

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Para o percurso de desenvolvimento de
competência de enfermeiro especialista: Criação
de programa de formação dos enfermeiros em
situação de emergência em pediatria**

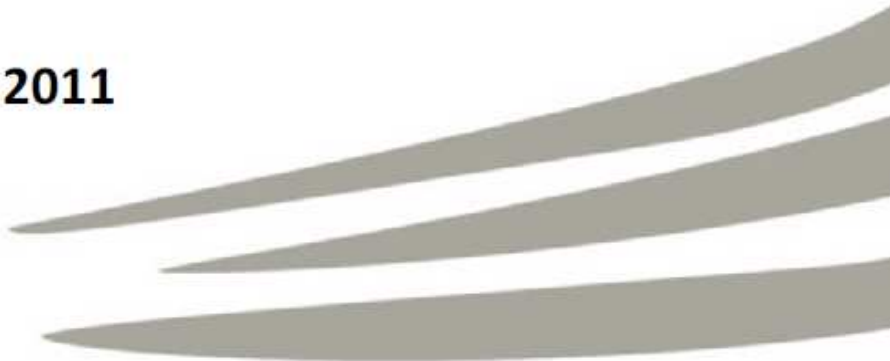
Carlos Eduardo Dâmaso Dias

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

Sr.ª Prof. Maria José Pinheiro

Sr.ª Enf.ª Helena Conduto

2011



RESUMO

A situação de emergência em pediatria envolve-se de factores com elevado grau de complexidade, não só para a criança mas também para a sua família e para os profissionais de saúde que têm uma actuação directa, nomeadamente os enfermeiros. Este relatório é o culminar do percurso de desenvolvimento de competências na área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria e teve como metodologia o projecto. A problemática decorreu de uma análise das práticas de enfermagem no Hospital CUF Descobertas, verificando-se dificuldades na formação e no treino periódico dos enfermeiros relativamente à sua actuação à criança e família em situação de emergência. Após o conhecimento e a síntese de conceitos durante o percurso de desenvolvimento de competências, baseados no Modelo dos Sistemas de Betty Neuman, foi criado um programa de formação para enfermeiros, seguindo as linhas de orientação do Conselho Europeu de Ressuscitação, englobando a aquisição de conhecimentos e habilidades em suporte básico e avançado de vida pediátrico, conhecimento do carro de emergência, gestão emocional da família e do próprio enfermeiro, durante e após a experiência destas situações. **Palavras-chave:** *Situações de Emergência Pediátricas; Modelo dos Sistemas de Betty Neuman; Gestão Emocional da Família; Gestão Emocional do Enfermeiro.*

ABSTRACT

The pediatric emergency situation engages factors with high degree of complexity, not only for children but also for their families and health professionals, especially the nurses, who have a more direct performance. This report is the end part of a competency development journey in the specialization on Child Health and Pediatric Nursing. The methodology used was the project. The problem stems from an analysis of the nursing practice at Hospital CUF Descobertas, and it was found that there were difficulties in the training of nurses related to their performance in pediatric emergency situation. After the synthesis of knowledge and concepts learned during this journey, including Betty Neuman's Systems Model, a training program was created for nurses, following the guidelines of the European Resuscitation Council, comprising the acquisition of knowledge and skills in pediatric basic and advanced life support, knowledge on using of the emergency car and the emotional management of the family and nurse, during and after experiencing these situations. **Keywords:** *Pediatric Emergency; Betty Neuman's Systems Model; Family's emotional management; Nurse's Emotional Management.*

ÍNDICE

CAPÍTULO 1 INTRODUÇÃO	6
CAPÍTULO 2 PROBLEMÁTICA	9
CAPÍTULO 3 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	12
1. <i>Modelo Sistémico de Betty Neuman</i>	12
2. <i>Enfermagem e assistência à criança em situação de emergência</i>	14
3. <i>Paragem cardiorrespiratória como emergência pediátrica</i>	14
4. <i>Ressuscitação Cardiopulmonar Pediátrica</i>	15
5. <i>Gestão da Emocionalidade em situação crítica</i>	16
5.1. <i>A Família da criança em Situação de Emergência – As Emoções</i>	18
5.2. <i>O Enfermeiro na sua dimensão emocional</i>	20
CAPÍTULO 4 PLANEAMENTO	22
1. <i>Objectivos Gerais</i>	22
2. <i>Objectivos Específicos, Actividades, Recursos e Tempo</i>	22
a) <i>Fase Precursora do Programa de Formação</i>	22
b) <i>Fase de Concepção do Programa de Formação</i>	33
<i>Avaliação do Programa</i>	56
<i>Sugestão de Indicadores de Qualidade para as Unidades Funcionais</i>	57
CAPÍTULO 5 IMPLICAÇÕES ÉTICAS NA REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA	59
CAPÍTULO 6 OUTRAS APRENDIZAGENS	64
CAPÍTULO 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
APÊNDICES	
<i>Apêndice I – Estatística de casuística no Hospital CUF Descobertas</i>	
<i>Apêndice III – Cronograma para período de estágio (3º Semestre)</i>	
<i>Apêndice IV- Tabela Competências de Enfermeiro Especialista Desenvolvidas por Local de Estágio</i>	
<i>Apêndice V – Questionário de Diagnóstico de Necessidades de Formação no HCD</i>	
ANEXOS.....	
<i>Anexo I – Indicadores epidemiológicos (INE): Mortalidade</i>	
<i>Anexo II – Indicadores epidemiológicos (INE): Mortalidade Infantil</i>	
<i>Anexo III – Valores do Grupo José de Mello Saúde</i>	
<i>Anexo IV – Autorização do Enfermeiro Director do HCD para aplicação de questionários de diagnósticos de necessidades de formação</i>	
<i>Anexo V – Instrumento de avaliação da 4ª Sessão de formação</i>	

ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional da Prática de Enfermagem	SAV – Suporte Avançado de Vida
ENA – Emergency Nurses Association	SAVP – Suporte Avançado de Vida Pediátrico
EPLS – European Pediatric Advanced Life Support	SBV – Suporte Básico de Vida
ERC – European Resuscitation Council	SBVP – Suporte Básico de Vida Pediátrico
HCD – Hospital CUF Descobertas	UCERN – Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido
HFF – Hospital Fernando da Fonseca	UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos
HSFX – Hospital de São Francisco Xavier	UF – Unidade Funcional
IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da saúde	UFAP – Unidade Funcional Atendimento Permanente
PALS – Pediatric Advanced Life Support	UFCE – Unidade Funcional Consulta Externa
PCR – Paragem cardio-respiratória	UFIG4 – Unidade Funcional Internamento Geral Piso 4
RCP – Ressuscitação cardio-respiratória	UFON – Unidade Funcional Obstetrícia e Neonatologia
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro	
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Quadro Síntese de objectivos específicos, actividades, recursos e tempo.....	23
Tabela 2 – Quadro síntese de objectivos específicos, actividades, recursos e tempo	34
Tabela 3 – Quadro síntese de actividades, estratégias e recursos	52
Tabela 4 – Quadro síntese de actividades, estratégias e recursos	54
Tabela 5 – Quadro síntese de actividades, estratégias e recursos	55
Tabela 6 – Quadro Síntese de actividades, estratégias e recursos.....	56
Tabela 7 – Quadro Síntese: Objectivos específicos, actividades, recursos e tempo	64

LISTA DE GRÁFICOS

1 – Percentagem por Género 2 – Nº. de Enfermeiros distribuídos por Anos de experiência profissional .	38
3 - Percentagem dos enfermeiros que têm Formação em SAVP, 4- Percentagem de enfermeiros que actuou em situação de emergência pediátrica, 5-Percentagem de enfermeiros que soube como actuar, 6- Percentagem de enfermeiros que se hoje se deparar com uma Situação de Emergência Pediátrica sabe como agir estabelecendo prioridades	39
7-Percentagem de enfermeiros que conhece o funcionamento do carro de emergência, 8-Percentagem de enfermeiros que conhece todo o material que compõe o carro de emergência, 9-Percentagem de enfermeiros que sabe como se utiliza todo o material que compõe o carro de emergência e 10- Percentagem de enfermeiros que conhece a localização correcta de todo o material no carro de emergência.....	40
11-Percentagem de enfermeiros que tem conhecimentos, pelo menos gerais, da medicação que compõe o carro de emergência, 12-Percentagem de enfermeiros que sabe como monitorizar um doente usando o monitor/desfibrilhador e 13-Percentagem de enfermeiros que sabe como colaborar na desfibrilhação de um doente usando o monitor/desfibrilhador	40
14 - Percentagem de enfermeiros que sabe quem e como contactar em caso de emergência pediátrica, 16 - Números de enfermeiros que considera importante para o seu desempenho a existência de formação periódica sobre SAV Pediátrico e 15 - Número de enfermeiros que considera importante a existência de simulações de situações de emergência pediátrica periódicas	43
17 - Classificação dos enfermeiros em relação à sua actuação à família da criança em situação de emergência e 18- Percentagem de enfermeiros que prevê a sua actuação perante a família da criança em situação emergente, durante a reanimação.....	44
19 - Percentagem de enfermeiros que prevê a sua actuação à família, após a reanimação da criança...	44
20 - Percentagem de enfermeiros que, após a reanimação da criança lida com as suas próprias emoções	48

