

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**“Cuidados de Enfermagem à Criança com Cateter
Venoso Central”**

Catarina Grilo

2011



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

"Cuidados de Enfermagem à Criança com Cateter Venoso Central"

Catarina Grilo

**Dissertação ou trabalho de projecto ou relatório de estágio
orientado(a) por:**

Enf^a Prof^a Doutora Paula Diogo

Enf^a Especialista M^a Eduarda Gonçalves

2011



AGRADECIMENTOS

À minha **Mãe, Pai e Avós Paternos**, pela amizade, tempo, incentivo, estímulo e apoio sempre demonstrados durante todo este meu percurso proporcionando-me um crescimento pessoal.

À **Enfermeira Professora Doutora Paula Diogo e Enfermeira Professora Doutora Alice Curado**, pelos ensinamentos valiosos, qualidade das sugestões realizadas e contribuição dos recursos indispensáveis e essenciais na construção desta trajetória.

À **Enfermeira Maria Eduarda Gonçalves**, que foi muito para além da orientação, estando ao meu lado incontestavelmente e confiantemente. Ajudou-me a conduzir para um fim brilhante, exaltando as minhas qualidades e desafiando as minhas imperfeições. Exemplo de ética, postura e moral, que levarei adiante...

À **Equipa de Enfermagem do Serviço de Pediatria – Piso 6 – do HSM**, pela atenção, estímulo, amizade e carinho dispensado e que tanto contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal.

Aos **Enfermeiros Orientadores dos Locais de Estágio**, em especial à Enfermeira Sandra Durão (Hospital de Dia do IPO de Lisboa), Enfermeira Rita Pereira (Neonatologia do HSFX), Enfermeira Chefe Fátima Figueira (Urgência Pediátrica do HSFX) e Enfermeira Ana Duarte (UMAD do HSM), pelo acolhimento, simpatia, amabilidade e disponibilidade demonstrados ao longo de todo este meu percurso.

Às **Crianças do Serviço de Oncologia Pediátrica do Hospital de Dia do IPO de Lisboa**, um muito **OBRIGADO** por todo o carinho, amizade e ensinamentos demonstrados durante a minha permanência nesta unidade proporcionando-me um enorme crescimento pessoal e profissional, levando-me a uma nova visão do mundo...

“É melhor coxear pelo caminho do que avançar a grandes passos fora dele.

Porque quem coxeia pelo caminho, embora avance devagar, aproxima-se da meta, enquanto que quem segue fora dele quanto mais corre mais se afasta.”

(Stº AGOSTINHO)

RESUMO

GRILO, C. R. C. (2011) - **Para um percurso de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista – Cuidados de Enfermagem à Criança com Cateter Venoso Central**. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Universidade de Lisboa. Relatório de estágio (Mestrado)

Sendo que o crescimento e o desenvolvimento da criança ocorre em sequências e padrões previsíveis, que reflectem o crescimento físico e o desenvolvimento psicossocial, cognitivo e moral, estes geralmente são referenciados como uma unidade, expressando a soma das inúmeras alterações que ocorrem durante a vida.

HOCKENBERRY (2006) ao citar *American Nurses Association* (2003), define Cuidar em enfermagem como “*a prevenção da enfermidade, o alívio do sofrimento, assim como a protecção, a promoção, o restabelecimento da saúde no cuidado de indivíduos, famílias, grupos, comunidades e populações*”.

Em enfermagem pediátrica o cuidado é centrado não apenas na criança mas na sua família, pois esta é o seu núcleo de suporte (OLIVEIRA *et al*, 2005).

É fundamental que o enfermeiro proporcione e valorize suporte emocional e criatividade na arte do cuidar, requerendo habilidade técnica e empática (PARO *et al*, 2005:152).

Para CASEY (1993b:233), “*os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia de enfermagem pediátrica da década de noventa. As crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança.*” A base deste modelo, é a negociação alicerçada no respeito pela família e suas necessidades e desejos.

A resposta da criança à dor é cada vez mais influenciada pelas suas experiências dolorosas prévias e pela reacção emocional dos pais durante o procedimento. Assim sendo, torna-se fundamental a prestação de cuidados atraumáticos, eliminar ou diminuir o sofrimento físico e psicológico da criança e sua família (HOCKENBERRY, 2006).

Aquando da hospitalização a preparação psicológica da criança e família é extremamente importante. O enfermeiro, sempre que possível, deve explicar à criança e família a sua necessidade de hospitalização, e alguns aspectos sobre o mesmo, sendo fundamental uma boa integração à nova unidade. Durante este processo é

fundamental que dependendo da faixa etária o enfermeiro direcione o seu discurso e olhar para a criança, demonstrando a sua importância valorizando-a.

É fundamental que o enfermeiro adquira uma postura, gestos, tom de voz, olhar, expressão facial, ... pois qualquer cuidado de enfermagem já por si é uma fonte comunicação. Contudo, o rosto é a parte do corpo que mais informação proporciona e de mais fácil e rápido acesso.

Frente à necessidade de aprofundar conhecimento nos cuidados centrados na criança com ou sem um dispositivo médico, tendo por base uma relação terapêutica eficaz, surgiu...o interesse por esta área, de modo a minimizar o stress da criança/jovem face à hospitalização.

Este relatório tem como objectivo descrever, analisar e reflectir o trabalho realizado em estágio sobre o tema **“Para um percurso de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista nos Cuidados de Enfermagem à Criança com Cateter Venoso Central”**.

O relatório tem como propósito descrever de forma objectiva as experiências e actividades desenvolvidas durante o estágio, bem como fazer uma análise crítica e através de uma reflexão pessoal e com os contributos da revisão bibliográfica feita.

A metodologia utilizada foi a de projecto e prática-reflexiva que culmina neste relatório, focando aspectos do cuidar centrado na criança, estratégias de comunicação e intervenções para minimizar riscos de infecção subjacentes ao uso de um dispositivo em contexto hospitalar, contribuindo para a formação de adultos em contexto de trabalho

Neste contexto é necessário prestar cuidados de enfermagem que englobem a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde das crianças, envolvendo a participação da família.

O enfermeiro, como agente de mudança, deve buscar conhecimento e formação que lhe permitam humanizar os cuidados de enfermagem, verificando-se fundamental a existência de guias de boas práticas de cuidados de enfermagem, de modo a proporcionar cuidados especializados de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: cuidados centrados na criança, relação terapêutica, comunicação, hospitalização, risco de infecção, cateter venoso central

ABSTRACT

GRILO, C. R. C. (2011) – **To a development path of competencies for a specialized nurse – Nursing Care to Child with Central Venous Catheter**. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, University of Lisbon. Training Course Report (Master)

As child's growth and development occurs in predictable patterns and sequences, which reflect the physical growth and the psychosocial, cognitive and moral development, these are generally referred to as a whole, expressing the sum of the wide variety of changes that occur during life.

HOCKENBERRY (2006) when quoting the American Nurses Association (2003), defines Care in nursing as "*the infirmity prevention, suffering relieve, as well as the wealth protection, promotion, and recovering, while taking care of individuals, families, groups, communities and population*".

In pediatric nursing, care is focused not only in the child but also in the family, as it is child's supporting core (OLIVEIRA *et al*, 2005).

In the care art it is fundamental that the nurse provide and valuate emotional support and creativity, requiring technical and empathic skills (PARO *et al*, 2005:152).

To CASEY (1993:233), "*care focused in the family, provided together with it, is the pediatric nursing philosophy of the nineties. Values and beliefs that support this philosophy include the recognition that parents are the best care providers to the child.*"

The base of this model is the negotiation supported on the respect of the family and its needs and desires.

The child's answer to pain is more and more influenced by previous painful experiences and by parents' emotional reactions during the procedure. Therefore, it becomes crucial to provide atraumatic cares to eliminate or reduce physical and psychological suffering of child and family (HOCKENBERRY, 2006).

When hospitalized the psychological preparation of child and family is extremely important. Whenever possible, the nurse should explain the child and the family why he or she has to be hospitalized and some aspects of the process, being fundamental a good adaptation to the new unit. During this process, depending on the age level, it is vital that the nurse addresses his speech and look towards the child, showing his importance and valuating him.

It is fundamental that the nurse adopts a convenient posture, gesture, voice tone, look, face expression... as any nursing care is by itself a communication source. However,

the face is the body part that provides more information and has a more easy and quick access.

From the need to deepen knowledge about child focused cares, with or without a medical device, based on an effective therapeutic relation, it arose... the interest about this area... in order to minimize the child/young person stress when hospitalized.

The goal of this report is to describe, analyze and reflect about the work done during the training course about the subject **“To a development path of competencies for a specialized nurse in the Nursing Cares to Child with Central Venous Catheter”**.

The report intends to describe in an objective manner the experiences and activities developed during the training course, as well as to do a critic and through personal reflection and with the contributions from the literature review.

The used methodology was the one of project and reflective practice which has culminated in this report that highlights aspects of care focused in child, communication strategies and interventions to minimize infection risks underlying the use of a device in a hospital, contributing to the education of adults in the workplace.

In this context it is necessary to provide nursing care that consider the promotion, maintenance and recovering of children’s wealth, involving the family participation.

The nurse as change agent should seek knowledge and training to enable it to humanize nursing care, it was concluded that the existence of guides about good practices in nursing care is fundamental in order to provide quality specialized care.

KEY-WORDS: child focused care, therapeutic relation, communication, hospitalization, risk of infection, central venous catheter

LISTA DE SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CVC – Cateter Venoso Central

CVC'S – Cateteres Venosos Centrais

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

HSM – Hospital de Santa Maria

HSFX – Hospital São Francisco Xavier

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IPO – Instituto português de Oncologia

ml - Mililitros

PNCI – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção

OMS – Organização Mundial de Saúde

UI – Unidades Internacionais

UMAD – Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

ABREVIATURAS

Enf^a - Enfermeira

Prof^a - Professora

M^a - Maria

SUMÁRIO

	Pág.
0. INTRODUÇÃO.....	10
1. OBJECTIVOS DO PROJECTO	12
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
3. SÍNTESE DAS APRENDIZAGENS E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA	18
3.1. Cuidados Centrados na Criança	19
3.2. Estratégias de Intervenção para a Prevenção da Infecção na Criança	33
3.3. Cuidados com Base numa Relação Terapêutica	39
4. IMPLICAÇÕES DA PRÁTICA PARA A FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO	47
5. CONCLUSÃO	57
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
APENDICES	65
APENDICE I - Cronograma de Ensino Clínico	66
APENDICE II - Objectivos de Ensino Clínico	69
APENDICE III - Tabela de Competências enfermeiro Especialista	80
ANEXOS	82
ANEXO I – Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil	83
ANEXO II – Modelo de cuidados de Anne Casey	85
ANEXO III – Escalas de Avaliação da Dor	87
ANEXO IV – Desenvolvimento motor, desde o nascimento até aos 5 anos ...	89
ANEXO V – Expressões Básicas de Paul Ekman	91

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório, insere-se no âmbito do plano de estudo do I Curso de Pós-Licenciatura de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, nomeadamente na unidade curricular Ensino Clínico, que teve como objectivo principal implementar o projecto individual de autoformação, **“Para um percurso de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista nos Cuidados de Enfermagem à Criança com Cateter Venoso Central”**.

A elaboração deste relatório visa dar conhecimento das actividades/estratégias desenvolvidas para o desenvolvimento dos objectivos inicialmente propostos durante o estágio opcional.

O relatório tem como propósito descrever de forma objectiva as experiências e actividades desenvolvidas durante o estágio, bem como fazer uma análise crítica e reflexiva face às mesmas, que culminará na norma de actuação de cuidados de enfermagem. Assim sendo, a metodologia utilizada foi a de projecto e prática-reflexiva que culmina neste relatório.

A metodologia de projecto é um método que se centra na investigação, análise e resolução de problemas. Nesta metodologia o investigador está no centro, realçando o processo de aprendizagem, visando diversos objectivos no nível do saber. Esta metodologia divide-se em três fases: fase de estudos, planeamento e realização; sendo cada uma delas vital para o êxito do trabalho.

A metodologia prática-reflexiva, segundo FERNANDES (2003:394) centra, *“o aprender a aprender na formação dos profissionais de saúde deve compreender o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a conviver e o aprender a ser, garantindo a integridade da atenção à saúde com qualidade, eficiência (...)”*

A realização deste Relatório de Actividades, após realização do projecto de autoformação, tem o desígnio de promover intervenções de enfermagem na área da saúde infantil e pediátrica, contribuindo significativamente para a melhoria dos cuidados de enfermagem a nível das necessidades essenciais da criança.

A Investigação na disciplina de Enfermagem tem-se revelado fundamental no estabelecimento de bases científicas e conhecimentos importantes para a Profissão contribuindo para a melhoria da prestação de cuidados.

Desenvolver o projecto que culminou neste relatório, foi um desafio quando me apercebo da importância que este pode ter a nível da promoção das competências do enfermeiro a nível dos cuidados centrados na criança, bem como na prevenção da infecção adoptando estratégias de intervenção tendo em conta a relação terapêutica.

Este Relatório tem como principais finalidades prestar cuidados de enfermagem à criança com cvc e sua família, tendo por base o modelo de enfermagem de Anne Casey e os cuidados numa perspectiva holística, assim como, cuidados com base numa relação terapêutica, e descrever estratégias de intervenção de enfermagem que minimizam o risco de infecção da criança com cateter venoso central, levando-me a adquirir competências ou perícia na área do controlo de infecção, com o intuito de contribuir para uma melhor qualidade dos cuidados de saúde, atendendo à diversidade de doenças intrínsecas aos cateteres.

Este trabalho está organizado em 4 partes, pormenorizando aspectos conceptuais que enquadram o desenvolvimento das competências a que me propus atingir. Posteriormente, segue-se o capítulo de síntese das aprendizagens e aquisição de Competências descrevendo pormenorizadamente as 4 competências essenciais do meu percurso, e por fim, as Implicações para a prática.

As diferentes experiências de Ensino Clínico, que são destacadas neste Relatório, foram realizadas na área de Enfermagem de Urgência (Serviço de Urgência de Pediatria do HSFX), Cuidados Intensivos (Neonatologia do HSFX), Cuidados Médicos (Unidade de Pediatria – piso 6, Hospital de Dia do IPO, Bloco Operatório de Pediatria do HSM) e Comunidade (UMAD do HSM) (Apêndice I).

Para adquirir perícia na área do controlo de infecção à criança com cvc, é essencial aprofundar competências de natureza científica, técnica, humana, cultural e ética.

Deste modo, é fundamental actuar de forma responsável nas intervenções de carácter autónomo e interdependente, contribuindo para a promoção da saúde da criança e da sua família, proporcionando cuidados especializados de qualidade, no âmbito da Saúde Infantil, com o intuito de demonstrando o seu impacto nos ganhos em saúde.

1. OBJECTIVOS DO PROJECTO

A infecção dos CVC's está muito associada à prática de cuidados de enfermagem, pois são os enfermeiros quem mais os manipula. Apesar da evolução científica e da comprovação pela investigação da importância da manipulação de cateteres, ainda verificamos que em muitas unidades cada enfermeiro os manipula à sua maneira, pois cada um tem uma experiência diferente e única, e nem sempre esta é baseada na evidência.

Devido à existência desta problemática no serviço onde desempenhamos funções, surgiu a necessidade de implementarmos normas, com o intuito de uniformizar as práticas. Pois para além da salvaguarda do bem-estar das crianças, importa que os enfermeiros sejam cada vez mais autónomos e prestem cuidados individualizados, coerentes, específicos e sustentados.

Assim, propus-me desenvolver competências nas áreas clínicas, de formação, gestão e investigação; aplicabilidade no serviço de técnicas uniformizadas; (implementação de normas); identificação e homogeneização das práticas.

A formulação dos objectivos gerais e específicos constitui a segunda etapa na elaboração de um projecto e traduz o desejo de alcançar um resultado (ALVES, 2004).

Com a finalidade de desenvolver competências de análise e intervenção na área da prestação de cuidados à criança/jovem com CVC, de modo a compreender a vivência destas crianças e sua família; e prover cuidados numa perspectiva holística, surge a necessidade de elaboração de um projecto de intervenção sendo que as actividades encontram-se traduzidas neste relatório.

Os objectivos específicos delineados são os cuidados à criança/família considerando as suas dimensões como ser bio-psico-social e espiritual, e minimizar o risco de infecção contribuindo para a formação de adultos em contexto de trabalho (Apêndice II).

Neste contexto é necessário prestar cuidados de enfermagem que englobem a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde das crianças, envolvendo a participação da família, pondo em prática os conhecimentos teóricos e teórico-práticos adquiridos.

Para realizar as actividades referidas anteriormente, foram delineados os seguintes objectivos gerais:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em pediatria no que respeita aos cuidados centrados na criança/jovem e sua família numa perspectiva holística;
- Desenvolver estratégias de intervenção ao nível das diferentes respostas humanas da criança/jovem com cvc e sua família, incluindo as fisiológicas relacionadas com o controlo da infecção;
- Prover cuidados com base numa relação interpessoal (terapêutica) de modo a contribuir para o bem-estar e para a saúde da criança/jovem com necessidades relacionadas com o cvc, e sua família.

Foram utilizados recursos físicos, materiais e humanos (crianças/jovens com cvc, enfermeira chefe e tutora), normas e protocolos existentes noutras instituições, processos Clínicos de crianças que tiveram cvc, bases de dados electrónicas, pediatria 6 do HSM.

Tendo por base os objectivos delineados alcançando as finalidades referidas anteriormente, é da nossa convicção que a área da Saúde Infantil e Pediátrica é uma área que demanda muita atenção por parte do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, pois estes profissionais ao se dedicarem às crianças tornam-se um “elemento de referência” para a família e o gestor das respostas às necessidades identificadas.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo pretendemos focar alguns aspectos conceptuais que foram orientadores da prática, como sendo os cuidados centrados na criança e sua família, assim como as várias técnicas de comunicação de modo a proporcionar uma eficaz relação terapêutica, pois através das técnicas quer verbais quer não-verbais retira-se muita informação pertinente, durante este percurso de estágio em diferentes contextos de cuidados à criança/jovem.

Com os avanços científicos, tecnológicos e a facilidade de acesso à informação, a sociedade têm exigido dos profissionais de saúde conhecimentos específicos e aprimoramento constante, com o intuito de proporcionar excelência na qualidade dos cuidados que prestam.

A enfermagem, como actividade profissional, engloba a ciência e a arte. É um equilíbrio dinâmico entre todas as vertentes do conhecimento humano, isto é, o saber, o saber ser, o saber estar e o saber fazer.

Segundo OREM (1984:54), cuidar é está presente quando se refere que *“a enfermagem tem como especial preocupação a necessidade de auto-cuidado do individuo e a sua prestação, numa base contínua por forma a manter a vida, a saúde, recuperar da doença e lidar com os seus efeitos”*.

