-se a promoção do autocuidado e autonomia da criança e família e a sua participação nos cuidados.

A utilização de um referencial teórico facilita a prática de enfermagem a diversos níveis da prestação de cuidados (Tomey & Alligood, 2004). As teorias oferecem a estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem, dão aos enfermeiros uma perspetiva de como visualizar a situação do cliente, proporcionando, simultaneamente, um modo sistemático de recolher dados (Ribeiro, Martins, Tronchin & Forte, 2018).

A teoria de Orem (2001) não é exceção, uma vez que providencia bases conceptuais que permitem um questionar da prática de cuidados, com vista à melhoria contínua da qualidade dos mesmos.

Na perspetiva de Orem, o cliente é visto como um todo, ou seja, sob uma perspetiva holística, sendo ativo no seu processo de saúde e procurando autocuidar-se (Orem, 2001).

A Teoria do Autocuidado proposto por Orem foi desenvolvida na década de 1950 e baseia-se na premissa de que os indivíduos podem cuidar de si próprios e têm um papel ativo nos cuidados. Esta teoria engloba outras três que se interligam entre si: a teoria do autocuidado, a teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. Para compreender a Teoria do Autocuidado, é necessário definir autocuidado. Este é caracterizado como a prática de atividades que os indivíduos

realizam para seu próprio benefício, para manutenção da sua vida, saúde e bem-estar (George, 2000; Orem, 2001).

O autocuidado é um conceito que tem evoluído ao longo dos tempos e que está associado à autonomia, independência e responsabilidade pessoal (Petronilho, 2012).

Outro conceito importante é a ação de autocuidado que se caracteriza pela capacidade do indivíduo se envolver no seu autocuidado. Esta capacidade do indivíduo para o seu autocuidado é afetada por fatores condicionantes básicos, como a idade, sexo, estágio de desenvolvimento, entre outros (George, 2000; Orem, 2001).

Relativamente aos requisitos de autocuidado, estes podem ser considerados universais, os quais, sendo comuns aos seres humanos, estão associados com os processos da vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano. Os requisitos desenvolvimentais ocorrem quando há a necessidade de adaptação às mudanças que surgem na vida do indivíduo e por último os requisitos que, por desvio de saúde, acontecem quando o indivíduo necessita de adaptar-se ao estado patológico (George, 2000; Orem, 2001).

A Teoria do Défice de Autocuidado é aplicada quando a enfermagem é necessária. Isso ocorre porque o indivíduo se acha limitado ou incapacitado para promover autocuidado, necessitando de intervenção de enfermagem. Orem identificou cinco métodos de ajuda no déficit de autocuidado: agir ou fazer para o outro, guiar o outro, apoiar o outro (física ou psicologicamente), proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e ensinar o outro (George, 2000; Orem, 2001; Tomey & Alligood, 2004).

A Teoria de Sistemas de Enfermagem é caracterizada como o conjunto de ações e interações entre os enfermeiros, a criança a família variando consoante as necessidades dos mesmos. A teoria encontra-se classificada em: sistema totalmente compensatório, quando o ser humano está incapaz de cuidar de si mesmo, e o enfermeiro o assiste, substituindo-o; sistema parcialmente compensatório, quando a enfermeira e a criança participam na realização de ações terapêuticas de autocuidado e, por fim, o sistema de apoio-educação, quando a criança necessita de assistência na forma de apoio, orientação e educação para a saúde (George, 2000; Orem, 2001; Tomey & Alligood, 2004).

Segundo Orem (2001), o tipo de intervenção de enfermagem vai variando consoante o desenvolvimento de competências e aquisições da criança e da família,

até se tornarem parceiros nos cuidados, partilhando responsabilidades pelos mesmos. A teoria de Orem torna-se especialmente apropriada em ambiente perioperatório pediátrico, na medida em que considera a criança como o centro de toda a atenção.

Pretende-se que a criança desempenhe um papel ativo na tomada de decisão, lhe seja proporcionado o acesso à informação, acerca da sua situação clínica e mais concretamente em relação aos procedimentos a que vai ser sujeita. A disponibilização de informação objetiva e concreta, acerca de situações potencialmente stressantes, permite uma melhor compreensão e interpretação de toda a experiência, por parte da criança (Tavares, 2020).

Todo este processo depende do estabelecimento de uma forte relação de confiança entre a criança e família e o enfermeiro, de forma a permitir que os clientes obtenham o controlo sobre a sua situação de saúde, através da participação nas tomadas de decisão e em todo o processo de cuidados (Simmons, 2009).

Nesta conceção, o autocuidado reforça a participação dos indivíduos nos cuidados, sendo necessário uma individualização dos cuidados em que o enfermeiro como provedor de autocuidado, procura inserir a família e a criança, com uma participação conjunta no planeamento dos cuidados. Esta ideia vai ao encontro daquelas que são, atualmente, conceções de cuidados predominantes na enfermagem pediátrica, como os CCF e CNT.

O ICCPF, define os CCF como uma abordagem ao planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde que beneficia de uma parceria estabelecida entre profissionais, cliente e família, pode ser praticado em qualquer contexto de cuidados e em clientes de todas as idades (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020; IPFC, 2021).

Estes cuidados consideram as necessidades de todos os membros da família e são defendidos pela OE, que regula que o EEESIP deve utilizar um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como cliente e beneficiário dos seus cuidados (Regulamento nº422/2018, 2018).

O conceito de CCF assenta assim na premissa de que os profissionais, a criança e a família são parceiros na prestação de cuidados, estabelecendo-se uma relação tendo por base o respeito, a dignidade, a colaboração e a partilha de informação (Cerqueira & Barbieri - Figueiredo, 2020).

Esta ideia é defendida na Carta da Criança Hospitalizada, quando no ponto três refere, que é um dever dos profissionais de saúde informar os pais sobre as

regras e rotinas do serviço, por forma a que estes possam participar de forma ativa nos cuidados, nos pontos quatro e cinco é afirmado o direito da criança e pais receberem informações relativamente à doença e tratamentos e que essa informação seja adaptada à idade e capacidade de compreensão, a fim de poderem participar nas decisões sobre os cuidados (IAC, 2008). Nesta carta é feita referência ao direito de a criança ter os pais junto dela e que as agressões físicas e emocionais devem ser minimizadas, remetendo-nos para a conceção dos CNT, muito importante na orientação do pensamento durante este percurso, rumo à obtenção do título de EEESIP.

Os CNT surgem como um direito preconizado na convenção dos direitos da criança e na carta da criança hospitalizada, definindo-se como cuidados terapêuticos, prestados por profissionais, usando intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico, experimentado pela criança e pelos seus familiares. A intenção principal é não causar dano, prevenir ou minimizar a separação entre a criança e sua família, promover a sensação de controlo e prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor (Hockenberry & Barrera, 2014).

A preparação da criança para a cirurgia é exemplo da mobilização de todas estas conceções anteriormente abordadas, na medida em que faz valer os direitos da criança no que diz respeito ao acesso a informação e participação nos cuidados, com vista à autonomia e ao autocuidado durante o seu processo de saúde/doença, respeitando ainda o direito a ser acompanhado pela sua família. Ao preparar a criança para a cirurgia, os cuidados deverão ter em conta, não só as necessidades da criança, como da sua família e proporcionar a oportunidade, de ambos, terem um papel ativo nos cuidados, o que os torna menos traumáticos.

A mobilização e a articulação de todos estes conceitos e conceções de enfermagem, foi orientadora para a formulação dos objetivos e atividades a realizar ao longo deste percurso formativo e encontra-se esquematizada num Mapa Conceptual no Apêndice I.

2.2. Cuidados centrados na criança e família

Ao longo da história da humanidade, a conceção de saúde, de cuidados de saúde e os paradigmas que orientam a prática de cuidados foram-se alterando, o que se tem vindo a refletir em muitas alterações na estrutura, organização e valores das

unidades de saúde. Também o papel da criança na sociedade e os seus direitos, foram sofrendo alterações, o que alterou a filosofia dos cuidados de saúde prestados às crianças.

Durante o século XIX foi reconhecido que as crianças doentes exigiam cuidados especializados. Este pensamento levou a que várias cidades de todo o mundo construíssem hospitais infantis para atenderem às necessidades dos doentes pediátricos. No início do século XX as crianças eram cuidadas apenas pelos profissionais de saúde e os pais eram vistos como visitas, ou a sua presença era mesmo proibida. Estudos pioneiros como os de John Bowlby, James Robertson e Florence Blake evidenciaram os efeitos da separação materno-infantil durante a hospitalização (Smith, 2018). Estes estudos, que revelaram graves consequências emocionais, psicológicas, de desenvolvimento e mudanças de comportamento provocadas pela separação entre mães e filhos durante a hospitalização, mudaram a visão sobre o papel e a presença dos pais durante os internamentos (Harrison, 2010).

Também o papel da criança na sociedade e os seus direitos, foram sofrendo mudanças, alterando a filosofia dos cuidados de saúde. Inicialmente estes centravam-se no corpo e doença, progressivamente o foco passou a ser a criança, encarando-a como um todo, e posteriormente os cuidados passaram a focar a sua atenção na criança e sua família.

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças (1989) estabeleceu que a criança é vulnerável, com direitos e que deve ser protegida. Esta declaração assenta em quatro pilares fundamentais: a não discriminação, o superior interesse da criança, sobrevivência e desenvolvimento, e a opinião da criança (UNICEF, 2019).

Anteriormente, a Carta da Criança Hospitalizada (1988) já referia a importância do acompanhamento das crianças doentes e hospitalizadas, pelos pais, bem como a participação dos mesmos nos cuidados (IAC, 2008).

De acordo com o Guia Orientador de Boa Prática para a Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização (2015), desenvolvido pela OE, a doença e a hospitalização são desfavoráveis ao desenvolvimento da criança, por outro lado, a família influencia de forma positiva o desenvolvimento da mesma. Por isso é muito importante que a criança tenha os pais junto de si, cabendo ao enfermeiro o dever de prestar cuidados à criança incluindo os pais, regendo a sua prática pela filosofia dos CCF (OE, 2015).

Podemos dizer que ao longo dos tempos temos assistido ao aumento da preocupação, por parte dos profissionais de saúde, com os direitos da criança e com a forma como os cuidados de saúde se organizam para fazer valer esses mesmos direitos. Toda esta preocupação, no que diz respeito aos cuidados de saúde tem sido focada na integração da família nos cuidados e não tanto nos direitos à participação e à autodeterminação da criança.

Assim, os cuidados de saúde pediátricos têm vindo a ser orientados segundo uma filosofia de CCF em que normalmente o foco não está na perspectiva da criança, mas sim da família, verificando-se que existe uma relação assimétrica entre pais, profissionais e a criança (Coyne, Hallström & Söderbäck 2016).

Desde 1989, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança estabeleceu o direito de todas as crianças à autodeterminação, dignidade, respeito, não interferência e o direito de tomar decisões informadas. No seu artigo 12.º são evidenciados os direitos da criança a exprimir livremente a sua opinião sobre as questões que lhe digam respeito. Ainda no artigo 12.º é referido que devem ser tidas em consideração as opiniões da criança, de acordo com a sua idade e maturidade. O artigo 13.º enfatiza a liberdade de expressão e a liberdade de procurar e receber informações (UNICEF, 2019).

Também a Carta da Criança Hospitalizada (1988) faz referência ao direito que a criança tem de receber informação adaptada à sua compreensão e de participar nas decisões relativas aos cuidados de saúde.

O direito à participação não confere necessariamente o direito a ser o principal tomador da decisão, no entanto não há limites de idade para expressar a sua opinião, quanto à decisão a ser tomada. De acordo com a carta dos direitos da criança, todas as crianças estão em condições de formular os seus próprios juízos e têm o direito de se expressar livremente, sobre todos os assuntos relacionados com elas. Tais opiniões devem ser consideradas, em função da idade e maturidade da criança (Ele & Albuquerque, 2019).

Esta participação realça, que a inclusão das crianças no processo de tomada de decisão não deve ser apenas um ato isolado, mas compreende a troca de ideias opiniões entre a criança e os outros participantes do processo de decisão (Ele & Albuquerque, 2019).

Esse processo, no qual a criança exerce o seu direito à participação, deve ser transparente e informativo; voluntário na medida em que a criança não pode ser

obrigada a expressar a sua opinião; deve ser respeitado o contexto socioeconómico e cultural da vida da criança; relevante em que as questões devem ter pertinência para a vida da criança; amigável na medida em que a criança deve sentir-se segura e confortável; deve permitir a igualdade de oportunidade para todas as crianças tendo em conta as particularidades culturais; seguro e sensível a fim de reduzir ao mínimo o risco de que as crianças sofram violência ou outras consequências negativas, provenientes da sua participação; responsável no sentido de que as crianças têm o direito de receber retorno acerca da forma como a sua participação influenciou o resultado. Por fim, todo este processo deve ser apoiado por uma equipa com formação adequada para facilitar a participação da criança (ONU, 2009).

Apesar de haver uma aceitação generalizada dos direitos da criança e dos serviços de saúde reconhecerem que os cuidados devem ter em conta a criança e que esta deve ser encorajada a ser parceira ativa nas decisões sobre a sua saúde e cuidados, raramente as crianças são envolvidas nas tomadas de decisão e nos cuidados de saúde que lhes dizem respeito (Coyne, 2008).

Existem ainda muitas opiniões divergentes e receios entre profissionais e pais, sobre a participação das crianças na tomada de decisões, sendo que estes acabam por exercer uma influência significativa sobre os esforços da criança em participar. Esta situação é potenciada pelo ambiente hospitalar, em que existe um défice de informação sobre os papéis que a criança, pais e profissionais de saúde, podem assumir no processo de interação (Coyne, 2008).

A prestação de cuidados de qualidade em serviços de saúde, adaptados às preferências das crianças, significa que os profissionais de saúde têm a responsabilidade de garantir os direitos da criança e que esta seja incentivada e capacitada, para divulgar a sua opinião sobre as questões que a afetam (Söderbäck, Coyne & Harder, 2011). Reconhecer, respeitar as crianças e promover oportunidades de contribuir para as situações de cuidados de saúde, em conjunto com a família e os profissionais de saúde, significa que os profissionais privilegiam uma abordagem centrada na criança em que se inclui tanto a perspetiva do adulto sobre o melhor interesse para a criança, em relação aos cuidados, como a perspetiva da criança no que diz respeito às suas preferências (Söderbäck, Coyne & Harder, 2011).

Posto isto, a abordagem dos CCF precisa ser redirecionada para o Cuidado Centrado na Criança (CCC) que incorpora os direitos da criança de participar em todos os aspetos da prestação de cuidados de saúde, em conjunto com as

necessidades da sua família (Coyne, Hallström & Söderbäck, 2016; Söderbäck, Coyne & Harder, 2011). Os CCF podem ter em mente os melhores interesses das crianças e compreenderem a perspetiva da criança, mas acabam por não as envolver diretamente (Söderbäck, Coyne & Harder, 2011).

Nos CCC, a criança é incluída como ator por si mesma, conquistando espaço, sendo respeitada e envolvida na comunicação, recebendo informações, discutindo opções, dando-se voz às suas preferências para negociar e fazer escolhas, e assim, participar em parceria com os pais e profissionais de saúde. Criar espaços de participação é mais do que uma questão estrutural, trata-se de fornecer às crianças tempo, oportunidade, apoio e envolvimento ativo (Coyne, Hallström & Söderbäck, 2016).

Shier (2001) apresenta um modelo de 5 níveis que ajuda a encorajar as organizações de saúde e profissionais de saúde a apoiar o direito das crianças de participar nos cuidados: 1) independentemente da idade, a criança é ouvida; 2) a criança é apoiada na expressão dos seus pontos de vista; 3) os pontos de vista da criança são tidos em consideração; 4) a criança é envolvida no processo de tomada de decisão; 5) a criança pode partilhar o poder e responsabilidade na tomada de decisões, este último nível não é deixar a responsabilidade para a criança, mas é uma forma de partilhar responsabilidades.

Posteriormente, em 2007, Lundy apresenta um modelo relativo ao 12.º artigo da Convenção sobre os Direitos da Criança, este modelo foi adotado pelo Departamento de Infância e Juventude da Irlanda. Este modelo assenta em 4 pilares cronologicamente ordenados: espaço, voz, audiência e influência. É sugerido que: 1) se proporcione um espaço seguro e inclusivo para as crianças expressarem os seus pontos de vista (Espaço); 2) sejam fornecidas informações adequadas e facilitar a expressão de opiniões da criança (Voz); 3) se garanta que as opiniões são comunicadas a alguém com a responsabilidade de ouvir (Audiência); 4) e que as opiniões das crianças sejam levadas a sério e se atue quando apropriado (Influência) (Lundy, 2007; Ramos, 2020).

Estes modelos, anteriormente abordados, são exemplos de como os profissionais podem orientar os seus cuidados, por forma a garantirem que as necessidades da criança são consideradas em cada situação. Isto significa que os profissionais de saúde devem usar o seu poder e conhecimento, sendo ao mesmo tempo sensíveis à forma como a criança expressa as suas necessidades. Para a

criança participar nos cuidados deve receber orientação, a sua participação deve ser guiada, o que significa envolvimento e compreensão mútuos (Coyne, Hallström & Söderbäck, 2016).

A participação das crianças deve ser vista como um processo que envolve responsabilidade partilhada entre os profissionais, pais e a criança. Os conceitos de confiança, respeito, autonomia e autodeterminação sustentam esta abordagem dos cuidados, em que mais do que compromisso, é necessário que os profissionais tenham competências, para que consigam incorporar, de forma adequada, os direitos das crianças na prestação de cuidados (Coyne, Hallström & Söderbäck, 2016).

2.3. Preparação da criança para a cirurgia

A cirurgia pode surgir na vida da criança em diferentes contextos, pode estar relacionada com uma situação imprevista, como uma agudização de doença crónica ou uma situação emergente, ou pode surgir de forma programada. Seja qual for a circunstância, a doença e a hospitalização desencadeiam na vida da criança momentos de crise. A interrupção das suas rotinas quotidianas, a separação do ambiente familiar, a presença de equipamento estranho e ameaçador, a necessidade de realizar exames complementares de diagnóstico e outros procedimentos assustadores e dolorosos, contactar com muitas pessoas desconhecidas e a impossibilidade de manter o controlo sobre os acontecimentos são alguns dos fatores que contribuem para o aumento da ansiedade da criança durante a hospitalização (Barros, 2003).

Estes fatores de stress podem representar um risco acrescido de perturbações de comportamento e de psicopatologia a médio e longo prazo, uma vez que, normalmente, são acompanhados por experiências emocionais marcantes, o que pode influenciar negativamente o crescimento e desenvolvimento da criança. No entanto, é possível reduzir os efeitos negativos dessa experiência e mesmo potencializar os seus aspetos mais enriquecedores (Barros, 2003; Diogo, 2015; Fernandes, 2020; Sanders, 2014).

Toda esta situação, sendo uma vivência de carácter emocional crítico na vida de uma criança e sua família, exige dos enfermeiros uma mobilização de recursos, estratégias e competências emocionais no processo de cuidar.

A intervenção do enfermeiro deve contribuir para que esta vivência seja o menos angustiante, e quando possível devem ser minimizados os fatores de stress e enfatizados os seus recursos emocionais para lidar com esta situação (Diogo, 2015).

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica deve promover “a procura constante da empatia no estabelecimento de uma comunicação com a criança/jovem utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis” e deve realizar “atividades que visem minimizar o impacto dos fatores stressores relacionados com a experiência da hospitalização (OE, 2017, p.5,6) .

A preparação para a cirurgia é uma intervenção de enfermagem que contribui para diminuir o stress da criança em relação à experiência da hospitalização.

Para Brown (2014) preparar a criança para os procedimentos minimiza a sua ansiedade, promove a sua cooperação, apoia a sua capacidade para lidar com a situação e pode levá-la a desenvolver novas habilidades, para além de promover uma sensação de domínio ao experimentar um evento potencialmente stressante.

Broering e Crepaldi (2008) referem que a preparação para a cirurgia reduz a ansiedade e comportamentos negativos e inadequados no período pós-cirúrgico.

A preparação da criança para a cirurgia é uma intervenção autónoma de enfermagem, incluída num contexto multiprofissional, em que são implementadas um conjunto de técnicas organizadas com a finalidade de minimizar o medo e a ansiedade da criança/ adolescente e sua família (OE, 2011).

A Carta da Criança Hospitalizada (1988) fundamenta a necessidade da preparação pré-operatória, quando no seu ponto quatro refere que as crianças e os seus pais têm o direito a receber informação sobre a doença e o tratamento, adequado à idade e à compreensão, com a finalidade de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito (IAC, 2008).

É comum que as crianças e os pais de crianças hospitalizadas manifestem frustração, para além do medo e ansiedade. Muitas vezes isto acontece devido à falta de informação acerca dos procedimentos e por não se sentirem bem acolhidos pela equipa. Esta situação pode ser evitada ou minimizada com a realização de uma preparação para a hospitalização ou para os procedimentos, como é o caso da cirurgia. Nessa preparação, são fornecidas aos pais e à criança informações sobre o que podem esperar da instituição, dos procedimentos a efetuar, e sobre o que os

profissionais esperam deles, tornando desta forma o ambiente mais familiar e acolhedor (Brown, 2014; Fernandes, 2020).

Desta forma, na hospitalização de uma criança que vai ser submetida a uma cirurgia, a preparação pré-operatória é uma intervenção terapêutica fundamental para minimizar o medo da criança e a angústia da família (IAC, 2006).

No caso da cirurgia, por ser desconhecida para a maioria das crianças, é aceitável que surjam muitas fantasias, neste caso a imaginação serve para agravar o estado de medo, levando a criança a distorcer aquilo que pensa ser a cirurgia (OE,2011).

Os enfermeiros pela sua formação e pelo tempo de contacto com as crianças, encontram-se numa posição privilegiada para promover e intervir na diminuição dos medos da criança e família em relação à cirurgia (OE, 2011).

Os medos mais verbalizados pelas crianças, em relação à cirurgia são o de não acordar da anestesia ou acordar durante a mesma, de sentirem algo durante a cirurgia, de não recuperarem totalmente da doença e de morrer devido à sua situação de doença. Muitas crianças referem medo por perderem o controlo da situação que é exacerbado pelo facto de não terem informação sobre o que vai acontecer durante a hospitalização. As consequências destes medos são: o nervosismo, choro, dificuldades em dormir, tendência para resistir à presença dos profissionais e à realização dos procedimentos e, por norma, isso reflete-se numa maior proximidade dos pais (Vilelas, Diogo, Rodrigues & Almeida, 2017).

Assim, a preparação da criança e família para a hospitalização e para a cirurgia, tem-se revelado como um método eficaz não só na redução do medo e da ansiedade, como se tem demonstrado também benéfico na diminuição dos efeitos traumáticos e na redução de perturbações do comportamento no período do pós-operatório. A intervenção do enfermeiro no pré-operatório tem assim consequências positivas tanto no pós-operatório como após a alta (Al-Sagarat, Al-Oran, Obeidat, Hamlan & Moxham 2017; OE, 2011).

A preparação da criança para a cirurgia pode ser feita seguindo programas de preparação ou com intervenções de enfermagem que são elaboradas e planeadas de acordo com as necessidades de cada criança. Esta preparação pode ser constituída por informação narrada, escrita, visita ao hospital, vídeos informativos, role play com bonecos, técnicas de relaxamento ou teatralização com a participação das crianças, simulando o médico, enfermeiro e cliente. Estas intervenções devem ter como

principais técnicas a transmissão de informações, modelagem, brincadeira lúdica, dessensibilização sistemática, o ensaio comportamental, terapia narrativa, distração, relaxamento e treino (Fernandes, 2020; OE, 2011).

A preparação para a cirurgia visa : informar e preparar a criança e família para a experiência cirúrgica; estabelecer uma relação de ajuda e de confiança de forma a encorajar a expressão emocional; facilitar suporte à criança e família para “gerir” medos e ansiedades relacionados com o ato cirúrgico; minimizar a incerteza, o medo e ansiedade relacionados com a hospitalização e cirurgia; aumentar o controlo, a segurança e o bem-estar; identificar e clarificar dúvidas e problemas; e reduzir o risco de complicações peri operatórias (Carmo, Rocha, Bentes & Soares, 2020; IAC, 2006; OE, 2011).

No entanto, para que a informação transmitida seja eficaz, deverão ser considerados determinados aspetos, como a idade da criança (de acordo com a idade, a antecedência da preparação deve ser diferente), o desenvolvimento cognitivo (que altera, por exemplo, o tipo de atividades e de comunicação a utilizar), a experiência prévia em cirurgias/internamentos, o tipo de cirurgia (duração da cirurgia, cuidados no pós-operatório), duração do internamento e as condições socioeconómicas e culturais da família, bem como a capacidade de cooperação da mesma (Carmo, Rocha, Bentes & Soares, 2020; IAC, 2006; OE, 2011).

Uma preparação dirigida para as necessidades identificadas em cada família, pode transformar a situação de crise da cirurgia na criança, numa situação de potencial crescimento, pela oportunidade que estas têm de se desenvolver cognitivamente e emocionalmente (OE, 2011).

Ao preparar a criança para aquilo que vai acontecer, o enfermeiro está a promover a sua participação nos cuidados, capacitando a criança para fazer parte das decisões que lhe dizem respeito. O acesso à informação aumenta o sentimento de controlo sobre a situação.

A existência e implementação deste tipo de intervenções nos serviços de pediatria é um indicador de excelência do cuidar em Enfermagem (Carmo, Rocha, Bentes & Soares, 2020).

3. METODOLOGIA

Após a identificação da problemática, a metodologia de projeto, foi a escolhida para abordar o problema identificado.

Este tipo de metodologia baseia-se numa pesquisa, centrada num problema real, previamente identificado, e na implementação de intervenções com vista à sua resolução. Segundo Freitas (2010), um projeto pode ser definido como um plano que é elaborado com vista à análise e resolução de um problema reconhecido.

São cinco as etapas que constituem a metodologia de projeto: o diagnóstico da situação, definição dos objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação dos resultados, através da elaboração de um relatório (Freitas, 2010).

As primeiras três etapas concretizaram-se através da elaboração de um projeto de estágio, em que o principal objetivo foi planear o percurso formativo, tendo em vista o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista, preconizadas pela OE. Foram definidos objetivos gerais e objetivos específicos e foram delineadas algumas das atividades a realizar, para alcançar os objetivos definidos.

O percurso realizado nos diferentes contextos de estágio, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, tem como principal objetivo, a aquisição das competências necessárias para a obtenção do grau de Mestre e de EEESIP, sendo esta a quarta etapa da metodologia de projeto, que se operacionalizou com a realização de cinco estágios em diferentes contextos: serviço de reabilitação e desenvolvimento infantil, Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), urgência de pediatria, serviço de internamento de cirurgia pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

A formação dos enfermeiros ganha sentido, se pensarmos numa lógica de cruzamentos disciplinares, de saberes interpessoais, interprofissionais e interinstitucionais. Os estágios clínicos são momentos de aproximação à vida profissional em diferentes contextos e emergem como componentes relevantes no processo de formação dos enfermeiros (Alarcão & Rua, 2005).

Embora este percurso tenha por base várias etapas, estas não são estanques e vão acontecendo com recurso à reflexão, acerca do percurso em si, das vivências e das aprendizagens realizadas.

Deste modo, a minha prática de cuidados à criança e família foi sustentada por uma prática reflexiva. A prática reflexiva é uma premissa indispensável para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos, auto conscientes e com atitudes reflexivas pré, pós e na ação (Peixoto & Peixoto, 2016).

Santos e Fernandes (2004), citando Zeichner (1993), consideram que a prática reflexiva é uma potencial situação de aprendizagem. Através desta prática, o sujeito torna-se sabedor daquilo que faz e de como o faz.

Esta prática reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem (Santos & Fernandes, 2004).

A prática reflexiva envolve a reflexão para a ação, sobre a ação e na ação e facilita o processo de aprendizagem (Schön, 1992).

A prática reflexiva é importante na aprendizagem profissional e na apropriação e síntese do trabalho dos enfermeiros, assume-se como premissa, para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos. Entende-se assim, que a prática reflexiva é, atualmente, vista como uma habilidade indispensável no contexto clínico dos estudantes de enfermagem, pois permite que os mesmos se tornem autoconscientes e prestem os melhores cuidados (Peixoto & Peixoto, 2016).

A quinta etapa da metodologia de projeto materializa-se neste relatório, em que com a sua elaboração, surge a oportunidade de divulgar o percurso de aquisição de competências. É também um trabalho de descrição e reflexão sobre as experiências vividas e as aprendizagens alcançadas, seguindo uma lógica descritiva das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos, e das competências de EEESIP adquiridas durante este processo.

O capítulo que se segue pretende descrever e refletir acerca do percurso formativo, ao longo dos estágios, tendo como referência os objetivos propostos e o desenvolvimento de competências de EEESIP.

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO: DOS OBJETIVOS PROPOSTOS À AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O presente capítulo tem como finalidade explicar e refletir acerca do percurso de desenvolvimento e aquisição de competências, compatíveis com o Grau de Mestre em Enfermagem e com o título de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

De acordo com a OE “o conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade” (Regulamento nº140/2019, 2019, p.4745). Torna-se assim importante, a formação contínua para o desenvolvimento profissional de modo a promover a qualidade na prestação de cuidados de enfermagem.

Relativamente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, “os EEESIP, distinguem-se pelo desenvolvimento de competências técnicas e/ou relacionais, de forma a cuidar da criança/jovem em situação de doença bem como da criança/jovem saudável” (O.E., 2017, p. 5).

O EEESIP presta cuidados de enfermagem especializados, à criança e família, desde o nascimento, até aos dezoito anos de idade (em casos especiais como doença crónica, incapacidade ou deficiência, pode ir além dos dezoito anos, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso). A intervenção do EEESIP tem por base a filosofia dos cuidados centrados na criança e família, intervindo sempre neste binómio, durante a prestação de cuidados de enfermagem. O trabalho em parceria, com a família ou elementos significativos, é transversal a todos os contextos da prática de cuidados, sendo a parceria na prestação de cuidados um dos pilares do cuidar em pediatria. A sua intervenção é diferenciada através da prestação de cuidados de enfermagem avançada, sendo estes cuidados prestados com mestria, tendo como finalidade responder às necessidades da criança e família ao longo do ciclo vital (Regulamento nº 422/2018, 2018).

Assim, foi necessário definir um percurso de aprendizagem que possibilitasse, não só o desenvolvimento de competências de Mestre, competências comuns de EE, mas também as competências preconizadas pelo Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Todas as etapas deste percurso formativo, foram importantes para o desenvolvimento destas competências. Neste capítulo será dado destaque à etapa constituída pelos estágios, que foi planeada de acordo com as minhas necessidades individuais de aprendizagem, com os objetivos do curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e também pelos critérios definidos pela OE para a aquisição de competências de EEESIP. Este percurso formativo decorreu em dezoito semanas, em cinco contextos de prática clínica: serviço de desenvolvimento infantil, cuidados de saúde primários, serviço de internamento de cirurgia pediátrica, urgência de pediatria e unidade de cuidados intensivos neonatais, de acordo com o Cronograma de Estágio realizado (Apêndice II).

Para cada contexto de estágio foi elaborado um Guia Orientador de Estágio (Apêndice III), no qual foi apresentada a problemática, realizado um breve enquadramento teórico-conceitual e foram explanados os objetivos e as atividades a realizar, de modo a desenvolver as competências comuns de EE e específicas de EEESIP. Esse mesmo guia foi discutido com os enfermeiros orientadores no início de cada estágio.

Os **objetivos gerais** definidos para todos os contextos de estágios foram:

1. Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família, nos seus processos de saúde doença, nos diferentes contextos pediátricos.
2. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados com foco na preparação da criança para a cirurgia.

Com vista à concretização dos objetivos gerais supracitados, foram definidos objetivos específicos. Existem objetivos específicos que são transversais a todos os contextos de estágio e existem objetivos específicos mais direcionados para certos contextos. O texto será organizado partindo dos objetivos específicos e da descrição das atividades mais relevantes realizadas nos diferentes contextos da prática.

O guia de estágio que foi elaborado, é acompanhado por um quadro que reúne os objetivos gerais e respectivos objetivos específicos, que foram estabelecidos, bem como algumas das principais atividades que foram planejadas para serem realizadas ao longo dos estágios (Apêndice IV).

Relativamente ao primeiro objetivo geral **“Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família, nos seus processos de saúde doença, nos diferentes contextos pediátricos”**, foram definidos objetivos específicos, transversais a todos os contextos de estágio:

1.1. Conhecer o contributo do EEESIP na dinâmica organizacional dos serviços e a sua intervenção na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à criança e família.

1.2. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à criança/ jovem e família na maximização e/ou restabelecimento da sua saúde.

De modo a otimizar toda a experiência de estágio, ter um papel proativo no processo de aprendizagem e poder atingir o primeiro objetivo específico **“Conhecer o contributo do EEESIP na dinâmica organizacional dos serviços e a sua intervenção na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à criança e família”**, transversal a todos os contextos, foi determinante no início de cada estágio, a realização de uma reunião de apresentação e discussão das atividades propostas.

Esta apresentação foi realizada ao enfermeiro chefe e ao enfermeiro orientador, de cada local de estágio. Sendo estes elementos peritos na área, a discussão e reflexão acerca do projeto trouxe imensas mais-valias. Esta discussão permitiu a adequação e reformulação dos objetivos e atividades, inicialmente propostos, adequando-os à realidade dos diferentes contextos e às oportunidades de aprendizagem, que cada um oferecia. Desta forma, houve a oportunidade de tornar cada experiência de estágio mais rica e proveitosa.

Este contato inicial com os contextos de estágio, enfermeiro chefe e enfermeiro orientador, foi fundamental para ir conhecendo a dinâmica organizacional e estrutural dos contextos de estágio e para identificar o contributo do EEESIP nessa

mesma dinâmica organizacional. Esta reunião/discussão inicial, normalmente era acompanhada por visitas guiadas e apresentação dos elementos da equipa multidisciplinar.

Foi realizada também a consulta de normas, protocolos e projetos em vigor nos serviços.

A título de exemplo, no **serviço de reabilitação e desenvolvimento infantil**, existiam diversos programas de melhoria continua dos cuidados (e.g. programas com foco no sono nas crianças, *follow-up*, esperança, atividades de vida diárias pediátricas) desenvolvidos pela equipa. Percebeu-se ainda, que estes programas eram liderados, na sua maioria, pelos EEESIP.

Do contato com esta realidade foi possível refletir, quer sobre a importância que estes programas representam para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às crianças e suas famílias, quer sobre o papel do EEESIP no desenvolvimento e implementação dos mesmos. O desenvolvimento deste tipo de programas é fundamental para a qualidade dos cuidados de enfermagem pediátricos. Este tipo de intervenção torna os cuidados de enfermagem mais completos e adequados às necessidades da criança e família. O EEESIP enquanto perito nos cuidados à criança e família, assume um papel de destaque na equipa multidisciplinar, apoiando-a e colaborando na construção, planeamento e monitorização dos programas. Daí a importância de desenvolver competências de acordo com o domínio da melhoria contínua da qualidade, no que se refere às competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No decorrer dos estágios foi realizada uma atenta observação e reflexão das práticas de cuidados. Foram identificadas as dinâmicas da equipa de enfermagem, a filosofia de cuidados que orienta os cuidados prestados pela equipa e a sua metodologia de trabalho. Foi dada especial relevância à observação do EEESIP como elemento da equipa multidisciplinar e quais as particularidades da sua atuação, no seio da equipa de enfermagem e na prestação de cuidados de enfermagem à criança e sua família.

Da observação que foi realizada, foi possível constatar que todos os contextos se regem pela filosofia dos cuidados centrados na família e pelos cuidados não traumáticos. No que diz respeito ao método de trabalho, na **UCIN** é utilizado o enfermeiro de referência, verificando-se que este estabelece uma relação privilegiada com a família, participando nas reuniões multidisciplinares e planeando, em conjunto

com a família, a alta do bebé. Nesta unidade, o EEESIP representa o papel de chefe de equipa e lidera projetos de formação em serviço.

Nos **serviços de internamento de cirurgia pediátrica e desenvolvimento infantil** é utilizado o método individual de trabalho. Os elementos especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, desempenham as funções de chefia, segundo elemento do serviço e responsável pela formação em serviço e projetos de melhoria continua dos cuidados.