CAPÍTULO 1 INTRODUÇÃO

O enfermeiro durante sua prática de cuidados está em interacção com indivíduos saudáveis ou doentes, desempenhando um papel importante na integração física e psicossocial daqueles que necessitam de sua assistência. A diversidade de conhecimentos e capacidades que caracterizam a sua formação profissional, orientada para um trabalho com sensibilidade, afectividade humana e intencionalidade terapêutica, leva a um particular reconhecimento da comunidade, em virtude do carácter social, compreensivo e socioafetivo que qualifica as suas acções. Dessa forma, diante uma criança doente que se encontra entre a vida e a morte, ocorre nestes profissionais uma diversidade de respostas físicas e psicológicas subjectivas, produto da reacção intensa a essas experiências e das relações que se estabelecem com esses clientes, como consequência da sensibilidade característica dos seres humanos e, em especial, dos profissionais que actuam em pediatria.

Este relatório de estágio visa sintetizar o percurso de desenvolvimento de competências na área da enfermagem de saúde infantil e pediatria e, a par desse percurso, a criação de um programa de formação para enfermeiros sobre a actuação do enfermeiro ao sistema familiar da criança em situação de emergência.

Este programa surge da análise de situação nas unidades funcionais com valência pediátrica no Hospital CUF Descobertas (HCD), que por observação e por vivência profissional adquiriu elevado grau de importância. Neste hospital, a experiência de situações de emergência pediátrica é reduzida e os aspectos de gestão emocional tendem a ser colocados em segundo plano face à actuação técnica e imediata no suporte de vida da criança. Por isso, a necessidade de formação e treino regular é premente.

Assim este estágio teve como objectivos gerais: 1- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria no âmbito da actuação de enfermagem à criança em situação emergente e gestão do sofrimento da família; 2- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria, na formação dos enfermeiros no cuidado à criança/família em situação emergente e gestão do sofrimento. Este relatório teve como objectivo o de sintetizar as aprendizagens efectuadas e relatar as experiências de estágio.

A metodologia utilizada foi a metodologia de projecto. O termo “projecto” vem do latim *pro+jectare* e significa “lançar para a frente, atirar”. Projectar significa investigar um

tema, um problema, uma situação com o objectivo de a conhecer e, se possível, apresentar interpretações e/ou soluções novas. Este projecto foi desenvolvido na *Unidade Curricular Opção II: Projecto* deste curso e serviu como base de sustentação para todo o percurso feito e que culmina neste relatório.

Para melhor estruturar a compreensão da intervenção do enfermeiro em situação de emergência pediátrica foi necessário o recurso a um modelo de enfermagem e, englobando os aspectos inerentes à gestão emocional, foi escolhido o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman por ser uma modelo que caracteriza os aspectos stressores vividos pelo sistema familiar durante o processo de situação de emergência da criança e também por ser facilitador na compreensão das estratégias de *coping* e mecanismos de resiliência de forma a ser norteador para a criação de um programa de formação.

A prática baseada na evidência tem adquirido particular enfoque durante os últimos anos no contexto da profissão de enfermagem. Por isso a melhor evidência científica foi escolhida criteriosamente para ser possível fazer uma adequada articulação com as experiências vividas. Para isto, o recurso a bases de dados internacionais foi um factor-chave neste processo mas também a literatura técnico-científica foi um recurso de vital importância. A par deste percurso foram actualizadas e publicadas as normas de actuação na reanimação pelo Conselho Europeu de Ressuscitação, que vierem dar um contributo indispensável à consecução dos objectivos propostos; assim estrutura-se da seguinte forma: Introdução, onde se irá dar uma visão panorâmica do conteúdo do relatório; Problemática, onde se caracterizará o problema inicial e a justificação da escolha do tema para este percurso; Enquadramento Conceptual, onde se irá sintetizar os conceitos que dão suporte teórico e conceptual ao relatório; Planeamento, que incluirá não só os objectivos gerais e objectivos específicos delineados mas também a síntese dos relatos de estágio e das aprendizagens efectuadas, bem como as competências de enfermeiro especialista desenvolvidas ao longo do percurso. Neste capítulo também está contemplada consecução do programa de formação como decurso de estágio. Implicações Éticas na Reanimação Pediátrica, onde é realizada uma reflexão da experiência de estágio suportada na evidência científica, essencialmente sobre a presença parental durante a reanimação; por uma questão de síntese e organização do relatório, apesar de ser necessário abordar estas questões ao longo de todo o trabalho, considereei ser importante enquadrá-las neste capítulo. Outras Aprendizagens serão contempladas, decorrentes do percurso de estágio mas paralelas

à problemática abordada, onde se destaca a experiência de estágio em contexto de cuidados de saúde primários. Em Considerações Finais, irá ser feita uma síntese do trabalho e também abordadas as implicações para a prática, nomeadamente da visibilidade da profissão de enfermagem.

CAPÍTULO 2 PROBLEMÁTICA

A minha experiência profissional desenvolve-se no HCD, desde o ano de 2003. Este hospital está situado no Parque das Nações e constitui uma das várias unidades de saúde do Grupo José de Mello. É uma instituição privada, que iniciou a sua actividade no ano de 2001. Esta Unidade Hospitalar está sectorizada em Unidades Funcionais (UF). A missão do hospital é *Promover a prestação de serviços de saúde com os mais elevados níveis de conhecimento, respeitando o primado da vida e o ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual das organizações, numa busca permanente do melhor. Os Valores são: Respeito pela Dignidade e Bem-Estar da Pessoa, Desenvolvimento Humano, Competência e Inovação* (ver Anexo III) e tem como missão para a Área Assistencial de Enfermagem, segundo o Quadro de Referência para esta área: *“Prestar Cuidados de Enfermagem com o fim de conservar a vida, aliviar o sofrimento e promover a saúde, através da procura permanente da excelência no exercício profissional e em consonância com os objectivos de eficiência e efectividade definidos para os Hospitais CUF”*.

Adaptado aos cuidados de saúde à criança e família, o HCD apresenta algumas dificuldades na assistência à criança em situação emergente. As várias unidades funcionais que direccionam os seus cuidados à criança/família apresentam profissionais preparados para actuar em situação de emergência mas com a falta de treino frequente as suas capacidades e conhecimentos deterioram-se. Apesar de existirem alguns trabalhos nesta área, não formam um core consistente.

Em termos de actuação em situação de emergência em pediatria, não existe um programa de formação e treino propriamente definido. De acordo com as linhas de orientação do ano de 2010 do ERC (*European Resuscitation Council*), há uma variedade de métodos usados para a formação em reanimação. Nenhum deles possui características de perfeição mas, na ausência de prática frequente, a aquisição de conhecimento e habilidades é aceitável. Embora o intervalo ideal entre os treinos não tenha sido estabelecido, o ERC considera que os treinos de reciclagem, repetida em intervalos de menos de 6 meses, parece ser necessário para a maioria dos indivíduos que não estão a realizar a ressuscitação de uma forma regular.

Da minha prática diária de cuidados na Unidade Funcional Internamento Geral Piso 4 – Internamento Pediátrico (UFIG4), surge a necessidade de identificação das necessidades de formação dos enfermeiros nesta área, visto que aquando da

ocorrência de situações de emergência em crianças verifica-se insegurança dos enfermeiros. Raramente o cuidado de enfermagem abrange a dimensão emocional do sistema familiar em situação de emergência.