Para uma melhor compreensão e fundamentação das estratégias delineadas na prestação de cuidados, considerámos importante enquadrar teoricamente os cuidados centrados na criança (com cvc) numa perspectiva holística e com base numa comunicação eficaz, através de uma relação terapêutica, de modo a minimizar potenciais repercussões que poderão surgir quer ao nível do desenvolvimento da criança quer ao nível do funcionamento da família como uma unidade.

Segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (2007:4), do Ministério da Saúde *“A Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade.”* (...) *“Este Programa visa, através de uma sistematização de registo, análise, interpretação e informação de retorno sobre a infecção nas unidades de saúde, conhecer a realidade nacional e reunir esforços para que, de forma organizada e concertada, a diminuição da incidência da*

IACS seja promovida a longo prazo em Portugal, contribuindo para a segurança do doente.”

A infecção associada ao cuidado de saúde é apontada como uma das mais sérias problemáticas e um desafio de âmbito mundial. E, esse agravo torna-se ainda maior mediante a variabilidade de recursos e condutas aplicadas na assistência, seja no domicílio ou na instituição (PITTET, 2005).

Em termos de infecção hospitalar é oportuno destacar a sua participação significativa nas taxas de morbidade e mortalidade, no aumento do período de hospitalização, e, por conseguinte na elevação dos custos. Acresce-se que o risco de infecção está directamente relacionado com as condições clínicas do cliente, extremo de idade, comorbidades, condições nutricionais, entre outros aspectos (ROSENTHAL; GUZMAN; CRNICH, 2004; PETERSON; WALKER, 2006)

A OMS “reconhece que a IACS dificulta o tratamento adequado de doentes em todo o mundo, sendo também reconhecida como uma causa importante de morbidade e mortalidade, bem como do consumo acrescido de recursos quer hospitalares, quer da comunidade.” (PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE, 2007:4)

Em 1930, pela primeira vez em Portugal a infecção hospitalar foi abordada pela Direcção-Geral de Saúde e depois em 1979, pela Direcção-Geral dos Hospitais, através da Circular Informativa N°6/79, de 9/2/79, quando é reconhecida a Resolução (72) 31 do Conselho da Europa e divulgação a todos os serviços e unidades de saúde.

“O controlo da infecção foi recomendado pela Direcção-Geral dos Hospitais a todas as unidades de saúde pela Circular Informativa N°8/86 de 25/3/86, ao ter dado a conhecer a Recomendação n° R (84) 20 de 25 de Outubro do Conselho da Europa, que abordava a temática da prevenção das infecções hospitalares.

(...), por despacho do Director-Geral da Saúde de 14 de Maio de 1999, foi criado o Programa Nacional de Controlo da Infecção (PNCI) que foi divulgado pela Circular Informativa da Direcção-Geral da Saúde N°20/GAB/DG de 30/7/99 com o objectivo de dar a conhecer a verdadeira dimensão do problema e promover as medidas necessárias.” (PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECÇÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE, 2007:5)

Segundo o PNCI (2007:5), este insere-se no Plano Nacional de Saúde (2004-2010) e resulta do relatório da Comissão para a Formulação do Programa Nacional de Prevenção das Infecções Nosocomiais, criada por despacho do Alto-Comissário da

Saúde, de 30 de Setembro de 2005, e publicado em Diário da Republica II Série, nº 219, de 15 de Novembro.

No último inquérito nacional de prevalência, realizado em Maio de 2003, envolvendo 67 hospitais e 16373 clientes, identificou uma prevalência de 8,4% de clientes com IACS e uma prevalência de 22,7% de clientes com infecção adquirida na comunidade.

Tendo por base os dados disponíveis por Weinstein (2006) sobre as infecções provocadas por agentes resistentes, estes demonstram que: *“30% a 40% são resultado da colonização e infecção cruzada, tendo como veículo principal as mãos dos profissionais de saúde; 20% a 25% podem ser resultado da terapêutica antibiótica sucessiva e prolongada; 20% a 25% podem resultar do contacto com microrganismos adquiridos na comunidade; 20% têm origem desconhecida.”* (PNCI, 2007:6).

Os programas educacionais baseados em evidências tendo em conta estratégias que reforcem os comportamentos profissionais desejados, têm sido um instrumento valioso para modificar atitudes dos profissionais de saúde (LOBO *et al*, 2005).

Na Europa e nos Estados Unidos dá-se destaque à utilização das estratégias educacionais, como instrumentos facilitador para diminuir as taxas de infecção relacionadas com cateteres vasculares (EGGIMANN, 2000; PITTET, 2005; ROSENTHAL *et al*, 2004).

No início do Renascimento, teve início a utilização da punção venosa para fins terapêuticos e/ou diagnóstico, atrelada à descoberta da circulação sanguínea. Os primeiros ensaios empíricos de infusão de soluções e sangue *in vivo*, tiveram por base o uso de uma pena oca de ave como recurso intravenoso; e, em 1660 criou-se o primeiro dispositivo com ponta afiada, a agulha hipodérmica (PHILLIPS, 2001).

Actualmente a cateterização venosa consiste na introdução de um cateter no sistema venoso por meio de uma punção transcutânea ou da dissecação de veias periféricas ou centrais, como a veia subclávia, jugular interna ou femoral

O tipo de CVC introduzido é seleccionado de acordo com a finalidade da utilização, levando em consideração as características individuais dos clientes, tendo em conta a condição clínica.

OS cateteres podem ser classificados quanto: ao tempo de utilização (curta permanência, longa permanência ou permanente); tipo de material usado (silicone, poliuretano, etc.); tipo de implantação (não tonalizado, percutâneo, tonalizado); pela presença ou não de válvulas; pelo número de lúmenes e vias; e extensão física (longo e curto).

Os cvc's são sempre colocados pelo médico. Cabe aos enfermeiros a preparação do ambiente cirúrgico, do material e da criança que antecede a colocação do CVC.

A utilização de cateteres venosos é essencial para o cuidado do cliente hospitalizado que quer um acesso central, sendo as suas vantagens praticamente indiscutíveis. Porém, hoje em dia a apesar da colocação de um cvc ser uma intervenção de rotina, havendo poucas complicações quando executada por um médico experiente, não se trata de uma intervenção isenta de complicações mecânicas ou infecciosas (TACCONELLI *et al*, 2000; HOSOGLU *et al*, 2004; CARRER *et al*, 2005).

As complicações mais frequentes em todas as vias de acesso são: pneumotórax; punção acidental de uma artéria, com o risco de provocar um hemotórax; hematoma; na punção à esquerda, lesão do canal torácico originando um quilotórax; embolia gasosa; lesão do plexo braquial; mau posicionamento do cateter, com alterações no ritmo cardíaco quando o braço é movimentado; infecção; trombose da veia.

Neste contexto, devemos ter em atenção que muitos utentes com cateterismo venoso central estão mais sensíveis à infecção devido à sua patologia de base.

Ao cuidar da criança o enfermeiro tem de compreender o seu mundo particular e as etapas da sua infância, de forma holística no que se refere à díade criança-família, buscando satisfazer suas necessidades, independente de sua condição/situação actual.

A criança enquanto foco de atenção, é vista como um ser em desenvolvimento cujo crescimento se exprime através de simultâneos comportamentos ou reacções bio-anatómicas, psicológicos e sociais, que evoluem de acordo com as leis da maturação neurológica, sendo a sua ordem de sucessão a mesma para todos os indivíduos, mas diferem simplesmente em relação ao ritmo a que sucedem uns dos outros (BELLMAN, M *et al*, 2003).

3. SÍNTESE DAS APRENDIZAGENS E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRA ESPECIALISTA

DIAS (2006a: 26), ao citar Reboul (1982), defende que *“A competência distingue-se do saber-fazer, aptidão para agir, e do saber puro, aptidão para compreender, pelo facto de ser uma aptidão para julgar.”* Assim sendo, as competências não se resumem a um saber, nem sequer a um saber fazer, dado que a experiência tem demonstrado que as pessoas que possuem os conhecimentos e dominam as técnicas muitas vezes não os sabem utilizar devidamente em determinado contexto laboral.

As competências organizam-se em categorias multidimensionais centradas nas dimensões pessoal, científica, técnica, sócio-afectiva, relacional, comunicativa e ético-moral.

Segundo Parkes (1994), citado por DIAS (2006a: 26), *“(...) os vários componentes da “competência” que aparecem no material bibliográfico, qualquer que seja a forma como são rotulados. Assim, podemos realmente concordar que o conhecimento e a compreensão contribuem para a competência, embora seja impossível observar ou avaliar directamente qualquer dos três.”*

As qualificações profissionais, do mesmo modo que as competências certificadas com base num período de formação, associam-se frequentemente à aquisição de um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, adquiridos através de uma combinação entre a formação escolar e a aprendizagem no local de trabalho.

O enfermeiro especialista, no desempenho profissional, proporciona benefícios essenciais de saúde para a população, principalmente o acesso a unidades de saúde eficazes, de forma integrada e coordenada e, garantindo desta forma a continuidade de cuidados (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2007:16).

Ainda segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007), ao enfermeiro especialista é esperado que demonstre níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, através das suas competências clínicas no campo específico da intervenção especializada.

Cada aluno é responsável pelo seu processo de formação e dirigindo a sua própria aprendizagem e formação, visando o desenvolvimento de competências nos vários domínios do conhecimento, utilizando como metodologia a reflexão sobre a acção e a aprendizagem experimental com recurso à elaboração de jornais de aprendizagem e

outros documentos reflexivos, agregados ao portfólio reflexivo, de modo a compreender a razão da nossa aprendizagem.

Como nos diz JESUS (1993:445), *“a questão da integração entre a teoria e a prática, que é considerada como uma das principais dificuldades do processo formativo, depende da forma como cada formando aproveita os conhecimentos teóricos perspectivando as suas implicações práticas”*.

Neste contexto, iremos descrever e reflectir sobre o modo de realização de reflexões sobre o desempenho diário e/ou semanal com recurso a autores, permitindo consolidar conhecimentos, pois o saber prático é fundamental para a teoria *“porque a teoria sem a perspectiva de resolução na prática é estéril, mas a prática sem a teoria é cega”* (REBELO, 1996:16).

3.1. Cuidados Centrados na Criança

O crescimento e o desenvolvimento da criança ocorre em sequências e padrões previsíveis, que reflectem o crescimento físico e o desenvolvimento psicossocial, cognitivo e moral. Geralmente são referenciados como uma unidade, expressando a soma das inúmeras alterações que ocorrem durante a vida.

O crescimento corresponde ao aumento das dimensões físicas, ou seja, altura e peso aumentados da totalidade ou qualquer uma das suas partes, resultante do aumento do número e do tamanho das células, à medida que estas se dividem e sintetizam novas proteínas. É um processo dinâmico e não interrompido que depende do tempo e que varia de velocidade. A duração do crescimento tem uma importante relação com a idade e finda aquando da maturação sexual. Assim sendo, quanto maior é a idade, maior será o período de crescimento, sendo que o homem pode durar até aos 20 anos. Segundo o CENTRO INTERNACIONAL DA INFÂNCIA (1978), *“o crescimento é um fenómeno contínuo, cada etapa preparando a seguinte, da qual está separada por limites frequentemente pouco nítidos. É ainda um processo global, donde não se deve dissociar o desenvolvimento dos sentidos, da motricidade, da afectividade e da inteligência.”*

Este conhecimento dos modelos de crescimento permite-nos antever os estádios de desenvolvimento que acompanham a criança. Segundo PAPALIA (2001), embora exista uma ordem fixa e precisa para o desenvolvimento, ele não progride a uma mesma velocidade ou ritmo. Existem períodos de crescimento acelerados e momentos

de desaceleração no crescimento tanto no crescimento corporal total quanto no crescimento dos subsistemas.

O aumento da capacidade para a função, que habitualmente acompanha o crescimento, designa-se de desenvolvimento, ou seja, corresponde a uma alteração e expansão gradual. O desenvolvimento processa-se pelo avanço a partir de estágios mais inferiores para estágios mais avançados de complexidade. No que se refere ao desenvolvimento humano, este é a interacção do indivíduo com o ambiente físico e social, caracterizando-se pelo desenvolvimento cognitivo e pelo crescimento físico.

Surge em associação o desenvolvimento das capacidades motoras, motor grosso e motor fino, podendo-se utilizar variadas escalas de avaliação. (ANEXO I)

Após a primeira semana de estágio no serviço de pediatria do IPO de Lisboa, tomei a decisão de reflectir acerca de alguns aspectos referentes aos cuidados de enfermagem à criança numa perspectiva holística.

Um dos grandes desejos, era trabalhar na Unidade de Pediatria do IPO. No nosso primeiro dia fomos com uma grande expectativa de que encontrar um serviço organizado e que os enfermeiros iriam estar a brincar nos corredores com as crianças, ou mesmo com eles ao colo. Tudo aquilo que tínhamos idealizado não se verificou. Após uma breve reunião com a enfermeira de apoio à gestão, optou-se que iríamos efectuar o estágio no Hospital de Dia de pediatria, devido ao grande número de crianças com cateteres venosos centrais, quer implantados ou semi-implantados, quer de longa ou curta duração.

Durante o estágio nesta instituição a orientação foi por uma enfermeira graduada com muitos anos de experiência naquela instituição e considerada perita naquela área.

Um dos pontos-chave que foi aprofundado era a essência do cuidar, pois estava perante um serviço de crianças com doença oncológica e sua família, em que o cuidar é visto e sentido numa perspectiva mais intensa.

Neste contexto, *“o cuidado inclui aproximação ao outro na convivência, como força de ajuda, para superar desafio e adaptar-se diante de novas situações de saúde ou doença. O cuidado, então, é a manutenção e reparação de aspectos que permeiam o ser humano.”* (SOUZA, 1995)

Leininger (1981), segundo DIAS (2004b:43), afirma que *“o cuidado é a essência do ser humano, sendo primordial para a sua sobrevivência, e que o cuidar refere-se às acções e actividades que visam apoiar ou capacitar indivíduos ou grupos com necessidades*

evidentes ou antecipadas, a fim de melhorar a condição ou modo de vida humana ou se defrontar com a morte.”

DIAS (2004b:43), ao citar Santin (1998:129-130), refere o cuidado como o estar-presente e pelo acto de *“(…) estabelecer laços pessoais de intersubjectividade, onde há espaço para a confiança e esperança. Presença com mãos hábeis, fundamentadas no conhecimento seguro e dotado de técnicas eficazes”*.

HOCKENBERRY (2006) ao citar *American Nurses Association* (2003), define Cuidar em enfermagem como *“a prevenção da enfermidade, o alívio do sofrimento, assim como a protecção, a promoção, o restabelecimento da saúde no cuidado de indivíduos, famílias, grupos, comunidades e populações”*.

Em enfermagem pediátrica o cuidado é centrado não apenas na criança mas na sua família, pois esta é o seu núcleo de suporte (OLIVEIRA *et al*, 2005).

Toda a infância é constituída por inúmeras sucessões de períodos. Sendo que cada um possui as suas particularidades. Apesar de ser previsível as fases de desenvolvimento da criança, cada criança possui o seu ritmo, sendo que é isso que testemunha a individualidade de cada qual. Havendo a sequência de fases comuns, cada criança lhe dá a sua tonalidade pessoal. (FERLAND, 2006:31-32)

Perante o diagnóstico de doença oncológica, em geral a família desorganiza-se, pois a sua rotina e dinâmica é alterada, necessitando de um acompanhamento mais assistido. Perante o diagnóstico de doença oncológica a criança e sua família vivenciam sofrimento e expectativas diversas que levam a uma alteração das suas vidas.

É fundamental que o enfermeiro proporcione e valorize suporte emocional e criatividade na arte do cuidar, requerendo habilidade técnica e empática (PARO *et al*, 2005:152). Esta autora refere que *“o cuidado inclui aproximação ao outro na convivência, como força de ajuda, para superar desafio e adaptar-se diante de novas situações de saúde ou doença”*.

Segundo o estudo elaborado por PARO *et al*, (2005:153), observou-se *“que a oncologia é uma das áreas que mais causa dor, sofrimento, ansiedade e stress ao enfermeiro pediátrico”*.

Ao reflectirmos sob esta dimensão do cuidar em oncologia pediátrica baseando-nos na observação e evidência científica, foi por nós percebido que no Hospital de Dia do IPO de Lisboa eram usualmente usadas várias técnicas de comunicação quer com a criança/jovem, quer com a família, de modo a diminuir a ansiedade vivida naquele momento.

Durante a nossa permanência nesta instituição foi observada directamente uma situação de morte da criança com doença oncológica, criança e família que eram acompanhados por estes profissionais há cerca de 5 anos. Esta situação levou-nos a reflectir a vivência da morte da criança oncológica pelos profissionais de saúde...

Ao realizarmos pesquisas bibliográficas, denotamos que a oncologia pediátrica leva os enfermeiros ao “(...) *contacto com a morte (...)*” que “(...) *gera sensação de impotência (...)*”. “*Há sofrimento advindo do envolvimento com a criança e sua família e da impotência frente à evolução negativa da doença. As limitações e a necessidade de lidar com elas de alguma maneira, resultam em sensação de impotência e insuficiência*”. (PARO *et al*, 2005:153)

MOK e LEUNG (2006), dizem-nos que a maior fonte de satisfação vivenciada pelos pais é o suporte que recebem dos vários profissionais de saúde. Foi possível verificarmos que, como nos diz PARO *et al* (2005:154), “*é importante a presença dos pais no cuidar directo à criança, permitindo-lhes vivenciar esta etapa, formando um vínculo baseado na verdade*”.

Ao analisar o artigo de PAIXÃO *et al* (2009:74), baseando-se em Malloy, *et al* (2006), esta refere-nos “*que os enfermeiros estão pouco preparados para fornecer cuidados de qualidade perante situações de fim de vida, particularmente em crianças*”. Esta autora também nos refere que actualmente “(...) *os cuidados paliativos funcionam como uma ponte entre uma abordagem científica orientada para uma cura e uma abordagem humanística que enfatiza a arte de cuidar com compaixão (...)*”.

Foi com base neste pressuposto e na necessidade de uniformizar cuidados em oncologia pediátrica, que em 2006 foi elaborado o “*Manual de Cuidados Paliativos em Oncologia Pediátrica*” do IPO de Lisboa, manual este que serve familiares e outros profissionais de saúde que acompanham crianças com doença oncológica.

Neste serviço, os enfermeiros tinham em conta a vontade da criança/jovem quando da realização de alguns procedimentos mais dolorosos, sendo utilizadas diversas figuras (desenhos) à escolha da criança para colocar nos locais, como por exemplo locais de punções venosas, de inserção do cvc e da sonda nasogástrica. A título de exemplo, num determinado dia um adolescente encontrava-se nesta unidade, acompanhado pela mãe, para realizar medulograma. Este encontrava-se bastante ansioso e nervoso com o exame. Foram utilizadas várias técnicas de comunicação de modo a diminuir a sua ansiedade, sendo que foi dada prevalência à vontade do adolescente em puncionar acesso venoso periférico no membro superior que este queria (sangradouro do

membro superior direito) e não nas mãos. Após ter sido satisfeita a vontade, este adolescente permaneceu ligeiramente menos ansioso e tenso, pois era este o procedimento que mais ansiedade lhe causava.