No **serviço de urgência de pediatria** o método por posto de trabalho é o utilizado, em que o EEESIP é normalmente, para além de chefe de equipa, o responsável em cada turno pela distribuição dos elementos por cada posto e pela resolução dos problemas relacionados com a gestão de recursos humanos e materiais.

Posto isto, foi possível refletir sobre a importância do EEESIP demonstrar competências ao nível da liderança, assertividade e gestão dos cuidados, por forma a otimizar as respostas de enfermagem e equipa de saúde, de acordo com o domínio da gestão dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

De uma forma transversal, em todos os contextos de estágio, foi possível perceber que o enfermeiro especialista é visto como um elemento dinamizador de uma boa relação entre os colegas da equipa multidisciplinar, o que exige uma capacidade de liderança, tomada de decisão e de posição ética e deontológica, demonstrando a importância do desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, no domínio da responsabilidade profissional ética e legal (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Procurou-se, ainda, identificar oportunidades de melhoria em cada contexto de estágio. Esta procura pela melhoria dos serviços e dos cuidados de enfermagem perspetivava o desenvolvimento de atividades que fossem ao encontro dos objetivos de aprendizagem definidos, da aquisição de competências de enfermeiro especialista e que tivessem em conta o tema do projeto de estágio. Estas atividades permitiram ainda, uma melhor e mais rápida integração nos contextos, tanto em termos físicos (conhecer a estrutura física), como humanos (conhecer a equipa multidisciplinar, crianças e famílias), uma vez que era necessário conhecer o espaço e falar com os profissionais para conhecer verdadeiramente as suas características e também as suas necessidades.

No contexto de cuidados de saúde primários, **UCSP**, ao apresentar o tema do projeto de estágio e discutir os objetivos e atividades a desenvolver, foi reconhecida, e validada pela enfermeira orientadora, a necessidade de criar materiais de suporte à prática clínica na preparação da criança para a vacinação.

Foi realizada uma banda desenhada com o intuito de mostrar a importância da vacinação e que pretende motivar a criança para aderir à mesma, consciencializando-a para a importância que este ato tem, para a sua saúde e para a dos que a rodeia. Foi também elaborado um diploma de coragem e umas medalhas para serem facultados à criança no final da vacinação, como forma de premiar a sua colaboração e participação na vacinação (Apêndice V).

Esta atividade é um exemplo de articulação entre o tema que me propus trabalhar e uma necessidade de melhoria do serviço.

Com a realização destas atividades é possível destacar o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, nomeadamente nos domínios da melhoria contínua da qualidade e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Todo este processo foi sendo alicerçado pela procura contínua de atualização de conhecimentos e pesquisa bibliográfica, sendo esta uma atividade fundamental e transversal a todos os contextos de estágio.

Este investimento pessoal e profissional na procura constante de melhoria dos conhecimentos foi ao encontro do segundo objetivo específico, transversal a todos os contextos de estágio, “**Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à criança/ jovem e família na maximização e/ou restabelecimento da sua saúde**”. Também este objetivo exigiu um investimento na pesquisa bibliográfica e atualização de conhecimentos, de acordo com cada contexto de estágio.

No **serviço de reabilitação e desenvolvimento infantil** foi sentida a necessidade de aprofundar conhecimentos na área da reabilitação motora. Foi realizada uma pesquisa mais direcionada às escalas e instrumentos utilizados, como a classificação ASIA (avaliação e classificação neurológica, para avaliar o grau de lesão medular), escala de *Humpty Dumpty* (ferramenta de avaliação de risco de queda pediátrico) e MIF (medida de independência funcional), entre outras. A reflexão acerca destas e outras aprendizagens realizadas ao longo deste contexto de estágio encontram-se exploradas com mais pormenor no Apêndice VI. Neste documento

acerca das oportunidades de aprendizagem, que surgiram neste contexto de estágio, foi possível refletir sobre a realidade de cuidados daquele serviço e as intervenções que os enfermeiros implementam com vista à promoção da autonomia e autocuidado das crianças. Isto é relevante uma vez que os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem referem que “os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção, a promoção da autonomia, do mesmo modo que uma visão global da criança/jovem e das suas intrínsecas crenças e capacidades” (OE, 2017, p.5).

Na **UCSP**, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, o Programa Nacional de Vacinação, a Carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários, entre outros documentos, são exemplos a salientar, que contribuíram para um aprofundamento de conhecimentos específicos dos cuidados de saúde primários.

No **serviço de urgência de pediatria** foi surgindo a necessidade de pesquisar acerca de patologias e situações que foram surgindo ao longo do estágio. Ao sentir a necessidade de aprofundar conhecimentos na área das urgências pediátricas, tive oportunidade, ao longo do curso de Mestrado, de realizar inscrição nas Jornadas de urgências pediátricas, ministradas pelo hospital de Setúbal e no workshop de oxigenoterapia de alto fluxo (Anexo I). Estas experiências representaram importantes contributos para a minha aprendizagem e facilitaram o meu percurso ao longo do estágio na urgência de pediatria.

Uma vez que o **serviço de cirurgia pediátrica**, é o meu contexto profissional atual, a pesquisa bibliográfica focou-se no aprofundamento de conhecimentos sobre a intervenção do enfermeiro na preparação das crianças para a cirurgia e sobre medidas de controlo da dor, uma vez que neste contexto pude desenvolver a unidade de competência “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento nº422/2018, 2018, p.19193). Sendo um serviço de cirurgia foi possível perceber quais as medidas de controlo da dor mais utilizadas e porquê. Foi possível refletir sobre a importância da utilização de medidas não farmacológicas no controlo da dor na criança, e das barreiras que muitas vezes dificultam a sua utilização.

Na **UCIN**, pelo facto de ser um contexto tão diferente da minha experiência profissional, exigiu um grande investimento no que diz respeito à procura de evidência científica, que suporte a prática de cuidados. Foi sentida a necessidade de procurar informação sobre os cuidados neuroprotetores, cuidados específicos ao recém-

nascido prematuro, promoção da vinculação e parceria de cuidados. Houve ainda oportunidade de assistir a uma formação em serviço, sobre o acesso subcutâneo e terapêutica subcutânea no RN, e no âmbito das Jornadas de Pediatria do Hospital de Santa Maria, a uma palestra sobre colostroterapia (Anexo II).

Para atingir este 2.º objetivo específico, para além da procura de evidência científica e estudo da bibliografia de referência, tornou-se essencial a observação, participação e colaboração com as equipas na prestação de cuidados.

No **serviço de reabilitação e desenvolvimento infantil** foi possível participar nos cuidados às crianças internadas, observar as terapias que realizam, como terapia ocupacional, fisioterapia, natação e ainda observar a intervenção dos enfermeiros especialistas, quer em saúde infantil, quer em reabilitação e respetivas intervenções que desenvolvem junto das crianças internadas. Surgiu ainda a oportunidade de participar numa consulta de admissão da criança e família à instituição, onde é definido o plano de tratamentos e o mesmo é negociado com a criança e família. Desta forma, foi possível negociar “a participação da criança/jovem e sua família em todo o processo de cuidar, rumo à sua independência e ao bem-estar”, utilizando “estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde” (Regulamento nº422/2018, 2018, p. 19193). Por conseguinte, foi possível desenvolver a unidade de competência “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/ jovem”, da competência específica “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (Regulamento nº422/2018, 2018, p. 19193).

Ainda neste contexto de estágio, foi possível capacitar as crianças e jovens para a adoção de estratégias de adaptação à sua nova condição de saúde, promovendo assim a sua adaptação a uma doença/deficiência/incapacidade. Pude colaborar na capacitação de adolescentes para a autonomia alimentar (e.g. demonstrando e treinando a utilização de materiais de apoio, como rebordos de prato ou talheres adaptados) e para a realização de esvaziamentos vesicais (e.g. demonstrando e apoiando no posicionamento, utilização do espelho e escolha das sondas de esvaziamento mais adequadas para cada situação).

Na **UCSP** foi possível participar nas consultas de saúde infantil e vacinação infantil. Nessas consultas foi proporcionado “conhecimento e aprendizagens de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o

desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença” (Regulamento nº422/2018, 2018, p.19193). Foram ainda exploradas as oportunidades para trabalhar com a criança e família, no sentido de estas adotarem comportamentos potenciadores de saúde.

As experiências neste contexto fomentaram bastante a reflexão sobre os CNT, uma vez que há um cuidado em causar o menor dano na criança, para que a ida ao centro de saúde, não seja vista como algo penoso, tanto para a criança, como para a família. Há uma preocupação com a privacidade, inclusão dos vários elementos da família na consulta, entre outras intervenções que fazem com que o ambiente seja o menos traumático e o mais acolhedor possível.

No Apêndice VII encontra-se um jornal de aprendizagem que revela algumas das reflexões elaboradas ao longo deste contexto de estágio com destaque para uma situação particular, em que as intervenções realizadas tiveram em vista a prestação de cuidados não traumáticos, a uma criança e sua família, no momento da vacinação.

No **serviço de cirurgia pediátrica** foi possível criar um afastamento daquele que é o meu papel habitual, enquanto enfermeira naquele contexto de cuidados e assim acompanhar mais de perto a intervenção do EEESIP. Com este distanciamento das rotinas do serviço pude refletir sobre as práticas e centrar a minha intervenção na promoção da participação da criança nos cuidados e na preparação da mesma para a cirurgia. Como referido anteriormente, a gestão da dor foi uma temática muito presente neste contexto de estágio. Foi possível garantir a gestão de medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor, durante os procedimentos de enfermagem e no pós-operatório imediato, realizando uma “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/ jovem, otimizando as respostas” (Regulamento nº 422/2018, 2018, p.19193).

Na **urgência de pediatria** foi possível acompanhar o enfermeiro orientador durante a triagem e participar nos cuidados prestados em sala de tratamentos, sala de pequena cirurgia e serviço de observação (SO). Tornou-se evidente a importância de o enfermeiro conhecer as doenças mais comuns na infância nas diferentes idades, bem como as respostas de enfermagem adequadas e o encaminhamento para outros profissionais, quando necessário, de acordo com a unidade de competência “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento nº422/2018, 2018, p.19193). Foi ainda possível, participar e colaborar

com a equipa de enfermagem em situações de particular exigência, por exemplo, na vertente de cuidados a crianças com suspeita de COVID-19, o que permitiu o desenvolvimento da competência “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (Regulamento nº422/2018, 2018, p.19193).

Neste contexto de cuidados, mais uma vez, foi visível a mobilização da filosofia de cuidados centrados na família, reconhecendo-a como indissociável da criança, respeitando os seus conhecimentos e perícia nos cuidados à criança e salvaguardando o direito à diversidade cultural. Houve oportunidade de aproveitar a ida das famílias ao serviço de urgência para promover a literacia em saúde dos pais, nomeadamente, reforçar a importância da linha de saúde 24, como um recurso a que podem recorrer sempre que necessitem, reforçar os conhecimentos acerca de medidas farmacológicas e não farmacológicas a que devem recorrer mesmo antes da chegada ao serviço de urgência. Desta forma, foi reforçada a relação de confiança e de parceria entre os profissionais, criança e sua família e foram aproveitadas as “oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde” (Regulamento nº 422/2018,2018, p.19193).

Na **UCIN** foi possível participar nos cuidados prestados ao recém-nascido prematuro em contexto de cuidados intensivos e de cuidados intermédios. Surgiu ainda a oportunidade de participar numa transferência do bebé para junto da mãe no serviço de puerpério.

Nos cuidados intermédios muitas das intervenções do enfermeiro prendem-se com a preparação do bebé e seus pais para a alta. Todas estas situações constituem exemplos da mobilização da filosofia dos cuidados centrados na família. A família é considerada parceira no cuidado de saúde à criança, a equipa de saúde assume uma atitude de respeito, apoio e colaboração. Desta forma são minimizados alguns efeitos nefastos da hospitalização e são garantidos o planeamento e a devida preparação para a alta, o que vai possibilitar uma maior segurança e conforto para a criança e família (Sanders, 2014; Tavares 2020).

Foi possível estabelecer esta relação de parceria com os pais dos bebés internados, quando se partilhavam algumas indicações sobre os cuidados ao bebé. No caso dos bebés prematuros, estes têm tantas particularidades que os pais muitas vezes estão ansiosos e preocupados. Os pais tinham necessidade de treinar os cuidados ao bebé, num ambiente protegido, com o apoio dos enfermeiros, validando

informações e esclarecendo dúvidas, até se sentirem preparados para continuar esses cuidados em casa.

Os enfermeiros assumem um papel de cuidadores, mas também de educadores, uma vez que a hospitalização possibilita a oportunidade de desenvolver intervenções na área da promoção da saúde. Estas intervenções vão ser muito importantes para o normal crescimento e desenvolvimento das crianças (Tavares, 2020).

Na procura contínua da melhoria dos cuidados prestados ao RN é fundamental que o enfermeiro tenha em conta, no planeamento dos cuidados, a capacitação dos pais para a prestação de cuidados ao filho de forma autónoma, por forma a assegurar o desenvolvimento saudável da criança. Um dos meios que o enfermeiro tem para o fazer é através da inclusão dos pais nos cuidados a prestar à criança, tornando-os parceiros nos mesmos. Trabalhar em parceria com os pais é reconhecer que cuidar da criança implica cuidar dos pais/família, no sentido de os tornar cada vez mais autónomos, respeitando e favorecendo a sua participação na tomada de decisões no processo de cuidar (OE, 2015).

Segundo Orem (2001), o tipo de intervenção de enfermagem vai sendo avaliado e adaptado, consoante o desenvolvimento de competências e aquisições da família, até se tornarem parceiros nos cuidados, partilhando a responsabilidade pelos mesmos.

Esta preparação dos pais para cuidar do RN é válida, não só quando o bebé irá ter alta para casa, após o internamento na neonatologia, como também quando o bebé irá permanecer hospitalizado noutros serviços após a estadia na neonatologia. Muitas vezes o RN tem alta da neonatologia, mas necessita ainda de cuidados hospitalares antes de estar preparado para ir para casa, isso acontece por diversas razões, nomeadamente quando o RN necessita de ser submetido a cirurgia. Nestes casos é necessário que a família perceba que se inicia uma nova fase no percurso do RN, até que este se encontre preparado para a alta. Nestes casos é normal que os pais se sintam ansiosos e com medo. Se por um lado a alta da neonatologia simboliza um momento feliz e uma nova fase, esta é também cheia de inseguranças e dúvidas.

No caso de transferência de serviço e face a uma cirurgia iminente, os pais sentem ainda um medo acrescido face ao desconhecido. Vão conhecer um novo espaço, uma nova equipa, com a qual ainda não está estabelecida uma relação de confiança e o seu bebé vai passar por novos procedimentos. Para além de toda a

ansiedade relacionada com mudança, os pais sentem medo e ansiedade antes da cirurgia de um filho o que muitas vezes dificulta a sua preparação. Estes sentimentos podem ser atenuados com informações antecipatórias (Alves, 2010).

É necessário capacitar os pais disponibilizando o suporte necessário para dotá-los de competências para a gestão dos cuidados aos seus filhos, perspetivando a sua autonomia e capacitando-os para tomadas de decisão informadas (OE, 2017).

Neste sentido, foi desenvolvida uma atividade que consiste num folheto dirigido aos pais de bebés que irão ser transferidos do serviço de Neonatologia para o Serviço de Cirurgia Pediátrica (Apêndice VIII). O folheto pretende sistematizar uma série de informações claras e concisas, numa linguagem simples, para que seja mais fácil para os pais revisitarem essas informações em qualquer altura e para que estes não estejam preocupados em reter toda a informação no momento em que a estão a receber.

O folheto realizado dá a conhecer a estrutura física do serviço, a constituição da equipa multidisciplinar e dá conta de algumas regras e normas, como horários de refeições, cuidados de higiene e visitas. Foi ainda acrescentada uma adenda com as novas regras face à pandemia COVID-19.

Perante uma transferência do RN da unidade de neonatologia para o serviço de cirurgia pediátrica, o enfermeiro informa sobre a transferência, prepara os pais para aquilo que vão encontrar e apresenta o novo serviço que os vai receber.

Ao tomar conhecimento sobre as normas e condições do serviço, os pais podem ir perspetivando e organizando a sua estadia e desta forma sentem-se mais seguros e menos ansiosos.

Com a elaboração deste folheto pretendeu-se dar continuidade à parceria de cuidados estabelecida ao longo da estadia do RN e família na unidade de neonatologia, preparar os pais não só para a nova fase que irão enfrentar, como capacitá-los para tomarem decisões em relação ao internamento do seu filho.

Pretendeu-se ainda, dar a conhecer aos pais a possibilidade de realizarem uma visita guiada ao novo serviço que os irá acolher. Nesta visita os pais conhecem não só as instalações físicas como parte da equipa multidisciplinar.

Ao proporcionar o acesso à informação existe um potencial para que a família melhore toda a experiência, já que a disponibilização de informação objetiva e concreta acerca de situações potencialmente stressantes, facilita o confronto e permite uma melhor compreensão e interpretação da experiência (Tavares, 2020).

Ainda no âmbito desta atividade, foi realizada uma apresentação do folheto à equipa, onde se pretendeu uma sensibilização da mesma para o estabelecimento de uma relação de confiança e parceria com as famílias dos bebés internados. Foi reforçada a importância da preparação das famílias para uma mudança de serviço, em que o ambiente, normas e profissionais vão ser diferentes, para que se garanta a continuidade de cuidados e o estabelecimento de uma relação de parceria entre profissionais e famílias.

Com a realização desta atividade, foi-me possível desenvolver diversas competências de EEESIP. No que diz respeito à competência “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, esta atividade constituiu uma intervenção promotora da parentalidade, na qual pude negociar a participação da família em todo o processo de cuidar, rumo à sua independência e ao bem-estar (Regulamento nº422/2018, 2018, p.19192). Pude ainda, utilizar estratégias motivadoras da família para a assunção dos seus papéis, criando uma relação de parceria no cuidar (Regulamento nº422/2018, 2018).

Houve ainda oportunidade promover a esperança realista, nos pais das crianças que irão ser transferidas para o serviço de cirurgia pediátrica, já que no início do folheto abordo o facto de mais uma etapa estar concluída, no percurso do bebé, rumo à alta para o domicílio. Este folheto constitui ainda uma estratégia para a promoção da amamentação, uma vez que é incentivada a permanência dos pais, junto do bebé, durante o internamento e são dadas as informações necessárias para a extração e armazenamento do leite materno (Regulamento nº422/2018, 2018).

No que diz respeito à aquisição de competências comuns de enfermeiro especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, pude desenvolver a competência “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, na medida em que asseguro o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4746).

Ainda neste contexto de **UCIN**, pude acompanhar o enfermeiro orientador na prestação de cuidados à criança em situação crítica. Surgiu a oportunidade de participar no transporte de um recém-nascido prematuro da sala de partos para a unidade de cuidados intensivos neonatais. O EEESIP foi chamado à sala de partos, como perito nos cuidados ao RN, foi possível observar as manobras de ressuscitação no RN prematuro com Neopuff™. Ao prestar cuidados ao recém-nascido, este

encontrava-se envolvido num saco de plástico de polietileno transparente estéril, para manutenção da temperatura e humidade corporal. Posteriormente, já na unidade de cuidados intensivos pude participar na adaptação do recém-nascido à ventilação não invasiva, à colocação do cateter umbilical e aos primeiros cuidados de higiene e conforto e acomodação do RN na sua incubadora.

Neste contexto, o enfermeiro presta cuidados ao recém-nascido com vista ao seu desenvolvimento adequado, identificando as situações de potencial risco para o seu desenvolvimento.

O parto prematuro compromete o desenvolvimento normal do cérebro e interrompe a evolução de vários eventos importantes. Assim, numa unidade de cuidados intensivos neonatais, os cuidados são prestados com vista à continuação do desenvolvimento do bebé, devendo ser minimizados os efeitos adversos de todo o ambiente da unidade e privilegiadas todas as intervenções que aproximem o ambiente do ambiente intrauterino (Tamez, 2017).

Voltando à definição de objetivos específicos, foi definido um objetivo específico mais direcionado aos contextos de desenvolvimento infantil e cuidados de saúde primários:

1.3. Desenvolver competências na prestação de cuidados à criança e família promotores do crescimento e do desenvolvimento infantil.

Embora a promoção do desenvolvimento infantil seja transversal a todos os contextos de cuidados em pediatria, procurou-se investir de forma mais aprofundada nesta temática, nos contextos de cuidados de saúde primários e serviço de desenvolvimento infantil.

De acordo com a Carta da Criança Hospitalizada (1988) as crianças têm o direito a receber informação adequada à sua idade e à sua compreensão a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito (IAC, 2008). Desta forma, torna-se essencial que os enfermeiros adquiram competências comunicacionais com vista ao estabelecimento de relações empáticas com a criança/jovem e família, utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança (OE, 2017).

Por conseguinte, procurou-se o desenvolvimento de estratégias de comunicação adequadas aos estádios de desenvolvimento da criança / jovem e família, respeitando as suas crenças e cultura.

No **serviço de reabilitação e desenvolvimento infantil** foi elaborado um documento (Apêndice IX) para ser consultado pela equipa de enfermagem, com algumas orientações sobre a comunicação com a criança, nos diferentes estádios de desenvolvimento e com algumas estratégias práticas, para que a comunicação seja adequada, eficaz e torne todo o processo de hospitalização da criança o menos traumático possível.

Com a utilização de uma comunicação adequada, numa situação de stress para a criança e família, o enfermeiro pode assumir um papel de amenizador da ansiedade, ajudando a transformar uma situação potencialmente ameaçadora numa oportunidade de desenvolvimento e crescimento pessoal, melhorando por exemplo as experiências de hospitalização futuras (Diogo, 2015).

No documento elaborado é apresentado um breve resumo das principais características e medos de acordo com os diferentes estádios de desenvolvimento da criança, bem como algumas estratégias de comunicação, que podem auxiliar o enfermeiro na sua prática de cuidados. São apresentadas algumas alternativas de palavras que se podem substituir a fim de tornar o discurso com a criança menos assustador.

Esta atividade foi crucial para o desenvolvimento da competência “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento nº 422/2018, 2018).

Esta competência específica de EEESIP pôde continuar a ser desenvolvida no estágio em **UCSP** onde houve oportunidade de participar nas consultas de vigilância de saúde infantil, onde o enfermeiro presta cuidados a crianças em várias idades chave e onde, mais uma vez, é necessário colocar em prática as competências comunicacionais. Assim, foi possível aprofundar conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como a sua avaliação.

Com vista à consolidação de conhecimentos, partilhados pela enfermeira orientadora e adquiridos pela leitura de bibliografia relacionada com esta temática, foi realizado um documento que compila várias orientações sobre a primeira consulta ao RN (Apêndice X), nesse documento estão sistematizados os parâmetros a avaliar na consulta, bem como alguns temas a serem abordados, com os pais do recém-nascido. Este documento foi elaborado a fim de aglomerar uma série de conhecimentos e orientações transmitidas pela Enfermeira Orientadora, e contributos de documentos de referência na área dos cuidados de saúde primários,

nomeadamente do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil da DGS, facilitando o meu estudo e a participação nas consultas.

Durante as consultas de vigilância de saúde infantil, houve ainda a oportunidade de aplicar a escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan de acordo com as indicações do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. A avaliação do desenvolvimento infantil, na consulta de enfermagem, permite objetivar e compreender o nível do desenvolvimento da criança e se este se encontra dentro do expectável para a sua faixa etária. Esta avaliação serve como base orientadora da intervenção do EEESIP, seja na orientação dos pais para a estimulação da criança, seja na identificação precoce de alterações do desenvolvimento, que podem carecer de avaliação e intervenção especializada.

Durante as consultas de enfermagem, foram partilhadas com pais e crianças/jovens “orientações antecipatórias para a manutenção da saúde e maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantojuvenil”, pelo que foi possível desenvolver a unidade de competência “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento nº 422/2018, 2018, p.19194).

Ainda no que diz respeito ao primeiro objetivo geral, definido para este percurso formativo, foi definido um 4.º objetivo específico, mais direcionado ao contexto de cuidados intensivos neonatais:

1.4. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido com necessidades especiais e sua família.

O estágio na **UCIN**, constituiu um grande desafio, pela complexidade dos cuidados e pela minha inexperiência profissional na área da neonatologia e cuidados intensivos. Exigiu um grande investimento na pesquisa bibliográfica de evidência científica e na validação da pertinência da mesma, com a enfermeira orientadora. Desta forma, através da sua orientação, foi possível otimizar a pesquisa e o estudo e retirar melhor partido do tempo de estágio e das observações dos cuidados que ia realizando ao longo dos primeiros turnos. Numa fase posterior, foi possível participar nos cuidados ao recém-nascido prematuro, tanto em contexto de cuidados intensivos, como em contexto de cuidados intermédios.

Nos cuidados intensivos é notório um maior aparato de tecnologia que envolve o RN e os cuidados que lhes são prestados. A respiração é suportada por ventilação

mecânica invasiva ou não invasiva e em alguns casos por aparelhos de oxigênio de alto fluxo.

A alimentação do RN é administrada por via parentérica ou entérica e muitos dos RN ainda necessitam da perfusão de muita medicação e administração de antibioterapia. São ainda realizadas terapêuticas inovadoras como a hipotermia induzida.

Todos os aparelhos que sustentam estas necessidades, aliados às incubadoras e monitores, tornam o ambiente de uma unidade de cuidados intensivos, bastante particular e diferente dos outros serviços de pediatria.

Este ambiente é controlado, ao nível dos mais variados aspetos, simulando as condições que o RN teria no útero, para que o seu desenvolvimento ocorra da melhor forma.

É um contexto onde é nítido o esforço que os profissionais fazem, para se adaptarem à criança e às suas necessidades, e isto suscitou uma reflexão interessante acerca do tema que me propus trabalhar neste percurso formativo.

Nos serviços de pediatria é feito um investimento, para que o ambiente seja acolhedor e até divertido, para que as crianças não sintam medo e se sintam no seu ambiente de brincadeira habitual. Contudo, muitas vezes, as rotinas do serviço dificultam a adaptação do ambiente hospitalar às necessidades da criança.

Neste contexto é possível observar a verdadeira adaptação do serviço às necessidades da criança, onde até o volume do ruído é controlado por um orelhão que alerta os profissionais para o ruído que estão a provocar na unidade. Os cuidados são organizados numa perspetiva de respeito pelas necessidades do RN e promoção do seu desenvolvimento.

Os cuidados neuroprotetores têm como objetivo reduzir o stress, prevenir a agitação, preservar energia, promover o crescimento e a recuperação e facilitar as capacidades de autorregulação dos RN prematuros (Tamez, 2017).

O útero materno tem as condições ideais para o crescimento e o desenvolvimento, permitindo ao feto, o repouso e sono profundo, o que contribui para o crescimento do cérebro. Em contraste, os recém-nascidos prematuros são expostos a um ambiente muito diferente do intra-uterino, cheio de flutuações de temperatura, luz excessiva, sons e com interrupção frequente dos períodos de sono e repouso, prejudicando o desenvolvimento neuromotor dos prematuros (Altimier & Phillips, 2013; Tamez, 2017).

O modelo do cuidado neuroprotetor neonatal integrativo envolve sete medidas neuroprotetoras : (1) ambiente de cura, que engloba o ambiente físico e o ambiente sensorial através do controlo da temperatura e humidade, olfato, sons, iluminação, sentido do paladar; (2) parceria com as famílias e cuidados centrados na família; (3) posicionamento e manuseamento dos recém-nascidos; (4) protecção e respeito pelos períodos de sono e repouso; (5) alívio do stress e controlo da dor; (6) protecção da pele; (7) optimização da nutrição (Altimier & Phillips, 2013; Tamez, 2017).

O EEESIP tem um papel importantíssimo, quer na prestação de cuidados seguindo os princípios anteriormente abordados, quer na integração e capacitação dos pais para poderem participar nestes cuidados.

Neste contexto de cuidados neonatais, a comunicação entre enfermeiro e pais, assume particular importância, como base de uma relação de confiança. A clareza e adequação da linguagem às características de cada família, facilitam a percepção da mensagem. Esta relação de confiança com a equipa, faz com que os pais se sintam mais tranquilos e autoconfiantes (Ramos, Vilaça & Mendes, 2020).

Com o nascimento de um filho prematuro, os pais enfrentam uma fase muito conturbada da sua vida, pelo choque face ao nascimento de um filho que não foi o idealizado, sendo necessário que façam o luto desse filho ideal e fiquem disponíveis e capacitados para conhecerem o seu filho real. Para amenizar a experiência traumática, que é ter um filho internado na neonatologia, é essencial que o enfermeiro preste cuidados, não esquecendo a participação da família nos mesmos. Os pais não são consideradas visitas, mas sim parceiros nos cuidados ao RN (Tamez, 2017).

O enfermeiro deve desenvolver estratégias, junto dos pais, para promover a aquisição de competências parentais, promovendo a criação de uma relação de vinculação entre os pais e o bebé, já que esta foi interrompida, pela ocorrência de um parto prematuro (Tamez, 2017).

Por forma a desenvolver a unidade de competência “ Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais” (Regulamento nº422/2018, 2018, p.19194), foi essencial a possibilidade de participar nos cuidados prestados ao RN e sua família, nos cuidados intermédios da unidade de neonatologia. A utilização de intervenções como o método canguru, revelou-se uma estratégia de extrema importância para promover o contato físico entre os pais e o bebé.

Neste contexto de cuidados intermédios foi possível ainda promover a amamentação, através da colocação do bebé à mama para estimulação da produção de leite e para treino das competências de sucção e deglutição do bebé.

A promoção da esperança realista está bastante presente no ambiente da unidade. Existe um mural, onde são apresentadas fotografias de crianças que já passaram pela unidade, são enviadas fotografias e videos dos bebés aos pais, registando pequenas vitórias e alterações. Todas as vitórias são comemoradas e encaradas como mais uma etapa concluída.

Todas estas oportunidades de aprendizagem suscitaram reflexões que trouxeram contributos importantes, para o percurso de aquisição de competências de EEESIP e que irão, certamente, refletir-se na melhoria dos cuidados e no acompanhamento que poderei prestar às crianças e suas famílias.

A reflexão sobre questões relacionadas com a parentalidade, promoção da vinculação e parceria de cuidados, encontra-se descrita no Apendice XI. Essa reflexão foi desencadeada por uma situação de cuidados especifica, que considero ter contribuído para enriquecer este percurso formativo.

Relativamente ao segundo objetivo geral **“Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados com foco na preparação da criança para a cirurgia”**.

Foram definidos dois objetivos específicos:

2.1. Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância da participação da criança nos cuidados e para a importância da preparação da criança para os procedimentos.

2.2. Desenvolver propostas de intervenção para a preparação da criança para a cirurgia.

No que diz respeito ao primeiro objetivo específico **“Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância da participação da criança nos cuidados e para a importância da preparação da criança para os procedimentos”**, ao longo dos vários contextos foi realizada uma sensibilização das equipas para a importância de os enfermeiros terem presente na sua prática os direitos da criança e a importância de incluir as crianças nos cuidados. A reflexão com as equipas passou também por perceber que normas, protocolos ou práticas existiam nos serviços, que fossem ao encontro deste tema e que fomentassem a participação da criança nos cuidados, a sua autonomia e autocuidado.

Foi procurado em cada contexto perceber de que forma a criança participava nos cuidados e de que forma as equipas promoviam essa participação.

Houve ainda a preocupação de perceber que estratégias e instrumentos as equipas utilizavam nomeadamente na preparação das crianças para os procedimentos e/ou cirurgia.

Sempre que possível foram identificadas atividades, relacionadas com o tema em estudo, que pudesse desenvolver para enriquecer os serviços, indo assim ao encontro do segundo objetivo **“Desenvolver propostas de intervenção para a preparação da criança para a cirurgia”**.

No **serviço de reabilitação e desenvolvimento infantil** foi perceptível que todo o serviço está organizado por forma à criança ser a figura central nos cuidados. O espaço físico está adaptado, de forma que a criança seja autónoma (e.g. lavatórios de várias alturas, casas de banho adaptadas, loiça adaptada), as rotinas também são adaptadas a cada criança de acordo com as suas necessidades (e.g. momento destinado para dormir a sesta). Os cuidados são organizados com vista à promoção da autonomia e autocuidado da criança.

Ao discutir e dar a conhecer o tema que pretendia trabalhar ao longo deste percurso formativo, a equipa identificou-se de imediato com a temática. Foi unânime que a maior dificuldade sentida, pela equipa, prendia-se com a comunicação com as crianças. Esta deve ser adaptada a cada estágio de desenvolvimento, e para além disso, muitas vezes, as crianças ali internadas, apresentam limitações neurológicas e atrasos do desenvolvimento, o que representa uma dificuldade acrescida para os profissionais.

O EEESIP muitas vezes é encarado como um recurso, por parte da equipa multidisciplinar, para a comunicação com as crianças, quando existe uma dificuldade acrescida, sentida pela equipa. Com base nestas reflexões, realizadas com a equipa, surgiu a necessidade de desenvolver o (Apêndice IX) já abordado anteriormente. A elaboração deste documento, surgiu como um instrumento importante para o desenvolvimento de competências de EE, mas também como uma mais-valia para a equipa.

Durante a apresentação do documento à equipa, esta manifestou interesse em realizar um kit de modelagem para o serviço, que lhes permitisse preparar as crianças para diversos procedimentos, encarados habitualmente, por estas, como assustadores. Desta forma, iniciei a construção de um kit de modelagem (Apêndice

IX), composto por dois bonecos e material de utilização comum no serviço, relacionado com procedimentos de enfermagem (pensos, punção venosa, entubação, esvaziamento vesical, entre outros) e também material de reabilitação (talas de esponja, tala de barbas, talas tibiotársicas, entre outras).

Para a elaboração deste kit, contei com a colaboração de diversos profissionais do serviço, educadoras, enfermeiros, terapeutas ocupacionais (que realizaram algumas das talas). Até mesmo o carpinteiro da instituição, ficou de realizar um *standingframe* para incluir no kit.

O facto de a equipa estar empenhada nesta atividade foi fundamental para que esta não fosse apenas uma atividade de estágio, que fica estanque com o término do mesmo. Este kit de modelagem será algo para perdurar no serviço e com uma utilidade prática e real, reconhecida pelos profissionais que lá trabalham.

No estágio na **UCSP**, após observação das práticas, discussão e reflexão com a enfermeira orientadora, foi perceptível que o momento da vacinação era aquele que carecia de mais atenção, no sentido de proporcionar à criança uma experiência menos traumática e facilitar a sua participação e colaboração. Assim, foi criada uma história em banda desenhada (Apêndice V) que explica a importância da vacinação. Esta banda desenhada pode ser colorida pelas crianças, tornando-as protagonistas na construção da mesma. Foi ainda criado um diploma de coragem e umas etiquetas (tipo medalha) para poder oferecer no final do procedimento.

Com o auxílio destes materiais é possível tornar o momento da vacinação menos assustador, tornar possível a participação da criança no procedimento e fazê-la sentir-se recompensada pela sua participação e colaboração.

No jornal de aprendizagem realizado neste contexto de estágio (Apêndice VII) foi possível refletir sobre vários aspetos, como os cuidados não traumáticos, enquanto um direito da criança e medidas de controlo e prevenção da dor.

O **serviço de urgência de pediatria** revelou-se um contexto em que os profissionais estavam bastante sensibilizados para o tema em estudo. O ambiente do serviço procura ser acolhedor e adaptado ao mundo de fantasia das crianças. O percurso pela urgência de pediatria, inicia-se na sala de espera, na companhia de um astronauta que vai acompanhando a criança nos vários postos da urgência, contando uma história através de imagens e alguns textos que podem ser lidos pelas crianças ou pelos pais. No posto da triagem existem diversos brinquedos e muitas vezes os enfermeiros avaliam o estado da criança recorrendo a brincadeiras.

Em relação à preparação da criança para a cirurgia, existe naquele serviço um livro com fotos de todo o percurso até ao bloco operatório, com vista a facilitar a preparação da criança para os espaços por onde vai passar. Contudo, a equipa verbalizou que, sendo um serviço de urgência, muitas vezes a permanência das crianças no serviço é breve e têm dificuldade em mostrar o livro. A criança, enquanto espera por tempo operatório, circula entre serviços como o de imagiologia e SO. Isto dificulta a atuação do enfermeiro, no que diz respeito à preparação da criança para os procedimentos.