Como indicador de situação de emergência pediátrica, existe no hospital, um impresso (IMP.135.01/07/04) onde são registadas as transferências inter-hospitalares. A grande maioria dos registos refere-se a transferências de crianças por agravamento clínico com necessidade de internamento em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), logo situações clínicas com carácter de urgência/emergência. Em média, a unidade de internamento pediátrico (Unidade funcional Internamento Geral Piso 4), no ano de 2008 teve 1022 (mil e vinte e dois) internamentos de crianças, das quais 9 (nove) foram transferidas por agravamento do estado clínico, em situação de urgência/emergência para UCIP; já no ano de 2009 o número de internamentos pediátrico foi de 1002 (mil e dois) e o número de crianças transferida para UCIP por agravamento do estado clínico foi de 1 (um), salientando que todas as crianças transferidas sofriam de patologia do foro respiratório (Ver Apêndice I).

Apesar de os dados não serem inteiramente representativos da ocorrência de situações de emergência pediátrica, visto que nem todas as situações de emergência são alvo de transferência, podendo algumas ser resolvidas no hospital, os dados podem ilustrar a diminuta ocorrência de situações de grande complexidade face ao número de internamentos anuais. A maior ocorrência de situações do foro respiratório pode, ser outro indicador do risco de ocorrência de situação de emergência na criança. A diversidade de patologias das crianças que são internadas no hospital é vasta, o que aumenta a probabilidade da ocorrência de situações de emergência.

No HCD, a responsabilidade da formação é assumida pela Academia de Formação de Enfermagem do grupo José de Mello Saúde e, em alguns casos como é exemplo a área da reanimação, conjuntamente com o Departamento de Gestão de Risco. Foi em parceria com estas entidades que se estabeleceram os objectivos estratégicos do programa de formação.

Como é prática frequente, as formações em emergência pediátrica centram-se apenas em processos e algoritmos de actuação, colocando de parte a vertente emocional da criança e família, em situações que causam sofrimento extremo. Aquando da necessidade de rapidez de actuação, e pela minha observação, vivência e reflexão das situações, a equipa de enfermagem não encontra o tempo para ajudar nos aspectos

emocionais do sofrimento que as situações emergentes causam à criança e família. Também esta opinião é partilhada com a enfermeira gestora da unidade funcional. Uma das formas de gerir as emoções é fazendo formação dos enfermeiros na gestão emocional face a situações de emocionalidade extrema e também sobre a gestão das suas próprias emoções em situações de emergência, outra das formas, em contexto profissional é a dinamização de reuniões de reflexão da prática.

CAPÍTULO 3 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1. Modelo Sistémico de Betty Neuman

Os Modelos Teóricos de Enfermagem são elementos chave na diferenciação da profissão relativamente a outras ciências, conduzindo a um investimento na mesma e delimitando o campo de actuação da disciplina e diminuindo grandemente a ambiguidade que poderá surgir na prática (SILVA e GRAVETO: 2008).

NEUMAN e REED referem que *“the Neuman nursing process is designed to implement the model through use of the theoretical concepts and scientific processes. It considers the client’s perceptions of needs and encourages partnership with caregivers to retain, attain, and maintain the holistic goal of client system optimal wellness”* (2007:112).

Sob a influência de diversas teorias como o Holismo, Gestalt, o Stresse de Seyle, a Crise de Caplan a Teoria Geral dos Sistemas Neuman construiu um modelo que embora, integre à partida, um diagrama de sistemas, que pareça ser uma *“intimidating experience”* (GEHRLING e MEMMONTT, 2008:135), se esse mesmo for repartido pelos quatro principais pressupostos ou conceitos metaparadigmáticos – a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem, a sua abordagem tornar-se-á mais esclarecedora para a prática de enfermagem.

Começando pela definição de ambiente, este é descrito como incluindo todos os factores internos e externos ou as influências que rodeiam a pessoa e o seu sistema, o qual por sua vez, se encontra sujeito aos stressores ou agentes causadores de adversidades que provêm desse mesmo ambiente externo e que têm potencial para causar distúrbios na linha de defesa que rodeia o sistema.

A pessoa é encarada como um sistema próprio que inclui características inatas na sua estrutura de base. Esse mesmo sistema interage com o ambiente por intermédio de linhas de defesa que o protegem das “agressões” provenientes do ambiente. Cada pessoa é única e por isso cada sistema é visto de uma forma particular e nenhum sistema é igual, no entanto é universal sob o facto de todos conterem cinco características: fisiológica, psicológica, de desenvolvimento, sociocultural e espiritual.

A saúde pode ser perspectivada a partir da linha normal de defesa, mas exteriormente a essa mesma linha existe uma linha de defesa flexível que mantém todo o sistema do cliente livre das agressões externas dos stressores, assim como internamente existe uma linha de resistência que, quando ultrapassada por um ou mais agentes stressores, provoca uma reacção de adversidade em defesa do núcleo central de cada pessoa, o

qual poderá sofrer consequências letais se for totalmente penetrado. Para o profissional de enfermagem o essencial é compreender não só o impacto que cada stressor pode provocar, mas o modo como o sistema interactivo de cada pessoa reage a essa mesma adversidade (NEUMAN 2002 *apud* GEHRLING e MEMMONTT, 2008:135). Essa forma interactiva de o sistema reagir à adversidade é caracterizado como *coping* que não é mais do que o processo cognitivo utilizado pelo sistema para lidar com situações de stress e que inclui os esforços para administrar problemas no seu quotidiano. Por outras palavras, é o conjunto de estratégias cognitivas ou comportamentais a que um indivíduo recorre quando se encontra perante uma solicitação que tanto pode ser interna como externa, mas que é para ele considerada negativa ou coactiva. Estas estratégias permitem restabelecer um controlo sobre a situação causadora de stress. Neuman acrescenta, ainda, a este o modelo a importância que o enfermeiro detém nos vários níveis de intervenção e como isso é crucial para que o sistema mantenha a sua estabilidade e equilíbrio. A intervenção de enfermagem visa a manutenção do equilíbrio do sistema, promovendo e facilitando mecanismos de *coping*.

Assim, o modelo apresenta três níveis de prevenção como intervenção de enfermagem: primária – identificação e redução de factores stressores ambientais para prevenir uma possível reacção do sistema e a manutenção do seu bem-estar; secundária – intervenção e tratamento da sintomatologia resultante da quebra da linha de defesa do cliente pelos stressores; terciária – intervenções de suporte e auxílio na reabilitação do sistema da pessoa (UME-NWAGBO, DEWAN e LOWRY, 2006:32).

Este referencial teórico adequa-se ao estudo do tema deste relatório visto que, a ocorrência de situação de emergência no subsistema criança é um claro conjunto de stressores para o subsistema família e também para o sistema enfermeiro, quando sente que não tem competência desenvolvida, capaz de ter uma actuação adequada à situação. Assim, dois sistemas entrarão em desequilíbrio: o sistema família e o sistema enfermeiro. Como tal, o enfermeiro deverá actuar aos níveis de prevenção para minimizar o impacto da vivência da situação de emergência pela família da criança; também deverá conhecer e desenvolver estratégias de *coping* que o permitam, essencialmente, fazer uma adequada gestão emocional no seu próprio sistema.

2. Enfermagem e assistência à criança em situação de emergência

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE 2003:2008), na última década, assistiu-se a uma redução significativa na mortalidade infantil em Portugal. O indicador mais adequado para quantificar esta tendência é a taxa de mortalidade infantil. Este indicador apresentou, em 2001, um valor de 5,0‰, representando um decréscimo de 54% face ao valor verificado em 1990 (10,9‰) (ver Anexo I e II). Isto decorre, não só do avanço tecnológico mas também da evolução constante nos cuidados de saúde.

Os serviços de emergência, sobretudo nos grandes centros urbanos, recebem um elevado número de clientes e a tendência da equipa é trabalhar com rapidez, para minimizar as situações de risco de vida. Entretanto, poucos minutos são necessários para permitir a participação da criança, quando ela mostra resistência, não cooperando com os sucessivos procedimentos, como chamá-la pelo nome, determinar a sua idade, avaliar o nível de consciência, informar os pais sobre suas condições, conhecer o estado geral de saúde e os problemas que podem interferir nas medidas terapêuticas. Estas medidas visam a assegurar a proximidade com a criança e família, aceitar as reacções emocionais como o medo, a dor e preservar o contacto pais e filho (WONG, 1999d).

É imperativo que a actuação em situação de emergência seja um processo sistematizado e, acima de tudo com passos que sejam transversais aos diversos elementos da equipa de saúde (ver Apêndice II). Sendo a paragem cardiorrespiratória na criança, uma das situações mais ansiogénicas para a equipa de saúde é necessário caracterizá-la para melhor a compreender.