Em ambiente hospitalar, a permanência dos pais é vista como uma participação no cuidado e um factor positivo na construção de uma relação entre pais, criança e profissionais de saúde, levando a uma nova perspectiva referente à assistência à criança hospitalizada.

Aquando da hospitalização da criança, como nos diz BRAZELTON (2009:342) no “(...) *a melhor maneira de preparar uma criança é ser tão honesto e completo quando possível na descrição do que irá acontecer*”.

Uma criança perante a hospitalização e ao sentir-se doente, “*não tem a noção de já se ter sentido de outro modo. Sentirá que essa doença é permanente (...)*” e que “*é uma retaliação por algo que ela fez*”. Torna-se fundamental “*explicar-lhe que ele não é responsável pela sua própria doença.*” (BRAZELTON, 2009:344-345)

Segundo PILLITTERI (1999), a principal meta do cuidado à criança é sempre o cuidado centrado na família, considerando-a a unidade primária do cuidado.

Em 1988, a Enfermeira Anne Casey considerou que os cuidados à criança são melhor prestados pelas famílias desde que devidamente supervisionadas, do que pelos profissionais. Com base neste pressuposto, a autora desenvolveu um modelo de intervenção cuidativa que identifica claramente o contributo dos pais/família nos cuidados à criança. Este modelo que considera os pais como parceiros ou sócios nos cuidados é hoje estimulado como filosofia de enfermagem em grande parte das unidades pediátricas, pois permite um crescimento físico, emocional e social da família. Para CASEY (1993b:233), “*os cuidados centrados na família, prestados em parceria com esta, são a filosofia de enfermagem pediátrica da década de noventa. As crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança.*” (ANEXO II) A base deste modelo, é a negociação alicerçada no respeito pela família e suas necessidades e desejos.

Assim sendo, CASEY (1993b:185) defende que “*para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de protecção, estímulo e amor*”, desta forma não existe ninguém melhor que os pais para prestar esse cuidado.

Sendo os pais os melhores conhecedores dos filhos, pois são uma constante na sua vida, estes são envolvidos no cuidado, promovendo a saúde e o adequado

desenvolvimento da criança. Ao envolver a família no cuidado à criança, exige do enfermeiro a máxima atenção, tornando o cuidado activo e dinâmico.

Por vezes em situações de crianças com doença crónica, o enfermeiro pode delegar funções aos pais pois estes são os principais cuidadores do filho. Segundo a ORDEM DOS ENFERMEIRO, no documento *“Delegação – Tomada de Posição”* (2007:3), baseado no REPE (art. 10º) *“os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de Enfermagem.”*

A resposta da criança à dor é cada vez mais influenciada pelas suas experiências dolorosas prévias e pela reacção emocional dos pais durante o procedimento. Os lactentes com mais idade reagem intensamente, com resistência física e falta de cooperação. Eles podem-se recusar a permanecer deitados, tentar empurrar a pessoa para longe, ou tentar fugir em qualquer que seja a actividade motora que eles possam realizar. A distracção pouco diminui as suas reacções imediatas à dor, e a preparação preventiva, como mostrando a eles o equipamento, pode aumentar os seus medos e resistências.

No serviço de pediatria do IPO de Lisboa, era utilizado como um cuidado rotineiro, os cuidados atraumáticos. Estes assumem um papel preponderante pois consiste num cuidado terapêutico, englobando um conjunto de profissionais e de intervenções de modo a eliminarem ou diminuírem o sofrimento físico e psicológico da criança e sua família (HOCKENBERRY, 2006). Os anestésicos locais usados com frequência era, nomeadamente o EMLA[®], sendo necessário esperar 60 minutos após a sua aplicação (BATALHA, et al, 2007:149)

Sendo que em 2003, a Direcção-Geral da Saúde equiparou a dor como o quinto sinal vital e considerou como Norma de Boa Prática, que a dor e os efeitos da sua terapêutica fossem sistematicamente avaliados e registados pelos profissionais de saúde.

No estudo elaborado por MEGEL, et al (1998), as técnicas mais eficazes para reduzir a percepção da dor na criança durante a punção venosa e vacinação, são o uso de imagens, a música e a distracção combinada com o relaxamento, pois levam a uma diminuição significativa da ansiedade.

Em Neonatologia do HSFX é utilizado com frequência por todos os elementos da equipa de enfermagem a escala de avaliação da dor em recém-nascidos da NIPS

(ANEXOIII). O procedimento efectuado com frequência baseia-se na administração de solução de sacarose com ou sem sucção não-nutritiva, sendo usada para alívio da dor nos prematuros, antes da realização de procedimentos dolorosos.

No artigo de revisão sistemática da literatura de GASPARDO (2005:441), verificou-se que a *“a solução de sacarose apresenta eficácia no alívio da dor para procedimentos dolorosos de punção, capilar ou venosa, em neonatos saudáveis a termo ou pre-termo.”* Nos vários artigos analisados verificou-se que a solução deve ser administrada oralmente, dois minutos antes do procedimento doloroso, na parte inferior da língua do prematuro.

Na sucção não-nutritiva durante o procedimento de punção venosa, este demonstrou maior eficácia do que a administração da glicose ou sacarose para o alívio da dor em prematuros a recém-nascidos. (CARBAJAL *et al*, 1999:439). Já segundo AKMAN *et al* (2002:439), os *“neonatos a termo que receberam 2ml de solução de sacarose a 12,5% seguida da sucção não-nutritiva choraram menos e apresentaram menor score de actividade facial (...).”*

COHEN *et al* (2006), diz-nos que a administração de sacarose reduz o choro, a alteração do ritmo cardíaco e o nível de dor avaliado, comparativamente à ausência desta intervenção para a diminuição da dor e ansiedade. Quando utilizadas em simultâneo a sacarose e a sucção a ansiedade do recém-nascido diminui significativamente.

Quando da permanência na Unidade de Pediatria do HSM – Piso 6, deparamo-nos com situações novas, sendo uma delas uma jovem transplantada de medula óssea e com necessidade de colocação de um CVC, em que a família sempre apresentou preocupação obsessiva pela infecção, questionando todos os cuidados prestados à jovem com o intuito de minimizar o risco de infecção.

A necessidade de dominar todo o meio envolvente e a ansiedade, foi transmitida à jovem não permitindo que esta tivesse opinião, e nem participa-se na tomada de decisões.

Assim sendo, o profissional de saúde deve esforçar-se cada vez mais por compreender a forma como cada criança e cada membro da família percebe e interpreta as suas próprias experiências e relações. A família torna-se importante se assumirmos que a criança *“é ela mais a sua circunstância”*, pois teremos que assumir que a qualidade de vida da criança, será muito do que for a qualidade de vida/bem-estar da família a que ela pertence.

É essencial ter uma visão em que todas as crianças são vulneráveis, ou seja, o que faz diferença na vulnerabilidade são as circunstâncias que envolvem cada criança, pois é nesta abordagem que a família é, sem dúvida, o factor determinante. Assim, a família é o ecossistema mais significativo da criança, no meio do qual a criança aprende a reconhecer a sua identidade e também a aprender a ajustar-se às condições de vulnerabilidade.

A preparação psicológica da criança e família é extremamente importante. O enfermeiro, sempre que possível, deve explicar à criança e família o que é um CVC, a sua necessidade, e alguns aspectos sobre o procedimento de colocação.

Ao efectuarmos uma reflexão acerca das intervenções de enfermagem observadas aquando da ida ao Bloco Operatório de Pediatria do HSM, tivemos oportunidade de observar cuidados de enfermagem prestados a crianças de diferentes faixas etárias e colocação de diferentes cvc de longa duração.

A primeira criança que observei encontrava-se no período de latência. Segundo HOCKENBERRY, *et al* (2006) é nesta fase ocorre o desenvolvimento motor, cognitivo e psicossocial de forma rápida. Durante o primeiro ano o crescimento é muito rápido, especialmente durante os primeiros 6 meses. No entanto, cada criança cresce de um modo pessoal, próprio e único. É através da mutualidade com a pessoa que fornece os cuidados (pai/mãe) que o lactente estabelece uma confiança básica no mundo e os fundamentos para futuras relações interpessoais.

Criança de 7 meses, género masculino, raça negra e com o diagnóstico de hemofilia A grave. Criança que durante o seu internamento prolongado apresentou diversas complicações como hemorragias graves, convulsões e hidrocefalia pós-hemorragica com necessidade de colocação de sistema de drenagem ventrículo-peritoneal. Actualmente é uma criança que apresenta um desenvolvimento psico-motor adequado à idade. Interage com a meio ambiente, chora, agita os braços e pernas, sorri, emite sons de alegria e desagrado. Apresenta as competências motoras básicas desenvolvidas, como sendo, agarrar, transferência de objectos e agarra e puxa a chucha. (ANEXO IV)

Por necessidade de tratamento prolongado e de intercorrências com o cateter venoso central de curta duração (cateter de *Arrow*), inserido na femural direita, surgiu a necessidade de colocação de cvc de longa duração (cateter totalmente implantado ou semi-implantado). No período que antecedeu a ida ao bloco operatório a mãe apresentou-se ansiosa mas muito colaborante nos cuidados prestados. Inicialmente,

sem lhe ter sido comunicado o jejum da criança, a mãe veio ter comigo a questionar se podia dar um leite ao filho às 3 horas, altura em que o jejum tinha início. Relativamente à criança esta esteve calma, comunicativa e interagindo com o meio que o rodeia.

Ao preparar a criança para levar ao bloco operatório decidimos que esta deveria levar a sua manta, a chucha e o seu brinquedo preferido, de modo a que a criança se sentisse segura, minimizando o stress, permitindo consolar a criança imediatamente.

Durante o percurso a criança manteve o seu estado normal, como se não se passasse nada de diferente. A mãe encontrava uma postura calma, mas tensa e ansiosa, demonstrando-se emocionalmente afectada. Foi-lhe explicado o tempo previsto da cirurgia, o que iria acontecer e que o seu filho posteriormente iria para a unidade de cuidados intensivos para vigilância devido ao alto risco que seria a cirurgia devido à sua patologia de base (hemofilia A grave) e às várias intercorrências passadas pois o grande problema centra-se na grande dificuldade em cessar as hemorragias. Perante esta atitude a mãe apresentou uma postura mais calma, mas o seu papel parental manteve-se inalterado pois nada lhe foi omitido, mantendo-se a relação terapêutica já estabelecida com toda a equipa.

No período pré-operatório as enfermeiras interagiram com a criança utilizando os seus objectos pessoais, até que esta adormece-se após a administra-se dos fármacos de anestesia. Como nos diz HOCKENBERRY, *et al* (2006:717) *“brincar é sempre uma estratégia eficiente na preparação da criança, e uma maior familiaridade com os procedimentos (...) diminui a ansiedade”*, isto é, se permitir-mos que a criança mexa nos objectos, se for utilizada a brincadeira de ser médico permitindo que este manuseie os objectos, a criança numa situação real, sente-se mais familiarizada colaborando nos procedimentos, minimizando os seus medos e preocupações.

PEREIRA *et al.* (2010:25), referem que para minimizar o medo, a ansiedade, a solidão, a angústia de separação, é fundamental uma actividade atenuante dos stressores da hospitalização. Estes autores, ao citarem Furtado (1999) e Barros (2003) dizem-nos que *“o brincar contribui para gerir a emocionalidade excessiva das crianças, que tem o potencial de aumentar o sofrimento da experiência.”*

Em algumas instituições é permitido a presença dos pais no processo de indução da anestesia. Alguns dos benefícios dessa presença consiste no minimizar a necessidade de pré-medicação e evitar que a criança sinta a existência de uma separação dos seus pais, pois diminui a ansiedade da criança durante o processo de indução. Contudo, penso que deverá ser dada a opção aos pais de assistir à indução, explicando-lhes

previamente o que se espera deles e o que irá acontecer, não lhes impondo a obrigatoriedade da sua presença, tal como corrobora HOCKENBERRY, *et al* (2006:717) “Quando os pais escolhem não participar ou não lhes é permitido participar dessa indução, deixar com a criança um objecto favorito e levá-la aos pais logo que possível após a cirurgia.” Durante o procedimento foi tido em atenção o estado da criança e foi-nos explicado o porquê da colocação de um cateter de *Broviac* (cateter semi-implantado) e não um outro tipo de cateter.

No período pós-operatório imediato as enfermeiras colocaram junto da criança os seus objectos pessoais, assim como a mãe. Quando a criança acordou do procedimento apresentou choro mas facilmente acalmou com a presença, o toque e voz da mãe. Após cessar o efeito da terapêutica anestésica a criança apresentou-se activa e reactiva a estímulos externos, sorrindo e barburciando sons. A equipa de saúde ao interagir com a criança não apresentou gestos bruscos, mas sim calmos e suaves, mantendo o olhar na criança permitindo a sua tranquilidade (HOCKENBERRY, *et al*, 2006:709).

Na melhor das hipóteses, durante a hospitalização, o desenvolvimento e o crescimento poderá ser mais lento; na pior das hipóteses poderá provocar regressões com repercussões sérias na criança. A perda de controlo durante a hospitalização relaciona-se com as restrições físicas, alteração das rotinas e nível de dependência impostos. Para minimizar as reacções negativas que o lactente pode apresentar face a uma hospitalização, o enfermeiro deve ter alguns comportamentos: entrar no local sem pressas e evitar gestos bruscos e pouco afáveis; manter o contacto visual, colocar-se ao nível do olhar do lactente; sorrir; usar tom de voz suave; permitir que o lactente permaneça ao colo dos pais, tanto quanto possível, e que os consiga ver; dos cuidados a realizar, o mais doloroso deve ficar para o fim; falar sobre o que está a ser feito; utilizar o objecto preferido do lactente; e, distrair o lactente durante os cuidados.(DIOGO, 2010b)

No que se refere à segunda criança, esta tem 15 anos de idade, género masculino e raça negra. Foi um jovem que veio transferido de Cabo Verde por uma esplenomegália grave para estudo. Posteriormente optou-se por realizar uma esplenectomia com biópsia, pois o seu abdómen aumentava de dia para dia havendo a possibilidade de ocorrer ruptura do baço. Normalmente um baço possui aproximadamente 200gr, e o deste jovem tinha cerca de 4kg. Durante o internamento deste jovem a mãe esteve sempre presente ausentando-se apenas para ir a casa de familiares.

Na fase de internamento foi estabelecida uma excelente relação com o jovem que se manteve após a alta clínica do mesmo.

Umás semanas antes da segunda ida ao bloco operatório o jovem contactou-nos a informar o que estava a acontecer, assim como, a sua ida para a escola em que ele nada nem ninguém conhecia. Uns dias antes tínhamos sido informados por uma médica cirurgiã que se confirmava diagnóstico de Linfoma Não-Hodgkin e havia a necessidade de colocar um cvc para iniciar quimioterapia. No dia antes da colocação do cvc, o jovem contactou-nos a informar que iria colocar o cvc mas que gostaria que estivesse-mos presente ou que o fossemos visitar. Assim sendo, este gesto levou-nos a reflectir o porque de tal ter acontecido, ... será pelo facto de lhe transmitirmos tranquilidade, segurança e conforto?

No que se refere à preparação do jovem, não foi possível observarmos, pois o jovem deu entrada directamente vindo do domicílio. Foi possível observarmos que quando o jovem deu entrada no bloco operatório todos os elementos da equipa multidisciplinar estavam à entrada à espera do mesmo. Este foi recebido com calma, sorrisos, boa disposição e abraços, de modo afectuoso que contribui para gerar um ambiente seguro e propício à gestão emocional... (DIOGO, 2010b)

O jovem vinha nervoso, postura tensa mas acima de tudo sorridente. Ficou muito surpreendido com a minha presença, dirigindo-se a mim, dando-nos um abraço, sorrindo e agarrou-se às nossas mãos com bastante força, agradecendo-nos. Durante a fase de pré-operatório imediato o jovem ao adormecer tinha junto a si algumas das enfermeiras e médicas que conhecia e que mantinha um bom relacionamento terapêutico. Quando o jovem acordou tinha junto a si a sua mãe. Apresentou agitação motora mas cumprindo ordens simples, como, manter posição de decúbito lateral esquerdo, apertar a mão se tivesse dores. Este jovem posteriormente esteve mais calmo aquando da presença da mãe. Após o efeito da terapêutica anestésica o jovem colocava questões como, portei-me bem? Ressonei? Como correu? Tentaram-me pôr o cateter no pescoço?

Podemos verificar que no primeiro caso, a criança teve uma enfermeira junto a si pela gravidade da sua patologia de base (hemofilia A grave), sendo que esta interagia pouco com a criança, não sendo este o foco dos seus cuidados. No segundo caso, verificou-se o oposto, pois o jovem foi considerado o foco dos cuidados da enfermeira. Segundo o modelo de parceria de cuidados centrados na criança, segundo Anne Casey, os pais são vistos como sócios/parceiros nos cuidados. (CASEY, 1993b:193)

Relativamente a esta parceria de cuidados, foi possível observar-mos a sua essência aquando da nossa permanência na UMAD do HSM. Esta unidade serve de alternativa ao internamento hospitalar de longa duração, para crianças com doenças crónicas dependentes de tecnologia de suporte.

Tem como objectivo, a vigilância e apoio domiciliário ao doente pediátrico com doença crónica, com necessidades de apoios técnicos e terapêuticos no domicílio, em fase de estabilização clínica.

Observamos família preparadas e competentes nos cuidados às suas crianças, desempenhando um papel preponderante na estabilização da doença, sendo visível que a parceria existente entre as famílias e a UMAD levou a uma diminuição dos re-internamentos desta criança. A título de exemplo, observamos uma mãe que perante a sua filha com doença neuro-muscular com necessidade de ventilação invasiva por traqueostomia e graves sequelas de paragem cardio-respiratória, realiza todos os cuidados necessários à sua sobrevivência, como sendo, cinesiterapia e aspiração de secreções, esvaziamentos vesicais, administração de alimentação por gastrostomia, incluindo manobras de reanimação cardio-respiratória.