Foi verbalizado pela equipa a dificuldade que tinham em esclarecer as crianças sobre o que é a sedação e a anestesia, uma vez que as crianças os questionam diretamente, sobre estas temáticas na sala de pequena cirurgia. Os enfermeiros sentem que não conseguem esclarecer devidamente as crianças, pelo ritmo frenético do serviço e pelas circunstâncias que levam à utilização da sala de pequena cirurgia, que normalmente têm carácter de urgência.

Assim, surgiu a ideia de criar algo que pudesse preparar as crianças/jovens para a cirurgia, incluindo a explicação sobre a anestesia, de consulta fácil, rápida e interativa e que complementasse a informação fornecida pelo enfermeiro. Perante esta necessidade, foi construído um cartaz (Apêndice XII) com informação pertinente que a criança deve dispor, antes de ser submetida a cirurgia: não vai estar sozinho, vai estar a dormir e por isso não vai sentir dor, quando acordar vai ter os pais ao seu lado, entre outras.

Este cartaz exhibe ainda um *QRCode* que dá acesso a um vídeo de desenhos animados, elaborado pelo Clube de Anestesia Regional, que explica o que é a anestesia e mostra o percurso da criança quando é submetida a cirurgia. Desta forma, são transmitidas informações simples e rápidas de uma forma apelativa, desencadeando a curiosidade da criança em visualizar o vídeo, com recurso a um telemóvel ou tablet, o que lhe dará satisfação, funcionará como distração e ainda lhe atribui um papel de controlo sobre que informação quer receber.

O **serviço de cirurgia pediátrica** foi o serviço onde inicialmente foi identificada a problemática, que serviu de tema central em estudo, para este percurso formativo. Foi identificado o facto de muitas crianças chegarem ao momento da cirurgia sem que tenham sido preparadas para tal. Tornou-se assim essencial, começar o estágio com uma sessão de sensibilização da equipa para esta temática (Apêndice XIII).

Nessa sessão, a equipa reconheceu a importância de melhorar práticas no que diz respeito à preparação da criança para a cirurgia, e para os procedimentos realizados ao longo do internamento. A equipa ficou sensibilizada para o tema e assim receptiva à adoção de novas práticas. Os enfermeiros identificaram a necessidade de haver materiais de suporte e apoio à preparação da criança para a cirurgia.

No decurso do estágio foi elaborado um livro de figuras para pintar, como se fosse um diário de uma criança submetida a cirurgia. Este livro dirigido a crianças em idade escolar, contempla atividades e desafios que a criança pode escolher realizar ou não (e.g. descobrir o nome dos profissionais, colar a pulseira que lhe é dada no internamento, desenhar como era o seu pijama, entre outras). Com este instrumento, pretende-se que a criança se vá familiarizando com o equipamento hospitalar, fardas da equipa multidisciplinar e locais por onde vai passar, durante o internamento. É um instrumento que pertence à criança, em que é ela que decide como e quando usar, para além disso, torna-a protagonista da história (Apêndice XIV). A criança é ativa em todo o processo de utilização do livro e na verdade é ela que decide a informação que recebe e o ritmo com que o faz. A criança pode ainda, em todo este processo, escolher as pessoas com quem interage, para a realização das várias atividades que o livro propõe.

De acordo com os resultados do estudo realizado por Nilsson, Svensson e Frisman (2016), a preparação pré-operatória com recurso a livros de figuras faz com que tanto crianças como os pais se sintam mais seguros.

É comum que as crianças e os pais de crianças hospitalizadas manifestem frustração, para além do medo e ansiedade. Muitas vezes isto acontece devido à falta de informação acerca dos procedimentos e por não se sentirem bem acolhidos pela equipa. Com a utilização deste livro espera-se que a criança e a família se sintam bem acolhidos pela equipa e promover esse acolhimento, possibilitando à criança o acesso à informação de forma lúdica e apropriada ao seu estágio de desenvolvimento.

Esta intervenção pode fazer com que a criança e família se sintam bem acolhidos e menos ansiosos. O facto de a criança manter o livro de imagens junto dela no pré, intra e pós-operatório dá à criança uma sensação de autocontrolo tornando desta forma o ambiente mais familiar e acolhedor (Brown, 2014; Fernandes, 2020; Nilsson, Svensson & Frisman, 2016; Sanders, 2014).

Na **UCIN**, o tema da preparação da criança para a cirurgia e procedimentos, foi debatido com a enfermeira orientadora. Foi nítido que embora não reconhecida como uma preparação estruturada, os enfermeiros preparam os bebês para receber os seus cuidados. A luminosidade da unidade é controlada, assim como o ruído também é diminuído. A incubadora é protegida da luz e é sempre aberta suavemente para diminuir o ruído que provoca. Os enfermeiros apresentam-se aos bebês falando suavemente e aquecendo as mãos antes do toque. A manipulação é reduzida ao mínimo indispensável e é realizada com o bebê contido e com alinhamento à linha média.

Todos estes cuidados, são uma forma de preparação da criança para os procedimentos e de respeito pelos seus direitos e necessidades.

No que diz respeito à preparação para a cirurgia, foi elaborado o folheto (Apêndice VIII), já anteriormente abordado que pretende facilitar o acolhimento dos pais e bebês do serviço de neonatologia que irão ser transferidos para o serviço de cirurgia pediátrica. Se a família se sentir bem recebida e menos ansiosa com a mudança, estará certamente mais tranquila para tomar decisões e passar por novas etapas no processo de recuperação do seu bebê, rumo à alta para o domicílio.

Em todos os contextos de estágio e ao realizar todas estas atividades e reflexões, acerca da aplicabilidade e pertinência do tema em estudo, para a qualidade dos cuidados de enfermagem, pude desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista nomeadamente, desenvolvi competências no domínio da responsabilidade profissional ética e legal e no domínio da melhoria contínua da qualidade, bem como competências específicas de enfermeiro EEESIP, nomeadamente a competência “Assiste a criança / jovem com a família, na maximização da sua saúde” (Regulamento nº 140/2019, 2019; Regulamento nº 422/2018, 2018).

A discussão e reflexão com a professora e os enfermeiros orientadores, foi constante e dessa forma foi-me possível tomar consciência das aprendizagens efetuadas e, sobretudo, das dificuldades sentidas. Essa tomada de consciência foi importante no planeamento das atividades que podiam ser realizadas para continuar a desenvolver competências e atingir os objetivos previamente definidos.

Todas as atividades realizadas encontram-se em apêndice e incluem a contextualização e a explicação para a sua realização em cada contexto de estágio, bem como o seu contributo para a aquisição de competências de EE e EEESIP.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS

Este percurso formativo permitiu uma viagem pelo mundo dos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica, em diferentes contextos de cuidados. Pude observar, participar e refletir sobre as práticas e sobre a forma como os enfermeiros podem melhorá-las e adaptá-las às necessidades de crianças e famílias, numa sociedade em constante mudança, com novas exigências e desafios.

Ao longo deste percurso, procurei focar a minha observação e colaboração na temática da participação da criança nos cuidados de saúde, enquanto direito fundamental, e mais especificamente nos cuidados centrados na criança, com foco na preparação da criança para a cirurgia.

Tive oportunidade de cuidar de crianças e suas famílias, ao longo do ciclo vital, desde o nascimento, até à juventude. Cuidei de crianças em situações de especial complexidade, quando as crianças se viram privadas de capacidades que já tinham adquirido. Cuidei com vista à sua independência e bem-estar, estabelecendo pontes com outras organizações e instituições e, acima de tudo, criando uma relação de parceria com as crianças e suas famílias.

Procurei desenvolver e consolidar competências, inerentes à Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, para além das competências Comuns de Enfermeiro Especialista. Considero ter atingido os objetivos previamente definidos, através de diversas atividades realizadas, que desde o início nunca foram consideradas estanques, o que me permitiu alterá-las e adaptá-las, de acordo com as oportunidades de aprendizagem que foram surgindo.

Alicerçado na conceção de Cuidados Centrados na Família, Cuidados Não Traumáticos e Teoria do Autocuidado de Orem, este percurso retirou subsídios de todos estes referenciais, o que permitiu uma aplicação sistemática, ao longo de todos os contextos de estágio, de intervenções que tinham em vista a promoção da autonomia, do autocuidado e dos direitos da criança à sua participação nos cuidados, com enfoque na sua preparação para a cirurgia.

Com base na evidência que me foi possível conhecer e aprofundar, são vários os benefícios associados à preparação da criança para a cirurgia e ao redirecionar do foco dos cuidados para a criança e as suas necessidades. Com esta intervenção, os enfermeiros têm a oportunidade de transformar uma situação potencialmente traumática e ansiogénica, numa experiência mais positiva para a criança.

Preparando a criança para a cirurgia, é possível que esta tenha o conhecimento necessário para poder participar nos cuidados e isso é potenciador de uma experiência menos traumática, o que representa uma oportunidade de melhorar não só a experiência atual, como as experiências futuras de contato com os serviços de saúde. Desta forma, a criança fica apta a fazer parte das decisões que lhe dizem respeito.

Todo este percurso realizado contou naturalmente com alguns constrangimentos. A gestão do tempo e a articulação entre a vida pessoal, os estudos e a exigência da vida profissional, foi talvez o maior desafio. Tudo isto, aliado ao clima de constante adaptação dos serviços de saúde e da sociedade em geral, ao cenário de pandemia que ultrapassamos, fez com que todo este percurso fosse marcado por constantes adaptações e sobressaltos, que inevitavelmente aumentaram a ansiedade. Contudo, são as dificuldades que nos mostram as nossas verdadeiras capacidades. Apesar de encontrar os serviços e equipas reestruturados e exaustos, sempre se mostraram motivados e recetivos à minha presença e deram ótimos contributos para a minha aprendizagem e formação.

Realizei este percurso por mim e pela vontade de aprendizagem constante e de melhoria das decisões que diariamente tomo, mas essencialmente por aqueles de quem cuido, já que é minha ambição prestar cuidados cada vez com mais qualidade. Seria mais fácil conformar-me com os cuidados e práticas já instituídos e com que me deparo todos os dias, fazer de determinada forma, só porque todos os fazem. Mas penso que é mais interessante que cada enfermeiro se questione, conheça novas realidades e atualize os seus conhecimentos, por forma a poder prestar cada vez melhores cuidados, fazendo a diferença na sua vida e daqueles de quem cuida.

Pretendo que este percurso não termine com a finalização deste relatório, mas pelo contrário. Sinto que o conhecimento transformou a minha prática de cuidados e que agora tenho as ferramentas necessárias para intervir de forma diferenciada ao longo da minha prática profissional. Espero agora, ter oportunidade de implementar muito do conhecimento que pude adquirir ao longo deste percurso. No meu contexto profissional atual pretendo ter oportunidade de, em equipa, desenvolver algumas estratégias de preparação da criança para a cirurgia, nomeadamente a implementação do livro de colorir que realizei ao longo do estágio e se encontra a aguardar aprovação do departamento de pediatria.

Com o final deste ciclo, espero iniciar outro, tão ou mais desafiante, já que o saber traz a responsabilidade de poder ser agente de mudança e de referência para a melhoria dos cuidados. Pretendo ser um elemento, na equipa multidisciplinar, que fomente a procura de evidência científica. Ambiciono salientar a importância da preparação da criança para a cirurgia e ser defensora dos direitos das crianças, nomeadamente o direito à participação nos cuidados.

Para isto é essencial que este investimento, que realizei na minha formação, não termine e, pelo contrário, seja impulsionador de um crescimento constante a nível pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, I., Tavares, M., & Abecasis, V. (2021). *Carta da criança nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Instituto de Apoio à criança.
- Alarcão, I., & Rua, I. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14 (3), 373-378.
- Al-Sagarat, A., Al-Oran, H., Obeidat, H., Halan, A., & Moxham, L. (2017). Preparing the family and children for surgery. *Faculty of Science, Medicine and Health – Papers: Part A.4543*
- Altimier, L., & Phillips, R. (2013). The neonatal integrative developmental care model: seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22.
- Alves, A. (2010). Estratégias de enfermagem que contribuem para a diminuição da ansiedade da criança no pré-operatório de cirurgia programada. Projeto de graduação para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem. Porto, Universidade Fernando Pessoa.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica. Perspectiva Desenvolvimentista*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Ed.
- Broering, C. V., & Crepaldi M. A. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em Pediatria: Importância, técnicas e limitações. *Paidéia*. vol18 (39), 61-72.
- Brown, T.L. (2014). Especificidades nas intervenções de enfermagem em pediatria. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson, Wong: *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1061-1118). Loures, Portugal: Lusodidata.
- Capra, F. (1982). *O ponto de mutação*. Digital Source. Disponível em: <http://mensageirosdoamanhecer.org/wp-content/uploads/2017/10/30.-Ponto-de-Mutacao-Fritijof-Capra.pdf>

- Carmo, M. Rocha, E., Bentes, M., & Soares, C. (2020). Acriança e o jovem submetidos a procedimento cirúrgico. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 218-230). Lisboa: Lidel.
- Cerqueira, C., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Cuidados centrados na família. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 28-38). Lisboa: Lidel.
- Coyne, I. (2008). Children's participation in consultations and decision-making at health service level: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1682 – 1689.
- Coyne, I., Hallström, I., & Söderbäck, M. (2016). Reframing the focus from a family-centred to a child-centred care approach for children's healthcare. *Journal of Child Health Care*, 20(4), 494-502.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Ele, K., & Albuquerque, A. (2019). Children's Participation Right in Health Care from the Perspective of Patient's Human Rights. *Revista Iberoamericana de Bioética*, nº9, 01-15. DOI: 10.14422/rib.i09.y2019.001
- Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos e dor em pediatria. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 40-55). Lisboa: Lidel.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M., Vissandjée, B., & Cotê, J. (1999). Escolher um problema de investigação. In Fortin M. (Ed), *O processo de investigação: da concepção à realização* (pp. 47-60). Loures: Lusociência.
- Freitas, A. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, (15),1–38.

- George, J. B. (2000). *Teorias de enfermagem- os fundamentos à prática profissional*. 4ª edição. Porto Alegre: ARTMED
- Guimarães, C.A.F. (2004). O novo paradigma ecológico-holístico. Disponível em: <http://www.oocities.org/br/carlos.guimaraes/holistica.html>
- Harrison, T. M. (2010). Family-centered pediatric nursing care: state of the science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 335 – 343.
- Hockenberry, M.J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*, 9.ªed. (pp. 1-20). Loures, Portugal: Lusodidata.
- Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2021). Disponível em: <https://www.ipfcc.org/>
- Instituto de Apoio à Criança – IAC (2008). *Carta da criança hospitalizada*. 4ª edição. Lisboa: IAC. Disponível em: https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Instituto de Apoio à Criança - IAC (2006). *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital*. Lisboa: IAC.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., & Duquette, A. (1994). *La pensée infirmière: Conceptions et strategies*. Quebec: Editions Études Vivantes.
- Lundy, L. (2007). Voice is not enough: conceptualising article 12 of the united nations convention on the rights of the child. *British Educational*
- Mariano, C. (s.d.). *Holistic nursing: scope and standards of practice*. Jones and Bartlett Publisher, 53-84. Disponível em: http://samples.jbpub.com/9781449651756/45632_CH02_Pass1.pdf
- McEvoy, L., & Duffy, A. (2008). Holistic practice: a concept analysis. *NurseEducation in Practice*, 8, 412-419.

- Nilsson, E., Svensson, G., & Frisman, G. (2016). Picture book support for preparing children ahead of and during day surgery. *Nursing children and young people*.28(8), 30-35.
- Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marote, L., & Amorim, R. (2018). *Desenhos da Minha Dor*. Lisboa: Grafisol - Artes Gráficas, Círculo Médico. Disponível em: https://www.apeddor.org/images/diversos/documentos/desenhos_da_minha_dor
- ONU. (2009). General Comment No. 12. The right of the child to be heard. Committee on the Rights of the Child.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica -serie 1, n.3, vol.2*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. 1 (6). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia orientador de boa prática – adaptação à parentalidade durante a hospitalização -serie 1, n.8*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*, 6ª edição. St. Louis: Mosby.
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (11), 121–132.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado- conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Ramos, A. (2020). A criança e o jovem como foco de cuidado: empoderamento da criança, jovem e família. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 12- 24). Lisboa: Lidel.

- Ramos, M., Vilaça, S., & Mendes, G. (2020). O recém-nascido pré-termo. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 118- 134). Lisboa: Lidel.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª série (Nº133 de 12-07-2018), 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>
- Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª série (Nº26 de 6-02-2019), 4744-4750.
- Ribeiro O.M.P.L., Martins, M.M.F.P,S., Trochin, D.M.R. & Forte, E.C.N. (2018). O olhar dos enfermeiros portugueses sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 27(2).
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*, 9.ª ed. (pp. 1025-1060). Loures, Portugal: Lusodidata.
- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Revista referência*, (11), 59-62.
- Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la aprendizaje en las profissõeses*. Barcelona: Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia y Ediciones Paidós Ibérica.
- Shier, H. (2001). Pathways to participation: openings, opportunities, and obligations. *Children & society*, 15, 107-117.
- Simmons, L. (2009). Dorteia orem's self-care theory as related to nursing practice in hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*, 36(4), 419-422.
- Smith, W. (2018). Concept analysis of family-centered care of hospitalized pediatric patients. *Jornal of Pediatric Nursing*, 42, 57 – 64.

Söderbäck, M., Coyne, I., & Harder, M.(2011). The importance of including both a child perspective and the child's perspective within health care settings to provide truly child-centred care. *Journal of Child Health Care*,15(2), 99-105.

Tamez, R. (2017). *Enfermagem na UTI neonatal. Assistência ao recém-nascido de alto risco* (6ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Tavares, P., P. (2020) No contexto do internamento. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 95-103). Lisboa: Lidel.

Tomey A.M., & Alligood M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. 5ªedição. Loures: Lusociência.

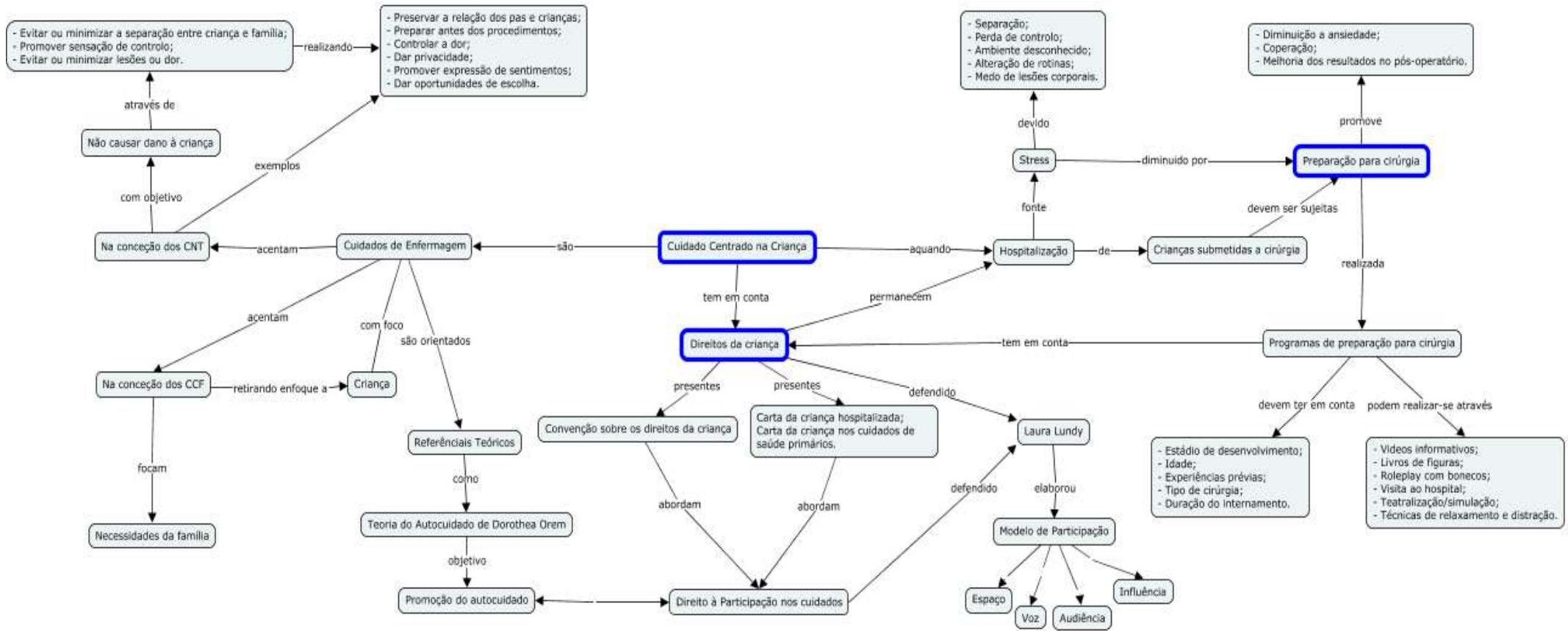
UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. Edição revista 2019. Comité Português para a UNICEF.

Vilelas, J., Diogo, P., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2017). Medos das crianças dos 6 aos 12 anos em contexto de urgência pediátrica: o enfermeiro enquanto gestor emocional. In P. Diogo (Coord.), *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem- Projeto Multiestudos* (pp. 45-76). Loures: Lusodidacta.

APÊNDICE I

Mapa conceptual

Mapa Conceptual



APÊNDICE II

Cronograma de estágio

APÊNDICE III

Guia orientador de estágio

**12.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

Guia Orientador de Estágio



Séfora Couchinho Lino, nº 1277



Lisboa



**12.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

Guia Orientador de Estágio

[Redacted]

Séfora Couchinho Lino, nº1277

—

Professora Orientadora: Prof.^a Sónia Rodrigues

Enfermeira Orientadora: [Redacted]

—

Lisboa

[Redacted]

ÍNDICE

Introdução	3
Contextualização da problemática	5
Objetivos específicos	8
Referências bibliográficas	13

INTRODUÇÃO

A elaboração deste documento surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, que decorre no primeiro semestre do 2º ano do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Este documento pretende explicar de forma concisa o tema e objetivos do Projeto de Estágio, elaborado no primeiro ano deste Curso de Mestrado, bem como servir de apoio e orientação às atividades a desenvolver durante o estágio [REDACTED].

O projeto que pretendo desenvolver intitula-se **“Cuidado centrado na criança e família: a intervenção do enfermeiro na preparação da criança para a cirurgia”**.

Esta temática surgiu no contexto da minha prática clínica, como enfermeira num serviço de cirurgia pediátrica, em que muitas vezes me deparo com crianças que são submetidas a diversos procedimentos, como é o caso de procedimentos cirúrgicos, sem que tenham sido previamente preparadas para tal.

Também os direitos das crianças, nomeadamente o direito à participação nos cuidados de saúde, são uma temática de interesse deste projeto, já que habitualmente o foco de intervenção dos enfermeiros, no que diz respeito à informação e preparação para procedimentos, se encontra na família e não na criança.

Desta forma surgiu o interesse em aprofundar conhecimentos e competências nesta área de atuação, com vista a uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Sabendo que os cuidados de saúde e os procedimentos que surgem no decorrer dos mesmos, constituem uma situação de angústia na vida de uma criança, os profissionais de saúde acabam por desempenhar um papel preponderante na promoção do desenvolvimento de capacidades da criança/jovem e família para ultrapassar esta situação (Brown, 2014; Diogo, 2015; Fernandes, 2020; Sanders, 2014).

Na procura constante da excelência do exercício profissional, o enfermeiro deve investir na formação contínua, promotora do desenvolvimento profissional e da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001; Regulamento nº 140/2019, 2019).

Com a concretização deste projeto irei ter oportunidade de desenvolver um conjunto de atividades, por forma a atingir o nível de competência exigido para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista, numa lógica de melhoria dos cuidados

prestados bem como da maximização da saúde e bem-estar das crianças e famílias, com enfoque na participação da criança nos cuidados de saúde e na preparação da mesma para os procedimentos cirúrgicos.

Para o desenvolvimento e aquisição das competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) e específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e pediátrica (EESIP), durante este percurso formativo, foram definidos os seguintes objetivos gerais:

1. Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família, nos seus processos de saúde-doença, nos diferentes contextos pediátricos.
2. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados com foco na preparação da criança para a cirurgia.

Para a operacionalização dos objetivos, foram desenhados objetivos específicos, definidas e descritas as atividades/tarefas, com a sua duração e os indicadores de avaliação que são apresentados sob a forma de quadro no Capítulo - Objetivos Específicos.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2017) “o exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, é especificado a partir da filosofia de cuidados da enfermagem pediátrica, que evidencia os cuidados centrados na família” (p. 4).

De acordo com o *Institute for Patient and Family Centered Care* (IPFCC) o Cuidado Centrado na Família (CCF) é uma abordagem para o planeamento, prestação e avaliação de cuidados de saúde que se baseia em parcerias que são igualmente benéficas para os clientes, famílias e profissionais de saúde. Essas parcerias de cuidados são essenciais para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde. Os conceitos centrais do CCF são dignidade e respeito, a partilha de informações, participação e colaboração (IPFCC,2021).

Muitas vezes, na prática de cuidados, a ideia de prestar cuidados centrados na família faz com que os cuidados se centrem essencialmente nas necessidades da família e mais concretamente dos pais das crianças que cuidamos, acabando por deixar a criança à margem da atenção primordial dos cuidados. Normalmente ao prestar cuidados centrados na família, o foco não está na perspetiva da criança, tornando-se necessário que os cuidados sejam redirecionados para uma abordagem centrada na criança, que incorpore os seus direitos em participar na prestação de cuidados, mas que tenha em conta também as necessidades da sua família (Coyne, Hallström & Söderbäck, 2016).

O facto de as crianças não serem preparadas para a cirurgia é um exemplo desta situação, em que normalmente a equipa multidisciplinar se preocupa em informar os pais sobre os procedimentos e procura o seu consentimento informado, sem que seja realizada qualquer preparação ou explicação direcionada à criança.

Ao prestar CCF devemos ter presente, não só as necessidades da família, mas também os direitos das crianças, que se encontram explanados em documentos como a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989) e a Carta da Criança Hospitalizada (1988).

Também os Cuidados não Traumáticos (CNT) são um importante pilar da enfermagem pediátrica, que vem reforçar a importância da preparação da criança para os procedimentos e a participação da mesma nos cuidados (Fernandes, 2020).

Alguns exemplos de CNT incluem preservar a relação entre a criança e os pais, durante a hospitalização, preparar a criança antes de qualquer tratamento ou procedimento, o que aumenta a sensação de controlo por parte da criança, controlar a dor, dar privacidade à criança, promover atividades lúdicas para expressar medo e agressividade, dar oportunidades de escolha à criança e respeitar as diferenças culturais (Hockenberry & Barrera, 2014).

É comum que as crianças e os pais de crianças hospitalizadas manifestem frustração, para além do medo e ansiedade. Muitas vezes isto acontece devido à falta de informação acerca dos procedimentos e por não se sentirem bem acolhidos pela equipa. Esta situação pode ser evitada ou minimizada com a realização de uma preparação para a hospitalização ou para os procedimentos, como é o caso da cirurgia. Nessa preparação são dadas aos pais e à criança informações sobre o que podem esperar da instituição, dos procedimentos a efetuar, e sobre o que os profissionais esperam deles, tornando desta forma o ambiente mais familiar (Brown, 2014; Fernandes, 2020).

Desta forma, na hospitalização de uma criança que vai ser submetida a uma cirurgia, a preparação pré-operatória é uma intervenção terapêutica fundamental para minimizar o medo da criança e a angústia da família (IAC, 2006).

Segundo os autores Al-Sagarat, Al-Oran e Hamlan (2017) a experiência da hospitalização e cirurgia por ser stressante e potencialmente ameaçadora, para a criança e família, pode ter repercussões emocionais no período do pós-operatório. Assim a preparação da criança e família para a hospitalização e para a cirurgia tem-se revelado como um método eficaz não só na redução do medo e da ansiedade, como se tem demonstrado também benéfico na diminuição dos efeitos traumáticos e na redução de perturbações do comportamento no período do pós-operatório. A intervenção do enfermeiro no pré-operatório tem assim consequências positivas tanto no pós-operatório como após a alta (OE, 2011).

Esta preparação antecipada pode ser realizada através de programas de preparação para a cirurgia, que podem ser representados por informações narradas ou escritas, pela visita ao bloco operatório, visualização de vídeos informativos, *role play com bonecos*, e técnicas de relaxamento (Fernandes, 2020; OE, 2011).

Uma preparação dirigida para as necessidades identificadas de cada criança e família pode transformar a situação de crise (relacionada com a cirurgia), numa situação de potencial crescimento. Também os profissionais de saúde saem

beneficiados, pois um ambiente mais tranquilo e transmissor de segurança contribuirá para uma recuperação mais rápida e com menos custos (Fernandes, 2020; OE, 2011).

A existência e implementação deste tipo de programa nos serviços de pediatria é um indicador de excelência do cuidar em Enfermagem (Carmo, Rocha, Bentes & Soares, 2020).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo geral 1 - Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família, nos seus processos de saúde-doença, nos diferentes contextos pediátricos.

Unidades de competência a desenvolver: E1.1; E 1.2; E2.1; E2.2; E2.3; E2.4; E2.5; E 3.1; E3.2; E3.3, E 3.4 (Regulamento nº422/2018, 2018); A 1.1; A 1.2; A1.3; A 2.1; A 2.2; B 1.1; B1.2; B 2.2; B2.3; B3.1;C1.1.;C1.2;C2.1;C2.2; D1.1 ; D2.1; D2.2;D2.3. (Regulamento nº 140/2019, 2019)

Objetivos específico	Atividades		Local	Recursos
	Duração	Descrição		
1.1. Conhecer o contributo do EESIP na dinâmica organizacional dos serviços e a sua intervenção na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à criança e família.	Ao longo de todo o estágio	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de reunião com o Enfermeiro Chefe e Orientador, para apresentação do projeto de estágio; • Consulta de programas protocolos, normas e <i>guidelines</i>; • Observação da dinâmica de trabalho da equipa multidisciplinar; • Observação da intervenção do EEESIP como membro da equipa multidisciplinar; • Observação da prestação de cuidados do EEESIP à criança e à família; • Identificação de oportunidades de melhoria dos serviços e dos cuidados, de acordo com as necessidades de cada contexto de estágio; • Discussão e reflexão sobre a intervenção do EEESIP com o enfermeiro e docente orientador. 	<p>Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento</p> <p>UCSP</p> <p>Urgência de Pediatria</p> <p>Cirurgia Pediátrica</p> <p>Cuidados intensivos neonatais</p>	<p>Físicos: Os serviços / Locais de estágio;</p> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Documentação das instituições; -Bibliografia de referência; -Documentos do enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde; <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Equipa multidisciplinar; -Docente orientador; -Criança e família;

<p>1.2. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família na maximização e/ou restabelecimento da sua saúde.</p>	<p>Ao longo de todo o estágio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica de acordo com as especificidades de cada local de estágio; • Observação da intervenção do EEESIP na prestação de cuidados à criança e família; • Colaboração com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados; • Promoção de uma relação terapêutica com a criança e família através da comunicação eficaz e adequada às etapas de desenvolvimento; • Identificação de situações de risco para a criança que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida; • Mobilização da filosofia dos Cuidados Centrados na Família e dos Cuidados Não Traumáticos na prestação de cuidados à criança e família, negociando a participação da criança e família no processo de cuidar; • Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem à criança em situações de particular exigência. • Colaboração na prestação de cuidados à criança em situação crítica; • Discussão e reflexão sobre a intervenção do EEESIP com o enfermeiro e docente orientador. 	<p>Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento</p> <p>UCSP</p> <p>Urgência de Pediatría</p> <p>Cirurgia Pediátrica</p> <p>Cuidados intensivos neonatais</p>	<p>Físicos: Os serviços / Locais de estágio;</p> <p>Materiais: -Bibliografia de referência;</p> <p>Humanos: -Equipa multidisciplinar; -Docente orientador; -Criança e família;</p>
--	-----------------------------------	---	--	---

Objetivo geral 2 - Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados com foco na preparação da criança para a cirurgia.				
Unidades de competência a desenvolver: E1.1; E 1.2; E2.1; E2.2; E2.3; E2.4; E2.5; E 3.1; E3.2; E3.3, E 3.4 (Regulamento nº422/2018, 2018); A 1.1; A 1.2; A1.3; A 2.1; A 2.2; B 1.1; B1.2; B 2.2; B2.3; B3.1;C1.1.;C1.2;C2.1;C2.2; D1.1 ; D2.1; D2.2;D2.3. (Regulamento nº 140/2019, 2019)				
Objetivos específico	Atividades		Local	Recursos
	Duração	Descrição		
2.1. Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância da participação da criança nos cuidados e para a importância da preparação da criança para os procedimentos.	Durante todo o estágio	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da existência de projetos/normas relacionados com temática a abordar; • Discussão com o Enfermeiro orientador e restante equipa sobre a pertinência do tema; • Identificação das estratégias utilizadas pela equipa que fomentam a participação ativa da criança nos cuidados; • Identificação das estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a preparação das crianças para os procedimentos; • Realização, se necessário, de alguma intervenção para colmatar lacunas nesta área; • Mobilização de estratégias que contribuam para a promoção do autocuidado e para o aumento do bem-estar da criança/jovem; • Utilização de estratégias motivadoras da criança/jovem para o desempenho adequado dos seus papéis na saúde; • Mobilização de estratégias que contribuam para o fornecimento de conhecimentos às crianças e jovens facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos de saúde/doença. 	Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento UCSP Urgência de Pediatria Cirurgia Pediátrica Cuidados intensivos neonatais	Físicos: Os serviços / Locais de estágio Materiais: -Bibliografia de referência; -Documentos, folhetos, pósteres das unidades de saúde Humanos: -Equipa multidisciplinar -Docente orientador; -Criança e família;

<p>2.2. Desenvolver propostas de intervenção para a preparação da criança para a cirurgia.</p>	<p>Durante todo o estágio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição da problemática à equipa de enfermagem; • Promoção de momentos de partilha de ideias com a equipa multidisciplinar; • Elaboração de propostas de intervenção de preparação da criança para a cirurgia; • Discussão e reflexão com enfermeira e professora orientadora acerca da importância da sensibilização da equipa para o tema em estudo e o seu impacto futuro nos cuidados prestados. 	<p>Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento</p> <p>UCSP</p> <p>Urgência de Pediatría</p> <p>Cirurgia Pediátrica</p> <p>Cuidados intensivos neonatais</p>	<p>Físicos: O serviço / Local de estágio</p> <p>Materiais:</p> <p>-Bibliografia de referência;</p> <p>Humanos:</p> <p>-Equipa multidisciplinar</p> <p>-Docente orientador;</p> <p>-Criança e família;</p>
--	-------------------------------	---	--	--

Indicadores de avaliação: Documentos realizados ao longo dos estágios com vista à divulgação e sensibilização da problemática em estudo. Materiais elaborados ao longo dos estágios com vista à preparação da criança e família para os procedimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Sagarat, A., Al-Oran, H., Obeidat, H., Halan, A., & Moxham, L. (2017). Preparing the family and children for surgery. *Faculty of Science, Medicine and Health – Papers: Part A*.4543.
- Brown, T.L. (2014). Especificidades nas intervenções de enfermagem em pediatria. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*, 9.ªed. (pp. 1061-1118). Loures, Portugal: Lusodidata.
- Carmo, M. Rocha, E., Bentes, M., & Soares, C. (2020). Acriança e o jovem submetidos a procedimento cirurgico. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 218-230). Lisboa: Lidel.
- Coyne, I., Hallström, I., & Söderbäck, M. (2016). Reframing the focus from a family-centred to a child-centred care approach for children’s healthcare. *Journal of Child Health Care*. 20(4), 494-502.
- Diogo, P. (2015). Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos e dor em pediatria. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 40-55). Lisboa: Lidel.
- Hockenberry, M.J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*, 9.ªed. (pp. 1-20). Loures, Portugal: Lusodidata.
- Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2021).Disponível em: <https://www.ipfcc.org/>

Instituto de Apoio à Criança (2006). Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital. Lisboa: IAC.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica -serie 1, n.3, vol.2*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª série (Nº26 de 6-02-2019), 4744-475.