3. Paragem cardiorrespiratória como emergência pediátrica

A paragem cardiorrespiratória (PCR) é uma das situações mais graves, na qual a criança corre o risco de perder a vida. É definida como a interrupção da actividade mecânica pulmonar e cardíaca, confirmada pela ausência do pulso detectável, inconsciência e apneia. Esse quadro provoca em poucos minutos a morte, caso não seja revertido (RUMBO et al., 1999). Em geral, a PCR é a cessação súbita e inesperada da circulação e/ou da ventilação efectivas (CARVALHO, 1998).

Do ponto de vista fisiopatológico, a PCR pediátrica raramente é um evento inesperado, sendo tipicamente consequência de uma profunda e prolongada hipoxémia e acidose provocadas por determinadas causas que levam à paragem respiratória ou à paragem circulatória, levando à insuficiência cardiopulmonar, culminando em paragem cardíaca,

que pode decorrer de uma falha respiratória causada por obstrução das vias aéreas, pneumonias, acidentes ou traumas, depressões respiratórias por tóxicos, convulsões, afogamento, hipertensão intracraniana, doenças neurológicas entre outras. Em menor frequência, é secundária a uma falha circulatória, entre elas a septicemia, a desidratação e a hemorragia. Uma paragem cardíaca primária é predominantemente decorrente do pós-operatório de cardiopatia congénita ou da morte súbita do lactente (PEREZ, 1999). A morte é considerada como inevitável, entretanto a morte inesperada e, especialmente, de uma criança, dificilmente é aceite pela família e pelos próprios profissionais de saúde (CONCHEIRO et al., 1999).

A RCP (Ressuscitação Cardiopulmonar) surgiu na decorrência desse processo de não-aceitação da PCR prematura como evento final (CARVALHO, 1998). Estimular, discutir e efectuar pesquisas para que sejam apresentadas entre os elementos da equipa e em eventos científicos fazem parte também do processo de capacitação profissional. Não se descarta a responsabilidade das instituições para esta capacitação, especialmente com a equipa que presta assistência ao cliente em estado crítico.

O treino e a formação frequente nesta área também integram o processo de capacitação profissional. De acordo com as linhas de orientação de 2010 do ERC, o objectivo é preparar o formando com a habilidade de ser capaz de realizar a reanimação numa situação clínica real, no nível em que seria esperado para executar. O treino deve seguir os princípios da educação e aprendizagem de adultos.

4. Ressuscitação Cardiopulmonar Pediátrica

Com a Ressuscitação Cardiopulmonar Básica tenta-se impedir a PCR e substituir a respiração e a circulação espontâneas. O objectivo é a oxigenação de emergência que garanta o mínimo de aporte de oxigénio aos órgãos vitais para prevenir a anóxia tecidual. A sua aplicação não exige nenhum tipo de equipamento e qualquer pessoa pode realizá-la sempre e quando estiver capacitado para detectar o problema e intervir em qualquer local e em condições adversas. Para isso, a equipa de saúde que trabalha nas unidades de emergência pediátrica deve conhecer as técnicas de Suporte Básico de Vida em Pediatria (SBVP), definido como o conjunto de manobras essenciais dirigidas a evitar a PCR, e são iniciadas após a avaliação da criança, compostas por com passos sequenciais e habilidades motoras específicas para manter ou restaurar a ventilação e circulação eficaz da criança em PCR. Se a paragem respiratória progride para paragem cardíaca sem pulso, o prognóstico da criança é reservado.

Portanto, o reconhecimento precoce e o controlo efectivo dos problemas respiratórios são fundamentais no Suporte Avançado de Vida em Pediatria (SAVP), que consiste no suporte básico associado a equipamentos auxiliares para ventilação, instalação de vias venosas, monitorização cardíaca, uso de drogas e desfibrilhação e manutenção da estabilização do cliente pós-paragem e na reavaliação contínua do cliente.

CINTRA (1996) assinala que o enfermeiro, como parte da equipa de emergência pediátrica, é responsável pela monitorização das crianças que chegam em estado crítico e é quem facilita toda a assistência, através da preparação, da organização do sistema de monitorização e do conhecimento dos materiais utilizados na situação de emergência; também é sua função assegurar a segurança para todos os intervenientes do processo.

Segundo GARCÍA & SÁNCHEZ (1998), a sequência da ressuscitação pediátrica tem algumas características especiais e próprias, determinadas pelo peso da criança, tamanho, diferenças anatómicas e elasticidade dos tecidos, que fazem com que as manobras de RCP básica nesses clientes sejam particularmente complicadas, pela diversidade das situações que as provocam, e pelo stresse derivado da gravidade do caso. GRANITOFF *et al* (1994) assinalam que o tempo é muito importante e as acções não devem exceder os poucos segundos, visto que a avaliação é simultânea à instituição das medidas terapêuticas prioritárias, com o objectivo de uma actuação de emergência rápida, segura e de alta qualidade. Um exame mais detalhado poderá ser concluído após a avaliação inicial, de tal forma que se evite uma avaliação prolongada, comprometendo a objectividade da actuação.

A sobrevivência na ressuscitação após PCR na infância é muito precária (7 a 11 %) e, parte destas, com sequelas neurológicas graves. Quando ocorre a paragem respiratória sem assistolia, a sobrevivência após a ressuscitação alcança 75 a 90% dos casos, se o atendimento é rápido e bem executado e na maior parte das vezes, não há danos neurológicos (REIS & VASCONCELLOS, 1999).

Na eminência da morte da criança, cabe ao enfermeiro gerir as emoções que afloram neste processo.

5. Gestão da Emocionalidade em situação crítica

WATSON afirma que *“podemos optar por estudar o mundo interior das experiências em vez do mundo exterior da observação. (...) Podemos escolher em buscar mais acerca do privado, do mundo íntimo do cuidar e das experiências humanas interiores”* (2002:

35). Como profissionais de saúde mostramos empatia perante as emoções dos outros, mas por vezes, também tentamos controlar e gerir essas mesmas emoções, principalmente quando se manifestam de uma forma negativa.

Consideremos, então, as emoções segundo DAMÁSIO (2000, p.72) como “*conjuntos complicados de respostas químicas e neurais que (...) desempenham um papel regulador que conduz, de uma forma ou de outra, à criação de circunstâncias vantajosas para o organismo que manifesta o fenómeno*”. Podemos assim, considerar a emoção como uma reacção que apresentamos perante determinado acontecimento e por isso limitativa no tempo. A activação de uma emoção tem a finalidade de preparar o organismo para a adaptação e isso tem resultados imediatos nas alterações do seu, sendo que algumas das componentes das emoções são imediatamente percebidas, ao contrário de outras que se revelam como manifestações psicofisiológicas e mais difíceis de detectar (DAMÁSIO 2000:75).

Cuidar do sistema familiar constitui, não só um compromisso, mas um verdadeiro desafio para o enfermeiro. Para além da preparação técnico-científica e da habilidade em estabelecer um relacionamento efectivo, torna-se necessário algo mais, não podendo a sua actuação restringir-se ao simples elo que se estabelece com a criança. Os enfermeiros precisam igualmente de direccionar o seu foco de atenção para as necessidades da família, enquadrando a criança nesse mesmo sistema familiar. (HOCKENBERRY 2006:12).

O cuidar é visto como um ideal, onde existe a máxima preocupação pela dignidade e preservação da humanidade e onde o processo simples e simultaneamente complexo de cuidar são o potencial ponto de partida para uma relação transpessoal. Para WATSON (2002:114) a relação “*Transpessoal refere-se a uma relação intersubjectiva, de pessoa-para-pessoa, que inclua dois indivíduos num dado momento, mas transcende simultaneamente os dois (...) no seu âmago, o transpessoal reconhece que o poder do amor, fé, compaixão, cuidar comunidade e intenção, consciência e acesso a uma fonte de energia mais profundo/mais elevada, é tão importante para curar como são as nossas abordagens convencionais de tratamento*”.

No entanto, é fundamental compreender que, na maioria das vezes, o ambiente onde normalmente o enfermeiro estabelece contacto, é totalmente alheio à criança e sua família e que, só por si, constitui um factor de grande ansiedade que acaba por

influenciar as reacções emocionais que possam ter, em resposta aos pedidos requeridos pelos enfermeiros (HOCKENBERRY 2006:647).

Deste modo, torna-se imperioso que no contexto de cuidados à criança e família em situação hospitalar, assim como no âmbito da saúde infantil e comunitária seja perspectivada a dimensão emocional dos mesmos.