Relativamente ao processo cirúrgico, é fundamental que o enfermeiro tenha em conta que a cirurgia em si é já vista pela criança como um processo traumático, levando a sentimentos de angústia. Para minimizar tais sentimentos é essencial informar os pais e a criança sobre a situação crítica e delicada do pré-operatório e do pós-operatório. A criança tem o direito de ser informada adequadamente, tendo em conta a sua idade e desenvolvimento. Essa informação deve ser breve e simplificada, abordando a descrição da cirurgia, os procedimentos na unidade e bloco operatório e também os cuidados no pós-operatório. Deve ser dada à criança liberdade para esta exprimir os seus medos e ansiedades. Esta tem o direito de ser esclarecida quanto ao futuro sofrimento, pois a dor é mais intensa e difícil de suportar quando chega inesperadamente. A hospitalização pode trazer à criança sofrimento de ordem física e emocional que vão aumentar a morbilidade e o grau de sofrimento. Segundo PATRÍCIO (1989), *“toda essa dor tem efeito comum: o estado de ansiedade, que é um novo sofrimento. É uma situação de hipertonia afectiva, sensação de temor, insegurança, inquietação contínua, com perda de confiança em si mesma frente as pessoas e as situações”*. Para gerir e minimizar esses sentimentos na criança, torna-se necessária uma preparação tanto ao nível físico como psicológico (emocional).

Segundo HOCKENBERRY, *et al* (2006), ao realizar uma visita ao bloco operatório, antes do acto cirúrgico, pode ajudar a diminuir o medo do desconhecido na criança. No caso das crianças com menos de 5 anos, estas preocupam-se com o que poderá acontecer quando acordar, ou seja, onde e com quem estarão. Para evitar esse sentimento de medo deve-se mostrar a sala de recuperação, dizer que encontrar-se-á com os pais após a cirurgia.

No caso das crianças em idade escolar (6 aos 18), estes temem a anestesia e o acto cirúrgico. Surge assim reacções como o medo do desconhecido, angústia, ansiedade em relação à dor, preocupação com a imagem corporal, medo da mutilação e medo da morte. Um dos exemplos de acções que se podem realizar de modo a minimizar esses sentimentos é o mostrar a máscara e ensinar-lhes como o “gás” ou “remédio” actua. Poder-se-á dizer à criança que a anestesia é um sono especial provocado pela máscara e é controlado por uma pessoa especial chamada anestesista. Quando estas recuperam da anestesia encontram-se agitadas, sendo necessário os pais estarem presentes nesse momento ou colocar junto da criança o seu objecto favorito ou a pessoa que elas gostem (exemplo: enfermeira).

No caso da preparação dos pais para a intervenção cirúrgica, estes devem ser informados e esclarecidos de todas as dúvidas que possam surgir, pois sentem-se emocionalmente afectados, inseguros e ansiosos. Essa ansiedade deve ser diminuída através da informação e comunicação entre os pais e a equipe de saúde.

Uma vez que essa ansiedade é transmitida aos filhos, influenciando todo o processo terapêutico torna-se necessário identificar emoções, preocupações e atitudes dos pais de modo a ajudar a criança. Estes são uma ajuda preciosa a fim de evitar traumas psicológicos no pré e pós-operatório.

No que se refere aos cuidados no pré-operatório, a preparação adequada da criança é muito importante para o tratamento no pós-operatório. Para que este tratamento seja eficaz, certos aspectos terão de ser tidos em conta, assim como, a idade e hábitos da criança, condições psicológicas face à hospitalização, condições físicas para a cirurgia (nutricionais, de hidratação, pulmonares, hepáticas, cardiovasculares e renais), extensão da cirurgia (dependendo da lesão dos tecidos e do tempo de anestesia), cuidados necessários no pós-operatório, tempo de hospitalização, presença ou não de acompanhante e as suas condições físicas e psicológicas, condições socioeconómicas e culturais da família.

Após a cirurgia são necessários certos cuidados como, lidar com a criança, evitando movimentos bruscos, pois o sistema cardiovascular encontra-se instável, podendo ocorrer hipotensão arterial, permitir a presença da mãe ou do acompanhante junto da criança, proporcionar momentos de lazer com brinquedos, prestar atenção emocional à criança, estimular a participação da família com a criança, entre outros.

Após uma introspecção relativamente aos cuidados de enfermagem prestados à criança e sua família no período pré-operatório e pós-operatório, salientamos as acções que os enfermeiros podem adoptar com o intuito de minimizar o stress da criança e família. Por fim, sentimos que actualmente quando nos é atribuída uma criança que posteriormente irá ao bloco operatório, temos mais atenção a algumas intervenções que podem minimizar a ansiedade de todos os intervenientes.

Pensamos que é importante continuar, no sentido de aperfeiçoar competências indispensáveis para uma prática adequada e eficaz, nunca esquecendo o conceito de enfermagem interactiva, em que a acção se centra nos cuidados holísticos da criança/família.

Durante o período de tempo em que permanecemos no serviço de pediatria do IPO, podemos observar diariamente os cuidados de enfermagem a crianças com cvc, quer totalmente implantado (implantofix) quer semi-implantado (Broviac[®]), de curta e longa duração. Neste serviço podemos numa fase inicial observar a técnicas de manipulação do cvc (heparinização, colheitas de sangue para avaliação analítica, realização de pensos, administração de terapêutica/hemoderivados, remoção de pontos e fixadores, punção de implantofix, desobstrução, troca de válvulas).

A responsabilidade do cuidar da criança com um CVC é do enfermeiro, sendo essencial a prestação de cuidados de qualidade para assegurar o correcto funcionamento do mesmo, ou seja, garantir a eficácia do tratamento instituído, e despistar possíveis complicações que possam ocorrer.

Como nos diz GOMES-PEDRO (2002a:9) *“O que é mais difícil, em termos de desenvolvimento de uma criança e da sua circunstância, é compreender como cada elemento interage com o outro de forma a influenciar a vida de cada um e da sua família, de um modo individual.”*

É fundamental que os prestadores de cuidados de saúde tenham em atenção que *“as crianças desenvolvem-se dentro de famílias e, por sua vez, as famílias existem como parte de um universo cultural mais vasto. Este complexo sistema de agentes e forças tem muito significado para o desenvolvimento da criança. Significa isto que cada*

criança e cada família têm uma história, a qual é confrontada em cada nova experiência e em cada nova fase de progresso e envolvimento.” (GOMES-PEDRO, 2002a:10)

Após uma breve reflexão acerca do funcionamento desta família, torna-se evidente como nos diz GOMES-PEDRO (2005b:69) *“o afecto em cada criança cumpre-se no paralelo da satisfação das suas expectativas. A expectativa de cada criança é a de descobrir, aprender e gostar. A expectativa da criança é a de sentir coerência na sua vida.”*

Por fim um aspecto que considero vantajoso e fundamental consiste na preocupação pelo desenvolvimento da criança que tem de ser, de facto, o factor desencadeante das nossas intervenções de enfermagem.

Como nos diz PALMINHA (2003:63), adaptado de W. S. Landor, *“As crianças não são Homens nem Mulheres. São Seres distintos, como o botão é distinto da flor e a flor é distinta do fruto.”*

Em suma, PARO, *et al* (2005:153) *“A humanização requer dos profissionais de enfermagem conhecimento, disposição, interesse activo, afectividade, flexibilidade, busca por aprimorar o cuidar, responsabilidade, sensibilidade, capacidade de escutar oportunizando a expressão de sentimentos sem pré-julgamentos ou censuras”.*

Ao realizarmos várias introspecções acerca da prestação de cuidados centrados na criança, podemos concluir que os objectivos inicialmente propostos foram atingidos, assim como as competências específicas do enfermeiro especialista: A2, E1, E2 e E3 (APENDICE III).

3.2. Estratégias de Intervenção para a Prevenção da Infecção na Criança

Aquando do estágio realizado no contexto de urgência pediátrica no HSFX, após diálogo com a Enf^a. Chefe do Serviço de Urgência Pediátrica propusemo-nos analisar dois critérios presentes na norma de *“Recomendações para a prevenção de infecção em doentes com cateter venoso central”* e da norma *“Recomendações para a prevenção de infecção em doentes com cateter venoso periférico”* do HSFX. Efectuamos uma análise de critérios das normas de enfermagem aquando da inserção do um cateter venoso periférico quer de um cateter venoso central de modo a distinguir

actuações que podem ou não ser diferentes mas com nomenclaturas semelhantes e com o mesmo fim.

Após realizarmos pesquisa bibliográfica acerca de alguns critérios da norma de actuação do HSFX decidimos debruçarmo-nos sobre alguns aspectos que se diferenciam na norma de actuação dos CVP e CVC, pois a colocação de cateter venoso periférico constitui o protótipo mais comum em urgência pediátrica:

PARA INSERÇÃO DE CATETER ...	
CVP	CVC
- Lavar as mãos (dos profissionais de saúde)	- Lavagem asséptica das mãos (dos profissionais de saúde)
- Desinfectar com Solução Alcoólica (pele da criança)	- Desinfectar com solução anti-séptica e deixar secar (pele da criança)

Quadro 1 – Critérios para a inclusão/exclusão de estudos/artigos

Foi realizada pesquisa de artigos seleccionados da base de dados EBSCO, mais propriamente da CINAHL e da Medline. Os critérios utilizados para realização da pesquisa foram:

<u>Critérios de selecção</u>	<u>Critérios de inclusão</u>	<u>Critérios de Exclusão</u>
Participantes	Criança dos 0 aos 18 anos de idade com cateter venoso central e/ou cateter venoso periférico.	Criança com mais de 18 anos de idade com ou sem cateter venoso central/cateter venoso periférico.
Intervenção	Estudos de abordagem quantitativa, qualitativa, revisões sistemáticas literatura e estudos de caso que descrevam ou quantifiquem intervenções de enfermagem que minimizem o risco de infecção.	Todos os achados da pesquisa que não apresentem metodologia científica e não incluam intervenções de enfermagem.

Quadro 2 – Critérios para a inclusão/exclusão de estudos/artigos

Quer na base de dados da CINAHL e da Medline foi utilizando como descritores as palavras-chave (*central venous catheter, child, nursing interventions, risk of infection, peripheral venous catheter, handwashing, skin disinfection.*)

Todos os artigos seleccionados encontram-se filtrados por data de publicação de 2000-2010.

Um dos aspectos a salientar dos artigos seleccionados refere-se a um correcto conhecimento quanto à melhor solução de limpeza/desinfecção a utilizar antes, durante e depois dos cuidados/intervenções de enfermagem.

É fundamental ter em atenção a patologia de base de algumas crianças, pois estas podem estar mais sensíveis à infecção. Sendo a inserção de um cateter uma porta de entrada no organismo de infecções bacterianas, esta pode proliferar em redor do cateter, devido a uma má técnica de manipulação, ou entrar por ele levando a septicemia.

A lavagem das mãos é a atitude mais simples e mais importante para a prevenção da infecção nosocomial, sendo uma medida de Categoria I do *Centers for Disease Control and Prevention* (aplicável a todas as instituições hospitalares ou não hospitalares e para todos os procedimentos, e fortemente suportada e apoiada por trabalhos de investigação).

As mãos constituem a principal via de transmissão de microrganismos durante os cuidados de enfermagem prestados aos utentes, pois a pele é um possível reservatório de diversos microrganismos, que podem ser transmitidos de uma superfície para outra, por meio de contacto directo (pele com pele), ou indirecto, através do contacto com objectos e superfícies contaminadas.

A pele das mãos possui uma Flora transitória e uma Flora residente.

Segundo a norma de actuação de “*Lavagem das Mãos*” da Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar do HSM define “*A flora transitória fica localizada na superfície da pele e é formada por microrganismos que adquirimos no contacto com o ambiente quer seja animado ou inanimado. Qualquer tipo de microrganismo pode ser encontrado transitoriamente nas mãos, apesar de ser mais comum encontrar bacilos Gram negativo (p.ex. Escherichia coli e Pseudomonas) e cocos Gram positivo (p.ex. Staphylococcus) – os agentes bacterianos mais frequentemente causadores de infecção hospitalar. Têm um curto tempo de sobrevivência, um elevado potencial patogénico e são facilmente transmitidos por contacto. A lavagem das mãos com sabão simples remove-os com facilidade*”. No que se refere à flora residente, esta “*existe normalmente na epiderme onde se multiplica, tendo funções importantes de prevenção da colonização com a flora transitória. Aquela flora é constituída principalmente por bacilos e cocos Gram positivo e anaeróbios. Raramente causa doença a não ser*

quando introduzida traumáticamente nos tecidos ultrapassando as barreiras naturais, pelo que tem pouco significado nos procedimentos clínicos de rotina. Estes microrganismos não são facilmente removidos pela acção mecânica da lavagem das mãos sendo necessário recorrer à acção química de um anti-séptico associado ou não ao agente de lavagem”.

No que se refere ao tipo de flora existente na pele das mãos, pode-se retirar que a lavagem das mãos preconizada aquando da inserção de um cateter venoso periférico é a lavagem das mãos de modo a que remova a flora transitória. Aquando da inserção de um cateter venoso central o preconizado é uma lavagem das mãos de modo a remover a flora transitória e reduzir a flora residente, tendo em conta que nesta situação as áreas abrangidas são as mãos e antebraços até aos cotovelos.

No estudo científico elaborado por Larson, El., *et al*, (2000) retirado da base de dados Medline, foi utilizado o método Quase-experimental, sendo os participantes Profissionais de Saúde de dois hospitais. Neste estudo as intervenções mais importantes foram: relação entre aumento significativo de lavagem das mãos com uma redução concomitante em VRE e MRSA; melhoramento em outras práticas clínicas com uma aproximação bem-sucedida da lavagem das mãos; influenciar e organizar para uma mudança cultural na lavagem das mãos.

O resultado obtido deste estudo diz-nos que a frequência da lavagem das mãos contribuiu para a redução dos níveis de infecção nosocomial.

No estudo de Olive Kin Eng Lee, RN, MN, Linda Johnston, RN, PhD (2005), retirado da base de dados CINAHL, foi utilizado o método de revisão sistemática. Neste artigo uma das intervenções seleccionadas reporta-se a comparações entre o tipo de assepsia utilizado no momento de inserção do cateter, o tipo de solução usado no momento da desinfecção da pele, entre outros.

Neste estudo um dos resultados obtidos é a difícil escolha entre clorhexidina ou iodopovidona como antiséptico. No entanto, evidenciam/mostram que a clorhexidina pode causar dermatites de contacto em crianças de baixo peso. Existem evidências que a solução aquosa clorhexidina 2% é mais eficaz que a iodopovidona na diminuição da colonização bacteriana nas crianças e neonatais maiores de 2 semanas de idade.

No artigo de Douglas, L.; Aspin, A; Jimmeson, N.; Lawrance, V. (Jun. 2005), retirado da base de dados CINAHL, o método utilizado foi o questionário. Neste artigo alguns dos aspectos que retiro como sendo fundamentais é o uso da Clorhexidina 2% em 70% de

álcool como agente mais eficaz na limpeza/desinfecção da pele e lúmens do cateter; o uso de Clorhexidina a 2% está contra-indicada em prematuros com menos de 28 semanas ou bebês com menos de 7 dias de vida, pois há uma maior absorção pela maior imaturidade da barreira de permeabilidade da epiderme.

Naomi P. O'Grady, *et al* (Aug. 2002), artigo de Opinião que segundo os critérios da base de dados Medline, refere-se a entidades “conceituadas”, referente a cateteres intravasculares, diz-nos que uma técnica asséptica apropriada não usa necessariamente luvas esterilizadas, desde que se utilize luvas limpas e a técnica do “no-touch”; a lavagem das mãos com sabão antiséptico e água, ou gel aquoso alcoolizado, antes e depois da abordagem ao cateter; uso de técnica asséptica no momento de inserção do cateter venoso central; os cuidados ao local de inserção do cateter venoso central: desinfetar a pele com antiséptico apropriado, normalmente, clorhexidina 2% é preferível comparativamente à tintura de iodo ou iodopovidona ou álcool a 70% não sendo recomenda a utilizar clorhexidina a 2% em crianças com menos de 2 meses.

Em todos os artigos revistos, referem a higienização das mãos e o desinfectante utilizado como sendo as exigências fundamentais para prevenir e controlar a infecção hospitalar dos cateteres intravasculares.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, também tem dedicado esforços na elaboração de directrizes e estratégias de implementação de medidas visando à adesão à prática de higienização das mãos.

A higienização das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas com os cuidados de saúde. Recentemente, o termo “lavagem das mãos” foi substituído por “higienização das mãos” devido à maior abrangência deste procedimento. O termo engloba a higienização simples, a higienização anti-séptica, a fricção anti-séptica e a assepsia cirúrgica das mãos.

No caso da solução alcoólica, esta destrói a flora transitória, reduz o número de bactérias da flora residente e impede que as mãos sejam uma fonte de transmissão de infecção, pois esta solução alcoólica apresenta uma base dermoprotectora, sendo que o seu tempo de actuação para a mesma eficácia é mais elevado que outra solução. No caso de uma solução anti-séptica, esta corresponde a um sabão líquido com PH neutro para a pele mais solução alcoólica com ingredientes protectores da pele.

Após análise dos artigos pesquisados, a solução anti-séptica mais recomendada para desinfecção da pele é uma solução cutânea alcoólica, ou seja, constituída por clorhexidina 2% em álcool isopropílico 70%. Esta solução está indicada para anti-sepsia e desinfecção pré-cirúrgica da pele e manutenção de cateteres. Esta solução está contra-indicada em crianças com menos de dois meses, na punção lombar, no contacto com meninges e mucosas, e nas feridas abertas. Também está contra-indicada em utentes com hipersensibilidade à clorhexidina ou ao álcool isopropílico. No caso das crianças prematuras e/ou com menos de 2 meses deve ser utilizada iodopovidona sem base alcoólica pois estas crianças apresentam maior absorção por apresentarem imaturidade da membrana da epiderme.

Embora a higienização das mãos seja a medida mais importante e reconhecida há muitos anos na prevenção e controle das infecções nos serviços de saúde, colocá-la em prática consiste numa tarefa complexa e difícil.

No que se refere às medidas de prevenção e controle de infecções, é fundamental alertar para a variabilidade de recomendações e condutas que podem elevar ou diminuir as taxas de infecção (HOSOGLU *et al.*, 2004; CARRER *et al.*, 2005; TRICK *et al.*, 2006).

Deste modo, é nossa convicção pessoal que os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental no controlo da infecção nos cateteres venosos das crianças hospitalizadas.

Assim sendo, a formação da equipa quanto à utilização das guidelines, é fundamental de modo a uniformizar os cuidados de enfermagem aos cateteres, pois a existência de uma norma permite uma estruturada e multi-interventiva aproximação ao cuidado, não esquecendo que os registos são parte integrante das guideline.

Em suma, torna-se fundamental que os enfermeiros possuam um conjunto de capacidades bem desenvolvidas que permitam conciliar emoções com a razão, de modo a melhorar comportamentos, atitudes e a qualidade dos cuidados de saúde.

Após terminarmos o ensino clínico no serviço de urgência do HAFX, efectuamos uma introspecção acerca das aprendizagens neste locais, sendo elas: Prevenção de complicações, *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes.”* (OE, Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem:12), através do *“rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem”* e da *“responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos actos que pratica e que delega”*.