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 – 19194. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/115685317>.

Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*, 9.ª ed. (pp. 1025-1060). Loures, Portugal: Lusodidata.

APÊNDICE IV

Quadro síntese dos objetivos

Objetivo geral 1 - Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família, nos seus processos de saúde-doença, nos diferentes contextos pediátricos.

Unidades de competência a desenvolver: E1.1; E 1.2; E2.1; E2.2; E2.3; E2.4; E2.5; E 3.1; E3.2; E3.3, E 3.4 (Regulamento nº422/2018, 2018); A 1.1; A 1.2; A1.3; A 2.1; A 2.2; B 1.1; B1.2; B 2.2; B2.3; B3.1;C1.1.;C1.2;C2.1;C2.2; D1.1 ; D2.1; D2.2;D2.3. (Regulamento nº 140/2019, 2019)

Objetivos específico	Atividades		Local	Recursos
	Duração	Descrição		
1.1. Conhecer o contributo do EESIP na dinâmica organizacional dos serviços e a sua intervenção na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à criança e família.	Ao longo de todo o estágio	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de reunião com o Enfermeiro Chefe e Orientador, para apresentação do projeto de estágio; • Consulta de programas protocolos, normas e <i>guidelines</i>; • Observação da dinâmica de trabalho da equipa multidisciplinar; • Observação da intervenção do EEESIP como membro da equipa multidisciplinar; • Observação da prestação de cuidados do EEESIP à criança e à família; • Identificação de oportunidades de melhoria dos serviços e dos cuidados, de acordo com as necessidades de cada contexto de estágio; • Discussão e reflexão sobre a intervenção do EEESIP com o enfermeiro e docente orientador. 	<p>Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento</p> <p>UCSP</p> <p>Urgência de Pediatria</p> <p>Cirurgia Pediátrica</p> <p>Cuidados intensivos neonatais</p>	<p>Físicos: Os serviços / Locais de estágio;</p> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Documentação das instituições; -Bibliografia de referência; -Documentos do enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde; <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Equipa multidisciplinar; -Docente orientador; -Criança e família;

<p>1.2. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família na maximização e/ou restabelecimento da sua saúde.</p>	<p>Ao longo de todo o estágio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de pesquisa bibliográfica de acordo com as especificidades de cada local de estágio; • Observação da intervenção do EEESIP na prestação de cuidados à criança e família; • Colaboração com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados; • Promoção de uma relação terapêutica com a criança e família através da comunicação eficaz e adequada às etapas de desenvolvimento; • Identificação de situações de risco para a criança que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida; • Mobilização da filosofia dos Cuidados Centrados na Família e dos Cuidados Não Traumáticos na prestação de cuidados à criança e família, negociando a participação da criança e família no processo de cuidar; • Colaboração na prestação de cuidados de enfermagem à criança em situações de particular exigência. • Colaboração na prestação de cuidados à criança em situação crítica; • Discussão e reflexão sobre a intervenção do EEESIP com o enfermeiro e docente orientador. 	<p>Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento</p> <p>UCSP</p> <p>Urgência de Pediatria</p> <p>Cirurgia Pediátrica</p> <p>Cuidados intensivos neonatais</p>	<p>Físicos: Os serviços / Locais de estágio;</p> <p>Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bibliografia de referência; <p>Humanos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Equipa multidisciplinar; -Docente orientador; -Criança e família;
<p>1.3. Desenvolver competências na</p>	<p>2 semanas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica sobre o desenvolvimento infantil; 	<p>Serviço de Reabilitação</p>	<p>Físicos: Os serviços / Locais de estágio;</p>

prestação de cuidados à criança e família promotores do crescimento e do desenvolvimento infantil.	4 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Participação na consulta de enfermagem de saúde infantil, de acordo com o preconizado pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; • Desenvolvimento de estratégias de comunicação adequadas aos estádios de desenvolvimento da criança e família, respeitando as suas crenças e cultura; • Discussão e reflexão sobre a intervenção do EEESIP com o enfermeiro e docente orientador. 	Pediátrica e Desenvolvimento UCSP	Materiais: -Bibliografia de referência; Humanos: -Equipa multidisciplinar; -Docente orientador; -Criança e família;
1.4. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido com necessidades especiais e sua família.	4 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica relacionada com a temática; • Observação da intervenção do EEESIP na prestação de cuidados ao recém-nascido com necessidades especiais e sua família; • Promoção de uma relação terapêutica com a família através de uma comunicação empática, eficaz e adequada; • Promoção da filosofia dos Cuidados Centrados na Família, na prestação de cuidados ao recém-nascido e negociação do envolvimento dos pais; • Identificação de estratégias promotoras de esperança realista; • Identificação de estratégias promotoras da parentalidade e vinculação; • Discussão e reflexão sobre a intervenção do EEESIP no cuidado ao recém-nascido, com o enfermeiro e docente orientador. 	Cuidados intensivos neonatais	Físicos: Os serviços / Locais de estágio; Materiais: -Bibliografia de referência; Humanos: -Equipa multidisciplinar; -Docente orientador; -Criança e família;
Indicadores de avaliação: Documentos elaborados ao longo dos estágios. Análise crítica e reflexiva sobre o contributo das aprendizagens para a aquisição de competências de EEESIP.				

Objetivo geral 2 - Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados com foco na preparação da criança para a cirurgia.

Unidades de competência a desenvolver: E1.1; E 1.2; E2.1; E2.2; E2.3; E2.4; E2.5; E 3.1; E3.2; E3.3, E 3.4 (Regulamento nº422/2018, 2018); A 1.1; A 1.2; A1.3; A 2.1; A 2.2; B 1.1; B1.2; B 2.2; B2.3; B3.1;C1.1.;C1.2;C2.1;C2.2; D1.1 ; D2.1; D2.2;D2.3. (Regulamento nº 140/2019, 2019)

Objetivos específico	Atividades		Local	Recursos
	Duração	Descrição		
2.1. Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância da participação da criança nos cuidados e para a importância da preparação da criança para os procedimentos.	Durante todo o estágio	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da existência de projetos/normas relacionados com temática a abordar; • Discussão com o Enfermeiro orientador e restante equipa sobre a pertinência do tema; • Identificação das estratégias utilizadas pela equipa que fomentam a participação ativa da criança nos cuidados; • Identificação das estratégias utilizadas pelos enfermeiros para a preparação das crianças para os procedimentos; • Realização, se necessário, de alguma intervenção para colmatar lacunas nesta área; • Mobilização de estratégias que contribuam para a promoção do autocuidado e para o aumento do bem-estar da criança/jovem; • Utilização de estratégias motivadoras da criança/jovem para o desempenho adequado dos seus papéis na saúde; • Mobilização de estratégias que contribuam para o fornecimento de conhecimentos às crianças e jovens facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos de saúde/doença. 	Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento UCSP Urgência de Pediatria Cirurgia Pediátrica Cuidados intensivos neonatais	Físicos: Os serviços / Locais de estágio Materiais: -Bibliografia de referência; -Documentos, folhetos, pósteres das unidades de saúde Humanos: -Equipa multidisciplinar -Docente orientador; -Criança e família;

<p>2.2. Desenvolver propostas de intervenção para a preparação da criança para a cirurgia.</p>	<p>Durante todo o estágio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição da problemática à equipa de enfermagem; • Promoção de momentos de partilha de ideias com a equipa multidisciplinar; • Elaboração de propostas de intervenção de preparação da criança para a cirurgia; • Discussão e reflexão com enfermeira e professora orientadora acerca da importância da sensibilização da equipa para o tema em estudo e o seu impacto futuro nos cuidados prestados. 	<p>Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento UCSP Urgência de Pediatría Cirurgia Pediátrica Cuidados intensivos neonatais</p>	<p>Físicos: O serviço / Local de estágio Materiais: - Bibliografia de referência; Humanos: - Equipa multidisciplinar - Docente orientador; - Criança e família;</p>
--	-------------------------------	---	--	--

Indicadores de avaliação: Documentos realizados ao longo dos estágios com vista à divulgação e sensibilização da problemática em estudo. Materiais elaborados ao longo dos estágios com vista à preparação da criança e família para os procedimentos.

APÊNDICE V

Diploma de coragem, banda desenhada e medalhas

Certificado de Coragem



Certifico que

_____,
foi muito corajoso (a).

Enfrentou o medo e foi vacinado (a) ajudando na prevenção de várias doenças, contribuindo assim para um mundo mais saudável!

Parabéns!!!!

Data

___/___/___

Enfermeiro (a)



**Hoje fui vacinado
e portei-me bem!**



**Hoje fui vacinado
e portei-me bem!**



**Hoje fui vacinado
e portei-me bem!**



**Hoje fui vacinado
e portei-me bem!**



**Hoje fui vacinado
e portei-me bem!**



**Hoje fui vacinado
e portei-me bem!**



**Hoje fui vacinado
e portei-me bem!**



**Hoje fui vacinado
e portei-me bem!**



**Hoje fui vacinado
e portei-me bem!**



**Hoje fui vacinado
e portei-me bem!**



**Hoje fui vacinado
e portei-me bem!**



**Hoje fui vacinado
e portei-me bem!**



**Hoje fui vacinado
e portei-me bem!**



**Hoje fui vacinado
e portei-me bem!**



**Hoje fui vacinado
e portei-me bem!**



**Hoje fui vacinado
e portei-me bem!**



**Hoje fui vacinado
e portei-me bem!**



**Hoje fui vacinado
e portei-me bem!**



**Hoje fui vacinado
e portei-me bem!**



**Hoje fui vacinado
e portei-me bem!**



**Hoje fui vacinado
e portei-me bem!**



**Hoje fui vacinado
e portei-me bem!**



**Hoje fui vacinado
e portei-me bem!**



**Hoje fui vacinado
e portei-me bem!**



Hoje fui vacinada
e portei-me bem!



Hoje fui vacinada
e portei-me bem!



Hoje fui vacinada
e portei-me bem!



Hoje fui vacinada
e portei-me bem!



Hoje fui vacinada
e portei-me bem!



Hoje fui vacinada
e portei-me bem!



Hoje fui vacinada
e portei-me bem!



Hoje fui vacinada
e portei-me bem!



Hoje fui vacinada
e portei-me bem!



Hoje fui vacinada
e portei-me bem!



Hoje fui vacinada
e portei-me bem!



Hoje fui vacinada
e portei-me bem!



Hoje fui vacinada
e portei-me bem!



Hoje fui vacinada
e portei-me bem!



Hoje fui vacinada
e portei-me bem!



Hoje fui vacinada
e portei-me bem!



Hoje fui vacinada
e portei-me bem!



Hoje fui vacinada
e portei-me bem!



Hoje fui vacinada
e portei-me bem!



Hoje fui vacinada
e portei-me bem!



Hoje fui vacinada
e portei-me bem!



Hoje fui vacinada
e portei-me bem!



Hoje fui vacinada
e portei-me bem!



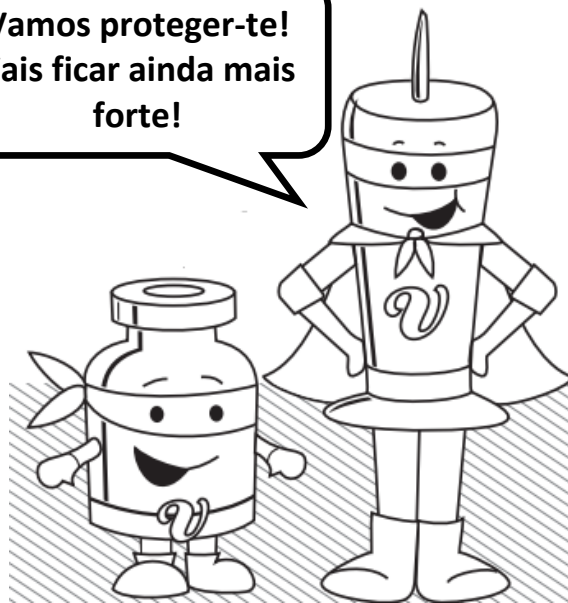
Hoje fui vacinada
e portei-me bem!

Hoje é dia de Vacinação!

As vacinas são como os super-heróis que nos protegem a todos!

Ao ser vacinado vou ficar mais forte e protegido de várias doenças que me podem fazer ficar doente.

Vamos proteger-te!
Vais ficar ainda mais forte!



Agora estás protegido.



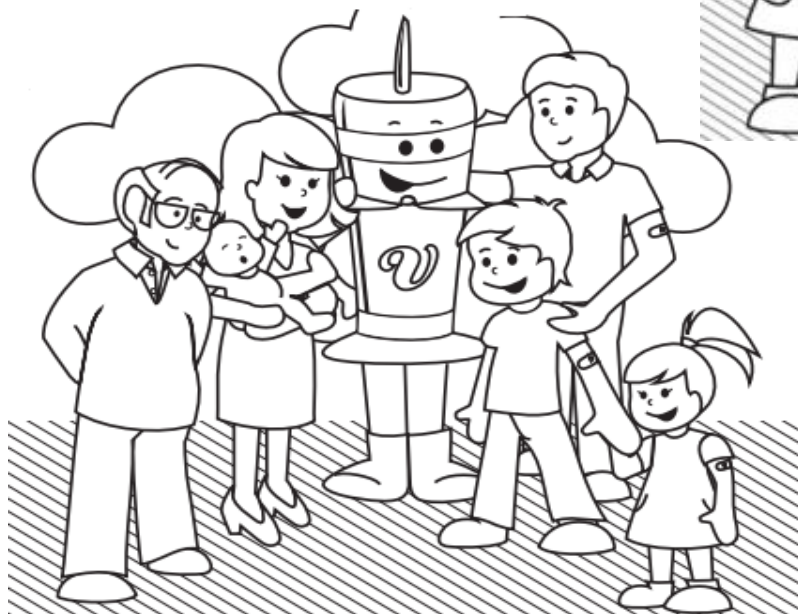
Vocês agora já não nos fazem mal!

Eles estão vacinados!

Já não os podemos atacar...



Ao ser vacinado estou a proteger-me a mim e aos meus amigos e familiares.



APÊNDICE VI

Reflexão acerca das aprendizagens realizadas no serviço de reabilitação e desenvolvimento infantil

**12.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

Reflexão acerca das aprendizagens realizadas

Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento do 



Séfora Couchinho Lino, nº 1277


Lisboa
Outubro 2021



**12.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

Reflexão acerca das aprendizagens realizadas
Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento

Séfora Couchinho Lino, nº1277

Professora Orientadora: Prof.^a Sónia Rodrigues
Enfermeira Orientadora:

**Lisboa
Outubro 2021**

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PEDIÁTRICA E DESENVOLVIMENTO [REDACTED] [REDACTED]	4
APRENDIZAGENS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	7
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12

INTRODUÇÃO

A elaboração deste documento surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, que decorre no primeiro semestre do 2º ano do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Este documento tem como objetivo a descrição do Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento do [REDACTED], e a descrição e reflexão acerca das aprendizagens realizadas ao longo do estágio, bem como a sua articulação com o percurso de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). Pretendo ainda abordar as principais atividades desenvolvidas ao longo do estágio, que contribuíram para a aquisição de competências de EEESIP.

Este documento é composto por esta breve introdução, por um capítulo onde é realizada uma breve descrição do serviço, um capítulo com a reflexão acerca das oportunidades de aprendizagem que ocorreram durante o estágio e por fim as referências bibliográficas utilizadas.

SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PEDIÁTRICA E DESENVOLVIMENTO DO [REDACTED]

Este serviço está vocacionado para a reabilitação pós-aguda de pessoas portadoras de incapacidades de predomínio motor, de qualquer idade, provenientes da área de influência da ARSLVT e ilhas. Para além da vertente assistencial, o [REDACTED] continua a apostar na formação, contribuindo dessa forma para a elevada diferenciação científica e técnica dos seus profissionais.

Está estruturado para oferecer reabilitação e programas de bem-estar ao longo de todo o ciclo de vida, fomentando e desenvolvendo as capacidades residuais, com o principal objetivo da inclusão dos clientes na comunidade. Está organizado por faixa etária sendo que é constituído por um serviço dedicado às crianças e jovens até aos 18 anos, Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento (SRPD), e por 4 serviços dedicados aos adultos, Serviço de Reabilitação Geral de Adultos (SRGA).

O Serviço de Reabilitação Pediátrica e de Desenvolvimento, tem como objetivo a melhoria contínua da assistência aos utentes em idade pediátrica e suas famílias. A sua missão passa por avaliar, orientar e/ou intervir na habilitação/reabilitação da criança/jovem portadora de deficiência, objetivando a sua integração na sociedade para uma vida ativa e participada. As patologias mais frequentes no SRPD são: Paralisia Cerebral; Traumatismo Crânio Encefálico; Lesões Vertebro Medulares; Acidentes Vasculares Cerebrais; Outras Doenças Neurológicas.

A sua ação desenvolve-se através de uma equipa multidisciplinar que trabalha em prol dos mesmos objetivos e se complementam entre si na intervenção junto da criança/jovem e família, essa equipa é constituída por: Enfermeiros; Médicos; Auxiliares de Ação Médica; Terapeutas como Fisioterapeutas, Terapeutas da Fala, Terapeutas Ocupacionais; Técnicos do Serviço Social; Psicólogos; Ortoprotésicos; Educadores de Infância; Professores.

O SRPD presta cuidados à criança e sua família através da Consulta Externa, Serviço de Internamento e Centro de Ambulatório.

O serviço de internamento tem a lotação de 16 camas e é destinado a crianças/adolescentes, dos 0 aos 21 anos, com deficiência motora/múltipla, resultante de diferentes patologias. Todas as crianças/jovens, com idade até 14

anos, internados no CMRA têm direito ao acompanhamento permanente do pai ou da mãe, ou de uma pessoa significativa.

As características arquitetónicas do serviço têm em atenção a funcionalidade e adaptação à especificidade de cada criança/ jovem.

No que diz respeito aos cuidados de enfermagem, prestados no serviço de internamento pediátrico, onde decorreu o estágio, estes assentam na filosofia dos cuidados centrados na família e na parceria de cuidados. De acordo com *Institute for Patient and Family Centered Care* (IPFCC) o Cuidado Centrado na Família (CCF) é uma abordagem para o planeamento, prestação e avaliação de cuidados de saúde que se baseia em parcerias que são igualmente benéficas para os clientes, famílias e profissionais de saúde. Essas parcerias de cuidados são essenciais para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde. Os conceitos centrais do CCF são dignidade e respeito, partilha de informações, participação e colaboração (IPFCC, 2021).

Estes cuidados consideram as necessidades de todos os membros da família e todos são considerados clientes dos cuidados. Esta posição é defendida pela Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros. Este colégio regula que o EEESIP deve utilizar um modelo conceptual centrado na criança e na família, encarando sempre este binómio como o cliente e beneficiário dos seus cuidados (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A capacitação e o empoderamento são conceitos centrais nos CCF, tendo o EESIP um papel impulsionador na capacitação das crianças e seus pais, promovendo a criação de oportunidades de aprendizagens para os mesmos, de modo a desenvolverem habilidades existentes, e novas estratégias de forma que possam manifestar as suas aptidões e competências (Sanders, 2014).

Tudo isto vai ao encontro dos grandes objetivos dos internamentos neste serviço: não só a reabilitação física, mas também a aquisição de autonomia por parte das crianças e suas famílias.

Os cuidados de enfermagem são organizados seguindo o método de Enfermeiro Responsável e o Sistema de Classificação de Doentes para determinação das necessidades em cuidados de enfermagem. Esta organização de cuidados, tem o intuito de individualizar os cuidados de enfermagem, melhorar a qualidade dos mesmos, facilitar a relação criança/enfermeiro/família e favorecer a coordenação e avaliação dos cuidados de enfermagem.

A equipa de enfermagem é constituída por 15 elementos, 3 EEESIP, sendo que 1 destes desempenha funções de Chefia, 8 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação (EEER) e 4 elementos são Enfermeiros de Cuidados Gerais.

Os EEESIP pelos conhecimentos que detêm, desenvolvem um papel preponderante na prestação de cuidados especializados à criança, por exemplo através da utilização do brincar como uma forma de distração, recreação ou como um instrumento terapêutico de enfermagem. Pelas competências que possuem os EEESIP representam uma mais-valia para o serviço e para os cuidados prestados à criança e sua família.

APRENDIZAGENS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O estágio iniciou-se com uma reunião realizada com a Enfermeira Chefe do serviço que neste caso foi também a enfermeira orientadora deste estágio.

Nesta reunião, foi possível perceber a estrutura do Centro de Medicina de Reabilitação [REDACTED] e mais especificamente do Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento.

Tive oportunidade de dar a conhecer o tema do meu projeto de estágio e refletir com a Sra. Enf.^a Chefe a pertinência e adequação do mesmo à realidade de cuidados daquele serviço. Desde cedo percebi que o Cuidado Centrado na Criança e Família era um pilar importante dos cuidados prestados no SRPD, uma vez que são tidos em conta os direitos da criança ao longo do internamento, valorizando-se a sua participação e acesso à informação, por forma a que as crianças sejam ativas no seu processo de saúde/doença e no seu processo de restauração do autocuidado e autonomia. Os cuidados no SRPD têm em conta uma perspetiva holística e humanizada dos cuidados centrando-se nas necessidades das crianças e ajudando a própria família na adaptação a essas mesmas necessidades.

No que diz respeito à observação e participação nos cuidados, foi-me possível aprofundar conhecimentos acerca de algumas patologias e de cuidados de enfermagem relacionados com as mesmas, nomeadamente no que diz respeito aos posicionamentos e mobilizações em doentes com hemiparesias e hemiplegias, estratégias para a transferência de crianças com esse tipo de limitações de mobilidade.

Foi interessante perceber a variedade de material de apoio existente e a forma como podemos utilizá-lo, para que a criança retire o maior partido do mesmo, conseguindo realizar um grande número de atividades de forma o mais autónoma possível. Foi importante conhecer ainda, as estratégias utilizadas para a capacitação da criança e família para a utilização desses mesmos materiais.

Sendo uma área tão distinta, daquela em que exerço funções, senti necessidade de aprofundar conhecimentos recorrendo à pesquisa bibliográfica e à consulta de materiais de apoio existentes no serviço.

Ao consultar os documentos de apoio existentes no serviço, percebi que os processos clínicos continham várias escalas de avaliação que se tornavam extremamente úteis para o planeamento dos cuidados.

As principais escalas utilizadas são a *Humpty Dumpty* e *Morse*, que são avaliadas na admissão e durante o internamento de 7/7dias, se Alto Risco ou de 15/15dias se baixo risco de queda. Para avaliar o risco de úlcera de pressão utilizam a escala *Braden Q* ou a escala de *Braden*, tem como objetivos: avaliar e registar o risco de desenvolvimento de UP e é preenchida na admissão e durante o internamento de 7/7dias.

A Classificação ASIA realizada pelos médicos no momento do internamento, tem imensa importância para a avaliação das lesões medulares e o potencial de recuperação.

É ainda realizada a avaliação da Medida de Independência Funcional (MIF), uma avaliação funcional com 18 itens nas áreas do cuidado pessoal, controlo de esfíncteres, mobilidade, comunicação e cognição social, que avalia o grau de dependência das crianças em atividades como as transferências, vestuário, higiene e alimentação.

Ao longo do estágio, o facto da Enf.^a orientadora ser também a enfermeira chefe, despertou em mim especial atenção, para todo o trabalho desenvolvido para a organização do serviço e gestão do pessoal, não só na prestação direta de cuidados, mas também na gestão de projetos existentes no serviço. Assim surgiu a oportunidade para refletir, em conjunto com a Enf. ^a chefe, sobre a importância dos projetos de melhoria continua de qualidade.

Neste serviço existem vários programas de melhoria continua, que de acordo com o seu objetivo / temática são da responsabilidade do EEESIP ou do EEER e outros da responsabilidade dos enfermeiros de cuidados gerais.

São da responsabilidade do EEESIP o projeto de *Follow up*, que consiste num contato telefónico, cerca de 1 semana após a alta e novamente 3 meses após a alta, sendo efetuado um novo contato sempre que necessário. Tem como objetivos: identificar necessidades específicas de acompanhamento de enfermagem para cada criança/cuidador; manter a parceria de cuidados após a alta; promover a adaptação saudável da criança/cuidador à nova condição.

O Projeto do Sono, em que as crianças com idade compreendida entre os 0 dias e os 3 anos inclusive realizam períodos de reparação do sono durante o dia. Para o período noturno a equipa de enfermagem utiliza estratégias, nomeadamente assinalando o momento de dormir através da sequência de jantar e lavar os dentes, a leitura de uma história (projeto nuvem Vitória), utilização da chupeta, a utilização do objeto significativo, proporcionar um ambiente calmo e confortável, manter uma

luz de presença no quarto ou até deixar a porta do quarto aberta. Assim, para garantir um ambiente adequado ao descanso noturno, é considerado o período entre as 22 e as 7 horas.

Está em desenvolvimento um projeto na área da esperança, também este liderado por EEESIP.

Os outros programas de melhoria contínua dizem respeito à prevenção de quedas, de úlceras de pressão, controlo de infeção, atividades de vida diárias pediátricas, Reeducação Funcional Respiratória (RFR), sendo que a responsabilidade por estes programas é partilhada com os EEER e enfermeiros generalistas.

Existem ainda projetos partilhados com o grupo educacional como: Colónia de Férias S. Julião da Ericeira, Algarve ou Disney, Nuvem Vitória e passeios pedagógicos.

Ao longo da prestação de cuidados foi evidente a importância que a comunicação representa para a equipa e como esta é um instrumento, fundamental para que a equipa preste cuidados de excelência. A adequação da comunicação é um desafio para a equipa de enfermagem, que na maioria das vezes, quando se depara com situações mais desafiadoras, recorre aos colegas EEESIP para encontrar estratégias adequadas.

Para a prestação de cuidados de enfermagem promotores do desenvolvimento infantil, é fundamental o domínio de estratégias de comunicação adequadas aos diferentes estádios de desenvolvimento. Perante isto senti a necessidade, e validei com a equipa a pertinência, de compilar informações sobre a comunicação com as crianças de acordo com os diferentes estágios de desenvolvimento.

Para que a criança possa participar nos cuidados deve estar informada sobre o que lhe vai acontecer e sobre a sua situação de saúde. Para isso é fundamental, que o enfermeiro encontre estratégias para a comunicação e preparação das crianças para os procedimentos, respeitando não só os seus direitos à participação, como o seu nível de compreensão.

Após a elaboração do documento que compila as várias estratégias de comunicação, adaptadas aos estádios de desenvolvimento, o mesmo foi apresentado e discutido em equipa.

De várias estratégias de comunicação apresentadas, a equipa identificou o kit de modelagem como uma estratégia que poderiam usar bastante, se tivessem o material disponível para o fazer.

Um Kit de modelagem é uma ferramenta que permite ao enfermeiro apresentar à criança os materiais que irá utilizar durante os procedimentos e explicar de que forma o procedimento vai ser realizado, o que a criança pode esperar e de que forma pode colaborar. Ao ter a oportunidade de ver e manipular os materiais, a criança acaba por se sentir mais familiarizada com os mesmos. É uma oportunidade de desmistificar medos e ideias pré-concebidas acerca dos materiais e dos próprios procedimentos e para a expressão de emoções, por parte da criança. Assim a utilização deste Kit vai permitir ao enfermeiro não só preparar a criança para os procedimentos, como vai facilitar a construção de uma relação empática e de confiança com a criança.

Surgiu assim a oportunidade de realizar um kit de modelagem que contém 2 bonecos e vários materiais hospitalares, de várias técnicas como: a punção venosa, realização de penso, entubação nasogástrica, esvaziamentos vesicais e várias talas utilizadas no serviço, como as talas de barbas, tala de mão e punho, tala de esponja e tala tibiotársica.

Durante a realização desta atividade, foi possível envolver vários elementos da equipa multidisciplinar como terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, educadoras de infância, carpinteiro, ortoprotésicos e enfermeiros que se envolveram neste projeto e ficaram de o perpetuar no serviço, com a manutenção do kit e mesmo a colocação de novos materiais. Desta forma foi muito interessante perceber a articulação entre os diversos membros da equipa multidisciplinar em torno de um objetivo comum, que neste caso pretende a melhoria dos cuidados às crianças de quem cuidam.

Desta forma, foi possível desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista, nomeadamente no âmbito do domínio da melhoria continua dos cuidados, e competências específicas de EEESIP, nomeadamente a unidade de competência “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento nº 140/2019, 2019; Regulamento nº422/2018, 2018, p. 19194).

Foram diversas as reflexões que realizei com a equipa, mais especificamente com a Enf.^a orientadora, sobre em que medida os cuidados prestados, naquele serviço, têm em conta os direitos da criança.

A partir do momento em que é admitida, a criança é ouvida e envolvida no seu plano de saúde. É realizada uma primeira reunião multidisciplinar, em que a criança e família participam. O plano de tratamento e os objetivos são sugeridos à criança e família e sempre que necessário são ajustados e alvo de negociação, procurando que a criança e família tenham um papel ativo no seu projeto de saúde. Depois de definir objetivos, a criança, família e equipa, assumem o compromisso de se empenharem em cumprir esse mesmo plano.

Pude observar que a criança é constantemente motivada a participar nos cuidados e incentivada a fazê-lo por forma a tornar-se o mais autónoma possível. É realizado um esforço por parte de toda a equipa para adequar, não só o espaço físico, como o tempo e rotinas, às necessidades das crianças, com vista à promoção do autocuidado. É dado o reforço positivo, quando são atingidas metas e a cada conquista a criança é incentivada a continuar o seu percurso com vista à autonomia.

Ao refletir sobre estes aspetos pude perceber a importância de desenvolver as competências específicas de EEESIP, nomeadamente a competência “Assiste a criança/ jovem com a família, na maximização da sua saúde” (Regulamento nº422/2018,2018), pois só desta forma é possível prestar cuidados de nível avançado com segurança e competência (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cerqueira,C., & Barbieri-Figueiredo, M.(2020). Cuidados centrados na família. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 28-38). Lisboa: Lidel.

Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2021). Disponível em: <https://www.ipfcc.org/>

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2ª série* (Nº133 de 12-07-2018), 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?!=1>

Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2ª série* (Nº26 de 6-02-2019), 4744-4750.

Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*, 9.ª ed. (pp. 1025-1060). Loures, Portugal: Lusodidata.

APÊNDICE VII

Jornal de aprendizagem – USCP

**12.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

Jornal de aprendizagem
UCSP

Séfora Couchinho Lino, nº 1277

**Lisboa
Novembro 2021**


**12.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem
UCSP

Séfora Couchinho Lino, nº1277



Professora Orientadora: Prof.^a Sónia Rodrigues
Enfermeira Orientadora: 



Lisboa
Novembro 2021

Para o desenvolvimento da profissão de enfermagem torna-se fundamental a reflexão acerca da prática. De acordo com Santos e Fernandes (2004), “a Prática Reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e suas práticas” (p.59). Assim, a prática reflexiva constitui-se como uma importante ferramenta, para estudantes e profissionais, para que ao refletirem sobre as suas intervenções de enfermagem, tomem consciência das mesmas e possam avaliá-las. Desta avaliação e consciencialização surge a oportunidade de poder melhorar a sua intervenção.

Muitas vezes as situações que nos marcam durante a prática prendem-se com situações que, de alguma forma, nos deixam desconfortáveis e nos fazem pensar no que poderia ter acontecido de forma diferente.

De acordo com Esterhuizen (2019), práticas de pouca qualidade podem desencadear sentimentos de impotência. Ao escrever e refletir sobre essas experiências é possível dar-lhes sentido, solidificar conhecimentos e aprendizagens. Refletir pressupõe uma ação voluntária e intencional, assumindo-se, que quem reflete tem potencial para mudar, tanto em termos de conhecimentos como em termos pessoais (Santos & Fernandes, 2004).

Durante o estágio, na área dos cuidados de saúde primários, considerei importante descrever e refletir sobre o meu desempenho profissional durante a vacinação a uma criança de 5 anos e assim perceber que aprendizagens pude realizar com esta situação e de que forma posso melhorar as próximas intervenções em situações semelhantes. Para a elaboração deste jornal de aprendizagem utilizei como referência o Ciclo de Gibbs. Este referencial é composto por seis etapas que orientam o processo reflexivo, sendo essas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação (Jasper, 2003).

Descrição:

Esta situação ocorreu na penúltima semana do estágio que decorreu numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

Um menino de 5 anos de idade recorreu com a sua mãe à UCSP para cumprir o calendário de vacinação, de acordo com o PNV.

Fui chamar o L. e a mãe à sala de espera e encontrei-o junto à mãe com cara de choro. Ao ouvir o seu nome demonstrou sinais de stress e verbalizou à mãe que não queria ir para o gabinete de enfermagem.

Apresentei-me à mãe e ao L. enquanto os acompanhava até ao gabinete de enfermagem.

Ao entrarmos no gabinete a enfermeira orientadora cumprimentou o L. e a mãe. Perguntou se ele sabia o que vinha fazer, “Vou levar uma pica”, disse o L. com uma cara de zangado. Tentei construir uma relação de confiança com o L. por isso comecei a fazer perguntas sobre a escola, os amigos e o que gostava de fazer. Entretanto a enfermeira orientadora confirmou com a mãe o boletim de vacinas do L. explicou quais as vacinas que iriam ser administradas e falou dos possíveis efeitos secundários.

Ao falar com o L. sobre os seus gostos, descobri que gostava de pintar e isso deu-me abertura para introduzir na conversa um material de apoio que tinha acabado de construir no âmbito do estágio. Mostrei ao L. uma banda desenhada que explicava o que eram as vacinas e os seus benefícios. A mãe mostrou-se entusiasmada e leu a história com o L. “Vês L. os meninos que levam vacinas ficam fortes, como os super-heróis”. O L. riu e gostou da ideia de poder ficar com a história para pintar em casa e mostrar aos amigos.

No momento da administração da vacina o L. fugiu da enfermeira e começou a chorar. A enfermeira disse-lhe: “Olha vais ao colinho da mãe, dás-lhe um abraço e eu dou as vacinas muito rápido, se te portares bem temos um prémio para ti, para mostrares aos teus amigos como és corajoso”. O L. foi ao colo da mãe, chorou durante a administração das vacinas e no final pediu para a enfermeira colocar pensos para tapar os sítios da “pica”.

No final o L. apontou para a banda desenhada e voltei a frisar que podia levá-la para casa, “Como foste muito corajoso, tenho mais uma coisa para ti”, dei um diploma e um autocolante /medalha ao L., este sorriu de forma tímida e mostrou à mãe, a medalha que tinha na camisola, a mãe disse-lhe “Que bom filho, os teus amigos da escola vão querer uma igual!”.

O L. ao contrário do que aconteceu quando entrou no gabinete, saiu sorridente e satisfeito por levar presentes para casa.

Sentimentos:

Perante a situação que acabei de descrever, pensei na importância que a vacinação representa para a saúde de todos e para os ganhos que esta representa para a sociedade. Contudo, algo tão importante e vantajoso continua a ser conotado como algo doloroso e penoso. Esta ideia fez-me refletir sobre o importante papel que

os enfermeiros têm na promoção e divulgação da vacinação e dos seus benefícios, e na missão de desmistificar este momento perante a população.

Especialmente no caso das crianças, a ida ao Centro de Saúde (CS) para realização de vacinas é um momento de stress em que a criança enfrenta o medo do desconhecido, da lesão corporal, da dor e da perda de controlo. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) tem uma importante intervenção junto destas crianças uma vez que possui competências, nomeadamente ao nível da comunicação com a criança, que lhe permitem tornar este momento menos traumático.

No decorrer desta situação senti a importância do desenvolvimento de competências de EEESIP para poder desmistificar as questões relacionadas com a vacinação, e pude refletir sobre algumas questões: o que posso fazer para tornar este momento o menos traumático possível? Que competências diferenciam o EEESIP do enfermeiro generalista? De que forma estas competências podem ser importantes para o caso particular de vacinação infantil?

Ao perceber que algo que tinha construído para a UCSP, no âmbito do estágio, tinha um impacto positivo, senti-me mais confiante e satisfeita. Foi muito motivador perceber a utilidade, na prática, de algo que construí ao longo do estágio.

Análise e avaliação da situação:

Ao refletir sobre a prática e esta situação particular emergem várias temáticas, sobre as quais é importante aprofundar conhecimentos: cuidados não traumáticos, medidas de controlo da dor, preparação para os procedimentos, direitos das crianças.