A investigação sobre as emoções no cuidar em enfermagem tem vindo a revelar que a gestão emocional é essencial nas interacções terapêuticas, sendo uma dimensão da prática dos enfermeiros para que consigam mostrar sensibilidade e compreensão pelo outro, mas para, simultaneamente, aprenderem a lidar com a influência das emoções em si próprios (DIOGO 2006; JORGE 2004; MERCADIER 2004).

De uma certa forma, DIOGO (2006:39) sugere que devemos encarar o cuidar como um *“processo relacional contaminado por emoções e sentimentos (...) pois a experiência emocional está omnipresente em cada situação interaccional [pelo] que o enfermeiro reconhece que é um elemento activo na vivência relacional, mas ao mesmo tempo deve ser capaz de compreender a esfera emocional que está inscrita nas situações interaccionais da prática do cuidar, e assim reconhecer o sentido da experiência humana das emoções e dos sentimentos nos seus cuidados”*.

Contudo, torna-se fundamental, distinguir entre o modo de lidar com a emoção expressa pela criança e família e o modo de criar contextos relacionais capazes de, terapêuticamente, gerir e prevenir a expressão dessas mesmas emoções (DIOGO 2006:59). Para isto é essencial conhecer como surgem as emoções e como se processam os seus mecanismos.

5.1. A Família da criança em Situação de Emergência – As Emoções

Sendo a família a maior conhecedora da criança e os primeiros prestadores de cuidados, neste caso cuidados parentais, quando recorrem ao hospital por motivo de doença, deparam-se com uma situação de crise, um período de desequilíbrio físico e psicológico, que por um determinado tempo diminui a sua capacidade para enfrentar o problema. A equipa de enfermagem deve estar apta a trabalhar com os pais na satisfação das suas necessidades, sendo que uma dessas necessidades deve ir ao encontro da diminuição dos medos e ansiedades inerentes a todo o processo de doença e hospitalização do seu filho. Uma abordagem individualizada, reconhecendo o seu papel como pais, colocando ao seu dispor toda a informação útil, de forma clara, precisa e adequada e, validando com eles a sua vontade na participação nos

procedimentos, numa perspectiva de parceria de cuidados para que se sintam integrados nesta nova fase, contribui em grande parte para a satisfação das suas necessidades (JORGE 2004:67; SRIVASTAVA *et al*, 2001:272).

O enfermeiro deve possuir uma sensibilidade especial ao lidar com os pais, demonstrando capacidade comunicativa adequada a cada situação. É importante que a equipa reconheça que a criança e a sua família têm uma história, e as necessidades e solicitações emergem de cada uma conforme o sentido, o significado que atribuem às experiências vividas e só se manifestam de modo autêntico quando a família se sente acolhida e compreendida por uma equipa que tem a intenção de ajudar (VALLE, 1997). Um estado emocional agradável e positivo, resultante de uma satisfação completa no trabalho, promove naturalmente uma tendência ao desenvolvimento de habilidades no relacionamento com clientes, familiares e membros da equipa (GOMES, 1994).

Nesses momentos, o trabalho assistencial está mais voltado à criança, não se esquecendo a família como parte dessa atenção, uma vez que a pessoa ansiosa geralmente tem uma imagem distorcida da situação e, conseqüentemente, é mais difícil estabelecer uma comunicação efectiva nessas condições, pois a família encontra-se em crise situacional (KITZ, 1995). O enfermeiro nesse momento significa alguém estranho, cuja habilidade em lidar com a criança e sua família e de compreendê-la será exigida numa situação de sofrimento e dor.

As reacções familiares dependem de múltiplos e complexos factores, sendo que o impacto emocional de uma doença aguda, acidente ou da morte de um familiar de forma intempestiva provoca uma série de conflitos emocionais que afectam o sistema familiar. Nesse momento os membros integrantes da equipa passam a compartilhar as manifestações psicossociais da família, podendo tornar-se elementos de transmissão de calma e tranquilidade. Em situação de emergência torna-se difícil para o enfermeiro acompanhar os conflitos da família, que passam pelas mais diversas emoções que podem aflorar nessas ocasiões, necessitando muitas vezes do apoio de outros profissionais.

VALLE (1997) assinala que a preparação para situações difíceis como a informação sobre a gravidade ou a morte da criança passa pela capacitação do enfermeiro, pela sensibilidade e capacidade de integração da assistência na situação de emergência, podendo desenvolver estratégias para intervir com as famílias, como a comunicação pertinente sobre o cuidado da criança e atendimento das necessidades espirituais.

Como Ser Humano, o enfermeiro também tem de gerir as suas emoções e há que privilegiar esse cuidado.

5.2. O Enfermeiro na sua dimensão emocional

Os enfermeiros que trabalham no serviço de pediatria têm um vínculo afectivo contínuo com as crianças, manifestado pelos sentimentos que permeiam as relações com esses clientes e as suas famílias. No serviço de emergência essa relação é rápida pela natureza do encontro entre o cliente crítico e o enfermeiro, mas é aprofundada e expressada por meio dos sentimentos que afloram nestas situações. Segundo WONG (1999a), os enfermeiros precisam separar-se das crianças e dos seus familiares suficientemente para distinguir seus próprios sentimentos e necessidades. Sobre este aspecto VALLE (1997) assinala que os profissionais da equipa para não se envolverem em situações emocionais difíceis impermeabilizam-se emocionalmente, mostrando insensibilidade aos seus clientes; prestam cuidados impessoais aos clientes e suas famílias, centrando-se em tarefas e rotinas mecânicas para conseguirem um afastamento psicológico de algo que pode levá-los a depararem-se com sua própria fragilidade.

É preciso, na opinião de SANCHEZ *et al* (2001), procurar estratégias que facilitem uma boa estrutura emocional dos membros da equipa, diminuindo as tensões e os problemas e favorecendo uma aceitável relação interpessoal entre seus membros e os clientes.

O enfermeiro expressa a sua dificuldade na gestão emocional diante de situações difíceis, como aquelas relacionadas com o sofrimento, a dor ou a morte, o relacionamento interpessoal e essas situações podem levá-lo a defrontar-se com sua vulnerabilidade, a sua insegurança e os seus limites (VALLE, 1997).

PLA *et al* (1999) assinalam que o stresse é a resposta manifestada no indivíduo para poder enfrentar as exigências físicas e psicológicas que vêm do exterior. O ambiente hospitalar, pelas suas características, expõe os enfermeiros e a equipa a situações de stresse na admissão de um cliente em PCR.

WONG (1999c) expressa que a morte de um cliente é um dos aspectos de mais tensão da enfermagem em cuidados críticos. Os enfermeiros apresentam reacções à morte de um cliente muito semelhantes às respostas dos membros da família. CASSORLA (1998) relata que médicos e enfermeiros manifestam impotência e frustração perante a imprevisibilidade da trajectória de morte, é como se nesses momentos estivessem

diante da fragilidade da sua existência, recordando-se de sua própria morte e a possibilidade de viver a mesma situação dos seus clientes. Nessas situações, o enfermeiro sente-se incapaz diante da diversidade de sentimentos que apresentam, sendo difícil em determinados momentos superá-los para poder ajudar a equipa e a família.

Como algumas estratégias de gestão emocional, CASSORLA (1998) propõe a formação dos profissionais da área da saúde por meio de discussões em pequenos grupos, relatos de experiência aos colegas, discussões de filmes relacionados com o tema, de tal forma que possam ser mecanismos facilitadores para desvendar os sentimentos que estão envolvidos.

Na perspectiva da enfermagem avançada o cuidar actual requer um retorno aos ideais, aos pressupostos e premissas que os modelos e teorias nos deixaram. No fundo será a busca de uma *“maior competência para o desenvolvimento centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal – baseado em teorias de enfermagem que têm por “Core” o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas”* (SILVA 2007:18).

CAPÍTULO 4 PLANEAMENTO

1. Objectivos Gerais

(ver Apêndice III)

1. Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria no âmbito da actuação de enfermagem à criança em situação emergente e gestão do sofrimento da família.
2. Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria, na formação dos enfermeiros no cuidado à criança/família em situação emergente e gestão do sofrimento.

2. Experiência Clínica: Objectivos Específicos, Actividades, Recursos e Tempo

a) Fase Precursora do Programa de Formação

Como o meu projecto de aprendizagem visa a criação de um programa de formação de enfermeiros na actuação em situação de emergência pediátrica, no HCD, considerei uma mais-valia o estágio em serviços, diferentes da minha prática habitual, com o objectivo de observar as diferentes abordagens nas diferentes culturas organizacionais. Isto, prende-se com o facto de querer cimentar os meus conhecimentos na actuação ao sistema familiar em situação de emergência pediátrica e desenvolver competências como percurso para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista.