Segundo o ESTATUTO da OE, artigo 88º, o enfermeiro procura “*adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa*” (alínea b), “*Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.*” (alínea c) e “*trabalha em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde*” (artigo 91º).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007), ao enfermeiro especialista é esperado que demonstre níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, através das suas competências clínicas no campo específico da intervenção especializada. Sendo que as competências atingidas relativamente a este capítulo são: B2, B3, C1, C2, E1, e E2 (APENDICE III). Relativamente às competências do enfermeiro de cuidados gerais foram desenvolvidas duas competências da “*Prestação e gestão de cuidados*” alínea B, Ambiente seguro (página 22): alínea 68 (“*Cria e mantém um ambiente de cuidados seguros, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco*”) e 71 (“*Implementa procedimentos de controlo de infecção*”).

3.3. Cuidados com Base numa Relação Terapêutica

“*Vivemos num mundo de poucas palavras. Predomina a imagem. Na actual cultura, a razão sobrepõe-se à emoção. Valorizamos o ter, divinizamos o ser*” (KEITH, 1999).

Comunicar é um acto definidor da própria vida que, de tão omnipresente, parece dado como adquirido e de pouco valor. Comunicar é acima de tudo viver ou, melhor, conviver no sentido literal de *viver com*, segundo o modelo reducionista biomédico.

Numa perspectiva de enfermagem, Jacques Salomé e Christian Potier, citados por PHANEUF (2005:22) “*descrevem a comunicação como sendo a tentativa de criar “um laço de reciprocidade” entre duas pessoas*”.

A ideia de que a comunicação é um atributo dos seres vivos, desvaloriza a importância de melhorar o seu desempenho e contribui para a ideia de essa capacidade ser imutável e pouco susceptível de aperfeiçoamento. O domínio das ideias reducionistas e mecanicistas reforçam a desvalorização da comunicação nos profissionais de saúde. As habilidades comunicacionais podem ser aprendidas e esses conhecimentos são de longa duração, segundo NUNES (2007:11).

PHANEUF (2005:22) diz-nos que *“é preciso não somente perceber, escutar e ouvir o outro, mas também apreender o que se passa no interior de nós próprios, identificar as emoções, os pensamentos ou as reacções que as suas palavras suscitam em nós”*.

Assim, esta autora define comunicação como *“um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em sentimentos e emoções entre pessoas”*. Esta *“transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal,” ou seja, “pela maneira de agir dos intervenientes”*. (PHANEUF, 2005:23).

A comunicação compõe-se de mensagens verbais, para-verbais e não verbais. Por sua vez a linguagem verbal é constituída por palavras e pode ser oral ou escrita. Por para-verbal entendem-se as características da linguagem verbal que transmitem, por si só, informação. Como por exemplo a entoação, a fluidez, a tonalidade ou o ritmo.

Como nos diz HOCKENBERRY (2006), existe uma série de técnicas verbais que podem ser utilizadas para estimular a comunicação. Algumas dessas técnicas podem ser utilizadas para colocar questões ou explorar preocupações de forma menos ameaçadora. Uma das técnicas que pode ser utilizada e que é bem recebida pelas crianças, é o “jogos de palavras”.

Para as crianças a principal forma de comunicação é o brincar, pois *“as brincadeiras são a linguagem universal das crianças”* (HOCKENBERRY, *et al*; 2006:114). O uso da brincadeira terapêutica é usado para reduzir o trauma da doença, da hospitalização e como método para prepara a criança para procedimentos.

O uso do Brincar é uma das actividades essenciais para o desenvolvimento físico, emocional, social e espiritual da criança. Apesar desta actividade ser conhecida, durante o processo de hospitalização ela é pouco valorizada, não estando presente nas acções terapêuticas.

Para a enfermagem, o brincar é um instrumento de intervenção e uma forma de comunicação, possibilitando detectar a singularidade de cada criança.

A linguagem não verbal é constituída pelos componentes da mensagem que não utilizam palavras como os gestos, a postura, as expressões faciais, o que vestimos. Esta é a forma pela qual transmitimos muitas das nossas emoções e sentimentos. Muitas vezes este tipo de linguagem oferece muito mais informação que a linguagem verbal, mas é frequentemente desvalorizada.

A linguagem não verbal é o sinal físico do estado mental e é detectada por alguém com ouvidos tapados, mas com os olhos bem abertos. Esta linguagem pode ser classificada

em sinais visuais, auditivos e cinestésicos e, por vezes, até olfactivos. Por cinestésicos entende-se as sensações provenientes da pele, informação proprioceptiva derivada dos músculos e uma subtil combinação de sensações que nos informam do estado mental.

Por vezes (muitas vezes) o cliente emite palavras, sons, gestos, etc., que isoladamente não têm qualquer significado mas que dentro de um contexto podem ser “deixas” ou “indícios” fornecidos pelo cliente (de modo mais ou menos consciente) na tentativa de “dar oportunidade” ao enfermeiro de “entrar” ou “pegar” (no assunto). A estes sinais, que isoladamente não têm qualquer significado e que adquirem importância quando contextualizados, NUNES (2007:42) designa de “chaves mínimas” (*minimal cues*), “índices mínimos” ou “unidades mínimas”. Estes índices mínimos não verbais podem ser classificados quanto ao seu tipo, de visuais (expressão facial, contacto visual e movimentos oculares), cinestésicos (postura, distância, contacto, gesto, mobilidade, tónus muscular e respiração) ou auditivos (tonalidade, volume, ritmo e modulação).

Em enfermagem a comunicação é um instrumento fundamental nos cuidados prestados. Todos os cuidados de enfermagem são já por si uma fonte de comunicação, desde o olhar ao falar, como o cruzar os braços ou sorrir. Assim sendo é importante que a enfermeira tenha conhecimento de estratégias a adoptar que favoreçam e valorizem a comunicação.

O rosto é a parte do corpo que mais informação proporciona não só pela sua riqueza de expressão mas também pela sua maior acessibilidade. Assim, o rosto humano é um complexo sistema de multissinais. À informação fornecida por estes sinais faciais, à um manancial quase infinito de informação adicional, como sendo, atributos e personalidade do indivíduo, grau de interesse ou desinteresse, grau de capacidade ou de incapacidade para comunicar, informação do contexto, grau de veracidade ou falsidade da mensagem, e emoções ou estado do humor.

Sabe-se que o grau de precisão da informação fornecida através das expressões faciais é elevado quando se avaliam as emoções em termos genéricos. Assim sendo existem indícios de uma razoável precisão nas ilações feitas a partir de expressões faciais emocionais em seis categorias: satisfação, surpresa, tristeza, medo, ira e repugnância.

Paul Ekman, ao estudar as emoções, inicialmente definiu algumas expressões básicas, ou biologicamente universais, na espécie humana, como sendo a repugnância, a felicidade, a ira, o medo, a surpresa e a tristeza. No entanto, na década de 1990,

Ekman ampliou esta lista de expressões básicas para quinze, e incluiu uma faixa mais extensa de expressões positivas (Ekman, 1999): a ira, o asco, o medo, a felicidade, a tristeza, a surpresa, a diversão, o desprezo, o contente, a vergonha, a emoção, a culpa, o alívio e a satisfação. (Anexo V)

O controlo da expressão facial impõe-se por vezes perante situações difíceis, mas na grande maioria a camuflagem das emoções prejudica a autenticidade da comunicação, pois uma pessoa pode tentar esconder as reacções mas o seu rosto revela-as.

Relativamente às atitudes corporais, o virar a face e o corpo na direcção do nosso foco de atenção, marca já um sinal de interesse.

“Ao mesmo tempo que se conserva uma certa descontração, uma postura ligeiramente inclinada para a pessoa à qual nos dirigimos, mostra-lhe que, por um momento, ela torna-se o centro das nossas preocupações. A postura adoptada pela enfermeira mostra bem o tempo e a importância que ela entende consagrar à pessoa de que se ocupa.” (PHANEUF, 2005:31)

Os gestos como o tamborilar ou torsões nervosas dos dedos, os batimentos de pernas, as madeixas de cabelo que se torcem ou os lábios que se mordem, demonstram que não estamos muito à vontade. O cruzamento dos braços e das pernas podem, ser percebidos como uma atitude um pouco relaxada, um comportamento de passividade ou auto-protecção, de rigidez ou mesmo de autoritarismo. A autora referida anteriormente também nos diz que grandes gestos e as oscilações irregulares do tronco podem levar a sentimentos de irritabilidade.

A enfermeira exerce influência sobre a facilidade ou a fluidez das trocas, se adoptar um carácter descontraído da sua posição, pois um corpo com uma postura descontraída acalma.

PHANEUF (2005:34), considera que quanto mais séria é a sua situação, mais próxima deve estar a enfermeira, de modo a poder acolher a intimidade as suas confidências e assegurar o calor da sua presença.

Relativamente ao contacto visual, *“comunicar consiste em primeiro lugar em partilhar um olhar com a pessoa com a qual estamos em relação, em trocar com ela a expressão do sentido profundo que atribuímos mutuamente ao que é dito”* (PHANEUF, 2005:35). Se a enfermeira apresentar um olhar franco e directo é pronuncio de uma comunicação honesta e autêntica. Ao olhá-la sem demasiada insistência pode incitá-la a exprimir-se pois o contacto visual é uma das características da atitude de escuta.

A duração do olhar adquire um significado particular ligado frequentemente ao interesse pela pessoa e pelo que ela comunica. Segundo PHANEUF (2005:36) *“olhar a pessoa equivale de certa maneira a fazê-la existir, enquanto que a ausência de olhar provoca a exclusão”*.

Quando a enfermeira usa máscara e/ou luvas, o seu olhar deve ser compensado, adquirindo especial relevância na comunicação.

Actualmente, no local onde presto cuidados, existem duas crianças em regime de isolamento protector, sendo essencial o uso de máscara, entre outros dispositivos. Sentimos que aquando da prestação de cuidados a estas crianças e famílias, temos que ter mais atenção quando comunicamos, dando realce a outras particularidades de comunicação, como por exemplo, o olhar e os gestos, pois a minha expressão facial encontra-se camuflada. Denoto que quando sorrimos o nosso olhar altera-se, surgindo um *feed-back* do receptor, que com o uso da máscara apresenta mais ênfase.

Num dos meus turnos, entrei no quarto da jovem X (15 anos) e, apenas num simples olhar percebemos que algo a preocupava. O facto de termos demonstrado disponibilidade, puxando a cadeira, sentando-nos, numa postura descontraída, agarrando-lhe a mão e colocando-nos ao mesmo nível da jovem, esta verbalizou os seus medos, preocupações e desejos, chorando. Posteriormente, no restante turno e dias, a jovem apresentava visivelmente uma postura mais descontraída, calma, sorrindo por períodos com o humor que era usado por nós, como forma de comunicar e de descontração.

No caso de crianças com idade compreendida entre 1 ano e os 5 anos, para que a comunicação seja mais fluida e mais eficaz, é fundamental termos em conta os seguintes itens: estar disponível, ser um bom ouvinte, mostrar empatia, desenvolver o poder de passar mensagens, ser um bom modelo e recusar autoritarismo. (CORDEIRO, 2010:225-227)

Quando falamos, as palavras não são as únicas que adquirem relevância, pois a voz também se torna muito expressiva. A voz pode traduzir *“o sincronismo da enfermeira com o estado emotivo da pessoa cuidada. Ela deve fazer-se doce, calma e respeitosa com a pessoa triste, angustiada ou em sofrimento, mas deve manter-se colocada, calma, firme e mesmo afirmativa com a pessoa frustrada e agressiva.”* (PHANEUF, 2005). O tom de voz adquire especial relevância, pois um tom demasiado agudo é sinal de tensão, um tom demasiado duro repele, e uma voz com tom choroso torna-se

rapidamente irritante. Assim, é essencial que a enfermeira nas relações com os clientes possua um tom seguro da voz é um sinal de autoconfiança e de auto-afirmação.

O bom senso está em encontrar um ponto de equilíbrio: a empatia. Temos consciência disto e esforçamo-nos, utilizando todos os recursos disponíveis, para o conseguir.

Como nos diz PHANEUF (2005:26), *“a linguagem do corpo fala por nós, e mesmo quando não nos queremos revelar, ela trai-nos”*.

Após a realização de introspecções relativas à comunicação sentimos que estamos mais à vontade, pois permitiu-nos estabelecer estratégias que facilitam a comunicação com a criança/jovem e respectiva família, estratégias estas que se têm demonstrado fundamentais perante famílias problemáticas. A relação de enfermeira com o cliente deve *“suscitar uma certa atracção na pessoa cuidada, quer dizer o sentimento para esta última de estar face a alguém que é competente, fiável e susceptível de a ajudar”* (PHANEUF, 2005:25).

Ao prestarmos cuidados de enfermagem a uma determinada criança, sentimos necessidade de realizar uma introspecção das 8 horas passadas com essa criança e sua família.

De um modo sucinto e objectivo, criança/jovem X com 15 anos de idade, sexo feminino, raça caucasiana, pós-transplantada de medula óssea, 2ª filha adoptiva de um casal que inicialmente adoptou irmã biológica mais velha desta criança.

Esta jovem sempre apresentou um bom relacionamento e bem-estar conosco, enfermeira, e restantes profissionais de saúde dialogando, verbalizando as suas emoções, sentimentos, medos e dúvidas. Mesmo que esta não o fizesse havia uma relação terapêutica, de empatia e respeito que me levaria a descortinar as suas preocupações mesmo que esta não as verbaliza-se.

Relativamente à família, durante este longo internamento da criança X, mesmo quando esta se encontrava noutra unidade, sempre apresentou um comportamento disfuncional para com a situação da filha, questionando e colocando em causa os cuidados prestados à filha, cuidados estes directos ou indirectos. Desde há vários dias, esta família, principalmente a mãe, tem apresentado uma postura agressiva para com os vários profissionais de saúde, revelando-se agressiva verbalmente e psicologicamente, colocando em causa o estabelecimento de relações interpessoais. Assim sendo, leva os enfermeiros a interrogarem-se *“Quem são e como se sentem a ser enfermeiros (competentes)?”*

Partindo desta questão, instala-se um sentimento colectivo de menor segurança na prestação de cuidados, emergindo sentimentos de insegurança, confusão e apreensão nos profissionais de saúde. Deste modo, como nos diz AGOSTINHO (2010:17) ao citar Goleman (1999) as *“qualidades pessoais como a resistência, a iniciativa, o optimismo, e a adaptabilidade”* são colocadas em causa. Torna-se fundamental que os enfermeiros possuam um conjunto de capacidades bem desenvolvidas que permitam conciliar emoções com a razão, de modo a melhorar comportamentos, atitudes e a qualidade dos cuidados de saúde. Goleman (2003), citado por AGOSTINHO (2010:25), *“defende que é impossível separar a racionalidade das emoções, sendo estas que fundamentam o sentido da eficácia das decisões, a partir do controlo dessa emocionalidade (...)”* tornando-se *“assim elemento de extrema importância na optimização dos níveis de desempenho profissional.”*

Por várias vezes foi-lhe sugerido que esta não apresente determinados comportamentos, postura e tons de voz elevados e agressivos, perante a filha, sempre com o princípio de não levar a criança X a um estado de ansiedade elevado.

Ao efectuar esta introspecção salientamos que são os enfermeiros que mais lidam com as emoções no desempenho da sua profissão, pois são estes que mais tempo por dia estão junto dos utentes em meio hospitalar, que trabalham em equipa com outros profissionais, sendo os que possuem maior responsabilidade para o bom funcionamento da instituição, na assistência e recuperação do utente. Segundo DAMÁSIO (2003:9) *“ser racional, não é separarmo-nos das nossas emoções. O cérebro que pensa, que calcula, que decide, não é diferente daquele que ri, que chora, que sente prazer e repulsa. A ausência de emoções e de sentimentos impede-nos de ser verdadeiramente racionais.”*

Hoje, após realizar retrospectiva dos cuidados prestados a vários níveis a esta família, percebemos que é fundamental que cada ser humano tenha a capacidade de gerir as suas emoções de modo a melhor prestar cuidados, principalmente a uma família que apresenta comportamento disfuncional para com a situação vivida.

Como nos diz DIOGO (2006a:11) *“a emoção é vista como o fundamento da nossa personalidade, o que temos de mais íntimo, o que dá aos nossos actos e pensamentos o encanto, a razão de ser, o impulso vital, cedo graças a ela que nos “ligamos” aos outros, ao mundo, a nós próprios.”*

Em suma, *“Ser Enfermeiro e Ser Enfermagem, tornou-se a explicitação clara de uma realidade profissional, com imagem identitária específica, com uma formação assumida, e normas de estar no campo de trabalho.”* (AGOSTINHO, 2010:15)

Neste sub-capítulo foram atingidas as seguintes competências do enfermeiro especialista: E1, E3

4. IMPLICAÇÕES DA PRÁTICA PARA A FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

A enfermagem apesar de ter sofrido uma grande evolução como profissão, passando de uma “enfermagem caritativa” para uma “enfermagem profissional”, tem ainda um longo caminho por percorrer para que a sociedade a encare como profissão autónoma, que trabalha em interdisciplinaridade. A Enfermagem, é actualmente uma ciência... é a ciência do cuidar humano (Watson, 1999, 2002).

Não obstante, ainda hoje são muitos os que olham para os enfermeiros como simples “cumpridores de prescrições”, não valorizando a nossa formação, conhecimentos e, como se não bastasse, não nos dando sequer a hipótese de provar que somos capazes de pensar e agir de forma autónoma e correcta. Contudo, esta visão apresenta uma tendência em mudar.

Durante a nossa vida profissional existem “momentos” que, de uma forma ou outra, nos marcam. Muitos desses momentos chegam até a desmoronar concepções/conceitos que nós próprios julgávamos sólidos e firmes. Algumas das dificuldades sentidas, após diálogo em sessões de debate, quer por nós quer por outros profissionais do local onde presto cuidados, centra-se na comunicação com crianças/jovens e sua família mas, sei que é necessário ultrapassar estas dificuldades para que se estabeleça uma verdadeira relação terapêutica, pois se não for ultrapassada acabaremos por enveredar por um processo de auto-frustração, num ciclo vicioso que em nada contribui para o bem-estar da criança.

Durante o período de estágio houve nos diversos locais trocas de experiências quer entre nós quer entre os outros profissionais de saúde. Por diversas vezes reflectimos acerca de situações que ocorreram levando-nos a questionamentos posteriores.

Nos vários locais de estágio existiam normas de actuação a cerca da manipulação e cuidados de enfermagem com os cvc, sendo que nenhuma delas se encontrava direccionada apenas para a criança.

Devido à existência desta problemática da infecção em crianças com cvc no serviço onde desempenhamos funções, surgiu a necessidade de implementarmos normas, com o intuito de uniformizar as práticas. Sendo a elaboração de uma norma de actuação de cuidados de enfermagem à criança com cvc o objectivo final deste trabalho, esta foi elaborada sendo o produto final dos vários contributos dos diversos locais de estágio por onde passamos.