Os cuidados não traumáticos definem-se como cuidados prestados pelos profissionais, usando intervenções que minimizem ou eliminem o desconforto, psicológico e físico, vivenciado pela criança e família. O principal objetivo é não causar dano, mas também se pretende minimizar a separação da criança da sua família, promover a sensação de controlo e prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor (Hockenberry & Barrera, 2014).

Partindo do pressuposto que experiências como a hospitalização e dor podem ser traumáticas, devem ser alvo de políticas e estratégias das organizações e serviços e de intervenções dos profissionais para se minimizar esse trauma (Fernandes, 2020).

O stress e ansiedade face a procedimentos dolorosos são reações previsíveis, associadas ao medo da dor e a experiências anteriores. De uma forma

geral, todos os acontecimentos novos, pela sua imprevisibilidade, podem ser causadores de ansiedade. O facto de não saber o que esperar e o antecipar algo menos agradável, pode levar as crianças a terem uma postura defensiva, não colaborativa ou mesmo hostil (Fernandes, 2020).

Apesar de ser dada particular atenção à hospitalização, também os procedimentos fora do hospital, como consultas de vigilância e a vacinação podem ser encarados como ameaçadores para as crianças.

Os cuidados não traumáticos surgem como um direito preconizado pela convenção dos direitos da criança, pela carta da criança hospitalizada e pela carta da criança nos cuidados de saúde primários. Com base nestes documentos, para que se prestem cuidados não traumáticos, as crianças e pais devem ser preparados para os procedimentos, deve ser encorajada a presença e participação dos pais nos cuidados, o ambiente deve estar adaptado aos gostos e necessidades das crianças, os profissionais devem interagir adequadamente com a criança e os pais, e deve ser minimizado o stresse, desconforto e dor (Fernandes, 2020).

Na carta da criança nos cuidados de saúde primários é feita referência ao direito das crianças e pais a receberem informações adaptadas à sua idade e compreensão e ao facto dessa explicação incluir uma componente lúdica, de forma a desmistificar os cuidados de saúde e alguns medos associados. Este documento considera ainda essencial, a auscultação das crianças nos tratamentos que lhes digam respeito, a adaptação do ambiente e a privacidade (Agostinho, Tavares & Abecassis, 2021)

Nesta situação, foi visível que a mãe já tinha feito algum tipo de preparação em casa. O L. sabia que vinha ser vacinado e o que isso implicava, contudo foi possível continuar essa preparação com a leitura da banda desenhada.

Em relação à participação dos pais no procedimento, esta foi incentivada e foram dadas orientações para que isso acontecesse, nomeadamente com as indicações sobre como o L. deveria estar no colo da mãe, como a mãe o poderia segurar e pela ênfase dos carinhos que a mãe iria dar durante e após o procedimento.

Foi realizada uma tentativa de adaptação do ambiente às necessidades da criança, com a disponibilização de materiais como a banda desenhada para pintar, o diploma e as medalhas. A comunicação com o L. foi realizada com uma linguagem adaptada ao seu estágio de desenvolvimento e abordando temas do seu interesse (amigos, brincadeira e super-heróis).

O EEESIP tem competências comunicacionais que lhe permitem adaptar a comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança, para além disso tem a capacidade de adaptar a sua comunicação e intervenção ao mundo da criança utilizando o brincar, por exemplo, como veículo para o estabelecimento de uma relação de confiança com a criança.

Pude refletir sobre vários aspetos e intervenções, que junto do L. e da mãe, permitiram atenuar o stress, vivido naquela situação. Foi perguntado ao L. se sabia o que vinha fazer, foram utilizadas técnicas de distração (banda desenhada de pintar), foi utilizada uma brincadeira e uma comunicação adequada à sua idade a fim de estabelecer uma relação de confiança, foi realizada uma tentativa de tornar o procedimento menos assustador (preparar o material longe do alcance do L., colocação do penso rápido) e foi envolvida a mãe no procedimento dando-lhe uma sensação de conforto e segurança.

Com esta situação foi possível refletir também, sobre as estratégias de controlo e minimização da dor.

De acordo com Clara Abadesso, Coordenadora do Grupo de Dor na Criança e Adolescente da APED, o alívio da dor é um direito das crianças, um dever dos profissionais de saúde e um indicador de qualidade dos serviços de saúde (Oliveira *et al.*, 2018).

Sabemos ainda, que as crianças sentem dor e guardam memória da dor. Por isso a dor não tratada tem consequências na vida da criança a curto e longo prazo, uma vez que todos os tipos de dor causam sofrimento e têm repercussões negativas na qualidade de vida dos doentes, por isso essa dor pode e deve ser evitada (DGS,2003; Oliveira *et al.*, 2018).

Apesar de ser reconhecida como 5º sinal vital, a dor é frequentemente menosprezada, talvez por ser uma experiência subjetiva. A forma como cada um vive e classifica a dor é única, por isso torna-se ainda mais importante que exista uma intervenção individualizada (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Em pediatria, a prevenção e controlo da dor é uma preocupação já espelhada na Carta da Criança Hospitalizada, elaborada em 1988, que faz referência a que as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao máximo (IAC, 2008).

A atuação dos profissionais de saúde no controlo da dor na criança deve ser uma prioridade de todas as instituições de saúde, devem ser adotadas estratégias

de prevenção e controlo da dor nas crianças, contribuindo para a humanização dos cuidados de saúde e para o bem-estar das crianças.

Deve ser dada particular atenção à prevenção e controlo da dor provocada pelos atos de diagnóstico ou terapêutica (Oliveira *et al.*, 2018).

A prevenção e alívio da dor assentam na combinação de várias intervenções que devem ser selecionadas tendo em conta a idade da criança, a situação clínica, a origem e intensidade da dor (Fernandes, 2020).

Nas crianças, associado à experiência de dor encontra-se frequentemente associado o medo e a ansiedade. Isto dificulta não só a avaliação da dor mas também a tomada de decisão dos profissionais de saúde em relação às intervenções que devem realizar (OE, 2013).

Para uma correta intervenção por parte dos profissionais de saúde é necessário que estes realizem uma adequada avaliação da dor, adaptada à idade e às características de cada criança e situação (Oliveira *et al.*, 2018).

As crianças em idade pré-escolar têm um “pensamento mágico”, conseguem exprimir a dor, manifestam alterações comportamentais como agitação e agressão física, apresentam grande preocupação com a integridade corporal, têm medo das agulhas e procedimentos médicos, acreditam na dor como punição, misturam factos reais com ficção (Oliveira *et al.*, 2018).

Refletindo sobre as reações do L. posso perceber que estas características estavam de facto presentes, e destaco alguns aspetos, como o facto de o L. necessitar do contato com a mãe e dos carinhos para sentir alívio da dor, manifestou o medo das agulhas “picas” e valorizou a colocação do penso para tapar o sítio da “pica”.

As intervenções não farmacológicas de controlo da dor são eficazes em situação de dor ligeira, nos procedimentos dolorosos rápidos e para além disso podem ser utilizadas, como complemento das medidas farmacológicas. Estas ajudam no aumento do sentimento de controlo da dor promovendo maior autonomia da criança e da família, para além de serem seguras, não invasivas, económicas e poderem ser utilizadas pela criança e pelos pais e de forma independente (OE, 2013; Oliveira *et al.*, 2018).

Dentro das medidas não farmacológicas para o controlo da dor, existem as estratégias físicas, como a massagem ou toque terapêutico, medidas e posicionamentos de conforto, contacto pele-com-pele nos recém-nascidos e contenção, sucção e sacarose, aplicação de calor ou frio, aplicação de vibração,

acupuntura, acupressão, reflexologia e aromaterapia. Existem ainda as estratégias psicológicas como a distração, que vai desviar a atenção da criança do estímulo doloroso em direção a um estímulo agradável. Para utilizar estas estratégias é importante ter em conta as preferências da criança e dar-lhe opção de escolha, sendo que os mais utilizados e preferidos pelas crianças são: desenhos animados, música, jogos, livros, bolas de sabão, moinhos de vento, contar de trás para a frente, brinquedos interativos, com som, luz, vibração, entre outros (Oliveira *et al.*, 2018).

De acordo com as competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica o enfermeiro “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/ jovem, otimizando as respostas”, garantindo “a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor” e aplicando “conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para alívio da dor” (Regulamento nº 422/2018, 2018, p. 19193)

É importante que o enfermeiro seja capaz de conjugar as várias estratégias de alívio e controlo da dor, por forma a otimizar as suas intervenções. Uma abordagem chamada de multimodal, em que várias intervenções e terapias atuam em conjunto para uma otimização do processo de controlo da dor. É fundamental capacitar os enfermeiros para esta abordagem, que permite um tratamento mais eficaz, com menos efeitos adversos e colaterais do que as intervenções puramente farmacológicas ou não farmacológicas (Kahsay, 2017; Oliveira *et al.*, 2018; Santos, Santos & Lacerda, 2018).

A dor pode ser prevenida, tratada ou minimizada com recurso a várias estratégias, sejam elas farmacológicas ou não farmacológicas. Neste caso foram realizadas intervenções não farmacológicas para prevenção e alívio da dor.

Nesta situação concreta destaco o reforço positivo e o facto de ter presenteado o L. com o diploma e medalha de coragem. Contudo após refletir sobre a situação, e com base na evidência científica existente, percebo que poderia ter associado outras estratégias nesta situação. Teria sido interessante apresentar várias sugestões de distração ao L. e deixá-lo escolher a sua preferida (e.g. soprar um moinho de vento ou bolas de sabão, visualização de desenhos animados durante a administração da vacina).

Após esta reflexão percebo que foi possível solidificar conhecimentos que certamente irão ter repercussões positivas na minha prestação de cuidados no futuro.

Conclusão e planeamento:

De acordo com a Carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários (2021) a equipa de profissionais de saúde deve ter formação em saúde infantil, bem como competências e sensibilidade para trabalhar com as crianças e família.

A reflexão e análise da prática fez-me refletir sobre a importância desta formação e experiência tão especializada. Esta reflexão deu destaque à importância que as competências de EEESIP têm no cuidar da criança e família e como se podem minimizar situações relacionadas com os cuidados de saúde, que são associadas à dor e ao medo, como acontece normalmente no momento da vacinação. Com a aquisição de competências especializadas no cuidado à criança e família é possível prestar cuidados de qualidade e com recurso a estratégias e intervenções adequadas a cada criança, permitindo minimizar o stress e o impacto que estas situações de cuidados possam ter na vida da criança e sua família.

Com a reflexão sobre esta situação, também as competências comunicacionais voltam a ter um destaque fundamental na qualidade dos cuidados o que me fez consciencializar da necessidade de continuar a investir nesta área tão importante dos cuidados e que tanto impacto tem na prestação de cuidados.

Após as leituras realizadas e a reflexão que esta situação suscitou, penso que, em situações futuras, poderei adequar as minhas intervenções por forma a prestar cuidados cada vez com mais qualidade, na perspetiva de diminuir a ansiedade e promover o bem-estar das crianças e famílias de quem cuido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, I., Tavares, M., & Abecasis, V. (2021). *Carta da criança nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Instituto de Apoio à criança.
- Direção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa N° 09/DGCG: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: https://www.aped-dor.org/documentos/DGSdor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- Esterhuizen, P. (2019). *Reflective practice in nursing* (4th ed.). London: Sage publications.
- Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos e dor em pediatria. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 40-55). Lisboa: Lidel.
- Hockenberry, M.J., & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*, 9.ªed. (pp. 1-20). Loures, Portugal: Lusodidata.
- Instituto de Apoio à Criança – IAC (2008). *Carta da criança hospitalizada*. 4ª edição. Lisboa: IAC. Disponível em: https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflexive Practice*. Cheltenham UK: Nelson Thornes.
- Kahsay, H. (2017). Avaliação e tratamento da dor em pacientes pediátricos. *Current Pediatric Research*. 21(1), p.148-157
- Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marote, L., & Amorim, R. (2018). *Desenhos da Minha Dor*. Lisboa: Grafisol - Artes

Gráficas, Círculo Médico. Disponível em:
https://www.apeddor.org/images/diversos/documentos/desenhos_da_minha_dor

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. 1 (6). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontroloedorcrianca.pdf

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 – 19194. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/115685317>.

Santos, E., & Fernandes, A. (2004) – Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*, nº 11, pp 59-62.

Santos, S., Santos, E. A., & Lacerda, A. (2018). *Dor crónica em pediatria: orientações para os profissionais de saúde*. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 49. 167-177.

APÊNDICE VIII

Folheto informativo para pais e cuidadores

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Folheto informativo para pais e cuidadores

- O meu bebé vai ser transferido para o Serviço de
Cirurgia Pediátrica. E agora? -

Séfora Couchinho Lino, nº 1277



**Lisboa
Fevereiro 2022**

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Folheto informativo para pais e cuidadores

- O meu bebé vai ser transferido para o Serviço de
Cirurgia Pediátrica. E agora? -

Séfora Couchinho Lino, nº1277



Professora Orientadora: Prof.^a Sónia Rodrigues

Enfermeira Orientadora: 



**Lisboa
Fevereiro 2022**

ÍNDICE

Introdução	3
1. Folheto informativo	7
2. Apresentação do folheto à equipa	10
Conclusão	15
Referências bibliográficas	17

Apêndice I – Plano de sessão: Apresentação do folheto à equipa

INTRODUÇÃO

A necessidade de elaboração deste folheto informativo, para pais e cuidadores, surgiu ao longo do estágio realizado na Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatais, no âmbito do 12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria. Este folheto constitui um instrumento para a intervenção dos enfermeiros na preparação dos pais para a transição da unidade de neonatologia para o serviço de cirurgia pediátrica, quando o recém-nascido (RN) necessita de cuidados cirúrgicos antes da alta para o domicílio.

Na procura contínua da melhoria dos cuidados prestados ao RN é fundamental que o enfermeiro tenha em conta, no planeamento dos cuidados, a capacitação dos pais para a prestação de cuidados ao filho de forma autónoma, por forma a assegurar o correto desenvolvimento da criança hospitalizada. Um dos meios que o enfermeiro tem para o fazer é através da inclusão dos pais nos cuidados a prestar à criança, tornando-os parceiros nos mesmos. Trabalhar em parceria com os pais é reconhecer que cuidar da criança implica cuidar dos pais/família, no sentido de os tornar cada vez mais autónomos, respeitando e favorecendo a sua participação na tomada de decisões no processo de cuidar (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015).

Esta preparação dos pais para cuidar do RN é válida, não só quando o bebé irá ter alta para casa, após o internamento na neonatologia, como também quando o bebé irá permanecer hospitalizado noutros serviços após a estadia na neonatologia.

Segundo Orem (2001), o tipo de intervenção de enfermagem vai sendo avaliado e adaptado consoante o desenvolvimento de competências e aquisições da família, até se tornarem parceiros nos cuidados, partilhando a responsabilidade pelos mesmos.

Para que a parceria de cuidados seja plenamente conseguida, pede-se aos enfermeiros a habilidade para identificar as necessidades da criança, bem como as necessidades e capacidades dos pais, preparando-os gradualmente para o exercício da parentalidade (OE, 2015).

A neonatologia é uma área com cuidados tão específicos e suportados pela mais desenvolvida tecnologia, que muitas vezes podemos pensar, erradamente, que o papel do enfermeiro se restringe a cuidados técnicos. Contudo, cabe ao enfermeiro desenvolver competências, que se enquadrem na dimensão ética, deontológica e relacional, objetivando a qualidade dos cuidados holísticos na interação com o RN e família. Isto irá permitir uma efetiva comunicação entre os membros da equipa e a família, promovendo uma verdadeira relação de ajuda e parceria de cuidados,

culminando com a capacitação dos pais e a sua plena autonomia nos cuidados ao RN, tal como é preconizado no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2017).

Muitas vezes o RN tem alta da neonatologia, mas necessita ainda de cuidados hospitalares antes de estar preparado para ir para casa. Isso acontece por diversas razões, nomeadamente quando o RN necessita de ser submetido a cirurgia.

Nestes casos é necessário que a família perceba que se inicia uma nova fase no percurso do RN, até que este esteja preparado para a alta. Nestes casos é normal que os pais se sintam ansiosos e com medo. Se por um lado a alta da neonatologia simboliza um momento feliz e uma nova fase, esta é cheia de inseguranças e dúvidas.

No caso de transferência de serviço e face a uma cirurgia iminente, os pais sentem ainda um medo acrescido face ao desconhecido. Vão conhecer um novo espaço, uma nova equipa, com a qual ainda não está estabelecida uma relação de confiança e o seu bebé vai passar por novos procedimentos.

Para além de toda a ansiedade relacionada com a transferência de serviço, os pais sentem medo e ansiedade antes da cirurgia de um filho o que muitas vezes dificulta a sua preparação. Estes sentimentos podem ser atenuados com informações antecipatórias (Alves, 2010).

É importante que os pais tenham alguém que lhes diga o que vai acontecer, o que vão encontrar, aquilo que podem esperar da equipa e o que a equipa espera deles. Pais preparados participam de forma mais apropriada no pós-operatório e nos cuidados pós alta, conseguindo transformar a experiência cirúrgica numa experiência de crescimento familiar (Alves 2010).

Os enfermeiros na unidade de neonatologia, por estarem presentes 24h junto de RN e família, durante as primeiras semanas de vida do bebé, assumem um papel preponderante ao nível da educação para a saúde e no acompanhamento em todo o processo de adaptação, nas diferentes etapas vividas pelo RN e família (Ramos, Vilaça & Mendes, 2020). Por conhecerem tão bem as famílias e terem estabelecido uma relação de confiança, a equipa da neonatologia, encontra-se numa posição privilegiada para comunicar com os pais.

Neste contexto a comunicação assume particular importância como base de uma relação terapêutica de confiança. A clareza e adequação da linguagem às características de cada família facilitam a percepção da mensagem. Esta relação de

confiança com a equipa faz com que os pais se sintam mais tranquilos e autoconfiantes (Ramos, Vilaça & Mendes, 2020).

Ao proporcionar o acesso à informação existe um potencial para que a família melhore toda a experiência, já que a disponibilização de informação objetiva e concreta, acerca de situações potencialmente stressantes, facilita o confronto e permite uma melhor compreensão e interpretação da experiência (Tavares, 2020).

Perante uma transferência do RN da unidade de neonatologia para o serviço de cirurgia pediátrica, o enfermeiro informa sobre a transferência, prepara os pais para aquilo que vão encontrar e apresenta o novo serviço que os vai receber.

Ao tomar conhecimento sobre as normas e condições do serviço, os pais podem ir perspectivando e organizando a sua estadia e desta forma sentem-se mais seguros e menos ansiosos.

O folheto realizado pretende aglomerar uma série de informações claras e concisas numa linguagem simples, para que seja mais fácil para os pais revisitarem essas informações, em qualquer altura e não estejam preocupados em reter toda a informação no momento em que a estão a receber.

O folheto dá a conhecer a estrutura física do serviço, a constituição da equipa multidisciplinar e dá conta de algumas regras e normas, como horários de refeições, cuidados de higiene e visitas. Foi acrescentada ainda uma adenda com as novas regras face à pandemia COVID-19.

Quando as pessoas se sentem empoderadas sentem maior autonomia, possuem níveis mais elevados de autoeficácia, tomam melhores decisões, apresentam melhores níveis de conforto, encontrando-se mais aptas para tomar decisões e resolver problemas (Ramos, 2020).

Na transição entre a neonatologia e o serviço de cirurgia pediátrica, os pais vão encontrar várias diferenças na organização do serviço, que podem ser geradoras de ansiedade, como o facto de os pais poderem estar 24h por dia junto do bebé. É por isso importante que os pais tomem consciência deste facto antes da transferência, para que possam organizar a dinâmica familiar e decidir qual dos pais poderá assumir este papel.

Os modelos de cuidados à criança jovem e família favorecem esta inclusão da família ao longo do internamento e a preocupação não só com a criança, mas também com as necessidades da família, uma vez se encontram ancorados na filosofia de Cuidados Centrados na Família , valorizando e otimizando as potencialidades de cada pessoa (Ramos, 2020; Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Estes são defendidos também pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros. Este colégio regula que o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria deve utilizar um modelo conceptual centrado na criança e na família, encarando sempre este binómio como o cliente e o beneficiário dos seus cuidados (OE, 2017).

Também a Carta da Criança Hospitalizada (1988) faz referência ao facto de os pais deverem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem ativamente nos cuidados (IAC, 2008)

Com a elaboração deste folheto pretendeu-se dar continuidade à parceria de cuidados estabelecida ao longo da estadia do RN e família na unidade de neonatologia, preparar os pais não só para a nova fase que irão enfrentar, como capacitá-los para tomarem decisões em relação ao internamento do seu filho.

Pretendeu-se ainda, dar a conhecer aos pais a possibilidade de realizarem uma visita guiada ao novo serviço que os irá acolher. Nesta visita os pais conhecem não só as instalações físicas como parte da equipa multidisciplinar. Desta forma é dada visibilidade a um recurso disponível no serviço e que está contemplado na norma que diz respeito à transferência do RN para outros serviços.

Espera-se que este folheto constitua um instrumento relevante para a continuidade de cuidados holísticos ao RN e família e para a melhoria dos cuidados prestados.

1. FOLHETO INFORMATIVO

Se não permanecer no serviço. Como o posso contactar ?

Podem contactar o serviço sempre que necessite.

Contatos úteis:

[Redacted] (linha geral) - 217805000 / 965905000

Serviço de Cirurgia Pediátrica - 217805221

Administrativa do Serviço de Cirurgia Pediátrica – 217805220

Visita ao serviço

Existe a possibilidade de realizar uma visita ao serviço de Cirurgia Pediátrica antes da transferência do bebé.

Assim poderá conhecer o espaço físico do serviço, bem como alguns dos profissionais que o irão receber.

Fale com a sua Enfermeira da Neonatologia!



A equipa da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais deseja-vos muito sucesso e felicidades!

Elaborado por: Sílvia Lino, Mestranda do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, ESEEL

Enfermeira Orientadora: [Redacted] Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hos-

Professora Orientadora: Prof.ª Sónia Rodrigues, ESEEL

Referências Bibliográficas:

Diário-Geral da Saúde (2021). Consulta nº 011/2021. Gestão/validação de atenuações. Laboratório-Geral de Saúde. Disponível em:

<https://www.dgs.gov.pt/consultas-orientacoes-e-informacoes/consultas-orientacoes-0112021-de-1302021.pdf>

Dias, J. (2021). Análises de Evolução Útilitas em Neonatologia (XVIII): segunda sessão, 2020. Disponível em <https://www.colaborador.hsa.gov.pt/colaborador/colaborador.html>, consultado a 07/02/2022.

Trópica Company S.L.(s.d.). Disponível em: <https://bit.ly/3p4h3vz>, consultado a 11/02/2022.



Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O meu bebé vai ser transferido para o Serviço de Cirurgia Pediátrica.

E agora ?



Folheto informativo para Pais e Cuidadores

Os últimos tempos têm sido, provavelmente os mais intensos e desafiantes das vossas vidas. Chegou agora o momento em que o vosso bebé se encontra preparado para ultrapassar mais uma etapa .

Se o bebé necessita de cuidados cirúrgicos, é importante que se sintam preparados e acompanhados em todo este processo de transição e que conheçam o serviço de cirurgia pediátrica e a equipa multidisciplinar que vos irá acompanhar nesta caminhada que culminará com a chegada do vosso bebé a casa.

Serviço de Cirurgia Pediátrica

- **Localização:** Piso 8, acesso pelo elevador nº5 (elevador da urgência de pediatria);
- **Estrutura:** 16 vagas (2 quartos individuais, 1 sala com 4 vagas e os restantes quartos com 2 vagas);
- **Equipa multidisciplinar:** Enfermeiros, cirurgões pediátricos e médicos de várias especialidades, assistentes operacionais, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, terapeuta da fala, psicóloga, administrativa;

Posso estar presente durante o internamento? Há visitas ?

Durante o internamento, o seu bebé pode ficar acompanhado em simultâneo pelo **pai e pela mãe durante o dia** (das 7h às 22h), **no período da noite pode ficar apenas com um dos Pais** (22h às 7h).

No período noturno, a porta do serviço é fechada pelo que não são permitidas trocas de acompanhante nesse período.

Podem haver **2 visitas diárias (17h às 18h)** que podem entrar **alternadamente**.

Não devem ficar mais de 2 pessoas junto do bebé e uma delas deve ser um dos Pais.

Posso extrair leite materno?

O serviço disponibiliza bomba de extração de leite materno e condições de armazenamento do mesmo.

Onde posso fazer as refeições?

Não é permitido comer nos quartos, junto às crianças e o serviço não dispõe de uma sala de refeições para os Pais.

Podem solicitar junto da equipa, senhas de refeição para poder utilizar o refeitório do hospital ao **almoço (14h-15h)** e **jantar (20h-21:30h)**.

Se for isento das taxas moderadoras as senhas serão gratuitas, caso contrário a refeição tem um custo de acordo com a tabela em vigor, a pagar no refeitório no momento da refeição.

No recinto do hospital, existem vários cafés e máquinas de vending.

Onde posso fazer a minha higiene pessoal?

Se necessitar, pode tomar duche no WC do serviço.

Horário 6h-7:30h e 21:30h - 23:30h

O que devo levar comigo para o internamento ?

Para mim

- Produtos de higiene pessoal
- Roupa confortável, tipo fato de treino (não é permitido uso de pijama ou camisa de noite)
- Manta ou agasalho para a noite
- Se fizer alguma medicação deve garantir que a tem consigo e que continua a tomá-la

Para o bebé

- Produtos de higiene
- Roupa confortável e prática
- Manta
- Chucha
- Brinquedo significativo como o polvo ou dudu
- Não necessita trazer fraldas

Cada unidade tem um cacião com chave para poder guardar os seus pertences.

Alteração de regras do serviço devido à pandemia COVID- 19

Devido à pandemia, houve uma reorganização do hospital e alteração de algumas regras, para que sejam garantidas as condições de segurança para todos os utilizadores dos serviços.

Pedimos a sua compreensão e colaboração, para que juntos possamos manter o seu bebé em segurança!

Quem pode acompanhar os bebés durante o internamento?

- Não são permitidas visitas;
- Pode entrar e permanecer no serviço apenas um dos pais / cuidador;
- Antes da entrada no serviço o acompanhante faz teste PCR , no hospital, voltando a repetir teste semanalmente;
- Qualquer troca de acompanhante deve ser feita à semana e após a realização de teste COVID-19;
- Estão dispensados da realização do teste os pais que apresentem certificado de recuperação.



É obrigatório o uso de máscara cirúrgica durante a permanência no serviço.



É aconselhada a lavagem frequente das mãos e a desinfeção com a solução alcoólica disponível no serviço.

Obrigada pela vossa compreensão!

2. APRESENTAÇÃO DO FOLHETO À EQUIPA



Apresentação à equipa do folheto informativo para Pais e cuidadores

Elaborado por: S fora Lino
Enf.ª Orientadora: [REDACTED]
Professora Orientadora: Prof.ª Sónia
Rodrigues



O meu beb  vai ser transferido para o Serviço de Cirurgia
Pediátrica.
E agora?

Estágio no âmbito do 12.º Curso
de Mestrado em Enfermagem, na
 rea de Especializa o de
Enfermagem de Saúde Infantil e
Pedi tria.

Contexto profissional
Serviço de Cirurgia Pediátrica do



Projeto de Estágio
Cuidado centrado na criança e família: a interven o do
enfermeiro na prepara o da criança para a cirurgia

Objetivos

Sensibilizar a
equipa para a
importância da
prepara o da
família para a
transi o de
serviço.

Dar a conhecer  
equipa o folheto
informativo para pais e
cuidadores.

Promover a
interliga o e
parceria entre a
Unidade de
Neonatologia e o
Serviço de Cirurgia
Pediátrica

Pais vindos da Neonatologia

Ansiedade e medo face ao serviço e equipa desconhecidos

Dúvidas acerca das regras e rotinas do serviço

Dúvidas sobre o que se espera deles face aos cuidados ao seu bebé

Ansiosos face à possibilidade de poderem estar presentes durante 24h no internamento

Intervenção da equipa

- Esclarecer os Pais, acerca da transferência de serviço;
- Preparar os pais para o que vão encontrar (estrutura do serviço, equipa multidisciplinar, regras do serviço);
- Pais mais esclarecidos e preparados acabam por se sentir empoderados, com maior autonomia, possuem níveis mais elevados de autoeficácia, tomam melhores decisões, apresentam melhores níveis de conforto, encontrando-se mais aptos para tomar decisões e resolver problemas;
- Ao proporcionar o acesso à informação, existe um potencial para que a família melhore toda a experiência de transição;
- A disponibilização de informação objetiva e concreta, acerca de situações potencialmente stressantes, facilita o confronto e permite uma melhor compreensão e interpretação de uma experiência stressante;
- Ao tomar conhecimento sobre as normas e condições do serviço, os pais podem ir perspetivando e organizando a sua estadia e desta forma, sentem-se mais seguros e menos ansiosos.

(Ramos, 2020; Tavares, 2020)



A entrega deste folheto deve ser realizada o mais precoce possível.

Alteração de regras de serviço devido à pandemia COVID-19

Devido à pandemia, houve uma reorganização do hospital e alteração de algumas regras, para que sejam garantidas as condições de segurança para todos os utilizadores dos serviços.

Podemos a sua compreensão e colaboração, para que juntos possamos manter o seu bebé em segurança!

Quem pode acompanhar os bebés durante o internamento?

- Não são permitidas visitas;
- Pode entrar e permanecer no serviço apenas um dos pais (ou pai);
- Antes de entrar no serviço o acompanhante, far teste COVID-19 e volta a repetir uma semana depois;
- Qualquer visita de acompanhante deve ser feita à semana e após a realização de teste COVID-19;
- Está disponível de avaliação do teste ao pai que apresenta certificado de recuperação.



É obrigatório o uso de máscara cirúrgica durante a permanência no serviço.



É aconselhado a lavagem frequente das mãos e a desinfeção com a solução alcohólica disponível no serviço.

Obrigado pela vossa compreensão!

Adenda para as novas regras devido à Pandemia COVID-19

A qualquer momento quando as regras voltarem a ser as iniciais deixamos de entregar esta parte do folheto.

Conclusão

- As equipas ficam despertas para a necessidade de preparar as famílias quando estas vão ser transferidas para outros serviços ;
- Com a entrega deste folheto espera-se que a família fique mais tranquila e menos ansiosa face à transição para outro serviço;
- Com a utilização de uma linguagem simples e objetiva o folheto permite que a família possa recorrer à informação, em qualquer altura que necessite e não se sinta pressionada a reter toda a informação, no momento em que a recebe;
- Este folheto auxilia na uniformização da intervenção dos enfermeiros no que diz respeito à preparação das famílias para a transição de serviço;



Obrigada!



Referências Bibliográficas

- Dias, J. (2021). Atualizações de Evidência Update em Neonatologia (XVIII) segundo semestre 2020 Disponível em <http://www.pediatria.basdaempraha.org/2021/201/atualizacao-de-evidencia-2021-2020/>, acessado a 07/02/2022.
- Direção-Geral da Saúde (2021). Orientação nº 011/2021. Covid-19: Fertilização de óvulos. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: [https://www.dgs.pt/normas-substancias-e-informacao/institucional/informatica/institucional-6-0112021-de-1302021-pd.aspx](https://www.dgs.pt/normas-substancias-e-informacao/institucional/informacao-informatica/institucional-6-0112021-de-1302021-pd.aspx).
- Frazzari, G. (2021). Disponível em: <https://ha.foxford.com/forum-primaria/>, acessado a 11/02/2022.
- Ramos, A. (2020). A criança e o jovem como foco de cuidado: em poderamento da criança, jovem e família. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 12-24). Lisboa: Lidel.
- Tavares, P.P. (2020) No contexto do internamento. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 95-102). Lisboa: Lidel.

Elaborado por: Sêfiora Lino, Mestranda do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, ESEL)

Enfermeira Orientadora: [REDACTED] Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital [REDACTED]

Professora Orientadora: Prof.ª Sónia Rodrigues, ESEL.

CONCLUSÃO

Com a realização deste folheto e sua respetiva apresentação, à equipa multidisciplinar da Unidade de Neonatologia, foi-me possível desenvolver diversas competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

No que diz respeito à competência “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, esta atividade constituiu uma intervenção promotora da parentalidade, em que pude negociar a participação da família em todo o processo de cuidar, rumo à sua independência e ao bem-estar. Pude ainda utilizar estratégias motivadoras da família para a assunção dos seus papéis, criando uma relação de parceria no cuidar (Regulamento nº422/2018, 2018).

Tive ainda oportunidade de desenvolver a competência “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, uma vez que com esta atividade pude promover a esperança realista nos pais das crianças que irão ser transferidas para o serviço de cirurgia pediátrica, já que no início do folheto abordei o facto de mais uma etapa estar concluída no percurso do bebé, rumo à alta para o domicílio (Regulamento nº422/2018, 2018).

Utilizei também este folheto como estratégia para a promoção da amamentação, uma vez que é incentivada a permanência dos pais, junto do bebé, durante o internamento.

No que diz respeito à aquisição de competências comuns de enfermeiro especialista, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, pude desenvolver a competência “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, na medida em que asseguro o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação (Regulamento nº140/2019, 2019).

A elaboração desta atividade, constituiu uma mais-valia, não só para o meu percurso de aquisição de competências, enquanto futura enfermeira especialista, mas também para a uniformização da atuação da equipa de enfermagem, na medida em que, este instrumento sustenta a atuação do enfermeiro, no que diz respeito à preparação das famílias para a transição de serviço.

Este folheto para além da uniformização da atuação dos enfermeiros junto das famílias, vem enaltecer um recurso existente e contemplado na norma de serviço “Transferência de doentes da neonatologia”, que diz respeito à possibilidade de os pais

realizarem uma visita ao serviço para onde vão ser transferidos. Com esta visita ficam a conhecer não só as instalações físicas, mas também alguns dos elementos da nova equipa.

Para a realização deste folheto, foi necessário mobilizar recursos e autorizações de ambos os serviços, nomeadamente a articulação entre os elementos das equipas, que ficaram responsáveis pelo planeamento das visitas, tendo ficado esse papel entregue às enfermeiras cordenadoras de cada equipa.

Com a apresentação do folheto à equipa foi possível sensibilizar os seus elementos para a importância da preparação da família, para a transição de serviço e para a importância da continuidade de cuidados e de aquisição de competências parentais, já que o processo de promoção de vinculação e parentalidade se inicia na neonatologia, mas continua nos serviços para onde a criança pode ser transferida, antes da alta para o domicílio.

A equipa reconheceu este folheto como uma mais-valia para a prestação de cuidados, uma vez que uniformiza a intervenção dos enfermeiros da neonatologia, no que diz respeito à preparação dos pais para a transferência de serviço. Este está de acordo com a norma existente no serviço, cria um instrumento onde está sistematizada a informação que deve ser transmitida e proporciona um elo de ligação e uma articulação entre dois serviços da mesma instituição.

Ao realizar esta atividade em contexto de estágio profissional, na mesma instituição em que desempenho funções, foi muito interessante, na medida em que foi possível criar parcerias entre as equipas e dessa forma promover uma melhoria de cuidados, que acompanha o bebé e a família, de acordo com as suas necessidades de cuidados.

Assim sendo, com esta atividade, não só consegui atingir objetivos que tinha delineado para o meu percurso, enquanto futura EEESIP, como concretizei uma atividade que constituiu uma mais-valia para o serviço de neonatologia e cirurgia pediátrica, melhorando a atuação dos enfermeiros e sobretudo, a qualidade dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, A. (2010). Estratégias de enfermagem que contribuem para a diminuição da ansiedade da criança no pré-operatório de cirurgia programada. Projeto de graduação para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem. Porto, Universidade Fernando Pessoa.
- Carmo, M. Rocha, E., Bentes, M. & Soares, C.(2020). A criança e o jovem submetidos a procedimento cirurgico. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 218-230). Lisboa: Lidel.
- Cerqueira, C. & Barbieri-Figueiredo, M.(2020). Cuidados centrados na família. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 28-38). Lisboa: Lidel.
- Instituto de Apoio à Criança – IAC (2008). *Carta da criança hospitalizada*. 4ª edição. Lisboa: IAC. Disponível em: https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia orientador de boa prática – adaptação à parentalidade durante a hospitalização -serie 1, n.8*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.
- Ramos, A.(2020). A criança e o jovem como foco de cuidado: empoderamento da criança, jovem e família. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 12- 24). Lisboa: Lidel.
- Ramos, M., Vilaça, S. & Mendes, G.(2020). O recém-nascido pré-termo. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 118- 134). Lisboa: Lidel.