Assim delineei a experiência em vários campos de estágio, de forma a obter os mais válidos contributos para a consecução da elaboração do programa de formação; foram eles o Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX) e a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) do Hospital Fernando da Fonseca (HFF), com o intuito de adquirir conhecimentos e habilidades na execução técnica de intervenções de enfermagem direccionadas à criança em situação de emergência e também de desenvolver competências no cuidado de enfermagem, na sua dimensão da gestão emocional do subsistema família. Estas etapas foram a primeira fase do meu percurso. Estive nos campos de estágio para observar e desenvolver um conjunto de intervenções de enfermagem que me permitem dar resposta, enquanto enfermeiro especialista, ao sistema familiar em situações de grande sofrimento, nomeadamente a situação de emergência pediátrica.

Numa segunda fase do estágio delinee o percurso pelo hospital onde desenvolvo a minha actividade profissional, o HCD nas seguintes Unidades Funcionais: UFAP (Unidade Funcional de Atendimento Permanente) Pediátrico, UFON (Unidade Funcional de Obstetrícia e Neonatologia), mais concretamente na UCERN (Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido) (neonatologia) e na UFIG4 (Unidade Funcional Internamento Geral Piso 4) – Internamento Pediátrico. Esta escolha deveu-se ao facto de querer diagnosticar as necessidades de formação dos enfermeiros e também iniciar o planeamento do programa de formação, suportado nas competências desenvolvidas anteriormente.

Após a reflexão das situações de cuidados vividas em estágio, suportadas na melhor evidência científica consegui um enquadramento e uma estrutura de suporte que me permitiram evoluir para a segunda etapa. Assim, sintetizando os objectivos específicos e as actividades desenvolvidas, criei este quadro síntese.

Serviço: 1. Urgência Pediátrica do HSF 2. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do HFF		
Objectivos Específicos: 1. Recordar procedimentos técnicos de actuação de enfermagem ao subsistema criança em situação de urgência/emergência; 2. Compreender critérios de gravidade na avaliação inicial de enfermagem da criança; 3. Compreender estratégias de actuação de enfermagem à família da criança em situação de emergência, promotoras de <i>coping</i>; 4. Resumir conjunto de stressores mais frequentes que atingem o sistema família em situação de grande sofrimento; 5. Resumir estratégias de <i>coping</i> mais evidentes no sistema familiar aquando da criança em situação de emergência; 6. Compreender importância das reuniões de reflexão de enfermagem pós-vivência de situação altamente stressante; 7. Compreender como o ambiente altamente tecnológico interfere no <i>coping</i> do sistema familiar.		
Actividades Realizadas	Recursos	Tempo
• Pesquisa na bibliografia sobre atendimento da criança em situações de urgência/ emergência, de forma a aprofundar conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem a prestar nas várias valências de atendimento; • Consulta das Instruções de Trabalho e protocolos existentes, nos diferentes contextos, sobre o tema a abordar; • Observação da actuação do enfermeiro especialista, nos diferentes contextos da prática, à criança em situação de emergência para distinguir a melhor actuação, articulando a prática com a melhor evidência científica. • Observação da actuação do enfermeiro especialista, nos diferentes contextos da prática, à família em situação de grande sofrimento. • Escuta da família sobre os sentimentos que viveram em situação de emocionalidade extrema e • Observação e participação nos cuidados prestados pela equipa de enfermagem à criança/família nos diferentes contextos; • Reflexão e sistematização das vivências apreendidas em contexto clínico; • Realização de reuniões de orientação com os enfermeiros responsáveis pela orientação deste estágio, com o objectivo de conhecer a dinâmica e os projectos de intervenção nos diferentes contextos.	Serviços de estágio; Computador e Internet para pesquisa em bases de dados; Criança e família nos diferentes contextos. Enfermeira (s) especialista (s) de cada contexto; Enfermeiros responsáveis pela orientação do estágio. Equipa de Enfermagem dos vários contextos. Instruções de trabalho e protocolos de cada contexto. Livros e manuais técnicos; Artigos de investigação.	8 Semanas

Tabela 1- Quadro Síntese de objectivos específicos, actividades, recursos e tempo

Neste contexto questionei os enfermeiros relativamente à sua actuação numa hipotética situação de emergência e relativamente aos aspectos da gestão da emocionalidade da família da criança doente.

No que concerne às questões da actuação de enfermagem à criança em situação de emergência, as opiniões dos enfermeiros do serviço de urgência pediátrica dividem-se. Não auscultei diferenças significativas consoante a antiguidade no serviço ou os anos de experiência profissional. A opinião comum dos enfermeiros é que a ausência de prática real ou de treino em situação de emergência pediátrica dificulta a rápida e eficaz actuação. Esta opinião entra em consenso com a descrição de *Key educational recommendations* presente nas linhas de orientação de 2010 do ERC (p.216), “*Basic and advanced life support knowledge and skills deteriorate in as little as three to six months. The use of frequent assessments will identify those individuals who require refresher training to help maintain their knowledge and skills*”.

Apesar de os enfermeiros exercerem as suas funções num serviço de urgência, local onde a probabilidade de ocorrência de situações de emergência é maior, verbalizam ansiedade na perspectiva de se deparar com este tipo de situações.

A maioria dos enfermeiros refere uma inquietação constante na antevisão de dificuldades na actuação numa situação real de emergência, pela ausência da prática frequente; afirmam que, apesar do esforço para a manutenção e actualização do conhecimento teórico, torna-se difícil a sua articulação numa situação real, não só pelo stress inerente, mas pela especificidade e a falta de treino para este tipo de situações. Pelas entrevistas que fiz aos enfermeiros, a maioria vive reacções de angústia, ou seja, segundo LELORD e ANDRÉ (2002), vivem na expectativa de um perigo; um perigo para a vida da criança e um perigo para o desempenho das suas funções¹.

Foi neste sentido e também a pedido da Enfermeira chefe do serviço, tendo em atenção *Key educational recommendations* presente nas linhas de orientação de 2010 do ERC (p.216) supra-referidas, que desenvolvi um programa de treino para a equipa de enfermagem, para cimentar os conhecimentos teóricos adquiridos pela equipa de enfermagem num curso teórico-prático de Suporte Avançado de Vida Pediátrico (SAVP).

A criação deste programa de treino foi elaborado com base na aquisição prévia de conhecimentos teóricos para a realização do meu projecto de estágio, mas também

¹ REPE, Capítulo IV, Artigo 9º, Ponto 4, alínea c) – utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente, respiração, (...) circulação (...).

porque no HCD existe um programa de treino para a equipa multidisciplinar, para actuação em situações de emergência no adulto. Apesar de serem realidades e contextos diferentes, muitos dos meus conhecimentos provenientes do programa do HCD foram possíveis de transpor para a realidade do Serviço de Urgência pediátrica do HSFx. Independentemente dos conhecimentos que facilitaram a projecção e elaboração do programa, esta tarefa permitiu-me organizar o meu raciocínio e também preparar-me para a fase final do meu projecto.

Como a atenção do enfermeiro numa situação de emergência é a vertente técnica do cuidado de enfermagem, de forma a se conseguir a recuperação e manutenção das funções vitais da criança, os aspectos emocionais e psicológicos² tendem a ser descurados. O sofrimento que surge na família quando a criança adoece, pode ser devido à gravidade da doença, à ansiedade que os pais vivem em relação à sua participação na prestação de cuidados e na capacidade de conseguir lidar com as emoções quando estão junto dos filhos. No fundo, o seu papel parental, como protectores do seu filho é alterado devido à necessidade de intervenção dos profissionais de saúde, pois são estes, os detentores do controlo de toda a situação.

Na minha concepção de enfermagem, enquadrava grandemente a vocação como um dos principais alicerces para o cuidado. Após a análise do estudo de RODRIGUES (2001), constato que o termo vocação associado comumente à enfermagem pertence ao domínio do modelo vocacional/religioso³, no qual se entende a enfermagem como apenas o acto caridoso de cuidar, como um dom ou um chamamento divino.