A ORDEM DOS ENFERMEIROS, segundo as *“Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados”* (2007:4) menciona que *“a boa prática advém da aplicação de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, com o objectivo de obter respostas satisfatórias dos clientes e dos profissionais na resolução de problemas de saúde específicos”*. A sua produção e divulgação *“permitira que os profissionais tenham acesso a informação fiável e actualizada sobre procedimentos relativos a sintomas (...), à utilização de equipamentos (por ex. cateteres) ou às intervenções inerentes a um estado (...), ou seja, em qualquer domínio da área da saúde (...)”*.

Após realização de diversas pesquisas bibliográficas e reflexões críticas sob vários pontos-chave dos cuidados de enfermagem à criança, foram seleccionados os pontos-chave mais marcantes que culminaram na norma de actuação nº 1 **“Cuidados de Enfermagem à Criança com CVC e sua Família”** que se encontra exposta seguidamente.

Tendo em conta o que esta preconizado na instituição onde prestamos cuidados (HSM), a existência de normas de actuação apresenta um papel fundamental aquando da integração de novos elementos, uniformização da prática de cuidados e mais fácil acesso à informação.

Aquando da sua elaboração, foram colocadas várias questões aos profissionais de saúde dos vários serviços por onde passamos durante o ensino clínico, sendo a posteriori validada com os profissionais do serviço de pediatria, piso 6, do HSM, com o intuito de sistematizar informação relevante e aprofundar questões e informação que estes referiram como mais dificultadora nos cuidados prestados a crianças/jovens com CVC e sua família.

Foi formado um grupo de trabalho, constituído por enfermeiros do serviço de pediatria, piso 6, do HSM. Este grupo de trabalho é constituído por uma enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e duas enfermeiras graduadas.

Para selecção dos elementos que constituem o grupo de trabalho foi tido em conta os anos de exercício profissional (mínimo 15 anos), as áreas de cuidados em que são consideradas como enfermeira peritas, como sendo, doença crónica, cuidados a crianças/jovens em situação crítica, e o elevado grau capacidade de comunicação com as famílias e crianças/jovens.

Após elaborada a norma, esta foi validada com os profissionais de enfermagem do serviço de pediatria 6 do HSM, e a posteriori enviada para a direcção de enfermagem aguardando até à data validação e aceitação.

Faz parte das competências do enfermeiro, mas essencialmente do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediatria, investir na promoção da saúde infantil e da família, fazendo com que o seu desenvolvimento seja o foco de maior relevância.

Tendo em conta que o *“exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional”*, este desempenha **Intervenções autónomas e interdependentes** (REPE, artigo 9º; Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem:9). Segundo o REPE, artigo 9º, *“Consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem”* (alínea 2) e *“Consideram-se interdependentes as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas”* (alínea 3).

Segundo os *“Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”* da OE a *“Tomada de decisão”* (p.10) permite ao enfermeiro identificar *“as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo”*, incorporar *“(…) os resultados da investigação na sua prática”* e reconhecer *“que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”*.

Contudo, considero que ser enfermeiro é a profissão mais privilegiada na área da saúde. Ela abrange globalmente o ser pessoa. Para que a qualidade dos cuidados sejam garantidos de forma honesta e real, é lutar pelo que defendemos, concretizando-se assim o desejo do outro e o nosso próprio. Porque se o “outro” estiver bem então nós também o estaremos, ele será o nosso espelho, o reflexo dos nossos cuidados.



Direcção dos Serviços de
Enfermagem do HSM

Departamento: da
CRIANÇA e da FAMÍLIA

MANUAL DE SERVIÇO
PEDIATRIA – PISO 6

Norma nº: 1
Cuidados de Enfermagem à Criança com CVC e sua Família

1.1.1. Elaboração: Enf^a Catarina Grilo (Aluna da ESIP da ESEL)

Colaboração: Enf^a Eduarda Gonçalves.
Data: 02/2011

1.1.2. Aprovação:

Data: ___/___/___

Responsável:

1.1.3. Revisão:

Data: ___/___/___

Responsável:

❖ **DESTINATÁRIOS:**

Enfermeiros da Unidade de Pediatria - piso 6, do HSM

❖ **OBJECTIVOS:**

- Uniformizar cuidados/práticas às crianças com Cateter Venoso Central
- Recomendações para a manipulação de Cateteres Venosos Centrais
- Minimizar efeitos secundários
- Prevenir complicações em crianças com Cateter Venoso Central

❖ **DEFINIÇÃO:**

O CVC é um dispositivo cuja ponta distal, ou seja, a ponta do cateter inserido no utente, está localizada no terço inferior da veia cava superior ou no átrio direito.

❖ INTRODUÇÃO:

A decisão de colocação de um CVC varia com a situação clínica e patologia de base do utente. É a sua colocação um procedimento médico, e efectua-se quando um acesso intravenoso periférico não é suficiente para a escolha terapêutica pretendida, ou quando é necessário um acesso venoso rápido de grande calibre para situações de emergência. É essencial para soroterapias prolongadas, de grandes volumes, rápidos, contendo soluções hipertónicas, para administração de medicamentos tóxicos para os vasos, para a nutrição parentérica prolongada, e para medir a pressão venosa central.

Um cateter curto é inserido na veia subclávia, veia jugular externa (actualmente é via preferencial) ou veia jugular interna.

Habitualmente é escolhido o lado direito do corpo, por apresentar menos complicações.

A manipulação de um CVC é necessário e inevitável. Assim sendo, este constitui uma porta de entrada no organismo com elevado risco de septicemia, sendo a melhor forma de o prevenir a utilização de medidas de assépsia em todos os procedimentos a realizar.

Cabe também ao enfermeiro ensinar o doente, quando possível, a minimizar este risco.

❖ TIPOS DE CATETERES:

Os cateteres podem ser classificados quanto ao tipo de permanência, ao material de que são produzidos (rígidos ou flexíveis) e tipo (sem tunelização, com tunelização e com reservatório sub-cutâneo).

No caso dos cateteres tunelizados com reservatório sub-cutâneo, a distância entre o local de inserção na pele e na veia é maior, promovendo uma barreira protectora contra a infecção.

❖ COMPLICAÇÕES	
IMEDIATAS	TARDIAS
<ul style="list-style-type: none"> - Torácicas <ul style="list-style-type: none"> - Pneumotórax - Efisema sub-cutâneo - Hemotórax - Hidrotórax - Hemomediastino - Hidromediastino - Venosas <ul style="list-style-type: none"> - Hematoma sub-cutâneo - Laceração venosa - Embolia gasosa - Embolia do cateter - Arteriais <ul style="list-style-type: none"> - Hematoma sub-cutâneo - Laceração arterial - Fístula arterio-venosa - Neurológicas <ul style="list-style-type: none"> - Traumatismo do plexo braquial - Traumatismo do nervo recorrente laríngeo - Cardíacas <ul style="list-style-type: none"> - Disritmia - Perfuração cardíaca - Linfáticas <ul style="list-style-type: none"> - Laceração do canal torácico 	<ul style="list-style-type: none"> - Mecânicas <ul style="list-style-type: none"> - Obstrução do cateter - Migração do cateter - Angulação e compressão do cateter - Fractura do cateter - Cefaleias (cateter com a ponta na veia jugular) - Sépticas <ul style="list-style-type: none"> - Infecção do cateter - Trombose séptica

❖ PRINCIPAIS PROBLEMAS DA CRIANÇA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

GRUPO ETÁRIO – 0 A 1 ANO

PROBLEMAS	ACÇÃO DE ENFERMAGEM
<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedade da mãe - Desconforto da Criança <ul style="list-style-type: none"> - Dor - Restrição de movimentos - Separação 	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer os pais sobre o que vai acontecer - Saber o que preocupa os pais - Providenciar ambiente seguro, de apoio e previsível - Permitir expressão de sentimentos e pensamentos - Falar lentamente e calmamente - Ficar atento às solicitações - Respeitar períodos de sono e vigília - Permitir a presença dos pais - Proporcionar ambiente calmo - Manter hábitos

GRUPO ETÁRIO – 1 A 3 ANOS

PROBLEMAS	ACÇÃO DE ENFERMAGEM
<ul style="list-style-type: none"> - Separação - Ansiedade dos pais - Egocentrismo - Agressão física <ul style="list-style-type: none"> - Dor - Dependência 	<ul style="list-style-type: none"> - Integração dos pais na equipa - Escolher linguagem adequada - Prepara a criança a curto prazo para o que vai acontecer - Permitir expressar a dor e administrar analgésicos - Proporcionar ambiente calmo

❖ PRINCIPAIS PROBLEMAS DA CRIANÇA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
GRUPO ETÁRIO – PRÉ-ESCOLAR	
PROBLEMAS	ACÇÃO DE ENFERMAGEM
<ul style="list-style-type: none"> - Medo, mutilação e castração - Doença /punição - Medo da separação - Medo do desconhecido - Perda de controle 	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer a criança verbalizar os seus medos - Minimizar o sentimento de culpa, fornecendo explicações com linguagem adequada - Informar da possibilidade de perda de controle (imobilizações) - Permitir a criança chorar - Permitir realizar actividades
GRUPO ETÁRIO – IDADE ESCOLAR	
PROBLEMAS	ACÇÃO DE ENFERMAGEM
<ul style="list-style-type: none"> - Perda de controle <ul style="list-style-type: none"> - Sentimento de dependência - Mudança de hábitos - Medo da morte 	<ul style="list-style-type: none"> - Envolver no auto-cuidado - Facilitar as actividades diárias - Permitir expressão verbal e não-verbal - Promover a discussão - Informar a cerca dos tratamentos - Ensinar terminologia - Fornecer reforços positivos
GRUPO ETÁRIO – ADOLESCENCIA	
PROBLEMAS	ACÇÃO DE ENFERMAGEM
<ul style="list-style-type: none"> - Alteração da imagem corporal - Desconhecimento da fisiologia e anatomia - Perda de controle <ul style="list-style-type: none"> - Perda de identidade - Dependência forçada 	<ul style="list-style-type: none"> - Informar adequadamente - Encorajar a colocar questões - Permitir discussões - Permitir expressão de medos e sentimentos - Explicar anatomia e fisiologia - Convidar a participar nos cuidados - Questionar se os pais devem ou não participar - Auxiliar no auto-cuidado - Evitar a invasão do espaço pessoal

❖ CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA MANUTENÇÃO DOS CATETERES VENOSOS CENTRAIS

- Formação dos profissionais na manutenção dos cateteres venosos centrais;
- Lavagem das mãos com sabão antiséptico e água, ou gel aquoso alcoolizado, antes e depois da abordagem ao local de inserção do cateter;
- Técnica asséptica na administração de terapêutica, realização do penso, mudança de sistemas;
- Retirar sistemas de perfusão que não estão a ser utilizados;
- A solução de clorhexidina 2% é mais eficaz que a iodopovidona nas crianças com mais de 2 semanas de idade;
- O uso de clorhexidina a 2% está contra-indicada em prematuros com menos de 28 semanas ou bebés com menos de 7 dias de vida;
- A clorhexidina 2% em álcool 70% é mais eficaz na limpeza/desinfecção da pele e dos lúmens do cateter;
- Realização de flush:
 - Uso de cloreto de sódio 0,9% para os flush;
 - A seringa recomendada para executar flush com êxito é de 10ml;
 - O uso de flush de soluções anticoagulantes reduzem os depósitos de trombina e fibrina que podem acumular colónias bacterianas;
- Registrar o cirurgião, a data e hora da colocação/remoção do cateter venoso central, e as trocas dos pensos no livro próprio;
- O uso de clorhexidina/sulfadiazina de prata na extremidade do cateter reduz possíveis infecções;
- Penso a utilizar:
 - durante 24h após o procedimento cirúrgico deve-se utilizar uma compressa esterilizada no local de inserção, e depois utilizar um penso semi-permeável;
 - penso esterilizado com maior aderência, permeável e transparente;
 - penso com gaze quando à hemorragia no local de inserção do cateter venoso central;
 - realizar o penso semanalmente (7 em 7 dias), ou sempre que estiver sujo/descolado e humidade no local;
 - esponja impregnada com clorhexidina colocada a curto prazo no local de

❖ CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA MANUTENÇÃO DOS CATETERES VENOSOS CENTRAIS (Continuação)

inserção pode diminuir o risco de infecção;

- não aplicar antibióticos tópicos;
- verificar a tolerância da pele em volta do cvc e respeitar a preferência do cliente

- Mudar sistemas a cada 72 horas, ou caso hemoderivados manter apenas 24 horas desde o início da perfusão. Em perfusões de propofol mudar os sistemas 6 a 12 horas; e em perfusões de alimentação parentérica substituir diariamente

- As torneiras de três vias devem ser colocadas o mais distal possível da inserção do cateter;

- Avaliar diariamente os utentes com cateter para despiste de complicações mecânicas ou infecciosas:

- palpação do ponto de inserção através do penso intacto;
- vigilância dos sinais de inflamação local (eritema, edema, exsudado, dor)
- vigilância dos sinais de infecção sistémica (febre)

- Desinfectar as “portas de entrada” dos sistemas com um antiséptico apropriado antes de proceder à sua desconexão, e aceder apenas a estas com acessórios esterilizados;

- Fechar todas as portas de entrada que não estão a ser utilizadas;

- Re-heparinização, troca de válvulas e de lumens semanalmente, e proceder ao seu registo no livro do cateter;

- Evitar manipulações frequentes do cateter

- Aquando da administração de alimentação parentérica em cateteres com mais de um lúmen, reservar um lúmen apenas para esse efeito de forma clara;

- Heparinização do cateter conforme norma de actuação da instituição a fazer diluições a ficar com uma concentração de 100UI/ml (crianças a partir de 10 anos). Diferente concentração de 50UI/ml para crianças com idade inferior a 10 anos; os volumes a ser introduzidos podem variar conforme o tipo de cateter utilizado, sendo a suas prescrição da responsabilidade da equipa de cirurgia pediátrica.

- Remoção do cateter logo que seja dispensável.

5. CONCLUSÃO

A realização deste relatório apresenta-se como conclusão de um longo caminho percorrido. Sentimos que actualmente é fundamental ter conhecimento acerca das diferenças nos cuidados a prestar no momento de inserção e manutenção do CVC.

Pensamos que é importante continuar, no sentido de aperfeiçoar competências indispensáveis para uma prática adequada e eficaz, nunca esquecendo o conceito de enfermagem interactiva, em que a acção se centra nos cuidados holísticos da criança/família.

Ao finalizar, pensamos ter transmitido de forma clara a identificação, diagnóstico, objectivos, actividades desenvolvidas e resultados, que culminaram na aquisição de competências para um crescimento profissional e pessoal.

No que se refere às medidas de prevenção e controle de infecções, é fundamental alertar para a variabilidade de recomendações e condutas que podem elevar ou diminuir as taxas de infecção (HOSOGLU *et al.*, 2004; CARRER *et al.*, 2005; TRICK *et al.*, 2006).

Deste modo, é nossa convicção pessoal que os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na prevenção da infecção nos cateteres venosos das crianças hospitalizadas.

Assim sendo, a elaboração da Norma de Actuação com o apoio da equipa de enfermeiros da Pediatria – Piso 6, e sua formação quanto à utilização da Norma, foi fundamental para uniformizar os cuidados de enfermagem aos cateteres, pois a existência de uma norma permite uma estruturada e multi-interventiva aproximação ao cuidado, não esquecendo que os registos são parte integrante de Guias de Boas Práticas.

Em suma, torna-se fundamental que os enfermeiros possuam um conjunto de capacidades bem desenvolvidas que permitam conciliar emoções com a razão, de modo a melhorar comportamentos, atitudes e a qualidade dos cuidados de saúde. Goleman (2003), citado por AGOSTINHO (2010:25), *“defende que é impossível separar a racionalidade das emoções, sendo estas que fundamentam o sentido da eficácia das decisões, a partir do controlo dessa emocionalidade (...)”* tornando-se *“assim elemento de extrema importância na optimização dos níveis de desempenho profissional.”*

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007), ao enfermeiro especialista é esperado que demonstre níveis elevados de julgamento clínico e de tomada de decisão, através das suas competências clínicas no campo específico da intervenção especializada.

Assim como futura Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, podendo ter uma posição privilegiada a nível dos cuidados à criança/família, consideramos de grande importância saber intervir precocemente junto da criança/família, bem como saber identificar os vários factores de risco que poderão afectar o seu desenvolvimento para que se possa accionar acções que visem dotar os pais de competências para que estes interajam com os seus filhos, de modo a que eles alcancem as várias etapas do seu desenvolvimento, mesmo em períodos de saúde/doença e desorganização do desenvolvimento da criança, sem perturbar a relação familiar.

Cabe ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, enquanto profissionais de saúde e de educação devem aplicar a sua formação científica e técnicas adequadas e actualizadas, aliadas a elevados valores humanos, para que estes possam estar ao nível das expectativas de quem em nós confia. Cabe também a este ser agente de mudança, dentro das equipas de saúde.

A oportunidade de efectuarmos estágios em mais locais, foi uma mais-valia permitindo-nos ter um maior conhecimento de diferentes realidades. Ao desenvolvermos o projecto e ao retirar contributos das práticas dos estágios efectuados, foram introduzidas mudanças nas práticas dos enfermeiros da Unidade de Pediatria – Piso 6, levando-os a reflectir e analisar os cuidados prestados.

Consciente das riquezas das experiências vivenciadas e consciente dos pequenos passos efectuados da prática profissional, propomos como sugestões avaliação da norma de actuação, aplicação e re-avaliação da norma com o grupo de trabalho dentro de 6 meses, propor aos elementos da equipa multidisciplinares apoiadas pela Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar com um estudo sob a incidência de complicação/infecções nas crianças com cvc internadas no serviço aos longo de um ano e realizar acção de formação com troca de experiências com outras equipas pediátricas do HSM.

Contudo, considero que ser enfermeiro é a profissão mais privilegiada na área da saúde. Ela abrange globalmente o Ser Pessoa. Para que a qualidade dos cuidados sejam garantidos de forma honesta e real, é lutar pelo que defendemos, concretizando-se assim o desejo do outro e o nosso próprio. Porque se o “outro” estiver bem então nós também o estaremos, ele será o nosso espelho, o reflexo dos nossos cuidados.

“Sou apenas um, mas sempre sou um. Não posso fazer tudo, mas sempre posso fazer algo; E, só porque não posso fazer tudo, não vou recusar-me a fazer o algo que posso fazer.”