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 – 19194. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/115685317>.

Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2ª serie (Nº26 de 6-02-2019), 4744-475.

Tavares, P.,P.(2020) No contexto do internamento. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 95-103). Lisboa: Lidel.

APÊNDICE I – Plano de sessão: Apresentação do folheto à equipa

Tema: Apresentação à equipa do folheto “O meu bebé vai ser transferido para o Serviço de Cirurgia pediátrica. E agora?”

Destinatários: Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Formador: Séfora Lino.

Mestranda do 12.º Curso de Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Local: Sala de trabalho da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Data: 23/03/2022

Hora: 15:30

Duração

prevista: 10min

Objetivo Geral:

Apresentar o folheto “O meu bebé vai ser transferido para o Serviço de Cirurgia pediátrica. E agora?”, realizado ao longo do estágio.

Objetivos Específicos:

- Conhecer o folheto “O meu bebé vai ser transferido para o Serviço de Cirurgia pediátrica. E agora?”;
- Identificar a necessidade e pertinência da entrega do folheto aos pais de RN que vão ser transferidos para o serviço de cirurgia pediátrica;
- Reconhecer a importância da preparação dos pais para a transição de serviço;
- Estabelecer uma relação de parceria entre a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e o Serviço de Cirurgia Pediátrica

Etapas	Conteúdos	Método	Recursos	Tempo
Introdução	Identificação do tema; Contextualização e objetivos.	Expositivo	Computador e apresentação de Powerpoint	3min
Desenvolvimento	Apresentação do Folheto	Expositivo	Computador e apresentação de Powerpoint	5 min
Conclusão	Breve resumo sobre a pertinência do folheto e mais- valias para a intervenção dos enfermeiros na preparação dos pais para a transferência de serviço.	Expositivo com possibilidade de discussão em grupo	Computador e apresentação de Powerpoint	2min
Avaliação	Avaliação formativa e observação direta dos enfermeiros.	_____	_____	Ao longo e no final da sessão

APÊNDICE IX

Estratégias de comunicação com a criança

**12.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

Estratégias de comunicação com a criança

Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento

Séfora Couchinho Lino, nº 1277

**Lisboa
Outubro 2021**

12.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

Estratégias de comunicação com a criança

Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento

Séfora Couchinho Lino, nº1277

Professora Orientadora: Prof.^a Sónia Rodrigues
Enfermeira Orientadora:

Lisboa

Outubro 2021

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
Quadro 1 - Estratégias de enfermagem para comunicar com a criança de acordo com o seu estágio de desenvolvimento	7
Quadro 2 – Dicionário de termos na comunicação com a criança	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12
Apêndice I – Kit de Modelagem	

INTRODUÇÃO

A elaboração deste documento surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, que decorre no primeiro semestre do 2º ano do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Este documento foi elaborado durante o estágio no Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento [REDACTED] e tem como objetivo, compilar algumas linhas orientadoras para a comunicação do enfermeiro com a criança, de acordo com os vários estádios de desenvolvimento infantil. Pretende ainda apresentar um Kit de Modelagem elaborado ao longo do estágio, neste serviço.

Este documento é composto por um breve enquadramento teórico, pela identificação das principais estratégias de comunicação com a criança nos diferentes estádios de desenvolvimento (ver quadros 1 e 2), e pela apresentação do Kit de Modelagem (ver Apêndice I).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A hospitalização é uma situação geradora de stress para criança e família. Nesta fase, a ansiedade exacerba medos e ideias pré-concebidas da criança/ jovem, assim como da sua família. Muitas vezes as experiências vividas durante o internamento resultam em experiências traumáticas com efeitos psicológicos persistentes que podem influenciar, negativamente, o crescimento e desenvolvimento da criança (Diogo, 2015; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011; Sanders, 2014).

Esta situação sendo uma vivência de carácter emocional crítico na vida de uma criança e sua família, exige dos enfermeiros uma mobilização de recursos, estratégias e competências no processo de cuidar. A intervenção do enfermeiro deve contribuir para que esta vivência seja o menos angustiante possível para a criança. Quando possível, devem ser minimizados os fatores de stress e enfatizados os seus recursos para lidar com esta situação (Diogo, 2015).

É comum que as crianças e os pais de crianças hospitalizadas manifestem frustração, para além do medo e ansiedade. Muitas vezes isto acontece devido à falta de informação acerca dos procedimentos e por não se sentirem bem acolhidos pela equipa. Esta situação pode ser evitada ou minimizada com a realização de uma preparação para a hospitalização e/ou para os procedimentos, a que vão sendo sujeitos ao longo do internamento. Nessa preparação são dadas aos pais e à criança informações sobre o que podem esperar da instituição, dos procedimentos a efetuar, e sobre o que os profissionais esperam deles, tornando desta forma o ambiente mais familiar (Brown, 2014; Fernandes, 2020).

Existem medos considerados normais em cada faixa etária e fatores geradores de stress, que são comuns a todas as idades, como a separação do seu meio ambiente, dos pais e familiares mais próximos, a perda de controlo devido ao ambiente desconhecido, a alteração de rotinas e a dor relacionada com os procedimentos (OE, 2011).

De acordo com a Carta da Criança Hospitalizada (1988) as crianças têm o direito a receber informação, adequada à sua idade e à sua compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2008). Desta forma, torna-se essencial que os enfermeiros adquiram competências comunicacionais, com vista ao estabelecimento de relações empáticas com a criança/jovem e família, utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança (OE, 2017).

Com a utilização de uma comunicação adequada, numa situação de stress para a criança e família, o enfermeiro pode assumir um papel de amenizador da ansiedade, ajudando a transformar uma situação potencialmente ameaçadora numa oportunidade de desenvolvimento e crescimento pessoal, melhorando por exemplo as experiências de hospitalização futuras (Diogo, 2015).

Hockenberry (2014) propõe algumas diretrizes gerais para a comunicação com a criança:

- Proporcionar tempo à criança para se sentir à vontade;
- Evitar avanços súbitos ou rápidos, sorrisos exagerados e contacto visual prolongado;
- Falar com os pais se a criança se apresenta inicialmente envergonhada;
- Comunicar através do objeto de transição, antes de questionar a criança diretamente;
- Assumir uma posição ao mesmo nível do olhar da criança;
- Falar com um tom de voz tranquilo, sem pressa e confiante;
- Falar de modo claro, concreto e utilizando palavras simples e frases curtas;
- Expor sugestões de modo positivo;
- Oferecer a possibilidade de escolha apenas quando esta existe;
- Ser honesto com a criança;
- Facilitar a expressão das suas preocupações e medos;
- Usar uma variedade de técnicas de comunicação adequadas a cada estágio de desenvolvimento.

No que diz respeito à comunicação com o adolescente, Hockenberry (2014) defende que o enfermeiro deve:

- Dar atenção exclusiva ao adolescente;
- Encorajar a expressão de ideias e sentimentos;
- Ser delicado, ter calma e mente aberta;
- Respeitar as suas perspetivas;
- Reforçar aspetos positivos;
- Respeitar a sua privacidade;
- Evitar julgamentos.

No quadro 1 é apresentado um breve resumo das principais características e medos de acordo com os diferentes estádios de desenvolvimento da criança, bem

como algumas estratégias de comunicação, que podem auxiliar o enfermeiro na sua prática de cuidados.

No quadro 2, são apresentadas algumas alternativas de palavras que se podem substituir a fim de tornar o discurso com a criança menos assustador.

Quadro 1 - Estratégias de enfermagem para comunicar com a criança de acordo com o seu estágio de desenvolvimento

Idade	Medos / comportamentos	Objeto de distração/segurança	Estratégias de enfermagem gerais	Estratégias específicas
Lactente (0-1 ano)	<ul style="list-style-type: none"> - Medo da separação; - Medo de estímulos ruidosos, intensos e desconhecidos; - Não percebe o que está a acontecer, mas sente a ansiedade dos pais; 	Brinquedo, cobertor ou fralda favorita, chucha, biberão, presença parental	<ul style="list-style-type: none"> - Manter os pais próximos durante os procedimentos; - Limitar a presença de estranhos; - Falar num tom de voz tranquilo; - Esclarecer dúvidas com o objetivo de controlar a ansiedade dos pais; 	<ul style="list-style-type: none"> - Envolver os pais nos cuidados explicando como podem participar; - Usar medidas de conforto como mimos e colo; - Promover o relaxamento da criança através: Sucção não-nutritiva; sorrir, falar e cantar suavemente; embalar a criança suavemente; posicionamentos de conforto e contenção de movimentos de agitação e descoordenação, no sentido de dar limite ao corpo e promover tranquilidade e a organização da criança; - Usar distração: brinquedos de cores vivas e que produzam sons e tenham texturas em relevo (ex: roca, livros com música e relevos);
Toodler (1-3 anos)	<ul style="list-style-type: none"> - Medo da separação; - Medo de estranhos; - Medo de objetos grandes; - Entende mais do que aquilo que é capaz de verbalizar; - Egocêntrico, início do pensamento mágico e simbólico; 	Brinquedo favorito, presença parental, cobertor ou fralda favorita, chucha	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a presença dos pais e mantê-los na linha de visão da criança; - Dar explicações simples e concretas, dizer que não faz mal se chorar e que pode segurar a mão da mãe ou da enfermeira; - Dizer uma frase de cada vez e esclarecer dúvidas com o objetivo de controlar a ansiedade dos pais; - Usar objetos que tranquilizem e transmitam segurança à criança 	<ul style="list-style-type: none"> - Envolver os pais nos cuidados explicando como podem participar; - Usar medidas de conforto como mimos e colo; - Proporcionar a brincadeira lúdica durante 5 a 10min: Modelagem (exemplificando os procedimentos através de boneco não significativo – Apêndice I); Contar histórias (ex. “A Martine no Hospital”); Distração (canções infantis que a criança possa reconhecer, música, jogos de encaixe); - Ensinar técnicas de relaxamento criativo e de respiração diafragmática (ex. bater palmas com

			<p>(chucha, fralda, boneco preferido);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contenção de movimentos de agitação, no sentido de dar limite ao corpo e proporcionar segurança à criança; - Enfatizar a cooperação da criança e permitir que faça escolhas simples; - Manter objetos ameaçadores fora do campo de visão; 	<p>força, fazer bolas de sabão, soprar em apitos);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permitir o manuseamento de material lúdico-pedagógico (ex. Playmobil®).
<p>Pré-escolar (3-6 anos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Medo da separação, mas aceita-a mais facilmente; -Medo do escuro; -Medo de ficar sozinho; -Medo da dor; -Preocupação com a integridade do corpo e mutilação; - Quase capaz de compreender explicações dadas; 	<p>Brinquedo significativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Explicações simples e usar palavras neutras para descrever o procedimento; - Encorajar a participação na tomada de decisões; - Elogiar a ajuda e cooperação; - Manter os objetos ameaçadores fora do campo de visão, exceto quando já foram mostrados; - Permitir à criança o manuseamento objetos desconhecidos para diminuir a ansiedade; 	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar a brincadeira lúdica: Contar histórias (ex. “A Martine no Hospital” ou “A Camila está doente”); - Modelagem iniciada cerca de 30 min antes do procedimento; - Visualização de fotografias ou vídeos sobre o circuito peri-operatório ou sala de tratamentos; - Uso do desenho da silhueta corporal ou puzzle do copo humano para identificar o local do procedimento; - Distração com canções infantis, música, vídeos, jogos de encaixe, quebra-cabeças; - Ensinar técnicas de relaxamento criativo e de respiração abdominal ou diafragmática pedindo que sopre com força (ex. bolas de sabão, apitos coloridos, respiração lenta ou profunda, posição de conforto...); - Ensinar estratégias de confronto ajudando a criança a encontrar factos e pensamentos positivos sobre o acontecimento gerador de medo, (ex. não demora muito, vai correr bem, sou

				capaz, tenho o meu amiguinho comigo...); - Substituir termos assustadores por outros mais familiares para a criança (Ver Quadro 2);
Escolar (6-11/12 anos)	<ul style="list-style-type: none"> - Medo do desconhecido, da mutilação do corpo e dano corporal; -Preocupação em relação a doenças e acidentes; - Preocupação com o seu desempenho nos procedimentos; -Interessado em adquirir novos conhecimentos; -Compreende as regras; -Correta noção do tempo; -Tolera a separação dos pais; -Capaz de compreender explicações; -Facilidade em expressar os medos; 	Objetos pessoais, objetos de distração (computador, livros, jogos eletrónicos)	<ul style="list-style-type: none"> -Dar oportunidade para efetuar questões e clarificar as dúvidas; - Explicar a razão dos procedimentos e do equipamento a utilizar; - Explicar os procedimentos, e a funcionalidade de cada objeto; - Permitir o manuseamento do material hospitalar; - Esclarecer dúvidas; - Explicar à criança o que é esperado dela; - Envolver a criança na tomada de decisão, na participação nos cuidados e em tarefas simples (ex. segurar o adesivo); - Reforçar a autoestima e a imagem positiva de si próprio; - Estimular a realização de atividades de lazer da sua preferência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar a brincadeira lúdica: Puzzle do corpo humano e sistemas do corpo humano; - Contar histórias (ex. “A Martine no Hospital); - Modelagem ou dramatização iniciada cerca de 30 min antes do procedimento; -Visualização de fotografia ou vídeos sobre o circuito peri-operatório ou da enfermaria/sala de tratamentos; -Distração, música da sua preferência, vídeos, puzzles, quebra-cabeças; - Ensinar técnicas de relaxamento (ex. respiração diafragmática, lenta ou profunda, ciclo respiratório, contração e descontração dos membros através de bolas antisstress, posicionamento para conforto, toque terapêutico); - Ensinar estratégias de confronto ajudando a criança a encontrar factos e pensamentos positivos sobre o acontecimento gerador de medo, (ex. não demora muito, vai correr bem, sou capaz...); -Usar o contrato comportamental informal definindo comportamentos de cooperação bem como as regalias e prémios, elogiando a cooperação da criança;
Adolescente (13-18)	<ul style="list-style-type: none"> -Medo de perder o controlo; - Medo da morte; - Medo de acordar 	Objetos pessoais que ajudem a lidar com o tempo (telemóvel, computador)	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar e apoiar na tomada de decisão (ex: sobre quem o acompanha, o momento para realização dos procedimentos); 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar técnicas de relaxamento (ex. respiração diafragmática, lenta ou profunda, ciclo respiratório, contração e descontração dos membros através de bolas antisstress,

	<p>durante a cirurgia ou não acordar;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medo da imagem corporal alterada; -Medo de falhar; - Ainda precisam da presença dos pais mesmo querendo mostrar-se fortes; - Luta pela independência, com medo de perda de controlo; -Preocupação com as amizades e identidade de grupo; -Necessitam de informação. 		<ul style="list-style-type: none"> -Explicar a necessidade/ motivos e consequências do procedimento; - Incentivar a colocação de dúvidas, nomeadamente em relação à zona do corpo envolvida e os benefícios do procedimento; - Manter a privacidade; -Encorajar a expressão de sentimentos, ideias e medos; - Discutir as implicações na imagem corporal; - Permitir a relação e partilha entre pares se o adolescente assim o desejar; 	<p>posicionamento para conforto, toque terapêutico);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar estratégias de confronto ajudando o jovem a encontrar factos e pensamentos positivos sobre o acontecimento gerador de medo (ex. não demora muito, vai correr bem, sou capaz); -Usar técnicas de distração como música livros, jogos e vídeos de interesse pessoal;
--	--	--	---	--

Nota:

Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica -serie 1, n.3, vol.2.* Portugal: Ordem dos Enfermeiros; Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e avaliação inicial da criança. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*, 9.ªed. (pp. 122-187). Loures, Portugal: Lusodidata

Quadro 2 – Dicionário de termos na comunicação com a criança	
Termos que se devem evitar	Exemplos de substituição
Injeção, picada, agulha	Remédio por baixo da pele
Órgão	Lugar especial no corpo
Exame	Ver como (especificar a parte do corpo) está a funcionar
Incisão	Risquinho na pele
Edema	Inchaço
Maca	Cama com rodinhas
Fezes	Cocó
Contraste	Remédio especial
Dor	Dói dói
Sonolento	Com soninho
Ver a temperatura	Ver se está quente
Medir (ex: tensão arterial)	Encher a braçadeira como na praia
Anestesia	Sono especial
Cateter	Tubinho
Monitor	Televisão
Eléttodos	Autocolantes
Colheita de espécime	Amostra, Bocadinho

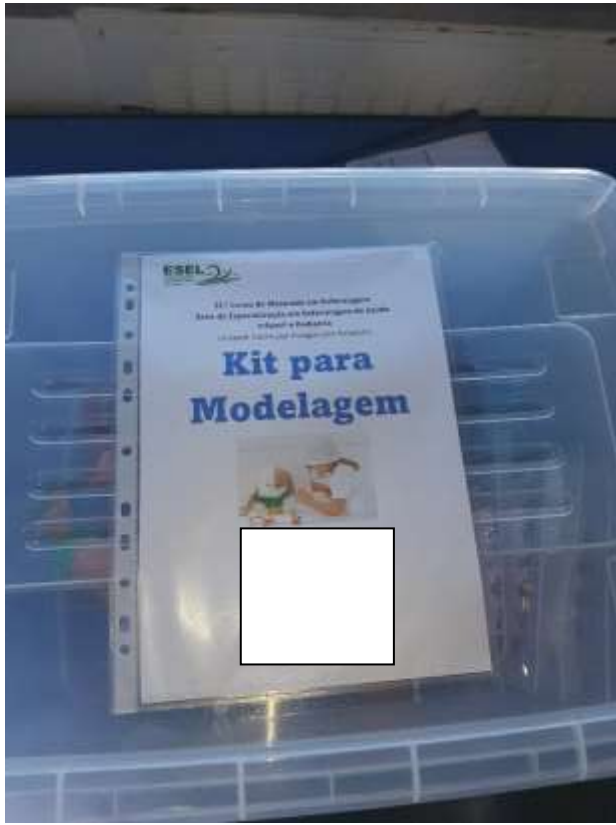
Nota:

Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica -serie 1, n.3, vol.2*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros; Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e avaliação inicial da criança. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*, 9.ªed. (pp. 122-187). Loures, Portugal: Lusodidata

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brown, T.L. (2014). Especificidades nas intervenções de enfermagem em pediatria. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*, 9.ªed. (pp. 1061-1118). Loures, Portugal: Lusodidata.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos e dor em pediatria. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 40-55). Lisboa: Lidel.
- Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e avaliação inicial da criança. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*, 9.ªed. (pp. 122-187). Loures, Portugal: Lusodidata.
- Instituto de Apoio à Criança – IAC (2008). *Carta da criança hospitalizada*. 4ª edição. Lisboa: IAC. Disponível em: https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica -serie 1, n.3, vol.2*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*, 9.ª ed. (pp. 1025-1060). Loures, Portugal: Lusodidata.

Apêndice I – Kit de Modelagem







APÊNDICE X

1.^a Consulta do recém-nascido

**12.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

1ª Consulta do Recém-nascido

UCSP 

Séfora Couchinho Lino, nº 1277


Lisboa

Novembro 2021



12.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

1ª Consulta do Recém-nascido

UCSP [REDACTED]

Séfora Couchinho Lino, nº1277

—

Professora Orientadora: Prof.^a Sónia Rodrigues
Enfermeira Orientadora: [REDACTED]

—

Lisboa
Novembro 2021

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
PRIMEIRA CONSULTA AO RECÉM-NASCIDO E SEUS PAIS.....	6
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

INTRODUÇÃO

A elaboração deste documento surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, que decorre no primeiro semestre do 2º ano do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Este documento tem como objetivo elencar os aspetos a abordar, avaliar e registar, durante uma primeira consulta dirigida ao recém-nascido e seus pais, em cuidados de saúde primários. A necessidade de realização deste documento surgiu ao longo do estágio realizado na UCSP, e pretende compilar alguns dos conhecimentos e aprendizagens adquiridos, ao longo da observação e participação, nas consultas de saúde infantil, sob orientação da Sr.^a Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, [REDACTED]

A criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social. A avaliação desse percurso, a deteção precoce de quaisquer perturbações, e das implicações que estas têm na qualidade de vida, no sucesso educacional e integração social da criança, constituem objetivos da vigilância de Saúde Infantil e Juvenil em Cuidados de Saúde Primários (Direção Geral de Saúde, 2013).

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2017) um dos focos de intervenção do Enfermeiro Especialista é a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil.

Promover o desenvolvimento infantil é ajudar a criança, em parceria com a sua família e tendo em conta as suas circunstâncias de vida, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para sua idade, respeitando sempre a sua individualidade e o seu ritmo (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010).

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) constitui uma importante ferramenta para os Enfermeiros, permitindo uma orientação e uniformização dos cuidados prestados às crianças e famílias (Fernandes & Andrade, 2020).

São aspetos prioritários do PNSIJ a deteção e o apoio às crianças que apresentam necessidades especiais, que se encontram em situação de risco ou estão especialmente vulneráveis, a redução da desigualdade no acesso a serviços de saúde, assim como o reconhecimento e capacitação dos pais enquanto cuidadores. O aumento do nível de conhecimento e de motivação das famílias

favorecem o desenvolvimento do exercício da parentalidade e tornam possível que os pais e famílias assumam o seu papel com segurança, competindo aos profissionais de saúde promover e facilitar esta adaptação (PNSIJ, 2013).

Ao longo do estágio na UCSP percebi que as Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil são um espaço privilegiado de prática clínica para o acompanhamento das crianças e suas famílias e um contexto de excelência para alcançar os objetivos abordados anteriormente.

Alguns dos objetivos das Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil são: a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança; estimular comportamentos promotores de saúde; estimular a prevenção de comportamentos de risco ; promover a imunização, saúde oral e medidas de segurança; promover o desenvolvimento pessoal e social e autodeterminação para o autocuidado e a tomada de decisão responsável na saúde; detetar precocemente, sinalizar, apoiar e encaminhar situações que se afastem do padrão considerado normal de desenvolvimento, bem como situações de maus tratos e alterações de comportamento; apoiar e estimular o exercício das responsabilidades parentais e o bem-estar familiar (Direção Geral da Saúde, 2013; Fernandes & Andrade, 2020).

Estas consultas baseiam-se no cuidar da criança e família e assentam numa prática sistematizada e cientificamente estruturada, em que para facilitar o planeamento das consultas, o enfermeiro utiliza instrumentos como roteiros de entrevista, protocolos assistenciais e orientações como é o caso do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Fernandes & Andrade, 2020).

Durante a oportunidade que tive em observar e participar nas consultas de Saúde Infantil, percebi não só a importância que estas têm, como a pertinência do seu planeamento, para que a intervenção do enfermeiro seja assertiva, associando os seus conhecimentos ao perfil de desenvolvimento da criança.

Assim, a realização deste documento surge como uma oportunidade de consolidação e organização de conhecimentos, bem como o desenvolvimento de competências fundamentais para o meu percurso enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

PRIMEIRA CONSULTA AO RECÉM-NASCIDO E SEUS PAIS

Ao longo da consulta devem ser abordados vários temas, relacionados não só com o recém-nascido, mas também com a saúde da mãe e restante família.

Temas relacionados com a saúde materna:

História obstétrica materna: Deve ser solicitado o livro da grávida para perceber como foi a vigilância ao longo da gravidez e intercorrências da mesma (devem ser registadas as alterações relevantes).

História familiar: Devem ser averiguados os antecedentes familiares, nomeadamente história familiar de: Luxação Congénita da Anca (LCA); patologia oftalmológica (ex. estrabismo ou cataratas) ou auditiva.

Parto: Tipo de parto e possíveis intercorrências (ex.: trauma de parto, se foi realizada anestesia epidural);
Perguntar se no caso do parto eutócico foi realizada episiotomia ou se houve laceração do períneo.

Perdas sanguíneas: Questionar a mãe sobre o tipo de perdas sanguíneas que apresenta no momento (hemorragia tipo menstruação, saída de lóquios, corrimento escasso).

Mamas: Perceber se a mãe apresenta mamilos gretados (dar a conhecer os benefícios da hidratação dos mesmos, por exemplo com lanolina). Instruir sobre a massagem das mamas, nomeadamente no banho para potenciar e promover uma boa adaptação à amamentação. É um momento em que a enfermeira deve estar disponível para esclarecer dúvidas sobre a amamentação, sendo que a consulta termina com a ida do recém-nascido à mama a fim de se continuar a abordar este tema e avaliar os reflexos do recém-nascido.

Contraceção: Questionar a mãe se pretende realizar contraceção com recurso à pilula de amamentação, se sim esta é fornecida na consulta. A mãe deve ser informada que deve começar a tomar 1 comprimido por dia, preferencialmente no mesmo horário, com início ao 21º dia após o nascimento. Deve ser tomada sem interrupções. Ter em atenção que no caso de alterações intestinais (ex.: diarreia) ou no caso de tomar antibiótico a pílula perde o seu efeito e deve por isso ser associado um método contraceativo de barreira.

Temas relacionados com o recém-nascido:

Avaliação no momento do nascimento: registar os dados colhidos ao nascimento: peso, comprimento, perímetro cefálico, índice de Apgar (ao 1º/5º/10º minuto).

Verificar se realizou o rastreio auditivo neonatal, rastreio de cardiopatias congénitas, rastreio oftalmológico: registar data e resultado obtido, bem como a eventual necessidade de repetição.

Alimentação: tipo de aleitamento e periodicidade das refeições.

Promover a manutenção do aleitamento materno pelo menos até aos 6 meses

- Contraindicações absolutas: recém-nascidos com doenças metabólicas; patologia infecciosa materna: VIH positiva, infeção pelos HTLV-1 e 2, tuberculose ativa não tratada, brucelose não tratada, lesões herpéticas com atingimento da mama, varicela no peri-parto; fármacos e outros compostos: lítio, cloranfenicol, atropina, imunossupressores, agentes quimioterápicos, estatinas e isótopos radioativos como o iodo, antibioterapia como tetraciclinas por períodos prolongados (> 3 semanas), consumo de heroína, cocaína, cannabis e anfetaminas.
- Contraindicações relativas: no caso da tuberculose ativa, lesões herpéticas e varicela, o leite pode ser extraído por bomba e oferecido ao bebé, se existirem condições para essa extração.

Se aleitamento artificial/misto: Verificar o leite que está a tomar e reforçar os cuidados na preparação do biberão: 1 colher de medida por cada 30 mL de água (água engarrafada ou fervida); colocar primeiro a água e só depois o pó.

Questionar sobre as dejeções e micções, cólicas: Alertar os pais sobre medidas preventivas e de alívio das cólicas (tipo de alimentos que a mãe, se estiver a amamentar, deve evitar; massagem abdominal; saquinho de água quente).

Cuidados de higiene diários: Não é necessário dar banho diário (2 a 3 banhos por semana, se higiene da zona genital diária). Temperatura ambiente > 22°C e da água a +/- 36°C (colocar primeiro a água fria e depois a quente). O uso de gel de lavagem deverá ser com pH neutro e sem perfumes nem aditivos. A aplicação de creme (sem perfumes, nem parabenos), após o banho, poderá prevenir a pele seca, assim como o desenvolvimento de pele atópica (aconselhar, por exemplo, hidratação com lanolina). Não é necessário o uso por rotina de cremes protetores para a prevenção da dermatite das fraldas e deve ser evitado o uso excessivo de toalhetes (lavar em água corrente ou compressas com água).

O banho antes de dormir melhora a qualidade de sono.

Não deve ser feita limpeza dos ouvidos com cotonetes.

A lavagem do nariz, se necessária, deve ser feita com soro fisiológico.

As unhas deverão ser limadas com lima de papel ou cortadas com tesoura de pontas redondas.

Roupa: Confortável e preferencialmente de algodão ou fibras naturais. Retirar todas as etiquetas que se encontram em contato com a pele do bebé. Utilizar mais 1 camada de roupa do que os adultos. A roupa deverá ser sempre lavada previamente à sua utilização, particularmente aquela que se irá estar em contato direto com a pele.

Avaliar hábitos de sono e promoção de uma boa higiene do sono: O ritual para adormecer deve ser proporcionado pelo cuidador e não deve depender de elementos externos. Deve dormir em berço/cama própria e não com os pais. Posição: decúbito dorsal.

Averiguar cumprimento do calendário vacinal de acordo com o PNV.

- 1ª dose de VHB (confirmar se foi realizado o registo na plataforma de vacinas);
- Realizar questionário de elegibilidade da BCG;
- Planear com os pais a vacinação, informando que as próximas vacinas serão aos 2 meses de idade.

Avaliação antropométrica: peso, comprimento, índice de massa corporal e perímetro cefálico.

Peso:

- Perda ponderal até 7% (máximo 10%) do peso de nascimento com recuperação aos 10 a 14 dias de vida.
- Se perda superior a 7% verificar adaptação ao aleitamento materno (averiguar método, corrigir posicionamento, avaliar a interação mãe-bebê e ajudar a reduzir a ansiedade materna); Reavaliação ponderal em 24-48h; ponderar início de suplementação.
- Se perda de peso $\geq 12\%$ referenciação ao SU hospitalar.

Em regra, uma criança duplica o peso do nascimento aos 4 meses, triplica ao 1 ano de idade e aumenta 2 kg/ano entre os 2 anos e a puberdade.

Exame físico completo:

Pele: As alterações mais comuns são a icterícia e pele descamativa. Alertar para a importância do uso de cremes neutros sem parabenos e sem perfume (Ex: lanonila).

Cabeça:

- Tamanho e forma;
- Avaliação das fontanelas;
- Pesquisa de dismorfias (ex. baixa implantação das orelhas);

Visão: (exame externo e perceber se a criança segue com o olhar e fixa o rosto da mãe).

Audição: Avaliar comportamento do lactente em resposta a sons altos e súbitos (por exemplo bater palmas, fechar subitamente a porta, roca/sinos): a reação normal será piscar os olhos, franzir sobrancelhas bem como a reação do recém-nascido à voz da mãe (fica mais calmo e atento).

Cavidade oral: pesquisa de freios curtos da língua ou lábio.




Palpação abdominal e avaliação do cordão umbilical: Sinais de alarme são rubor em redor do umbigo, cheiro fétido, corrimento ou sangramento (exceto se em pequena quantidade durante processo de mumificação e dois ou três dias após a queda do coto umbilical).

Alertar os pais para a importância de manter o cordão umbilical limpo e seco (limpeza com soro fisiológico e compressas). Não é necessário colocar compressas ou qualquer proteção no umbigo.

Avaliação da região genital: Pesquisa de coalescência de pequenos lábios das meninas; Pesquisa dos testículos nas bolsas escrotais nos meninos.

Anca: Realizar manobras de Ortolani.

Exame neurológico sumário: Avaliar em decúbito ventral, decúbito dorsal, tração, apoiado em posição sentada e em suspensão ventral, com pesquisa de reflexos arcaicos (Moro, sucção, pontos cardeais, preensão palmar e marcha automática).

Idade	Parâmetros a avaliar		Material
RN Primeira Consulta	<p>P</p> <p>M</p> <p>G⁴</p> <p>NOTA: A avaliação deve ser realizada com o(a) recém-nascido(a) (RN) em estado de alerta e confortável.</p> <ul style="list-style-type: none"> Em decúbito dorsal: braços e pernas semi-fletidos, com postura simétrica. Se tração para sentar observa-se queda significativa da cabeça. Apoiado(a) em posição sentado(a): dorso curvado com queda da cabeça para a frente. <p>A</p> <p>L</p> <ul style="list-style-type: none"> Em suspensão ventral: cabeça permanece abaixo do plano do corpo e membros semi-fletidos. Em decúbito ventral: cabeça para o lado, membros fletidos sob o abdômen, cotovelos fletidos junto ao tronco. Reflexos primitivos: <ul style="list-style-type: none"> Reflexo de Moro: com a criança apoiada provoca-se, subitamente, ligeira queda da cabeça (2,5cm) resultando em abdução dos membros superiores e abertura das mãos; Reflexo de sucção e procura (pontos cardeais): estimulando região peri oral com os dedos observa-se direcionamento da boca / cabeça para o lado estimulado; Reflexo de preensão palmar; Reflexo da marcha automática, quando os pés estão apoiados numa superfície firme. Fixa com o olhar um objeto brilhante ou face humana a 30 cm; pode acompanhar lentamente com o olhar. Reação a sons altos e súbitos (por ex. bater palmas, fechar subitamente a porta, sinos, etc.): <ul style="list-style-type: none"> Qualquer reação é válida: piscar os olhos, franzir sobrancelhas, etc. 	  	

(Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 2013)

Realização de diagnóstico precoce (teste do pezinho): Informar os pais sobre como será a realização do teste, como poderão consultar os resultados e em que situações serão contactados. Informar sobre o tipo de doenças que o teste procura rastrear (ex: fenilcetonúria, hipotiroidismo congénito, fibrose quística) sendo que atualmente rastreia 26 doenças.

Temas relacionados com a estrutura familiar:

Avaliação familiar: nível socioeconómico/satisfação das necessidades básicas, tipo de família, habitação, situação profissional dos pais e apoios familiares.

Avaliar o grau de satisfação do principal cuidador e a adaptação da família às novas rotinas (Sinal de alarme – Falta de interesse no bebé, desespero, ideação suicida, ...).

Questionar sobre a existência de irmãos: Como tem sido a adaptação à chegada do bebé, alertar para a possibilidade de o irmão mais velho regredir em alguns comportamentos (ex.: voltar a usar chucha, fralda, necessitar de mais atenção).

Questionar sobre a exposição a fumo do tabaco: Se as mães fumadoras não conseguem parar de fumar, devem ser aconselhadas a amamentar, mas minimizando os riscos para o bebé, quer da exposição aos químicos do tabaco transmitidos através do leite, quer do fumo ambiental, fumando o menor número possível de cigarros. Não fumar, pelo menos 1 ou 2 horas, antes de o bebé mamar, não fumar junto do bebé, não fumar dentro de casa ou à janela, não fumar no interior do carro.

Verificar a existência de sinais de alerta de qualquer tipo de maus-tratos: averiguar fatores de risco e fatores de proteção.

Deve ser dada a oportunidade aos pais para esclarecerem dúvidas, como por exemplo:

Explicar alguns dos sinais de alarme: recusa alimentar (saltar 2 mamadas seguidas), gemido, irritabilidade, prostração, cianose, choro inconsolável.

Abordar como devem realizar medição da temperatura (rectal, com termómetro de ponta flexível, retirar após aviso sonoro, considerar febre se temperatura rectal > ou =38°C)

Como devem deitar o bebé: Em decúbito dorsal tendo em conta a prevenção da síndrome da morte súbita do lactente.

Como realizar manobra de desengasgamento: Segurar o lactente em decúbito ventral com a cabeça mais baixa que o tronco, para que a gravidade ajude na remoção do corpo estranho e aplicar até 5 pancadas secas nas costas com a base da mão.

Como podem interagir com o bebé por forma a promover o seu desenvolvimento:

- Pegar no bebé e embalá-lo suavemente, pode aconselhar-se uma cadeira de balouço.
- Falar e cantar suavemente. Usar canções de embalar, música instrumental suave ou músicas com melodias repetidas.
- Chamar o bebé pelo nome.
- Falar sobre tudo o que estiver a fazer: lavar as mãos, vestir-se.
- Comunicar com o bebé olhando-o nos olhos, encostado ao peito.
- Colocar o bebé sobre os joelhos, deixar que ele agarre o indicador com as mãos e conversar com o bebé.
- Segurar uma bola vermelha a 20 cm e movimentá-la para cima e para baixo, para a esquerda e direita, estando o bebé em estado de alerta e com a cabeça em posição central.
- Dar oportunidade ao bebé de experimentar cheiros diferentes (flor, laranja...).
- Fazer massagem suave corporal, observando sempre o bebé calmamente, sem movimentos muito elaborados. Não forçar movimentos, fazer pouca pressão, não exceder os 20 minutos.
- Pegar ao colo, olhar olhos nos olhos, sorrir, deitar a língua de fora, quando em estado de alerta.