À parte destas concepções, a enfermagem é uma profissão e, como tal, guiada por um enquadramento legal e conceptual que lhe atribui um estatuto científico e que a equipara às demais ciências; aliás, à medida que analiso as minhas concepções de enfermagem, dou corpo à ideia de que a enfermagem não é mais do que a *Ciência do Cuidado*. (NIGHTINGALE, 2005)

Ter bem presente o campo de intervenção da enfermagem, tendo em conta as intervenções autónomas e interdependentes⁴, serve para balizar a actuação e ter a clara consciência qual é o seu âmbito, as suas limitações e as suas potencialidades. A motivação pessoal e profissional de cada um dos enfermeiros permitem-lhes, não só

² Segundo a minha concepção: aspectos emocionais referem-se a estados emocionais e sentimentais (sendo a experiência das emoções) como o medo, a raiva, a tristeza, a vergonha, etc. Aspectos psicológicos referem-se a conceitos e representações mentais, como por exemplo, o auto-conceito, a auto-imagem, etc.

³ Corresponde ao chamamento divino, à renúncia dos bens materiais e ao altruísmo na sua mais pura forma.

⁴ REPE Capítulo IV, artigo 9º Intervenções dos Enfermeiros

conciliar os seus conhecimentos teóricos e o seu tempo de experiência profissional mas também impulsionar o saber científico e o contributo de outras áreas de conhecimento em prol da constante melhoria do cuidado prestado ao cliente. Esta melhoria depende directamente das concepções individuais do cuidado de enfermagem (LOPES e LOURENÇO, 1998). Segundo a Ordem dos Enfermeiros, em Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, *“O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (...) Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual (...) A relação terapêutica promovida no âmbito de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel (...). As intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados (...).”* É segundo esta afirmação que se pode basear o cuidado de enfermagem em contexto da ajuda ao sistema familiar.

Do que pude observar, suportado no estudo realizado por LOPES e LOURENÇO (1998), as concepções de enfermagem não vão para além do processo de doença. Foi frequente ouvir entre a equipa de enfermagem, referências à importância dos aspectos da relação humana mas, do que observei é-lhes difícil operacionalizar mecanismos para o estabelecimento dessa relação. A maioria das concepções dos enfermeiros, sobre a gestão dos sentimentos do sistema família, acalentam a importância do suporte emocional da família da criança.

Em termos práticos, a grande maioria dos enfermeiros atribui o primeiro plano da actuação de enfermagem à criança. Poucos foram os testemunhos que fazem referência a uma actuação simultânea à criança e à família.

Uma abordagem individualizada, reconhecendo o papel parental, colocando ao seu dispor toda a informação e integrando-os nos procedimentos, numa perspectiva de parceria de cuidados, contribui inteiramente para a satisfação das suas necessidades (SRIVASTAVA *et al*, 2001).

Ainda na primeira etapa do meu percurso, estaguei na UCIP do HFF, onde continuei a desenvolver as mesmas competências que no serviço de urgência pediátrica do HSF. Neste contexto fez-me sentido reflectir sobre a influência do ambiente altamente tecnológico de uma unidade de cuidados intensivos nas reacções da família e assim

integrar nesta análise a reflexão sobre os stressores e os mecanismos de *coping* do subsistema família, bem como a percepção que os pais têm dos comportamentos dos enfermeiros, potenciadores de uma experiência positiva

O meu preconceito de que o ambiente da unidade de cuidados intensivos pediátrica é hostil pela alta especialização tecnológica e centrado no tratamento e/ou manutenção das funções vitais da criança, limitava o meu entendimento de como seria possível cuidar da criança e sua família nestas circunstâncias, humanizando ao máximo o ambiente.

A filosofia de cuidar nesta unidade é a de cuidados centrados na família e não são apenas praticados pela equipa de enfermagem. Os profissionais utilizam também o afecto como estratégia diminuidora do stress da criança e da família. O papel de cada um dos elementos da equipa de saúde é claramente balizado pela sua área de competência e, todos os elementos são considerados válidos e imprescindíveis dentro do seu campo de actuação.

Segundo HARBAUGH, TOMLINSON & KIRSCHBAUM (2004) *"It remains a challenge for intensive care nurses to humanize highly technological health care environments while simultaneously maintaining the benefits this technology can offer"*. Humanizar o ambiente, não passa só pelo cuidado de enfermagem e com comportamentos de carinho e dádiva de afectos, passa também por o enfermeiro perceber a dinâmica familiar e fomentar, ao máximo, a parceria nos cuidados bem como a manutenção do papel parental. Durante o estágio observei os enfermeiros estabelecerem relação com as crianças e suas famílias, recorrendo muitas vezes aos afectos, ao toque, com intencionalidade terapêutica. Observei também o cuidado dos enfermeiros em conhecerem o sistema familiar e em negociarem a participação da família nos cuidados à criança. O conhecimento do modelo dos sistemas (HARBAUGH, TOMLINSON & KIRSCHBAUM, 2004), nomeadamente o modelo de Betty Neuman no cuidar permite uma percepção mais abrangente sobre o que é o seu alvo de cuidados e norteia a prática dos cuidados. Na tentativa de ajudar a família a gerir o seu plano emocional, há que identificar os stressores e as estratégias e mecanismos que promovem o *coping*. Assim fala-se da importância do suporte emocional à família da criança doente; muitas vezes esta importância é priorizada de acordo com os critérios médicos de gravidade da patologia que a criança experimenta no momento da hospitalização. Na minha experiência profissional tendi a subvalorizar os sentimentos da família e a descurar a

sua gestão emocional, considerando ser uma situação transitória, de fácil resolução e com fracos critérios de gravidade. Entende-se algumas vezes que a família partilha alguns dos mesmos conhecimentos científicos que os profissionais de saúde e como tal, a intervenção de enfermagem neste campo tende a não ser tão incisiva como em situações de prognóstico reservado ou com altos critérios de gravidade clínica. Verifiquei em estágio, em situações nas quais as crianças se encontravam gravemente doentes, que os enfermeiros conversavam com a família, explicando de forma clara e concisa as reacções da criança, o que era expectável que acontecesse ao longo do tempo e explicando também como os pais poderiam manter o seu papel parental.

Os stressores mais ansiogénicos para a família, identificados na evidência científica são a alteração dos papéis da família, os comportamentos disruptivos da criança, as reacções emocionais e a separação entre a criança e a família. A perda de poder dos pais perante a criança em situação de doença crítica pode afectar grandemente o desempenho do seu papel parental e como tal ser um stressor que pode levar a situações de crise difíceis de superar. Por isso *"In intensive care environments, childcare is almost totally assumed by nurses. It is important to create more humanistic critical care environments for families by preserving, as much as possible, the integrity of familial roles and relationships, even in the midst of a stressful experience"* (HARBAUGH, TOMLINSON & KIRSCHBAUM, 2004 citando CHESLA, 1996; RENNICK, 1995). Todas as atitudes que promovam o papel parental, que centrem os cuidados de enfermagem na família, que diminuam a ansiedade da criança e da família, que promovam a comunicação clara e eficiente, são atitudes facilitadoras dos mecanismos de *coping* e de resiliência da família. A família bem adaptada e reestruturada na nova situação de doença será a família que melhor favorecerá o suporte emocional da criança.

Segundo GOMES, TRINDADE e FIDALGO (2009), *"A doença e a hospitalização da criança podem ser vistos como factores de stress, que para além de afectar o desenvolvimento normal da criança, também atinge as relações sociais dentro do sistema familiar."* Tendo por base esta afirmação, a intervenção de enfermagem assume um papel fulcral, visto que as dinâmicas na relação enfermeiro/cliente têm sofrido diversas reestruturações e que, actualmente, assentam na parceria dos cuidados e na simbiose dos papéis e funções do enfermeiro e da família da criança doente.

Os stressores que advêm da hospitalização e os que nela culminaram podem assumir maior ou menor relevância no sistema, dependendo das suas linhas de defesa flexível e normal. É nestas linhas de defesa que o enfermeiro deve actuar. Ao nível da prevenção primária, cabe ao enfermeiro, em conjunto com a família, determinar estratégias que permitam antever os problemas advenientes do processo de doença, adoptando as melhores estratégias de *coping* para uma adequada estruturação e flexibilização das linhas de defesa do sistema, como por exemplo na prevenção da recorrência da doença aguda ou na prevenção de comportamentos disruptivos como manifestação de alterações emocionais provenientes de alteração de papéis.