(EDWARD E. HALE)

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ☞ AGOSTINHO, L. M. C. F. (2010) – **Competência Emocional em Enfermeiros – um estudo em hospitais públicos**. Coimbra: FORMASAU;
- ☞ AKMAN I., [et al] (2002) – Sweet solutions and pacifiers for pain relief in newborn infants. **J Pain**. nº3, p.199-202;
- ☞ ALVES, M. (2004) - **Etapas da Metodologia do Projecto. O Professor, (85)**. Lisboa: Quarteto Editora. p.30-37;
- ☞ BATALHA LMC. (2006a) - **Dor em pediatria: a sensibilização dos profissionais de saúde como contributo na melhoria dos cuidados**. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Tese de Doutoramento;
- ☞ BATALHA, L.; [et al] (2007b) – Dor em cuidados intensivos neonatais. **Acta pediátrica portuguesa**. nº 38. p. 144-151;
- ☞ BATALHA, L.; [et al] (2010c) – **Dor em pediatria: Compreender para Mudar**. Lousã: LIDEL;
- ☞ BELLMAN, M. [et al] (2003) - **Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil**. Lisboa;
- ☞ BRAZELTON, T. (2009) – **O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos**. 11ª edição. Lisboa: Editorial Presença, p. 341-347;
- ☞ CARBAJAL R., [et al] (1999) – **Randomized trial of analgesic affects of sucrose, glucose, and pacifiers in term neonates**. *BMJ*. nº 319. p.1393-1397;
- ☞ CARRER, S. [et al.] (2005) - Effect of different sterile barrier precautions and central venous catheter dressing on the skin colonization around the insertion site. **Minerva Anesthesiol**. Vol.71, nº5, p.197-206;
- ☞ CASEY, Anne; MOBBS, Sara (1988a) – Partnership in practice. In: **Nursing Times**. Vol.2, nº 44. p. 84;
- ☞ CASEY, Anne (1993b) – **Development and use of Partnership Model of Nursing Care**. In: GLASPER, E. A.; TUCHER, A. – *Advances in Child Health Nursing*, London, Scutari, p.193-233;
- ☞ CASEY, Anne (1995c) - Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. In: **Journal of Advanced Nursing**, nº 22, p.1058 – 1062;

- ☞ CENTRO INTERNACIONAL DA INFÂNCIA (1978) - **A criança e o seu desenvolvimento desde o nascimento até aos 6 anos – conhecê-la melhor para melhor a ajudar.** UNESCO. Lisboa;
- ☞ COHEN, [et al] (2006) – Topical Anesthesia Versus Distraction for Infants' Immunization Distress: Evaluation With 6-Month Follow-Up. **Children's health care.** 35. p. 103-121;
- ☞ COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. (2008) - **O enfermeiro e os cuidados de saúde à criança e adolescente.** Lisboa. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/cnsca>;
- ☞ CONSENSOS E RECOMENDAÇÕES DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA (2006) - Análgesia e sedação no recém-nascido. **Acta pediátrica portuguesa.** nº 37. p.168-173;
- ☞ CORDEIRO, M. (2010) – **O livro da criança: do 1 aos 5 anos.** 5ª edição. Lisboa: a esfera dos livros. p. 224-227;
- ☞ DAMÁSIO, A. (2003). **O sentimento de si – o corpo, a emoção e a neurologia da consciência.** 14.ª edição. Mem Martins: Publicações Europa América;
- ☞ Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. **REPE: Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro;**
- ☞ DIAS, M^a F. P. B. (2006a) - **Construção e validação de um inventário de competências.** Loures: Lusociência. ISBN: 972-8930-14-3;
- ☞ DIAS, S.M.Z.; MOTTA, M.G.C. (2004b) – Práticas e saberes do cuidado de enfermagem a criança hospitalizada. **Ciência, cuidado e saúde,** Vol. 3, nº 1. p. 41-54;
- ☞ DIOGO, P. M. J. (2006a) – **A vida emocional do enfermeiro – Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados.** Coimbra: Formasau;
- ☞ DIOGO, P. (2010b) – **Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar: o processo de uso terapêutico das emoções em enfermagem pediátrica.** Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde. Tese de Doutoramento;
- ☞ EGGIMANN, P. [et al.] (2000) - **Impact of a prevention strategy targeted at vascular-access care on incidence of infections acquired in intensive care.** Lancet. Vol.355. p.1864-1868;
- ☞ FERNANDES, JD, Ferreira SLA, Oliva R, Santos S. (2003) - Directrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia. **Revista Enfermagem.** p.392-395;

- ☞ FERLAND, F. (2006) - **O desenvolvimento da criança no dia-a-dia: do berço até à escola primária**. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES, p.31-32;
- ☞ GASPARDO, C., [et al] (2005) – A eficácia da sacarose no alívio da dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. **Jornal de Pediatria**. Vol. 81, nº6, p. 435-441; Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S002175572005000800005&script=sci_abstract&tlng=pt;
- ☞ GOMES-PEDRO, J. (2002a) – **Orientação Diagnóstica em Pediatria**. Lisboa: LIDEL. p.9-10, 63;
- ☞ GOMES-PEDRO, J. (2005b) – **Para um sentido de coerência na criança**. Lisboa: Europa-américa. p.69;
- ☞ GOWARDAN, J. R. [et al] (1998) - Central venous catheter – related bloodstream infections: an analysis of incidence and risk factors in a cohort of 400 patients. **Intensive Care Med**. Vol.24, nº10. p.1034-1039;
- ☞ HOCKENBERRY, M.; [et al] (2006) – **Wong – Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 7ª edição, Rio de Janeiro: Mosby;
- ☞ HOSOGLU, S. [et al] (2004) - Prospective surveillance study for risk factors of central venous catheter-related bloodstream infections. **Am. J. Infect. Control.**, Vol.32, nº3. p.131-134;
- ☞ JESUS, Saúl Neves (1993) - Promoção de competências cognitivo-motivacionais e de investigação nos professores. **Revista Portuguesa de Pedagogia**. Vol. XXVII, nº 3. p.439 – 456;
- ☞ KEITH, D. (1999) - **Comportamento humano no trabalho: uma abordagem organizacional**. São Paulo: Pioneira;
- ☞ LOBO, R. D. [et al] (2005) – Impact of an education program and policy changes on decreasing catheter-associated bloodstream infections in a medical intensive care unit. **AM. J. Infet. Control.**, Vol.33, nº2, p.83-87;
- ☞ MEGEL, M. [et al] (1998) – Children’s responses to immunizations: Lullabies as a distraction. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, Nº 21, p.129-145;
- ☞ MOK, E. e LEUNG, S. (2006) – Nurse as providers of support for mothers of premature infants. **Journal of Clinical Nursing**. Nº 15. p.724-726;
- ☞ NUNES, J. M. M. (2007) – **Comunicação em contexto clínico**. Lisboa: Bayer HealthCare;
- ☞ OLIVEIRA, A. M. [et al] (2005) – Preparação da Criança e Família para a cirurgia: importância do papel do enfermeiro. **Revista Servir**. Vol. 53, nº 4. p. 202-205

- ☞ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) - Desenvolvimento Profissional: Individualização das especialidades em Enfermagem. **Revista Ordem dos Enfermeiros**, Suplemento da Revista (26), p. 9-23. ISSN: 1646-2629;
- ☞ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa;
- ☞ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa;
- ☞ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) – **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa;
- ☞ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – **Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados**. Comissão de Formação: Ordem dos Enfermeiros. Lisboa;
- ☞ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) – **Delegação – Tomada de Posição**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa;
- ☞ OREM, D. (1984) – **Nursing: Concepts of practice**. New York. p.54;
- ☞ PAIXÃO, M. (2009) – O sofrimento na criança e no adolescente com doença oncológica em fim de vida. **Pensar Enfermagem**. Vol. 13, nº 1 (1º semestre). p. 72-84;
- ☞ PALMINHA, J. M., CARRILHO, E. M. (2003) - **Orientação Diagnóstica em Pediatria – dos sinais e sintomas ao diagnóstico diferencial**. Vol. II, Lisboa: LIDEL – edições técnicas lda.
- ☞ PAPALIA, D. E.; [et al] (2001) - **O mundo da criança**. 8ª edição. Espanha: Mcgraw-hill;
- ☞ PARO, Daniela [et al] (2005) – O enfermeiro e o cuidar em Oncologia Pediátrica. **Arquivo ciências da saúde**. São Paulo. p.151-157;
- ☞ PEREIRA, A. [et al] (2010) - Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através da actividade de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. **Pensar Enfermagem**. Vol. 14, nº 1 (1º semestre). p. 24-38;
- ☞ PETERSON, A. M.; WALKER, P. H. (2006) – Hospital-acquired infections as patient safety indicators. **Annu. Rev. Nurs. Res.**, Vol.24, p.75-99;
- ☞ PHILLIPS, D. L. (2001) - **Manual de terapia intravenosa**. Tradução Pedreira, M. L. G. [et al], 2ª edição, Porto Alegre: Artmed;
- ☞ PILLITTERI A. (1999) - **A framework for child health nursing**. In: Child health nursing: care of the child and family. Philadelphia (USA): Lippincott. p.3-53;

- ☞ PITTET, D. (2005) - **Infection control and quality health care in the new millennium**, Am. J. Infect. Control., v33, nº5, p.258-67;
- ☞ PHANEUF, Margot (2005) - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência;
- ☞ PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Registo sistemático da intensidade da dor (14/06/2003) - **A dor como 5º sinal vital**. Circular Normativa nº 9/DGCG;
- ☞ PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2007) - **PROGRAMA NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFECCÃO ASSOCIADA AOS CUIDADOS DE SAÚDE**.
Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/PNCI-2007.pdf>
- ☞ REBELO, Mª Teresa Santos (1996) – Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem: contributo para análise das representações sociais. **Revista Sinais Vitais**. Nº 9. p.13-18;
- ☞ ROSENTHAL, V. D.; GUZMAN, S.; CRNICH, C. (2004) – Device-associated nosocomial infection rates in intensive care units of Argentina. **Infect. Control. Hosp. Epidemiol.**, Volº25, nº3, p.251-255;
- ☞ SOUZA, AIJ (1995) - **No cuidado com os cuidadores: em busca de um referencial para acção de enfermagem oncológica pediátrica fundamentada em Paulo Freire**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Dissertação;
- ☞ TACCONELLI, E. [et al] (2000) – Morbidity associated with central venous catheter-use in a cohort of 212 hospitalized subjects with HIV infection. **J. Hosp. Infect.**, Vol.44, nº3. p.186-192;
- ☞ TRICK, W. E. [et al] (2006) - **Prospective cohort study of central venous catheters among internal medicine ward patients**. Am. J. Infect. Control., v.34, nº10, p.636-641;
- ☞ WATSON; J. (1999) - **Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem**. Camarate. Lusociência;
- ☞ WATSON; J. (2002) – **Enfermagem Pós-moderna e Futura – um novo paradigma da Enfermagem**. Camarate. Lusociência;
- ☞ WHO (2006) <http://www.who.int/patientsafety/challenge/en/>

APENDICES

APENDICE I

LEGENDA

Fr	FERIAS
6 s	Pediatria 6 HSM
4 s	Pediatria IPO
1 s	UMAD HSM
2 s	Neonatalogia HSFX
1 s	Urgência pediátrica HSFX
2 s	Bloco Operatório

APENDICE II



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Pólo Artur Ravara

I Curso Pós-Licenciatura de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Ano Lectivo 2009/2010 – 2010/2011, 3º Semestre

Objectivos

Docente Responsável: Enf^ª. Paula Diogo

Enfermeira Co-Orientadora: Enf^ª Especialista M^a Eduarda Gonçalves

Discente: Catarina Grilo n^o2491

Lisboa, Outubro de 2010

OBJECTIVOS DE ESTÁGIO

A elaboração deste trabalho insere-se no âmbito da Unidade Curricular Ensino Clínico, 3º semestre, do I Curso Pós-Licenciatura de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Pólo Artur Ravara.

Este decorre no Hospital Santa Maria, IPO de Lisboa e Hospital São Francisco Xavier no período de 27 de Setembro de 2010 a 4 de Fevereiro de 2011. Tem como docente responsável a enfermeira Paula Diogo e como enfermeira co-orientadora a Enfermeira M^a Eduarda Gonçalves.

No âmbito deste ensino clínico foi-me solicitada a elaboração dos objectivos de modo a definir metas e validá-las. Neste sentido, os meus objectivos foram traçados, tendo como base os objectivos gerais e específicos do projecto e elaborados de acordo com as actividades e metodologia de trabalho das respectivas unidades.

- Objectivo Geral

O objectivo principal neste ensino clínico é desenvolver competências de análise e intervenção na área da prestação de cuidados à criança com CVC, de modo a compreender a vivência destas crianças ou jovens, e sua família, e a prover cuidados numa perspectiva holística. Um dos principais objectivos é minimizar o risco de infecção e ainda contribuir para a formação de adultos em contexto de trabalho. Os cuidados à criança/família tem como orientação a perspectiva holística considerando as suas dimensões como ser bio-psico-social e espiritual. Neste contexto é necessário prestar cuidados de enfermagem que englobem a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde das crianças, envolvendo a participação da família, pondo em prática os conhecimentos teóricos e teórico-práticos adquiridos.

- ❖ Desenvolver competências do enfermeiro especialista em pediatria no que respeita aos cuidados centrados na criança/jovem e sua família numa perspectiva holística:

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES
Conhecer/compreender os princípios/normas de organização/funcionamento/dinâmica e estrutura adoptadas nos diversos locais de estágio, ate ao final da 1ª semana;	<ul style="list-style-type: none">- Realização de uma visita guiada pelas Unidades de Cuidados sob a orientação da Enf. Chefe;- Conhecimento do horário de trabalho;- Identificação do método de trabalho;- Colher informação diversificada junto dos funcionários da instituição;- Leitura das normas e protocolos existentes na respectiva unidade para subsequente aplicação;- Conhecimento e compreensão da dinâmica da Unidade que respeite a promoção e continuidade dos cuidados;- Conhecimento dos materiais existentes e sua localização nas diferentes salas;- Conhecimento das patologias mais frequentes;- Colaboração com a equipa nos processos de admissão, transferência e alta dos utentes;- Realização de reflexões;- Identificação ou conhecimento da articulação da unidade com outros serviços internos e externos ao hospital;

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES
Desenvolver competências de enfermeira especialista para prestar cuidados numa perspectiva holística à criança e família, nos vários locais de estágio;	<ul style="list-style-type: none">- Recolher dados para a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem da criança e família;- Identificação de estratégias de adaptação dos cuidadores no processo de hospitalização;- Compreensão do processo de concepção de cuidados de enfermagem à criança e família que vivência um processo de transição;- Análise do papel da família enquanto prestadora de cuidados de saúde à criança;- Identificação das respostas humanas aos problemas de saúde da criança e família, face ao processo de doença e hospitalização;- Preparação/ensino à família acerca do aspecto físico da criança com cvc;- Definir objectivos com a criança e sua família;- Efectuar plano de cuidados de enfermagem, em função dos problemas detectados;- Estabelecer com a criança e família prioridades de intervenção em enfermagem;

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES
<p>Prestar cuidados de enfermagem centrados na criança e família hospitalizada nas diversas unidades durante o ensino clínico mobilizando o modelo de Anne Casey;</p>	<ul style="list-style-type: none">- Estabelecer relações adaptadas a cada criança tendo em conta o estágio de desenvolvimento;- Demonstrar uma postura serena e uma atitude interessada, atenciosa;- Respeitar a privacidade da criança/família utilizando cortinas ou biombos;- Proporcionar conforto e transmitir segurança à criança/família através de materiais e de uma relação de ajuda;- Relatar factos significativos sem emitir juízos de valor;- Ouvir a criança e família acerca das suas dúvidas/medos/ansiedades;- Identificar e enumerar os principais cuidados de enfermagem a realizar à criança;- Identificar sinais e sintomas de complicações do cvc manifestados pela criança;- Respeitar as crenças/valores da criança e família;- Identificar e compreender a patologia e terapêutica específica de cada criança com cvc;- Identificar sentimentos, vontades e necessidades de cada criança;

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES
Desenvolver competências de enfermeira especialista para prestar cuidados de enfermagem centrados na criança e família, nos vários locais de estágio;	<ul style="list-style-type: none">- Conhecimento e cumprimento das normas e protocolos existentes nas unidades;- Conhecimento da tipologia e recursos materiais existentes;- Adequação dos tratamentos através da identificação de necessidades mais urgentes;- Identificação dos factores adversos que interferem no processo de promoção da saúde;- Elaboração do processo de enfermagem:<ul style="list-style-type: none">. colheita de dados;. diagnósticos de enfermagem;. realização de planos de cuidados segundo os focos de intervenção (CIPE);. prestação de cuidados no quadro de uma relação de ajuda, através da escuta activa, empatia, respeito, compreensão e clareza;. avaliação dos cuidados prestados;. reformular o plano e intervenções;- Identificação do grau de necessidades de cuidados de enfermagem à criança e família;- Conhecimento de procedimentos mais frequentes às crianças com cvc;- Ajudar a família a enfrentar o impacto da necessidade de colocação de cvc;- Realização de registos e reflexões relativos aos cuidados de enfermagem prestados à criança com cvc.

- ❖ Desenvolver estratégias de intervenção ao nível das diferentes respostas humanas da criança/jovem com CVC e sua família, incluindo as fisiológicas relacionadas com o controlo da infecção:

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES
Desenvolver estratégias de intervenção para a prevenção da infecção, para uma melhor prestação dos cuidados de enfermagem à criança e sua família;	<ul style="list-style-type: none">- Dinamização da equipa multidisciplinar para a importância do controlo e prevenção da infecção nos cvc's;- Identificação das necessidades de formação da equipa de enfermagem;- Realização de sessões de:<ul style="list-style-type: none">✓ Informação sobre o projecto✓ Validação da metodologia e dos resultados✓ Formação à equipa de enfermagem da pediatria 6 do HSM;- Identificação e análise das estratégias de comunicação existentes à criança para colocação do cvc;- Preparação cirúrgica à criança e família para a colocação de cvc, ou ensino para a manutenção do cvc;

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES
Elaborar “<i>norma de actuação sobre cuidados de enfermagem à criança com CVC e sua família</i>”, baseadas na evidência científica e resultados obtidos nos vários locais de estágio;	<ul style="list-style-type: none">- Selecção dos conteúdos e <i>layout</i> da norma de procedimentos;- Observação de normas e procedimentos da manipulação do cvc existentes noutras instituições;- Identificação das necessidades, planeamento das acções, execução, avaliação e registo dos cuidados de enfermagem;- Estabelecimento de um período experimental de aplicação da norma de actuação;- Validação da norma com a equipa de profissionais de saúde;- Apresentação dos resultados à equipa de enfermagem;- Divulgação da norma à equipa de enfermagem da pediatria 6 do HSM;

- ❖ Prover cuidados com base numa relação interpessoal (terapêutica) de modo a contribuir para o bem-estar e para a saúde da criança/jovem com necessidades relacionadas com o CVC, e sua família:

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES
<p>Estabelecer uma comunicação e empatia eficaz com a criança e família assegurando o seu bem-estar nas diversas unidades, ao longo do estágio;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização de diversas técnicas de comunicação terapêutica verbal e não-verbal com as crianças e família: <ul style="list-style-type: none"> . uso terapêutico do silêncio; . ouvindo reflexivamente; . verbalizando aceitação; . verbalizando interesse; . usando frases incompletas; . repetindo as ultimas palavras ditas pelo utente; . fazendo perguntas; . desenvolvendo ou devolvendo a pergunta efectuada; . usando frases descritivas; . mantendo o utente no mesmo assunto; . permitindo ao utente que escolha o assunto; - Identificação das necessidades biológicas, psicológicas, sociais, espirituais e emocionais de cada criança e respectiva família; - Permitir a expressão de sentimentos; - Acompanhar a apoiar a criança e família sempre que se justifique; - Mostrar disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e repetir algumas explicações;

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES
Demonstrar responsabilidade nos locais de estágio, ao longo do ensino clínico;	<ul style="list-style-type: none">- Esclarecimento dúvidas com os enfermeiros e/ou com pesquisas bibliográficas;- Sendo pontual e assídua;- Mantendo uma postura calma, serena e uma atitude cordial, responsável e sincera;- Adoptando iniciativa na aprendizagem ao longo do estágio;- Sendo assertiva na comunicação com a equipa;- Comunicação à escola e orientadores sempre que necessite de faltar;- Mostrar interesse e capacidade de iniciativa:<ul style="list-style-type: none">. oferecendo ajuda;. mostrando vontade de participar;. pedir permissão para executar;. mostrar trabalho e vontade de aprender;- Comprimento/respeito do meu papel enquanto aluna de especialidade;- Contribuindo para dar visibilidade à profissão de enfermagem.