Precauções de segurança que devem ter:

- No que diz respeito à prevenção da síndrome da morte súbita do lactente, este deve ser colocado em decúbito dorsal durante o sono. Deve ser usado um colchão firme e bem adaptado ao berço ou alcofa, coberto por um lençol ajustado. O cobertor não deve ultrapassar os ombros para evitar o sobreaquecimento e os pés do bebé devem ficar a tocar o fundo da cama/alcofa. Não devem ser colocados objetos na cama do lactente nem devem ser usadas almofadas, fraldas, gorros, babetes, protetores de berço ou

outras peças que lhe possam causar estrangulamento ou asfixia. Deve ser evitado a exposição ao fumo do tabaco durante a gravidez e após o nascimento. Durante o dia, e sob supervisão, deve-se posicionar os lactentes em decúbito ventral de forma a evitar o aparecimento de plagiocefalia e facilitar o desenvolvimento muscular.

- Evitar prender chupetas a fios ou cordões.
- Prevenção de quedas: não deixar o bebé sozinho em locais altos como mesas de muda de fraldas. As crianças não devem pegar em recém-nascidos sem a supervisão de um adulto. Ao transportar na cadeirinha, os cintos devem estar bem adaptados ao recém-nascido.
- Prevenção de queimaduras: verificar a temperatura do banho e do leite primeiro na nossa pele (numa zona sensível como a face interna dos punhos).
- Transporte de automóvel com cadeira adequada ao tamanho e peso do bebé (uso de redutores, se necessário), a cadeira deve ser virada para trás.

Toda a consulta deve ser realizada num ambiente tranquilo e acolhedor, em que os pais se sintam confortáveis para esclarecer dúvidas. O principal objetivo é a promoção de um desenvolvimento infantil adequado e harmonioso.

Podem ser fornecidos diversos materiais de leitura que sustentem as informações fornecidas e auxiliem os pais a organizar a informação, para que esta seja de fácil acesso e consulta em casa.

BIBLIOGRAFIA

Direção Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

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

Fernandes, I., & Andrade, L. (2020). Apreciação em enfermagem da criança e jovem -nas consultas de enfermagem em contexto de cuidados de saúde primários. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 86-94). Lisboa: Lidel.

Instituto Nacional de Emergência Médica (2007). Manual de suporte básico de vida pediátrico. Departamento de formação em emergência médica.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guia orientador de boa prática – Promover o desenvolvimento infantil na criança - serie 1, n.3, vol.1*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.

Silva,J., Massena, L., Pinheiro, M., Carvalho, A., & Teixeira, A. (2018). Manual de saúde infantil e Juvenil. ACES Espinho/Gaia; USF Nova Via; Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

APÊNDICE XI

Jornal de aprendizagem- Serviço de Neonatologia

**12.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

Jornal de aprendizagem
Serviço de Neonatologia

Séfora Couchinho Lino, nº 1277



**Lisboa
Fevereiro 2022**


12.º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Unidade Curricular
Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem
Serviço de Neonatologia

Séfora Couchinho Lino, nº1277



Professora Orientadora: Prof.^a Sónia Rodrigues
Enfermeira Orientadora: 



Lisboa
Fevereiro 2022

Durante o estágio que decorreu na unidade de neonatologia, existiram várias situações que me levaram a refletir sobre a parentalidade e promoção da vinculação. Este era o contexto de estágio de eleição para o desenvolvimento de competências nesta área, tão importante para a construção do meu novo “eu”, enquanto futura enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria.

A possibilidade de refletir sobre as experiências vividas na prática de cuidados e articular essas vivências com a evidência científica existente, revela-se um método desafiante de aprendizagem, que permite o desenvolvimento de competências e também a tomada de consciência das necessidades de formação e de aprofundamento de conhecimentos. Desta forma é possível assumir o controlo da minha formação, indo ao encontro das minhas próprias necessidades formativas, com vista ao meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Esta prática reflexiva constitui-se um importante meio para que os profissionais de enfermagem adquiram um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas, com o objetivo de aumentar a confiança de cada profissional no seu desempenho (Santos & Fernandes, 2004).

Também o Código Deontológico do Enfermeiro suporta a realização desta atividade reflexiva, quando no artigo 88º aborda o dever do enfermeiro em analisar a sua prática profissional, de modo a conseguir uma melhoria dos cuidados que presta (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2005).

De facto, este estágio proporcionou-me várias oportunidades de reflexão acerca das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) e da importância que estas representam na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados às crianças e famílias.

Na minha prática profissional, várias vezes deparo-me com pais de crianças doentes, em stress, choque, negação e com uma ansiedade profunda que, em algumas situações, provoca uma destabilização tal, que se vêm quase incapacitados para cuidarem dos seus filhos, ou pelo menos com muita dificuldade em fazê-lo. Muitas vezes, o trabalho do enfermeiro passa por cuidar também dos pais, ajudá-los a reencontrar o equilíbrio, para que possam continuar a cuidar e acompanhar os seus filhos.

Apesar de estar familiarizada com o facto de prestar cuidados centrados na criança e sua família, tendo em conta as necessidades de todos os seus elementos, nunca me tinha deparado com pais cuja vinculação com o seu bebé tivesse sido

interrompida e em que o papel do enfermeiro fosse proporcionar condições, para que essa relação entre os pais e filhos se possa desenvolver.

Quando um bebé pré-termo nasce é “separado” dos seus pais imediatamente após o nascimento e permanece por um período, mais ou menos longo, num ambiente, que embora imprescindível para a sua sobrevivência (pela tecnologia sofisticada que lhe assegura eventualmente a vida), lhe é também hostil, pela agressividade das técnicas e procedimentos invasivos a que é submetido, assim como pela privação afetiva a que está sujeito.

O afastamento do bebé imediatamente após o parto vai privar a díade (mãe-filho) do primeiro contacto e interromper o processo de vinculação ou afeição entre os mesmos.

O nascimento de um recém-nascido (RN) é uma situação geradora de grande stress, um momento em que o casal ainda se está a preparar para o desempenho da paternidade. No caso dos pais de RN prematuros, estão frequentemente presentes sentimentos de culpa e de fracasso, que podem comprometer o processo de vinculação com o bebé. Os pais de um RN prematuro vêem-se perante uma experiência desgastante, com a vivência de vários sentimentos muitas vezes ambíguos. Tal como qualquer outra hospitalização, a permanência de um RN numa UCI/intermédios neonatais representa um momento de crise para os pais.

O nascimento de um bebé pré-termo, pequeno e frágil ou doente, vem desfazer o sonho de um bebé ideal, trazendo sentimentos de culpa, incapacidade e medo da perda. A vulnerabilidade que o recém-nascido apresenta pela sua imaturidade biológica, leva muitas vezes a um internamento prolongado nas unidades de cuidados neonatais. Este facto origina um aumento da angústia e medo dos pais, já fragilizados pelo próprio nascimento prematuro. Estes experimentam sentimentos de culpa e incapacidade em proteger o seu bebé, que se apresenta rodeado de fios e aparato tecnológico e com necessidade de permanecer numa incubadora (Tamez, 2017).

Em toda esta conjuntura de desequilíbrio, a intervenção do enfermeiro especialista é deveras importante, no sentido de desenvolver as capacidades da família para se ajustarem a esta situação.

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção, a promoção da autonomia e a participação dos pais nos cuidados à criança, através de um paradigma integrativo e holístico, em que se deve estabelecer uma comunicação em que predomine a partilha de

conhecimentos. Para tal é necessário que se capacite e disponibilize o suporte necessário para dotar os pais de competências, visando a sua autonomia e capacitação para tomadas de decisão informadas (OE, 2015). Tudo isto é fundamentado “por crenças e valores de que a família, e sobretudo os pais, são os melhores prestadores de cuidados das crianças” (OE, 2015, p. 16661).

Existiu uma situação em particular, que me fez refletir sobre a importância de o EEESIP ter a capacidade de articular, no contato com as crianças e famílias, várias competências, para que consiga prestar cuidados verdadeiramente holísticos e centrados na criança e família.

Com a finalidade de estruturar a minha reflexão, utilizei como quadro conceptual o ciclo reflexivo de Gibbs (1988) que orienta a reflexão através de várias etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação (Gibbs, 2013).

Descrição:

Durante a passagem de turno, foi passado pelas colegas do turno da manhã, que naquele dia, durante a tarde, a mãe de duas gémeas internadas na unidade de cuidados intermédios, iria estar presente, para conhecer as bebés e poder participar nos cuidados de higiene. A mãe tinha vindo visitar as bebés apenas uma vez, quando estas ainda estavam nos cuidados intensivos, não tendo voltado a visitá-las desde esse dia.

As colegas verbalizaram, que devíamos ter atenção ao comportamento da mãe, uma vez que ninguém conhecia a família das RN.

Quando a mãe das bebés chegou, dirigi-me a ela e apresentei-me, assim como a minha enfermeira orientadora, que de imediato mostrou onde estavam as bebés. A mãe mostrou-se feliz por perceber que já não estavam nos cuidados intensivos e que uma delas até já nem estava em incubadora.

A minha enfermeira orientadora explicou que a equipa tinha deixado os cuidados de higiene para serem realizados à tarde, para que pudesse participar nos cuidados. De imediato o fâcies da mãe mudou, mostrou-se ansiosa e disse “não tenho mais filhos e nunca lidei muito com bebés, não sei se vou ser capaz de cuidar delas...ainda por cima nasceram tão pequeninas...eu vim apenas para as visitar, ninguém me avisou que já tinha que ser eu a tratar delas”, começou a chorar e mostrava dificuldade em olhar para a enfermeira.

A enfermeira deixou a mãe chorar e mostrou-se compreensiva, explicando que percebia que a mãe estava a passar por um momento difícil de adaptação, explicou que era importante para as bebés a mãe estar presente e cuidar delas, mas que ela não estava sozinha, a equipa estava disponível para a ajudar e adaptar os cuidados também de acordo com a disponibilidade da mãe. Percebi que aquele foi um momento importante no estabelecimento de uma relação de confiança com a mãe.

A enfermeira levou a mãe das gémeas para ver um mural de fotos, que se encontra no corredor que dá acesso à unidade. Começou a descrever algumas das crianças que lá se encontravam “este é o Francisco nasceu com 26 semanas de gestação, nesta foto cabia na nossa mão...olhe como está agora...no início os pais também tiveram receio em pegar e tratar dele, mas depois adaptaram-se”, exploraram durante uns minutos o mural e quando regressaram, para junto das gémeas, a mãe parecia mais animada e empenhada em começar a cuidar das bebés.

Foi combinado que a primeira gémea seria cuidada pela enfermeira, assim a mãe podia observar e retirar dúvidas, podendo em seguida dar o banho à segunda gémea.

Durante o banho da primeira gémea, a mãe esteve atenta e curiosa, foi esclarecendo dúvidas e partilhando alguns medos, nomeadamente no que dizia respeito a segurar do bebé dentro da água. No final a mãe pediu para segurar a bebé no seu colo, enquanto esta comia por sonda nasogástrica. A enfermeira sugeriu que ela ficasse com a bebé em canguru durante a alimentação. Foi um momento muito emocionante, era a primeira vez que a mãe tinha um contato tão próximo com a filha.

Passadas 2h e quase na hora da mamada seguinte, chegou a vez da 2^o gémea ser cuidada.

Após o contato com as suas bebés, a mãe parecia ter ganho confiança e estava entusiasmada por poder prestar cuidados à bebé, embora continuasse a referir estar muito ansiosa e nervosa.

Ofereci a minha ajuda e perguntei se podia acompanhar o momento, a mãe não só consentiu como agradeceu, dizendo sentir-se mais segura se tivesse a ajuda de alguém. Procurei deixar a mãe organizar os cuidados, apoiando pontualmente, e realizando comentários de motivação e reforço positivo, que foram deixando a mãe cada vez mais à vontade. No final do banho, mãe e filha pareciam estar a desfrutar bastante do momento.

A mãe foi necessitando de ajuda, essencialmente na manipulação da bebé, mas prestei esse apoio sem o evidenciar demasiado, ressaltando apenas os aspetos

positivos daquela situação, como o fáties tranquilo da bebé e o facto de a mãe estar a dar o primeiro banho de banheira da bebé. À semelhança da irmã, esta bebé foi alimentada por sonda nasogástrica, também ao colo da mãe, o que proporcionou um momento de imensa ternura e “enamoramamento” entre as duas.

A mãe, esta agradeceu a ajuda e desabafou que um momento que imaginava ser de stress, acabou por se tornar tão bom, que se sentia muito mais tranquila, “sei que tenho que melhorar muitas coisas, ainda por cima são duas...”. Voltei a reforçar de forma positiva a presença da mãe, lembrando-a que para primeira vez, tinha conseguido fazer tudo muito bem e que as bebés estavam muito tranquilas no contato com a mãe.

Aproveitei o facto de ter conseguido criar uma relação de empatia e confiança com a mãe e reforcei a importância de a mãe voltar, sempre que possível, para ir cuidando e conhecendo as bebés, por forma a estar preparada para, a tão desejada, alta. Acabou por verbalizar que não tinha transporte próprio e que morava longe do hospital, o marido por ser camionista também estava curtos períodos de tempo em Portugal. Confessou que esta situação não era desconhecida da equipa, mas que ela tinha recusado aceitar a ajuda da assistente social, estando agora arrependida.

Falei sobre esta conversa com a minha enfermeira orientadora e ficou combinado que no dia seguinte, a assistente social ia voltar a falar com senhora, para juntas encontrarem a melhor solução para esta situação.

A mãe das gémeas aceitou a ajuda da assistente social e a partir daí, foi presença assídua na unidade de neonatologia. Ao longo do estágio pude acompanhar a forma como a equipa multidisciplinar, foi preparando a mãe para a alta e para o exercício do seu papel parental.

Sentimentos:

Inicialmente, ao ouvir a passagem de turno, confesso que fiquei surpresa por perceber que a mãe tinha vindo ver as bebés apenas uma vez. Na minha cabeça formulei várias hipóteses para isto ter acontecido, mas confesso, que todas elas acabavam por emitir juízos de valor sobre a atitude da mãe. Necessitei por isso de fazer um esforço para me abstrair desses juízos de valor, que conotavam a atitude da mãe de forma negativa.

O facto de encarar de forma negativa o facto de a mãe ter vindo apenas uma vez visitar as filhas, criou um ambiente difícil de aproximação à mãe e isso dificultou também a gestão das minhas próprias emoções.

Ao perceber que também a mãe estava emocionalmente abalada, senti alguma dificuldade em lidar com a sua labilidade emocional e fiquei sem saber o que poderia dizer para a fazer sentir melhor e para desbloquear aquele momento inicial, de emocionalidade intensa. A maior dificuldade foi saber o que dizer, sem fazer a mãe sentir-se mal por não ter sido mais presente ao longo do internamento das filhas. De que forma poderia incentivá-la a cuidar das bebés, sem parecer que estava a dar uma receita de como fazer bem e sem fazer parecer, que era uma obrigatoriedade a mãe vir para cuidar das bebés?

De acordo com Diogo (2021) o apoio emocional consiste em ouvir e comunicar com o cliente no sentido do seu esclarecimento. Esta atitude transmite aos pais que os enfermeiros compreendem as suas preocupações, estão presentes e disponíveis. Com o decorrer do contato com a mãe, e observando a postura afetuosa da enfermeira orientadora, percebi que manter a calma e promover a expressão de sentimentos era algo importante e que acabava por abrir portas à construção de uma relação de confiança com a mãe.

O trabalho emocional com a criança e a família assegura a estabilidade da relação entre criança, família e enfermeiro e promove um ambiente de cuidados seguro e afetuoso, o que afeta de forma positiva a gestão da emocionalidade dos participantes desta relação (Diogo, Freitas, Costa & Gaíva, 2021).

Assim sendo, o trabalho emocional assume-se como um pilar no cuidar em enfermagem, permitindo a gestão das emoções da pessoa cuidada, produzindo um estado de bem-estar emocional e garantindo uma atitude de compaixão e presença que acaba por promover a humanização dos cuidados de saúde (Diogo 2019).

Ao longo do contato com a mãe das gémeas fui-me sentindo mais segura para partilhar alguns conhecimentos e experiências, acabando por estabelecer uma relação de confiança e empatia com a mãe, o que tornou o ambiente de cuidados mais leve e descontraído.

Análise e avaliação da situação

A experiência de contatar com esta mãe e as suas bebés, foi bastante benéfica para a minha aprendizagem ao longo deste estágio. Da análise desta situação, vivida

em contexto de estágio, emergem diversas concepções de cuidados e temáticas, acerca das quais interessa refletir, sendo essa reflexão, essencial para a aquisição de competências de enfermeiro especialista. Pude refletir sobre a importância da comunicação entre enfermeiro e pais das crianças internadas em neonatologia. Sobre a importância do EEESIP possuir competências acrescidas, que lhe permita prestar cuidados holísticos, centrados na criança e família e a importância do estabelecimento de uma relação de empatia, com os pais, e de parceria nos cuidados, com vista à promoção da vinculação e desenvolvimento das competências parentais.

De acordo com o que é preconizado no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem da Ordem dos Enfermeiros, cabe ao enfermeiro desenvolver competências, que se enquadrem na dimensão ética, deontológica e relacional, objetivando a qualidade dos cuidados na interação com o RN e família de forma holística. Isto irá permitir uma efetiva comunicação entre os membros da equipa e a família, promovendo uma verdadeira relação de ajuda na parceria de cuidados, culminando com a capacitação dos pais e a sua plena autonomia nos cuidados ao RN (OE, 2017).

Neste contexto de cuidados neonatais, a comunicação entre enfermeiro e pais assume particular importância, como base de uma relação de confiança. A clareza e adequação da linguagem às características de cada família, facilitam a percepção da mensagem. Esta relação de confiança com a equipa, faz com que os pais se sintam mais tranquilos e autoconfiantes (Ramos, Vilaça & Mendes, 2020).

Os pais com o nascimento de um filho prematuro enfrentam uma fase muito conturbada da sua vida, pelo choque face ao nascimento de um filho que não foi o idealizado, sendo necessário que façam o luto desse filho ideal e fiquem disponíveis e capacitados para conhecerem o seu filho real. Para amenizar a experiência traumática, que é ter um filho internado na neonatologia, é essencial que o enfermeiro preste cuidados focando o cuidado individualizado, centrado no desenvolvimento e com a participação da família nesses cuidados. Os pais não são consideradas visitas, mas sim parceiros nos cuidados ao RN (Tamez, 2017).

O enfermeiro deve desenvolver estratégias, junto dos pais, para promover a aquisição de competências parentais, promovendo a criação de uma relação de vinculação entre os pais e o bebé, já que esta foi interrompida pela ocorrência de um parto prematuro (Tamez, 2017).

Neste caso concreto que descrevi, foi visível, a adaptação dos cuidados, às necessidades da família. Foram programados os cuidados de higiene, altura de maior

manipulação das bebês, para uma altura em que a mãe podia estar presente, para que o tempo de contato, entre mãe e filhas, fosse disfrutado ao máximo.

Ao discutir esta situação concreta de cuidados, com a enfermeira orientadora, pude refletir sobre a importância de definir prioridades na nossa intervenção junto das crianças e famílias. Apesar de o objetivo primordial ser a autonomia da mãe no cuidado às suas bebês, com vista à continuação desses cuidados, após a alta hospitalar, foi necessário primeiro restaurar a confiança e a esperança da mãe, em conseguir ultrapassar as dificuldades e focar sua atenção nas suas capacidades, mostrando-lhe que é importante a sua intervenção e a sua presença, para o desenvolvimento adequado das suas filhas.

Isto foi feito pela conversa que a enfermeira teve com a mãe das gémeas, sobre outros casos de bebês prematuros e de gémeos que conseguiram desenvolver-se adequadamente, e que hoje em dia são crianças felizes. Ao discutir várias formas de promover esta esperança realista, junto dos pais, a enfermeira orientadora relatou outras intervenções, muito usadas na unidade e que, normalmente são eficazes. A partilha de experiências entre pais que já fizeram o mesmo percurso, foi o recurso que a enfermeira mais salientou. Infelizmente, estas reuniões, que eram proporcionadas pela unidade, encontram-se suspensas temporariamente, mas têm-se revelado muito eficazes na promoção da esperança e na adaptação dos pais à sua nova condição, a de pais de bebês prematuros. Atualmente a equipa possui um telemóvel, onde vai registando fotografias e pequenos vídeos, que são partilhados com os pais, como forma de os estimular a acompanhar cada pequena vitória dos seus bebês. O mural existente na unidade, com fotografias e lembranças, com que as crianças e pais vão presenteando a equipa da unidade de neonatologia, tem sido um importante recurso da equipa para a promoção da esperança, junto das famílias.

Os modelos de cuidados à criança jovem e família favorecem a inclusão da família ao longo do internamento e a preocupação não só com a criança, mas também com as necessidades da família, uma vez que se encontram ancorados na filosofia de Cuidados Centrados na Família, valorizando e otimizando as potencialidades de cada pessoa (Ramos, 2020; Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Estes cuidados são defendidos também pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros. Este colégio regula que o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria tem de utilizar um modelo conceptual centrado na criança e na família,

encarando sempre este binómio como o cliente e o beneficiário dos seus cuidados (OE, 2017).

Ao refletir sobre aquele turno, pude perceber na prática o verdadeiro sentido dos cuidados centrados na família. O enfermeiro não se foca somente na criança e nas suas necessidades, mas sim nas necessidades de todos os elementos da família. Claro que era importante prestar os cuidados de higiene, alimentar as bebés, mudar uma delas de uma incubadora para um berço, mas também era importante chamar a mãe a participar nos cuidados e fazê-la perceber as suas capacidades e a importância da sua presença. Foi importante fazê-la perceber que, não só seria capaz, como não estava sozinha nesse percurso de aprendizagem.

Ao longo da demonstração do banho, a enfermeira foi transmitindo algumas indicações muito importantes a ter em atenção durante os cuidados a um bebé que tenha nascido prematuro. Foi explicando os cuidados e a razão de serem cuidados diferentes dos prestados a bebés de termo, salientando que estes cuidados diferenciados são essenciais para o desenvolvimento saudável de um RN pré-termo.

Ouvir a enfermeira a transmitir este tipo de conhecimentos, fez-me refletir sobre a importância do enfermeiro ter um domínio sobre estes conhecimentos, por forma a, não só aplicá-los na sua prática, como ser capaz de transmitir esses conhecimentos, de forma simples e perceptível, com vista a capacitar os outros para prestarem esses mesmos cuidados.

Os cuidados neuroprotetores têm como objetivo reduzir o stress, prevenir a agitação, preservar energia, promover o crescimento e a recuperação e facilitar as capacidades de autorregulação dos RN prematuros (Tamez, 2017).

O útero materno tem as condições ideais para o crescimento e o desenvolvimento, conferindo ao feto as condições para repouso e sono profundo, que contribuem para o seu crescimento e desenvolvimento ideal. Em contraste, os recém-nascidos prematuros são expostos a um ambiente muito diferente do intra-uterino, cheio de flutuações de temperatura, luz excessiva, sons e com interrupção frequente dos períodos de sono e repouso , prejudicando o desenvolvimento neuromotor dos prematuros (Tamez, 2017; Altimier & Phillips, 2013).

O modelo do cuidado neuroprotetor neonatal integrativo envolve sete medidas neuroprotetoras : ambiente de cura, que engloba o ambiente físico e o ambiente sensorial através do controlo da temperatura e humidade, olfato, sons, iluminação, sentido do paladar; parceria com as famílias e cuidados centrados na família; posicionamento e manuseamento dos recém-nascidos; protecção e respeito pelos

períodos de sono e repouso; alívio do stress e controlo da dor; protecção da pele; e otimização da nutrição (Tamez, 2017, Altimier & Phillips, 2013).

Com base nestes aspetos dos cuidados neuroprotetores importa ao enfermeiro, não só saber como aplicá-los durante a prestação de cuidados, como também ter competências que lhes permita transmitir aos pais a importância de cumprir estas estratégias, para o adequado desenvolvimento dos recém-nascidos, envolvendo-os e capacitando-os para também eles estarem empenhados e empoderados para cuidar de forma adequada dos seus bebés.

Relembro que achei muito interessante o facto da enfermeira chamar várias vezes a atenção da mãe para a importância da contenção durante os cuidados ao bebé, para que este não se sinta desprotegido e perdido. Foram abordadas várias estratégias que a mãe podia implementar, por forma ao bebé se sentir contido e organizado, como por exemplo o alinhamento à linha média e a contenção com uma toalha durante os cuidados de higiene à cabeça. Várias vezes a enfermeira exemplificou aquilo de que ia falando, para que tudo fosse de mais fácil percepção para a mãe.

Tive oportunidade de refletir com a enfermeira orientadora sobre a estratégia que a equipa utiliza para garantir a continuidade de cuidados, no que diz respeito à aquisição de competências parentais ao longo do internamento. É entregue uma folha de autoavaliação de competências parentais, para que os pais registem aquilo em que já se sentem seguros, e em que aspetos ainda sentem dificuldade. Desta forma, a todo o momento, qualquer enfermeiro tem percepção de quais são os cuidados em que os pais ainda necessitam de apoio. No final do internamento o objetivo é que os pais se sintam seguros em todos os procedimentos, sendo que no dia da alta é realizada uma verificação desta folha com os pais a fim de esclarecer possíveis dúvidas.

Conclusão e planeamento da acção

Ao refletir sobre esta situação, percebi que no momento da passagem de turno me deixei influenciar por juízos de valor que não favoreceram a minha intervenção junto da família. Deveria ter procurado conhecer as especificidades da família e o que poderia estar na origem da sua ausência durante o internamento. Idealmente devia ter procurado, junto da equipa multidisciplinar, algumas respostas, já que a assistente social, por exemplo, já teria tido contacto com os pais das gémeas e poderia ter

explicado melhor de que contexto familiar se tratava. Se tivesse realizado esta preparação prévia, no primeiro contato com a mãe das gémeas, já saberia que a senhora estava sozinha, porque o marido trabalhava fora, e que morava longe do hospital, não tendo transporte próprio. Assim, poderia começar toda a abordagem mostrando que compreendia que as condições e dinâmica familiar não eram as ideais e podia sugerir que juntas procurássemos novas alternativas para melhorar essa situação.

Esta abertura para abordar a dinâmica familiar acabou por acontecer apenas numa fase mais avançada do meu contato com a mãe, enquanto que com outra abordagem poderia ter acontecido mais cedo, e isso ter influenciado positivamente a emocionalidade da mãe, ao longo dos cuidados às bebés.

Desta forma, percebi o quão importante é não nos deixar afetar por juízos de valor e como pode fazer a diferença o planeamento dos cuidados e o trabalho em equipa multidisciplinar.

Percebi também a importância do desenvolvimento de competências relativas à promoção da vinculação e parentalidade, com vista ao desenvolvimento infantil dos RN pré-termo. Na procura contínua da melhoria dos cuidados prestados ao RN é fundamental que o enfermeiro tenha em conta, no planeamento dos cuidados, a capacitação dos pais para a prestação de cuidados ao filho de forma autónoma, por forma a assegurar o correto desenvolvimento da criança. Um dos meios que o enfermeiro tem para o fazer é através da inclusão dos pais nos cuidados a prestar à criança, tornando-os parceiros nos mesmos. Trabalhar em parceria com os pais é reconhecer que cuidar da criança implica cuidar dos pais/família, no sentido de os tornar cada vez mais autónomos, respeitando e favorecendo a sua participação na tomada de decisões no processo de cuidar (OE, 2015).

Em situações futuras, irei procurar conhecer, junto da equipa multidisciplinar, os contextos familiares, na tentativa de não deixar que juízos de valor influenciem a minha avaliação e atuação.

Penso que será interessante em situações futuras dar mais espaço aos pais para que verbalizem aquilo que estão a sentir em relação ao seu bebé e aos cuidados que vão realizar. Gostaria de organizar os cuidados por forma a ter mais tempo disponível, para este tipo de interação com os pais, isso irá permitir que os pais numa fase inicial apenas observem e progressivamente colaborem nos cuidados em que se sentem mais à vontade.

Em cada intervenção, junto das famílias, irei ter presente a importância que o estabelecimento de uma relação de parceria tem para o crescimento e desenvolvimento das crianças, e que essa relação irá favorecer também a família, uma vez que favorece a sua autonomia e confiança.

Com a reflexão acerca desta situação e das temáticas que dela surgiram, pude perceber a importância que o desenvolvimento de competências de EEESIP tem para a qualidade dos cuidados prestados à criança e família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L., & Phillips, R. (2013). The neonatal integrative developmental care model: seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22.
- Cerqueira, C., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Cuidados centrados na família. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 28-38). Lisboa: Lidel.
- Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2.^a versão revista). Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/337447491>
- Diogo, P. (2021). Texto de Apoio IV. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Diogo, P. M. J., Freitas, B. H. B. M., Costa, A. I. L., & Gaíva, M. A. M. (2021). O cuidar em enfermagem pediátrica na perspetiva das emoções: de Nigtingale à atualidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 74 (4), 1-5.
- Gibbs, G. (2013). *Learning by doing: a guide to teaching and learning methods*. Oxford Centre for staff and learning development.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: OE
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia orientador de boa prática – adaptação à parentalidade durante a hospitalização -serie 1, n.8*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.

Ramos, A. (2020). A criança e o jovem como foco de cuidado: empoderamento da criança, jovem e família. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 12- 24). Lisboa: Lidel.

Ramos, M., Vilaça, S., & Mendes, G.(2020). O recém-nascido pré-termo. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 118- 134). Lisboa: Lidel.

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), 19192 – 19194. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/115685317>.

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

Tamez, R. (2017). *Enfermagem na UTI neonatal. Assistência ao recém-nascido de alto risco* (6ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

APÊNDICE XII

Cartaz urgência de pediatria

**Se vais ser
operado(a) há
algumas coisas que
precisas saber ...**



Nunca vais estar sozinho(a), podes ter a companhia do pai ou da mãe e podes estar sempre na companhia do teu boneco favorito.

A cirurgia vai acontecer no Bloco Operatório que é uma sala com muita luz e onde está um bocadinho de frio.



Para ires até ao Bloco Operatório vais viajar numa cama especial com rodinhas.

Os enfermeiros, médicos e auxiliares vão estar vestidos com umas roupas especiais, diferentes daquelas que já conheces, mas por baixo daquelas roupas todas estão profissionais sorridentes e dispostos a ajudar-te!



Durante a cirurgia vais estar a dormir um sono especial que faz com que não sintas dor. Quando acordares os teus pais vão estar vestidos com roupas parecidas com as dos profissionais.



Os profissionais vão colocar-te uma máscara com um cheirinho especial que te vai fazer ficar com muito sono e assim não vais sentir dor... esse cheirinho chama-se

Anestesia!



Vídeo disponível em :

https://anestesiaregional.com/?page_id=803

Elaborado por: Sêfora Lino, Mestranda do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL)

Enfermeira Orientadora : Enf.ª [Redacted], Enfermeira do Serviço de Urgência de Pediatria, Hospital de São Marcos

Professora Orientadora: Prof.ª Sónia Rodrigues, ESEL

Se queres saber mais sobre o que é a anestesia e como tudo vai acontecer, vê este vídeo!

Referências Bibliográficas:

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* -serie 1, n.3,vol.2. Portugal: OE
- Lima, M. (Argumento), & Lopes, R. (Produção). (2014). CAR: Anestesia em pediatria. Disponível em: https://anestesiaregional.com/?page_id=803
- <https://www.gratispng.com/baixar/anestesiologia.html>. Acedido em: 1/12/2021
- <https://www.pngwing.com/pt/free-png-nvne>. Acedido em: 1/12/2021

APÊNDICE XIII

Sessão de formação em serviço – Serviço de Cirurgia Pediátrica

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Sessão de formação em serviço



Séfora Couchinho Lino, nº 1277



**Lisboa
Janeiro 2022**

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Sessão de formação em serviço

[Redacted]

Séfora Couchinho Lino, nº1277

—

Professora Orientadora: Prof.^a Sónia Rodrigues

Enfermeira Orientadora: [Redacted]

—

Lisboa

Janeiro 2022

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1.PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO	5
3. IMPLEMENTAÇÃO DA SESSÃO	7
4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15

INTRODUÇÃO

A cirurgia pode surgir na vida da criança em diferentes contextos, pode estar relacionada com uma situação imprevista, como uma agudização de doença crónica ou uma situação emergente, ou pode surgir de forma programada.

Seja qual for a circunstância, a doença e a hospitalização desencadeiam na vida da criança momentos de crise. A interrupção das suas rotinas quotidianas e do ambiente familiar, a presença de equipamento estranho e ameaçador, a necessidade de realizar exames complementares de diagnóstico e outros procedimentos assustadores e dolorosos, contactar com muitas pessoas desconhecidas e a impossibilidade de manter o controlo sobre os acontecimentos, são alguns dos fatores que contribuem para o aumento da ansiedade da criança durante a hospitalização (Barros, 2003).

A equipa de saúde tem um papel preponderante na promoção do desenvolvimento de capacidades da criança/jovem e família, para que ultrapassem esta situação (Brown, 2014; Diogo, 2015; Fernandes, 2020).

Na hospitalização de uma criança, que vai ser submetida a uma cirurgia, a preparação operatória surge como atitude terapêutica fundamental para minimizar o medo da criança e a angústia da família. Esta preparação pretende diminuir medos e ansiedade, relacionados com o ato cirúrgico, fornecendo informação à criança e aos pais, de uma forma simples e permitindo, ainda, a expressão das suas emoções, ansiedades e receios (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2006).

O fundamento da preparação das crianças para a cirurgia, e procedimentos relacionados com a mesma, baseia-se no princípio de que o medo do desconhecido (fantasia) excede o medo do conhecido. Por isso, preparar a criança para os procedimentos diminui sua ansiedade, promove sua cooperação e pode fornecer uma sensação de controlo e autonomia, mesmo durante a vivência de um evento stressante como é a hospitalização (Brown, 2014).

Os enfermeiros, pela sua formação e pelo tempo de contacto com as crianças, encontram-se numa posição privilegiada para promover e intervir na diminuição dos medos da criança e família em relação à cirurgia (OE, 2011).

A preparação da criança para a cirurgia pode ser feita de várias formas, nomeadamente seguindo programas de preparação para a cirurgia que são elaborados por forma a ser possível uma sistematização e uniformização de procedimentos, mas também o planeamento das intervenções, adequando as mesmas às necessidades de cada criança.


Estes programas devem ter como principais técnicas: a transmissão de informações, modelagem, brincadeira lúdica, dessensibilização sistemática, o ensaio comportamental, terapia narrativa, distração, relaxamento e treino (Fernandes, 2020; OE, 2011).

A existência e implementação deste tipo de programas, nos serviços de pediatria, é um indicador de excelência do cuidar em Enfermagem (Carmo, Rocha, Bentes & Soares, 2020).

Ao longo da minha experiência profissional, enquanto enfermeira num serviço de Cirurgia Pediátrica, percebi que o facto de não existirem linhas orientadoras e estratégias definidas para a preparação da criança para a cirurgia, representa uma dificuldade na realização deste tipo de intervenção de enfermagem, junto da criança e sua família.

Pretendo com esta sessão de formação em serviço, sensibilizar a equipa para a importância da preparação da criança para a cirurgia, criar um momento de partilha e discussão e motivar a equipa de enfermagem para adoção de boas práticas, baseadas na evidência científica e que visem a melhoria contínua dos cuidados prestados à criança e sua família.

1. PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO

 <p>ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa</p>	<h2>Plano de Sessão</h2>	
Tema: Preparação da criança e família para a cirurgia		
Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Cirurgia Pediátrica [REDACTED]		
Formador: Séfora Lino. Enfermeira no Serviço de Cirurgia Pediátrica [REDACTED] e Mestranda do 12.º Curso de Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria		
Local: Sala de trabalho do Serviço de Cirurgia Pediátrica [REDACTED]		
Data: 19/01/2022	Hora: 15:30	Duração prevista: 20min
Objetivo Geral:		
Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da preparação da criança e família para a cirurgia.		
Objetivos Específicos:		
<ul style="list-style-type: none">- Reconhecer a importância da preparação da criança e família para a cirurgia e a sua relevância para a qualidade dos cuidados de enfermagem.- Identificar boas práticas no que diz respeito à preparação da criança e família para a cirurgia.- Refletir sobre as possibilidades de implementação de intervenções para a preparação da criança e família para a cirurgia, no serviço.		