APENDICE III

ANEXOS

ANEXO I

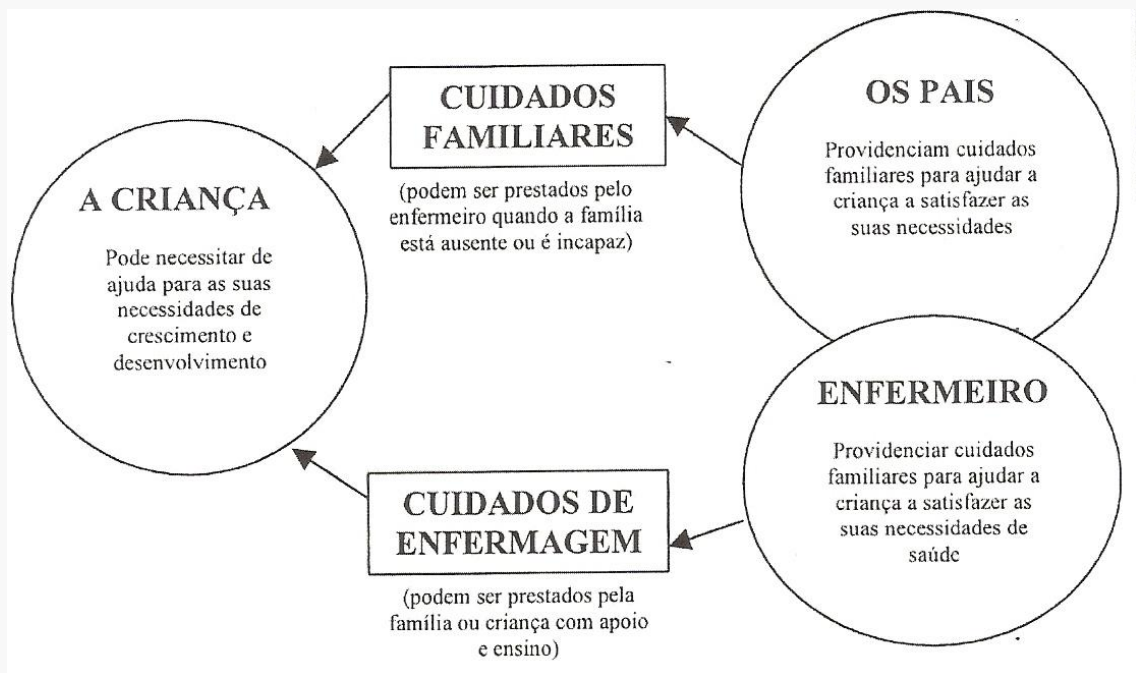
Ficha de acompanhamento do desenvolvimento														
Registro:			Nome:											
Data de nascimento _ / _ / _	Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)	Idade (meses)												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (Reflexo de Moro)													
	Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada													
	Olha para a pessoa que a observa													
	Dá mostras de prazer e desconforto													
	fixa e acompanha objetos em seu campo visual													
	Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente													
	Arrulha e sorri espontaneamente													
	Começa a diferenciar dia/noite													
	Postura: passa da posição lateral para linha média													
	Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço													
	Emite sons - Balbúcia													
	Conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva													
	Rola da posição supina para prona													
	Levantada pelos braços, ajuda com o corpo													
	Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro													
	Reconhece quando se dirigem a ela													
	Senta-se sem apoio													
	Segura e transfere objetos de uma mão para a outra													
	Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos													
	Imita pequenos gestos ou brincadeiras													
	Arrasta-se ou engatinha													
	Pega objetos usando o polegar e o indicador													
	Emprega pelo menos uma palavra com sentido													
	Faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.)													
Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)		Idade (meses)						Idade (anos)						
	Anda sozinha, raramente cai													
	Tira sozinha qualquer peça do vestuário													
	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras													
	Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista													
	Leva os alimentos à boca com sua própria mão													
	Corre e/ou sobe degraus baixos													
	Aceita a companhia de outras crianças mas brinca isoladamente													
	Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu													
	Veste-se com auxílio													
	fica sobre um pé, momentaneamente													
	Usa frases													
	Começa o controle esfinteriano													
	Reconhece mais de duas cores													
	Pula sobre um pé só													
	Brinca com outras crianças													
	Imita pessoas da vida cotidiana (pai, mãe, médico, etc.)													
	Veste-se sozinha													
	Pula alternadamente com um e outro pé													
	Alterna momentos cooperativos com agressivos													
	Capaz de expressar preferências e idéias próprias													

Período em que 90% das crianças adquirem o marco
 Presentes até o 4º mês

P = presente; A = ausente; NV = não verificado
 Elaborado por Brant, J. A. C.; Jerusalinsky, A. N. e Zannon, C. M.L.C.

Fonte: http://www.fmcsv.org.br/pdf/FMVSC_instrumentos_avaliacao_programa_estimulacao_psicossocial.pdf; Ministério da Saúde do Brasil – Caderno de Atenção Básica 11 (Instrumento de Acompanhamento), 2002

ANEXO II



Fonte: Casey e Mobbs (1988:6)

ANEXO III

ESCALAS DE DOR

www.blackbook.com.br

ESCALA DE DOR NFCS (Neonatal Facial Coding System) - Recém nascidos							
Detalhe ↓	Pontos →		Detalhe ↓	Pontos →		Interpretação	
Fronte saliente	Não	Sim	Boca estirada (horiz/vertical)	Não	Sim	Considerar presença de dor quando 3 ou mais destes detalhes aparecendo consistentemente durante a avaliação. Máximo: 8 pontos	
Fenda palpebral estreitada	Não	Sim	Língua tensa	Não	Sim		
Sulco naso-labial aprofundado	Não	Sim	Protrusão da língua	Não	Sim		
Boca aberta	Não	Sim	Tremor do queixo	Não	Sim		

ESCALA DE DOR NIPS (Neonatal Infant Pain Score) - Recém-nascidos a termo e prematuros						
		Pontos			Pontos	Interpretação
Expressão facial	Relaxada	0	Braços	Relaxados ou imobilizados	0	A escala vai de 0 a 7. Considerar presença de dor quando os pontos da escala somarem 4 ou mais. Falha nas crianças muito doentes para reclamar e nos pacientes curarizados.
	Contraída	1		Fletidos ou estendidos	1	
Choro	Ausente	0	Pernas	Relaxadas ou imobilizadas	0	
	Resmungos, fraco	1		Fletidas ou estendidas	1	
Respiração	Vigoroso	2	Consciência	Dormindo ou acordado calmo	0	
	Normal	0		Desconfortável	1	
	Alterada, irregular	0				

ESCALA DE DOR PIPP (Premature Infant Pain Profile) - Dor aguda em recém nascidos, em procedimentos							
		Pontos			Pontos	Interpretação	
Idade gestacional	≥ 36 semanas	0	Aumento da FC após o procedimento	Aumento de 0 a 4 bpm	0	A escala vai de 0 a 21. Escores acima de 6 mostram dor leve e acima de 12 apontam a presença de dor moderada ou intensa.	
	32 a 35 sem. e 6 dias	1		Aumento de 5 a 14 bpm	1		
	28 a 31 sem. e 6 dias	2		Aumento de 15 a 24 bpm	2		
	< 28 semanas	3		Aumento de > 25 bpm	3		
Estado de alerta observado por 15 segundos antes do procedimento	Acordado e ativo, olhos abertos e com movimentos faciais	0	Queda na saturimetria após o procedimento	Queda de 0 a 2,4 %	0		
	Acordado mas quieto, olhos abertos e sem movimentos faciais	1		Queda de 2,5 a 4,9 %	1		
	Dormindo e ativo, olhos fechados e com movimentos faciais	2		Queda de 5,0 a 7,4 %	2		
	Dormindo mas quieto, olhos fechados e sem movimentos faciais	3		Queda de 7,5% ou mais	3		
Estimar a idade gestacional de anotar a frequência cardíaca e a saturimetria de base antes do início do procedimento. Imediatamente após o procedimento voltar a anotar a frequência cardíaca e a saturimetria para pontuar.			Imediatamente após o procedimento observar durante 30 segundos os três sinais faciais abaixo. Considerar máximo se o sinal está presente por mais de 70% deste tempo; moderado se presente entre 40 e 69% do tempo; mínimo se entre 10 e 39% e ausente se por menos de 9% do tempo de observação.				
			Pontos →	0	1	2	3
			Testa franzida	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo
			Olhos espremidos	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo
			Sulco nasolabial	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo

ESCALA CRIES (Crying, Requires of oxygen for saturation above 95%, Increased vital signs, Expression, Sleep) - Pós-op. de RN						
		Pontos			Pontos	Interpretação
Choro	Ausente ou choro normal	0	Expressão facial	Normal, relaxada	0	A escala vai de 0 a 10. A escala deve ser aplicada em intervalos de 2 horas, nas primeiras 24 horas de pós-operatório e a cada 4 horas por mais 1 ou 2 dias. Deve-se considerar um escore igual ou maior que cinco como indicativo de necessidade de analgesia.
	Choro agudo, consolável	1		Caretas eventuais	1	
	Ch. agudo, inconsolável	2		Crispada, contraída	2	
Exigência de oxigênio	Nenhum	0	Sono na última hora	Normal	0	
	Menos de 30% de FiO2	1		Acorda frequentemente	1	
	Mais de 30% de FiO2	2		Acordado	2	
Aumento da FC e da PA	Sem aumento	0				
	Até 20% de aumento	1				
	Mais de 20% de aumento	2				

ESCALA DE DOR CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontário Pain Scale) - Crianças de 1-5 anos						
		Pontos			Pontos	Interpretação
Choro	Não	1	Tronco	Relaxado, posição neutra	0	A escala vai de 4 a 13.
	Choro fraco ou silencioso	2		Movimento de incômodo	2	
	Choro gritado, histérico	3		Tenso, tremor, estremeç.	2	
Facial	Sorrindo	0	Ferida	Em pé ou imobilizado	2	
	Tranquilo	1		Nenhum gesto	0	
Verbal	Crispado ou tenso	2	Perna	Protege, toca, segura	2	
	Fala de outras coisas	0		Quieta ou movim. leves	1	
	Não fala, ou outras queixa	1		Esperneia, pedala, tensa	2	
	Queixa dor	2		Em pé ou imobilizada	2	

ESCALA DE DOR MOPS (Modified Objective Pain Scale) - Pré-escolares e escolares (2-11 anos)						
		Pontos			Pontos	Interpretação
Choro	Não	0	Postura	Normal	0	A escala vai de 0 a 10. Os próximos pais podem aplicar a escala mas o escore dado pelos pais tende a ser um pouco maior que o dado pelos médicos e enfermeiras.
	Consolável	1		Em flexão	1	
	Inconsolável	2		Segura, protege a lesão	2	
Movimento	Nenhum	0	Verbal	Dormindo ou sem queixa	0	
	Inquieto	1		Queixa sem localizar	1	
	Muito, excessivo	2		Queixa e localiza a dor	2	
Agitação	Dormindo ou repouso	0				
	Agitação moderada	1				
	Histérico	2				

ESCALA DE RAMSEY PARA AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SEDAÇÃO	
NÍVEL DE ATIVIDADE	PONTOS
Comatoso, sem resposta após estímulo tátil moderado (tapinha no ombro)	1
Adormecido ou desperta com o estímulo (tapinha no ombro ou similar)	2
Calmo quando acordado, cateteres e sondas sem risco	3
Agitado, cateteres e sondas em risco	4
Agitação extrema, incontrolável, debatendo-se	5

Entre 2 e 3 pontos é considerado o nível de sedação ideal, o paciente parece tranquilo e responde bem a estímulos

ANEXO IV

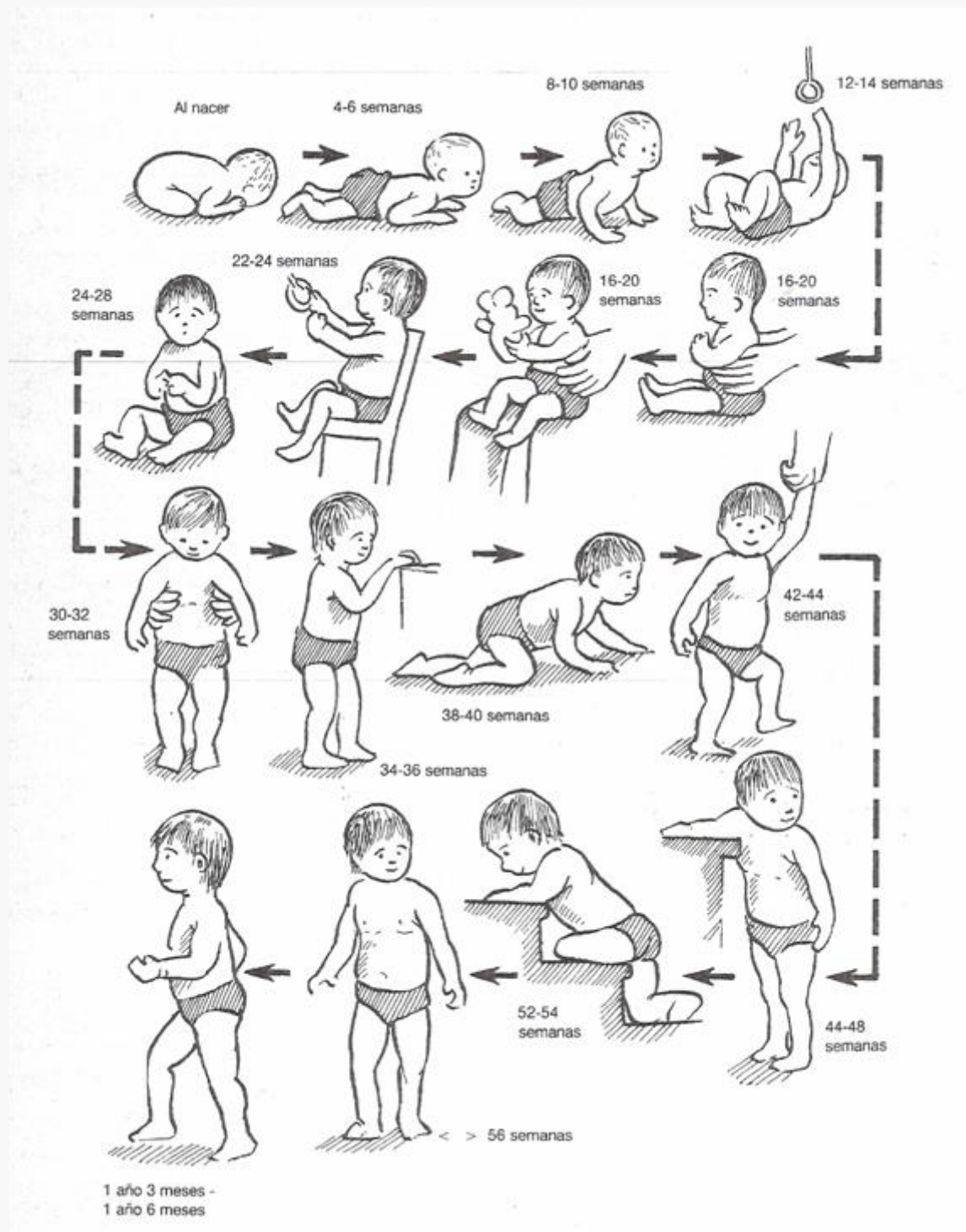


Figura 1: Desenvolvimento motor, desde o nascimento até aos 5 anos

Fonte: Capítulo 1, p.18 (“Crecimiento y desarrollo del niño”) fornecido na Unidade Curricular Crescimento e Desenvolvimento da Criança e Jovem

ANEXO V

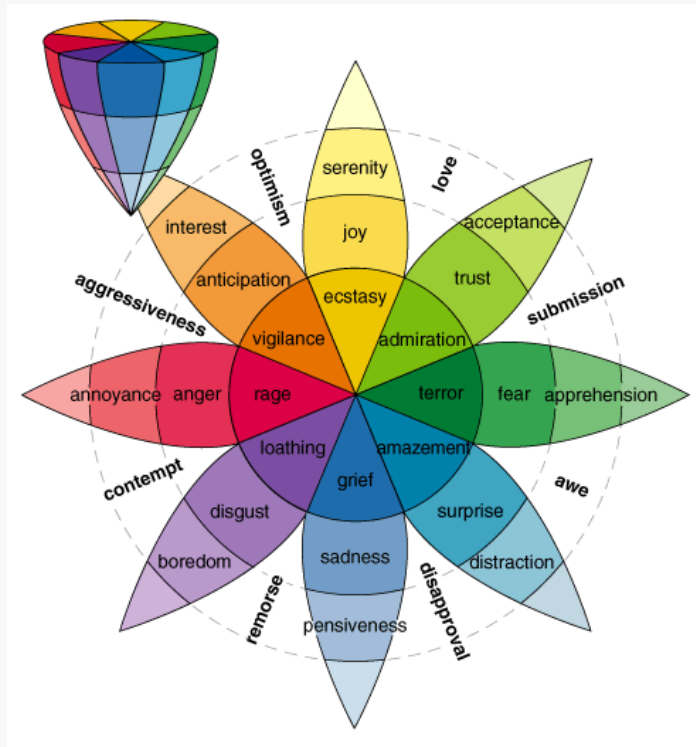


Figura 2: Quinze expressões básicas de Paul Ekman (1999)

Fonte: <http://www.paulekman.com/publications/recentbooks/>