Etapas	Conteúdos	Método	Recursos	Tempo
Introdução	Identificação do tema; Apresentação dos objetivos da sessão.	Expositivo	Computador e apresentação de Powerpoint	2min
Desenvolvimento	Justificação e pertinência do tema; Evidência científica sobre o tema;	Expositivo e ativo com discussão em grupo	Computador e apresentação de Powerpoint	10 min
Conclusão	Discussão e esclarecimento de dúvidas sobre os conteúdos abordados. Discussão sobre a pertinência da elaboração e implementação de materiais de apoio à preparação da criança e família para a cirurgia, no serviço.	Ativo (discussão em grupo)	Computador e apresentação de Powerpoint	8 min
Avaliação	Observação direta dos enfermeiros.	_____	_____	Ao longo e no final da sessão.

3. IMPLEMENTAÇÃO DA SESSÃO

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Serviço de Cirurgia Pediátrica do
[REDACTED]

Preparação da criança e família para a cirurgia

Discente:
Séhora Couchinho Lino nº1277
Enfermeira Orientadora:
[REDACTED]
Professora Orientadora:
Profª Sónia Rodrigues



Lisboa
Janeiro 2022

Índice

- Identificação do projeto
- Objetivos da sessão
- Justificação e pertinência do tema
- Evidência científica
- Discussão e partilha de ideias

Identificação do Projeto

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



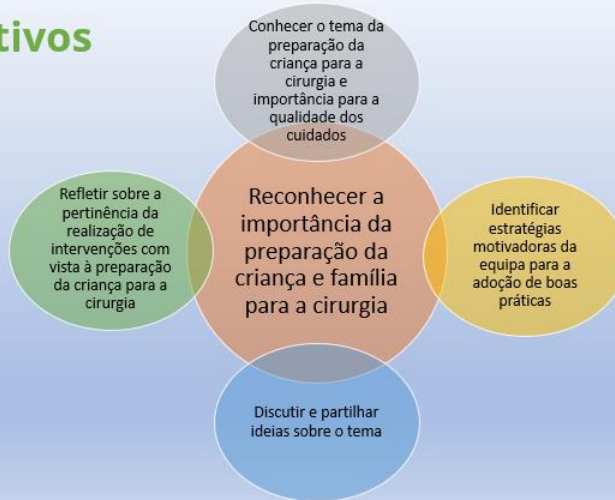
Elaboração de um Projeto de
Estágio

Título

Cuidado centrado na criança e família: a
intervenção do enfermeiro na
preparação da criança para a cirurgia.



Objetivos



Justificação / Pertinência do Problema

- Muitas crianças chegam ao momento da cirurgia sem que tenham sido preparadas para tal;
- O foco dos cuidados pré-operatórios muitas vezes está no cumprimento de rotinas focadas na preparação física para a cirurgia;
- Muitas vezes a preparação e explicação da cirurgia foca-se nos pais e na obtenção do consentimento informado;
- Não existem estratégias definidas, nem linhas orientadoras para que os profissionais preparem a criança para a cirurgia.



Justificação / Pertinência do Problema

"O exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, é especificado a partir da filosofia de cuidados da enfermagem pediátrica, que evidencia os cuidados centrados na família" (Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, 2017, p. 4)

Ao prestar cuidados centrados na família, normalmente **o foco não está na perspetiva da criança**, é necessário que os cuidados sejam redirecionados para uma abordagem **centrada na criança**, que incorpore os seus direitos em participar na prestação de cuidados, assim como as **necessidades da sua família**. (Coyne, Hallstrom & Soderback, 2016)

Uma abordagem verdadeiramente centrada na criança inclui tanto a perspetiva do adulto sobre o melhor interesse para a criança, em relação aos cuidados, como a perspetiva da criança no que diz respeito às suas preferências. (Soderback, Coyne & Harder, 2011)

Nos cuidados de saúde existe uma relação assimétrica entre pais, profissionais e a criança. É necessário promover os princípios fundamentais de proteção da criança e os seus direitos de participação de acordo com a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança.

(Coyne, Hallstrom & Soderback, 2016)

Justificação / Pertinência do Problema

Convenção sobre os direitos da criança

4 pilares fundamentais:

- não discriminação;
- o superior interesse da criança;
- sobrevivência e desenvolvimento;
- opinião da criança;



Artigo 12º Os Estados Partes garantem à criança com capacidade de discernimento **o direito de exprimir livremente a sua opinião** sobre as questões que lhe respeitem, sendo devidamente **tomadas em consideração as opiniões da criança**, de acordo com a sua idade e maturidade.

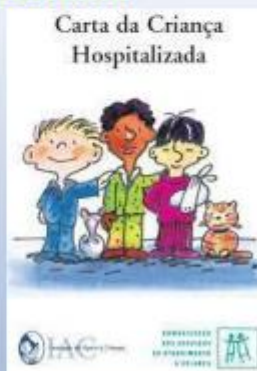
(UNICEF, 2019)

Justificação / Pertinência do Problema

As crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão.

As crianças e os pais têm o direito a serem informados para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde.

(IAC, 2008)



(Carta da Criança Hospitalizada, 1988)

Justificação / Pertinência do Problema

Cuidados não traumáticos

O objetivo principal na prestação de Cuidados não traumáticos é não causar dano à criança.

Existem três princípios que ajudam a estruturar os cuidados, para alcançar este objetivo:

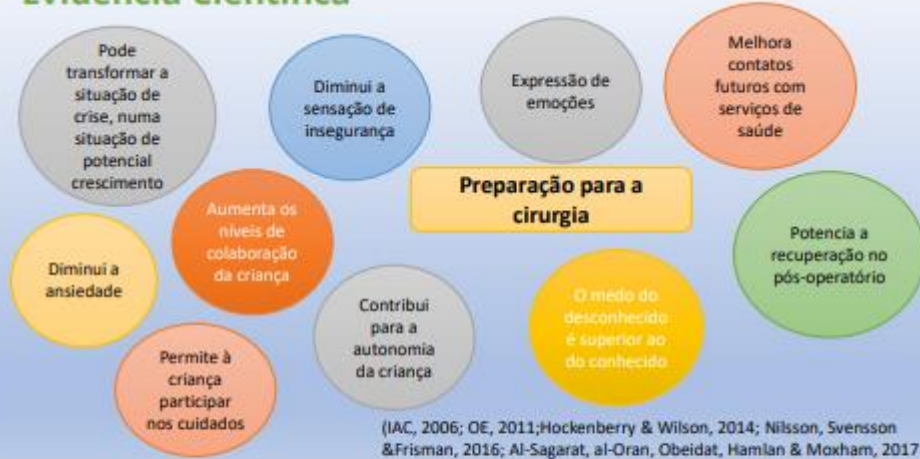
- (1) evitar ou minimizar a separação entre a criança e a família;
- (2) promover uma sensação de controle;
- (3) evitar ou minimizar lesões ou dor.

Alguns exemplos de CNT:

- preservar a relação entre a criança e os pais, durante a hospitalização;
- preparar a criança antes de qualquer tratamento ou procedimento;
- controlar a dor;
- dar privacidade à criança;
- promover atividades lúdicas para expressar medo e agressividade;
- dar oportunidades de escolha à criança e respeitar as diferenças culturais.

(Hockenberry & Wilson, 2014)

Evidência Científica



Preparação da criança pode ser através de:



Informação escrita (folhetos, cartazes)

Vídeos (apresentação dos serviços e circuitos)

Brinquedos com a temática hospitalar

Modelagem e manuseamento do material hospitalar

Programas de preparação para a cirurgia

Têm como finalidade que os enfermeiros:

- Compreendam a importância da preparação da criança para a cirurgia na diminuição do impacto potencialmente traumático que esta pode ter para a criança, jovem e família;
- Sistematizar estratégias e princípios a utilizar na preparação da criança para minimizar o medo e ajudar na sensação de controlo da realidade;
- Promover a uniformização dos procedimentos de enfermagem na preparação da criança para a cirurgia;
- Promover a qualidade de cuidados de enfermagem prestados à criança, jovem e família.

Dúvidas ?...



<https://www.istock.com/pt/imagens/uma-mao-de-doradas>

Sugestões

Que intervenções de enfermagem / materiais de apoio à preparação da criança para a cirurgia, consideram importantes existirem no serviço ?

Consideram pertinente a existência de um programa de preparação da criança para a cirurgia neste serviço?



istock.com

“O medo dói”

“esta frase foi verbalizada por uma criança de 4 anos após um internamento. É tendo em conta mensagens como esta que a equipa de saúde do serviço estabeleceu desde a sua abertura há 12 anos um protocolo de preparação para cirurgia(...) de modo a que o medo do desconhecido doa cada vez menos.” (Orlando Cordeiro, 2006,p.61)



Referências bibliográficas

Al-Sagarat, A., Al-Oran, H., Obeidat, H., Hatan, A. & Moxham, L. (2017). Preparing the family and children for surgery. *Faculty of Science, Medicine and Health – Papers: Part A*, 4543

Coyne, I., Hallstrom, L. & Soderback, M. (2016). Reframing the focus from a family-centred to a child-centred care approach for children's healthcare. *Journal of Child Health Care*, 20(4), 494-502

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures, Portugal: Lusodidata.

Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2017). *Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals, how to get started*. Bethesda, MD: Institute for Patient- and Family-Centered Care.

Instituto de Apoio à Criança (1988). *Carta da criança hospitalizada*. Lisboa: IAC.

Instituto de Apoio à Criança (2006). *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital*. Lisboa: IAC.

Nilsson, E., Svensson, G. & Frisman, G. (2016). Picture book support for preparing children ahead of and during day surgery. *Nursing children and young people*, 28(8), 30-35

Referências bibliográficas

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica -serie 1, n.3, vol.2*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 422/2018 (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2ª série* (Nº133 de 12-07-2018), 19192-19194. Disponível em:

<https://dre.pt/pesquisa/?search/115685379/details/norma?l=1>

Soderback, M., Coyne, I. & Harder, M. (2011). The importance of including both a child perspective and the child's perspective within health care settings to provide truly child-centred care. *Journal of Child Health Care*, 15(2), 99-105.

UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. Edição revista 2019. Correlé Português para a UNICEF.

4. AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A realização desta sessão revelou-se bastante importante no meu percurso enquanto mestranda do 12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Saúde Infantil e Pediatria, uma vez que foi a oportunidade de dar a conhecer o meu projeto de estágio à minha equipa de trabalho e ver reconhecida, na prática, a importância do tema que me propus a desenvolver ao longo deste percurso, com vista à obtenção do título de enfermeira especialista.

A avaliação da sessão foi sendo realizada ao longo da mesma, pela minha observação dos participantes e das suas reações. No final questionei os participantes acerca da sua opinião em relação aos temas abordados, estrutura e conteúdo dos slides apresentados e também sobre o meu desempenho enquanto preletora e moderadora da discussão.

De uma maneira geral a avaliação foi muito positiva, todos os participantes se mostraram satisfeitos com o conteúdo e estrutura da sessão e viram superadas as suas expectativas em relação à mesma.

Os colegas mostraram-se surpresos, com alguma da evidência científica apresentada, nomeadamente com o facto de a preparação para a cirurgia poder ter influência na recuperação da criança, no pós-operatório.

A formação desencadeou também várias reações e reflexões dos colegas, acerca dos direitos da criança, que apesar de regulamentados e divulgados em documentos que todos temos tão presentes, como a declaração dos direitos da criança e a carta da criança hospitalizada, mas que muitas vezes são esquecidos e ultrapassados, em detrimento das rotinas do serviço.

A maioria dos elementos da equipa, sugeriu a criação de materiais de apoio à preparação da criança para a cirurgia e referiu que seria uma mais-valia a sua implementação no serviço.

Em relação à pertinência de um programa de preparação da criança e família para a cirurgia foi unânime a opinião de que seria uma mais-valia para o serviço e principalmente para as crianças de quem cuidamos. Contudo a equipa mostrou-se consciente da complexidade e morosidade que está inerente ao processo de criação e implementação deste tipo de programa, mas mostrou-se motivada e disponível para o considerar enquanto projeto futuro do serviço.

Ao longo da sessão, os elementos da equipa que assistiam mostraram uma postura atenta e participativa. A discussão revelou-se muito proveitosa, dando-me

contributos para a continuação do meu projeto e demonstrou que a equipa se encontra motivada, para melhorar práticas, com vista à melhoria contínua dos cuidados.

No que diz respeito a aspetos a melhorar, constatei que defini pouco tempo para a sessão, uma vez que a participação da equipa e o tempo de discussão se alongou para além das minhas expectativas. Poderia ainda ter realizado a avaliação da sessão por escrito, desta forma seria garantido o anonimato dos participantes, o que poderia promover uma maior expressão de opiniões.

Por tudo isto, considero que os objetivos da sessão foram alcançados com sucesso, verificando-se que a realização da sessão foi uma mais-valia tanto para a equipa como para o meu percurso enquanto futura enfermeira especialista, já que me permitiu o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, quer no domínio da melhoria contínua da qualidade, quer no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140, 2019).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Sagarat, A., Al-Oran, H., Obeidat, H., Halan, A., & Moxham, L. (2017). Preparing the family and children for surgery. *Faculty of Science, Medicine and Health – Papers: Part A.4543*
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica. Perspectiva Desenvolvimentista*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores
- Brown, T.L. (2014). Especificidades nas intervenções de enfermagem em pediatria. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson, Wong: *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1061-1118). Loures, Portugal: Lusodidata.
- Carmo, M. Rocha, E., Bentes, M., & Soares, C. (2020). A criança e o jovem submetidos a procedimento cirúrgico. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 218-230). Lisboa: Lidel.
- Coyne, I., Hallstrom, I., & Soderback, M. (2016). Reframing the focus from a family-centred to a child-centred care approach for children's healthcare. *Journal of Child Health Care*. 20(4), 494-502
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos e dor em pediatria. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 40-55). Lisboa: Lidel.
- Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2017). *Advancing the practice of patient- and family-centered care in hospitals, how to get started*. Bethesda, MD: Institute for Patient- and Family-Centered Care.
- Instituto de Apoio à Criança (1988). *Carta da criança hospitalizada*. Lisboa: IAC.

Instituto de Apoio à Criança (2006). *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital*. Lisboa:IAC.

Nilsson, E., Svensson, G., & Frisman, G. (2016). Picture book support for preparing children ahead of and during day surgery. *Nursing children and young people*.28(8), 30-35.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica -serie 1, n.3, vol.2*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Leiria: Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2ª serie* (Nº133 de 12-07-2018), 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>

Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2ª serie* (Nº26 de 6-02-2019), 4744-4750.

Soderback, M., Coyne, I., & Harder, M.(2011). The importance of including both a child perspective and the child's perspective within health care settings to provide truly child-centred care. *Journal of Child Health Care*.15(2), 99-105.

UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. Edição revista 2019. Comité Português para a UNICEF.

APÊNDICE XIV

Livro de colorir – Serviço de Cirurgia Pediátrica

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Livro de colorir

- Serviço de Cirurgia Pediátrica -

Séfora Couchinho Lino, nº 1277



**Lisboa
Janeiro 2022**

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

Livro de colorir
- Serviço de Cirurgia Pediátrica -

Séfora Couchinho Lino, nº1277



Professora Orientadora: Prof.^a Sónia Rodrigues

Enfermeira Orientadora: XXXXXXXXXX



Lisboa
Janeiro 2022

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1.LIVRO DE COLORIR	6
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17

INTRODUÇÃO

Ao longo do estágio realizado no Serviço de Cirurgia Pediátrica, no âmbito do 12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, foi-me possível sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância que a preparação para a cirurgia representa para a criança e família e para a forma como ambas vivenciam a hospitalização. A forma como a criança encara esta experiência vai ter influência quer na sua recuperação, quer na forma como irá encarar experiências futuras de contato com os serviços de saúde.

Seja qual for a circunstância, a doença e a hospitalização desencadeiam na vida da criança momentos de crise, em que a criança experiencia uma perda de controlo sobre os acontecimentos (Barros, 2003).

Neste caso, a equipa de saúde tem um papel de destaque na transformação desta situação, potencialmente traumática, numa oportunidade de crescimento assim o enfermeiro surge como promotor do desenvolvimento de capacidades da criança/jovem e família para ultrapassar esta situação (Brown, 2014; Diogo, 2015; Fernandes, 2020).

Para Brown (2014) preparar a criança para a hospitalização e para os procedimentos minimiza a sua ansiedade, promove a sua cooperação, apoia a sua capacidade para lidar com a situação e pode levá-la a desenvolver novas habilidades, para além de promover uma sensação de domínio ao experimentar um evento potencialmente stressante.

Na hospitalização de uma criança, que vai ser submetida a uma cirurgia, a preparação pré-operatória surge como uma atitude terapêutica fundamental para minimizar o medo da criança e a angústia da família. Esta preparação visa, essencialmente, diminuir medos e ansiedade relacionados com o ato cirúrgico, fornecendo informação adequada, de forma simples, aos pais e à criança sobre a cirurgia e permitindo a expressão das suas emoções, ansiedades e receios (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2006).

No decorrer deste estágio, realizei uma sessão de formação em serviço com objetivo de sensibilizar e discutir este tema com a equipa. Durante a discussão, foi reconhecida pela equipa a necessidade de desenvolver materiais de apoio à preparação da criança para cirurgia, por forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados no serviço.

A equipa refletiu também acerca dos direitos da criança e da dificuldade que muitas vezes sente, em fazer valer esses direitos, ao longo da permanência da criança no hospital.

Desde 1989, a Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança estabeleceu o direito de todas as crianças à autodeterminação, dignidade, respeito, não interferência e o direito de tomar decisões informadas no seu artigo 12.º são evidenciados os direitos da criança a exprimir livremente a sua opinião sobre as questões que lhe digam respeito e que devem ser tidas em consideração as opiniões da criança, de acordo com a sua idade e maturidade. O artigo 13.º enfatiza a liberdade de expressão e a liberdade de procurar e receber informações (UNICEF, 2019).

Também a Carta da Criança Hospitalizada (1988) fundamenta a necessidade da preparação pré-operatória, quando no seu ponto 4 refere que, crianças e os seus pais, têm o direito a receber uma informação sobre a doença e o tratamento, adequado à idade e à compreensão, com a finalidade de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito (IAC, 2008).

Por forma a dar resposta às preocupações da equipa, em fazer valer os direitos das crianças no que diz respeito ao acesso à informação e participação nos cuidados, e à necessidade de criar materiais de apoio para a preparação da criança para a cirurgia, elaborei um livro de colorir que pretende preparar a criança para a hospitalização no serviço de cirurgia pediátrica e para a cirurgia.

Este livro é adequado para as crianças em idade escolar e pretende que a criança sinta o livro como seu. A utilização do livro é definida de acordo com aquilo que a criança pensa ter mais sentido: pode ser um livro que conta uma história, pode ser um livro de figuras para colorir, pode ser um livro com várias atividades que lhe permitem interagir com o ambiente e com as pessoas que a rodeiam, mas também pode ser tudo isto num só livro.

O importante é que a criança é ativa em todo o processo de utilização do livro e na verdade é ela que decide a informação que recebe e o ritmo com que o faz, pode ainda, em todo este processo, escolher as pessoas com quem interage para a realização das várias atividades que o livro propõe.

De acordo com os resultados do estudo realizado por Nilsson, Svensson e Frisman (2016), a preparação pré-operatória com recurso a livros de figuras faz com que tanto crianças como os pais se sintam mais seguros.

O facto de a criança manter o livro de imagens junto dela no pré, intra e pós-operatório dá à criança uma sensação de autocontrolo (Nilsson, Svensson & Frisman, 2016).

É comum que as crianças e os pais de crianças hospitalizadas manifestem frustração, para além do medo e ansiedade. Muitas vezes isto acontece devido à falta de informação acerca dos procedimentos e por não se sentirem bem acolhidos pela equipa. Esta situação pode ser evitada ou minimizada com a realização de uma preparação para a hospitalização ou para os procedimentos, como é o caso da cirurgia. Nessa preparação são dadas aos pais e à criança informações sobre o que podem esperar da instituição, dos procedimentos a efetuar, e sobre o que os profissionais esperam deles, tornando desta forma o ambiente mais familiar e acolhedor (Brown, 2014; Fernandes, 2020; Sanders, 2014).

Com a utilização deste livro espera-se que a criança e a família se sintam bem acolhidos pela equipa, conheçam não só a estrutura física do serviço, mas os procedimentos mais comuns e os profissionais que vão encontrar ao longo do internamento.

Com a elaboração desta atividade foi-me possível desenvolver competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, pela forma como procurei utilizar estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde e procurei proporcionar conhecimentos e aprendizagem de habilidades às crianças e famílias que facilitam o desenvolvimento de competências para a gestão dos seus processos de saúde/doença (Regulamento nº 422/2018, 2018).

Para além das competências específicas tive oportunidade de desenvolver competências comuns de enfermeiro especialista, quer no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal através da promoção da proteção dos direitos humanos, do respeito pelo direito ao acesso à informação e pela autodeterminação da criança no âmbito dos cuidados de saúde, quer no domínio da melhoria contínua da qualidade, com a mobilização de conhecimentos e habilidades para garantir a melhoria contínua da qualidade (Regulamento nº 140/2019, 2019).

1.LIVRO DE COLORIR

A minha cirurgia. Uma aventura para me fazer sentir melhor!



Livro de colorir

NOTA PARA OS PAIS:

Este livro de colorir pretende ajudar a preparar a criança para o procedimento cirúrgico e consequente hospitalização, por forma a tornar este episódio da vida da criança, o menos traumático possível.

Através das diferentes atividades será mostrado aquilo que a criança pode esperar da sua estadia no hospital, numa tentativa de tornar tudo mais divertido.

A sua presença neste dia é muito importante, por isso sempre que necessário esclareça as suas dúvidas com os profissionais. O seu filho ficará mais tranquilo se o sentir tranquilo também!

Juntos podem brincar, ler, pintar, realizar as atividades e isso irá ajudar o seu filho a familiarizar-se com o serviço, profissionais e procedimentos a que será sujeito.
Boas leituras!

Este livro pertence a:

- ✓ Se recebeste este livro vais ser operado e por isso vais conhecer o serviço de Cirurgia Pediátrica.
- ✓ Este livro vai acompanhar-te nesta aventura!
- ✓ Podes ler sozinho ou pedir ajuda a um adulto para o fazer.
- ✓ Com este livro vais perceber o que vai acontecer ao longo do internamento.
- ✓ Vais ter também a oportunidade de guardar recordações desta nova aventura.
- ✓ Para a utilização deste livro só há uma regra muito importante: Tens que te Divertir!!!



Um dia fui ao médico e ele disse que eu tinha que ser operado (a)!

Uma operação é quando o médico vai melhorar em ti, alguma coisa que não estava bem.



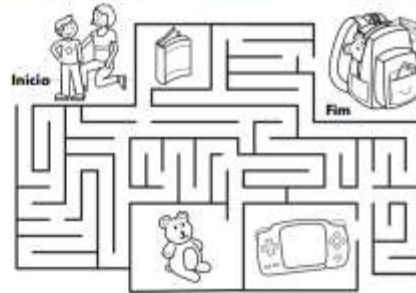
Eu já fui operado à garganta para respirar melhor!

É eu já fui operado para não ter dores de barriga!

E tu?
Vais ser operado porquê?

Antes de ir para o hospital fui fazer a minha mala. Coloquei lá dentro as minhas coisas preferidas!
Durante o internamento posso ter comigo os meus brinquedos favoritos.

Ajuda o menino a encontrar os seus objetos preferidos para colocar na mochila!



E tu o que tens na tua mochila? Quais são os teus brinquedos preferidos?
Desenha-os aqui!



Fui para o hospital com os meus pais, eles podem ficar sempre comigo, nunca vou ficar sozinho (a)!Quando chegámos fomos para um serviço chamado **Cirurgia Pediátrica** e fomos recebidos pela administrativa.



Em que dia foste para o hospital?



Ainda te lembras como se chama a administrativa?!

No hospital trabalham muitos profissionais por isso conheci muita gente nova!



Todos têm fardas e funções diferentes, mas todos são muito importantes!



A Educadora de Infância ajudou-me a encontrar coisas divertidas para fazer e assim o tempo que estive no hospital passou mais rápido e de forma divertida. Ela mostrou-me a sala de atividades que está cheia de brinquedos e jogos que os meninos que estão internados podem usar.



Como se chama a educadora?



Os Enfermeiros estiveram sempre comigo! Deram-me medicamentos para não ter dores e explicaram o que iria acontecer no bloco operatório.



Desenha aqui o teu Enfermeiro (a)

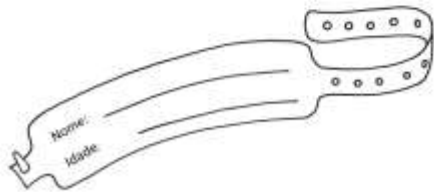




Consegues lembrar-te dos nomes de todos os enfermeiros?



Os Enfermeiros deram-me uma pulseira onde tem escrito o meu nome e data de nascimento. Tenho que a usar até ir embora, assim toda a gente vai saber o meu nome e em que serviço estou internado.



Podes colar aqui a tua pulseira quando tiveres alta!

Depois vesti um pijama do hospital



Como era o teu pijama?

Fui conhecer o meu quarto e a minha cama.
A cama era muito divertida, tinha rodinhas e um comando que a fazia levantar e baixar!



O Enfermeiro avaliou várias coisas:



Peso:

Só tenho que subir para a balança.

Temperatura:

Vou ouvir um apito no ouvido!

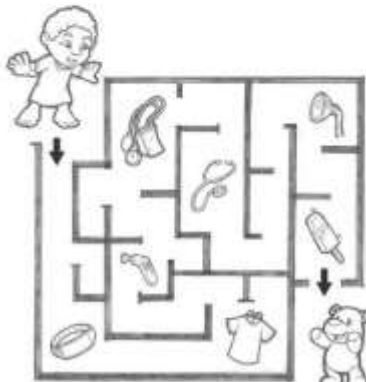
É só um autocolante no dedo.



Oxigénio:

Um abraço apertadinho no meu braço!

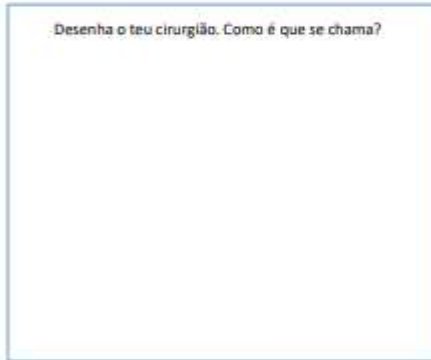
Tensão arterial:



Os **Cirurgiões** são médicos que sabem fazer cirurgias.



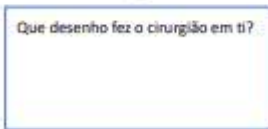
Desenha o teu cirurgião. Como é que se chama?



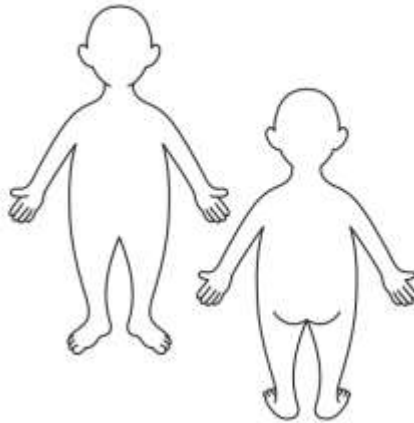
Antes da cirurgia o cirurgião vem fazer uma marca no sítio onde vai operar. É nesse sítio que vou ter um pensol



Que desenho fez o cirurgião em ti?



Assinala o sítio onde vais ser operado(a):



Os **Auxiliares** fazem as coisas mais divertidas, eles ajudam a manter a nossa cama limpa e arrumada, ligam a televisão, vão com os meninos e os pais aos exames!



E o melhor de tudo...são os **Auxiliares** que nos dão comida!

Mas atenção!!!
Antes da cirurgia tenho que ficar um tempinho sem comer ...chama-se **jejum pré-operatório!**



O **Anestesi**ta é um médico que trata de fazer com que os meninos durmam durante a cirurgia. Esse sono especial faz com que os meninos não tenham dor e sonhem com coisas boas!

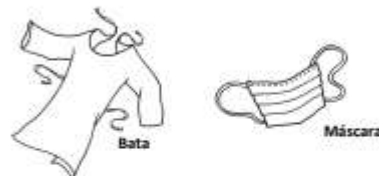


O **Anestesi**ta veio ver se estou a respirar bem e explicar que para adormecer tenho que cheirar um cheirinho especial que vem de uma máscara mágica!

Quando chega altura de ir para o **Bloco Operatório** só um dos meus pais pode entrar comigo e tem que se vestir com umas roupas especiais que todos usam quando estão dentro do bloco.



Touca



Bata

Máscara

O **Bloco Operatório** é um sítio onde está um bocadinho de frio, há muitas luzes e muitos aparelhos, mas eu não tenho medo porque já sei para que servem as coisas. Graças à **Anestesia** vou estar a dormir e não vou sentir nada!



Vou passar para uma cama diferente



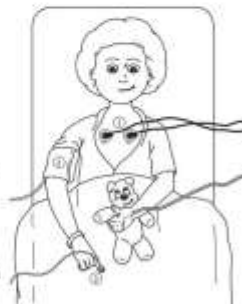
Para ouvir o coração



Para medir a tensão arterial

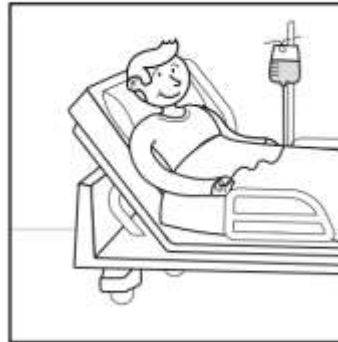


Para saber se estou a respirar bem



Os enfermeiros vão voltar a colocar muitos aparelhos e fios ligados a mim, mas eu sei para que servem!

Descobre e assina-la as diferenças



Chegou a altura da anestesia! Já sei que vou cheirar um cheirinho especial numa máscara que me vai dar muito soninho, vou respirar fundo e contar carneirinhos...vou adormecer e ter sonhos bons!

Respira fundo...



1 2 3 4 5

Quantos carneirinhos contaste antes de adormecer?



Durante a anestesia sonhaste com o quê?



Quando acordei no **Recobro** estava lá a minha mãe/pai e estava um enfermeiro(a) que me deu medicamentos para eu não ter dores e estar bem disposto (a).



Há crianças que vão para casa no final do dia da cirurgia.



Eu voltei para o meu quarto e fiquei alguns dias internado na companhia do meu pai.



Outras ficam internadas alguns dias.



O dia da alta chegou! Agora que estou melhor já posso voltar a casa!



O Auxiliar vai levar-me de cadeira de rodas até à saída.



Tive alta no dia: _____



Vou pedir a assinatura dos amigos que conheci!

Trabalho elaborado no âmbito do 12.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Discente: Séfora Lino, Enfermeira no Serviço de Cirurgia Pediátrica do

Enfermeira Orientadora: [Redacted]

Professora Orientadora: Prof.ª Sónia Rodrigues

Referências bibliográficas

American society of anesthesiologists [L.d.]. *Surgery and anesthesia: My surgery journey, an adventure to make you feel better. Made for this moment.* Disponível em: asahq.org/madeforthismoment

Kula, K. (2016). *My going to surgery. Coloring book.* Cleveland Clinic Children's.

Mitchell, L., Corrent, J. & Heltmiller, G. (2014). *The hopkins children's. Guide to surgery.* Johns Hopkins Children's Center.

Urbasovic, J. (2017). *A read-along coloring book about surgery.* Childrens Minnesota. Disponível em: childrensMN.org/planningforsurgery

Lisboa, 2022

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American society of anesthesiologists (s.d.). *Surgery and anesthesia: My surgery journey, an adventure to make you feel better*. Made for this moment. Disponível em: asahq.org/madeforthismoment
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica*. Perspectiva Desenvolvimentista. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brown, T.L. (2014). Especificidades nas intervenções de enfermagem em pediatria. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*, 9.ªed. (pp. 1061-1118). Loures, Portugal: Lusodidata.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos e dor em pediatria. In A. L. Ramos, & M. C. B. Figueiredo (Coords.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 40-55). Lisboa: Lidel.
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*, 9.ªed. Loures, Portugal: Lusodidata.
- Instituto de Apoio à Criança – IAC (2008). *Carta da criança hospitalizada*. 4ª edição. Lisboa: IAC.
- Instituto de Apoio à Criança (2006). *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital*. Lisboa:IAC.
- Kula, K. (2016). *My going to surgery. Coloring book*. Cleveland Clinic Children's.
- Mitchell, L; Corrent, J. & Heitmiller, G. (2014). *The hopkins children's. Guide to surgery*. Johns Hopkins Children's Center.

Nilsson, E., Svensson, G. & Frisman, G. (2016). Picture book support for preparing children ahead of and during day surgery. *Nursing children and young people*.28(8), 30-35.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica -serie 1, n.3,vol.2*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2ª série* (Nº133 de 12-07-2018), 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>

Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 2ª série* (Nº26 de 6-02-2019), 4744-4750.

Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*, 9.ª ed. (pp. 1025-1060). Loures, Portugal: Lusodidata.

UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*. Edição revista 2019. Comité Português para a UNICEF.

Urbanovic, J. (2017). *A read-along coloring book about surgery*. Childrens Minnesota. Disponível em: childrensMN.org/planningforsurgery.

ANEXO I

Certificado de participação nas **Jornadas de Urgência / Emergência em
Pediatria** do Centro Hospitalar de Setúbal, “Cuidar de Excelência”.

Certificado de participação no **Workshop “Oxigenoterapia por alto fluxo”**,
nas Jornadas de Urgência/ Emergência em Pediatria do Centro Hospitalar de
Setúbal.

Jornadas de

URGÊNCIA EMERGÊNCIA

em Pediatria

Cuidar de Excelência

UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA
EQUIPA DE ENFERMAGEM
Hospital de São Bernardo
SETÚBAL

Setúbal, 21 de maio de 2021

A Presidência das Jornadas de
Urgência | Emergência em Pediatria

Enf. Gestor do Serviço de Pediatria do CHS
Francisco Vaz

Enf.ª Especialista do Serviço de Pediatria do CHS
Rute Trigo

20 e 21 MAIO
2021
Plataforma
Online

CERTIFICADO

Certifica-se que **Séfora Lino**
participou nas Jornadas de Urgência | Emergência em Pediatria do
Centro Hospitalar de Setúbal, "*Cuidar de Excelência*", que
decorreram nos dias 20 e 21 de maio de 2021, em plataforma online.



Jornadas de **URGÊNCIA EMERGÊNCIA** em **Pediatria** *Cuidar de Excelência*

UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA
EQUIPA DE ENFERMAGEM
Hospital de São Bernardo
SETÚBAL

Setúbal, 21 de maio de 2021

A Presidência das Jornadas de
Urgência | Emergência em Pediatria

Enf. Gestor do Serviço de Pediatria do CHS
Francisco Vaz

Enf.ª Especialista do Serviço de Pediatria do CHS
Rute Trigo

20 e 21 MAIO
2021
Plataforma
Online

CERTIFICADO

Certifica-se que **Séfora Couchinho Lino** participou no Workshop “**Oxigenoterapia por alto fluxo**”, com duração de 1h, nas Jornadas de Urgência | Emergência em Pediatria: Cuidar de Excelência do Centro Hospitalar de Setúbal, que decorreram nos dias **20 e 21 de Maio de 2021**, em plataforma online.



ANEXO II

Curso “Terapêuticas Inovadoras - Perspetivas de Enfermagem”, no âmbito das
XXVII Jornadas de Pediatria do CHULN.



XXVII
JORNADAS
DE PEDIATRIA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
HOSPITAL DE SANTA MARIA



CERTIFICADO

Certifica-se que **Séfora Lino** participou no Curso
“Terapêuticas Inovadoras - Perspectivas de Enfermagem”
no dia 23 de fevereiro de 2022 no âmbito das XXVII
Jornadas de Pediatria do CHULN.

21/03/2022

PROF. DOUTORA ANA ISABEL LOPES

Presidente das XXVII Jornadas de Pediatria do CHULN