No que concerne à prevenção secundária, o recurso à parceria no cuidar é de extrema importância. Segundo GOMES, TRINDADE e FIDALGO (2009) *“A doença, sobretudo a doença grave, provoca na família uma desorganização funcional, e quando os seus membros não podem assumir o papel habitual, as relações interpessoais estão perturbadas, manifestando-se reacções emocionais e de ansiedade, comprometendo o quotidiano.”* É imperativo que o enfermeiro entenda a prevenção secundária, não só como o tratamento da doença da criança, mas também como o tratamento da doença na família. Também, segundo GOMES, TRINDADE e FIDALGO (2009) *“As principais dificuldades relacionam-se com aspectos familiares, laborais e com as condições de alojamento e os constrangimentos prendem-se essencialmente com as técnicas invasivas, o equipamento e o ambiente. (...) A restrição de visitas na unidade baixou as expectativas dos pais em relação ao apoio de familiares e amigos.”* Ter conhecimento sobre que comportamentos de enfermagem agem como stressores facilita grandemente a actuação de enfermagem na minimização destes. A par com a situação de doença grave surgem sentimentos potenciadores do medo e da ansiedade inerentes à preocupação parental com o estado de saúde da sua criança.

Para além da situação de doença de um membro do sistema família, o facto de ter desempenhar vários papéis em simultâneo, diferentes dos que eram desempenhados até então poderão ser factores de stresse e ansiedade que inibem o *coping*. (CHUI e CHAN, 2007).

Segundo HARBAUGH, TOMLINSON & KIRSCHBAUM (2004) são identificados pelos pais comportamentos de enfermagem que garantem cuidados de qualidade e promotores do *coping*, sendo eles: permitir o acesso e a manter a proximidade com a criança, reduzir o stresse e a incerteza, com informação precisa e contínua, realizar

cuidados de enfermagem de uma forma competente e coordenada, valorizar a individualidade da criança e manter os pais informados das respostas diárias e do progresso da criança. Na perspectiva dos pais, os enfermeiros têm de ser afáveis, carinhosos, dadores de afecto e vigilantes; para além destas características, culturalmente inerentes ao cuidado de enfermagem, têm de mostrar competências desenvolvidas no tratamento e antecipação de possíveis problemas com o estado de saúde da criança. Estes comportamentos demonstrados pelos enfermeiros ajudam na manutenção do sistema familiar, durante os momentos de crise experienciados durante o internamento na UCIP.

Segundo CHUI e CHAN (2007), *“The family acts as a buffer for the patient’s emotional stress, plays a role of caregiver and is actively involved in the decision-making process related to treatment (Hupcey, 1998). Family members who cope poorly might hinder a patient’s recovery.”* Assim a intervenção de enfermagem direccionada ao subsistema família visa não só o suporte emocional deste subsistema, como o suporte emocional do subsistema criança e, como meta, o bem-estar emocional do sistema familiar no seu todo. A plenitude emocional da família é facilitadora do *coping* do sistema e como tal influencia a recuperação da criança e, numa perspectiva de cuidados centrados na família, potencia a tomada de decisão em relação às intervenções aos níveis de prevenção.

De acordo com GOMES, TRINDADE e FIDALGO (2009), citando WRIGHT e LEAHEY, *“(...) a postura dos enfermeiros para com as famílias se tem modificado nos últimos 15 anos, sendo o relacionamento tendencialmente mais colaborador, consultivo e não hierárquico.”* Isto reflecte-nos a mudança de filosofia de cuidar na enfermagem em contexto pediátrico, onde o enfoque é dado à parceria de cuidados, nos cuidados centrados na família, e assim os mesmo autores reforçam esta ideia afirmando que *“(...) Os enfermeiros têm conferido à família maior status, habilidade, igualdade e respeito, combinando as habilidades da enfermeira e da família e constituindo assim uma nova e eficaz sinergia do contexto das conversações terapêuticas, que de outra forma não existiria.”*

GOMES, TRINDADE e FIDALGO (2009), citando GONÇALVES *et al* (1999), definem *“(...) três áreas de stress na família: interrupção da vida na comunidade; preocupação com a possível morte ou sequelas da criança; incerteza quanto à capacidade de controlar o ambiente que a rodeia.”* Tendo em consideração todos estes conceitos,

intervenção de enfermagem ao nível da prevenção secundária deverá ser direccionada para o sistema familiar como um todo e não para cada uma das suas partes componentes.

Focando a atenção no nível de prevenção terciária, os autores afirmam *“As famílias que desenvolvem estratégias de adaptação face à situação de doença conseguem obter maior segurança e controlo. Quando as famílias não se conseguem adaptar a essa situação, necessitam de assistência para poder desenvolver essas estratégias.”*

Todo o trabalho desenvolvido durante o período de internamento não poderá findar quando termina este período. A utilização de, por exemplo, um telefonema de acompanhamento de enfermagem pós-alta hospitalar poderá facilitar a adaptação do sistema familiar aos stressor enfrentados e assim incorporar a sua experiência na linha de defesa normal do sistema (HALL, 2005).

Durante o estágio, observei os enfermeiros a mostrarem comportamentos que facilitassem o *coping* no sistema familiar, nomeadamente a atitude disponível, o afecto e a abertura para o diálogo e esclarecimento de dúvidas. Também consegui observar, ao nível da prevenção terciária, o apoio domiciliário no regresso a casa da criança, após internamento na UCIP, que foi facilitador da recuperação da criança e que ajudou a família a superar os stressores resultantes do processo de doença e de internamento. Conhecer a família e o seu contexto será facilitador da actuação de enfermagem. A avaliação inicial contemplando os aspectos holísticos da criança favorece um conhecimento alargado do sistema familiar para o enfermeiro para que este consiga priorizar a sua intervenção e planificar os cuidados de forma efectiva.

É também o papel do enfermeiro adoptar estratégias e mobilizar os recursos que facilitem a adaptação do sistema familiar, como por exemplo tornar fácil o acesso ao representante do suporte espiritual, promover momentos de privacidade para que os membros da família possam dialogar entre si e, se possível encaminhar a família para grupos de apoio existentes na própria instituição. A transmissão de informação à família também pode ser um stressor quando não é feita de uma forma clara, concisa, perceptível e adaptada ao nível de conhecimento desta. Cabe também aos enfermeiros gerirem de uma forma eficiente a presença e acompanhamento das crianças pelos seus pais ou figura de referência (GOMES, TRINDADE e FIDALGO, 2009; CHUI e CHAN, 2007). Estes profissionais têm de estar atentos e fazer uma avaliação constante do estado emocional da família para que consigam um entendimento alargado sobre a

forma como a família está a realizar o *coping* (CHUI e CHAN, 2007). Faz parte do processo de enfermagem o diagnóstico dos problemas, a aplicação de intervenções, a avaliação do resultado dessas intervenções e, se necessário, o novo planeamento de intervenção. Ainda segundo estes autores *“Nurses need to be sensitive to the specific socio-cultural factors that would influence clients’ perception of stress and coping.”* A priorização do suporte emocional prestado à família da criança doente não pode apenas assentar na percepção e julgamento do enfermeiro mas sim na validação desta percepção com os próprios familiares da criança hospitalizada.

É de extrema importância conhecer os stressores achados na evidência científica para, adaptando à realidade e especificidade de cada contexto, ser possível proporcionar um suporte emocional encorpado e consistente, baseado na evidência científica internacional.

De muito bom nesta experiência encontro o abalo nos meus alicerces e nas minhas concepções no que concerne ao apoio e suporte emocional da família. Consegui desmontar a minha concepção biomédica do cuidado de enfermagem. Este foi um dos pontos-chave no meu percurso de aprendizagem e de desenvolvimento de competências.

Nestes campos de estágio cumpro as actividades a que me tinha proposto e que me permitiram desenvolver as seguintes competências de enfermeiro especialista (ver Apêndice IV): “E.1.Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, englobando *“E.1.1.Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança /jovem”* e *“E.1.2.Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”*. “E.2.Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”, incidindo em *“E.2.1.Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”*. Também e por último, “E.3.Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, englobando *“E.3.3.Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”*. (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

b) Fase de Concepção do Programa de Formação para o HCD

Para atingir o objectivo de concepção do programa de formação e, concomitantemente, para desenvolver competências de enfermeiro especialista, norteie o meu raciocínio por alguns documentos, nomeadamente o REPE (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro), as linhas de orientação do ERC, o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman e ainda pelo conhecimento, pela experiência da minha vida profissional e pelo meu percurso académico no âmbito do curso de pós-licenciatura e mestrado na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, foram assim mobilizados vários subsídios dos locais de estágio e também da Ordem dos Enfermeiros e do Concelho Europeu de Ressuscitação. Sintetizando os meus objectivos e as actividades desenvolvidas:

UF do Hospital CUF Descobertas: 1. UCERN; 2. UFAP Pediátrico; 3. UFIG4 – Internamento Pediátrico		
Objectivo Geral: 1. Desenvolver um programa de formação para enfermeiros sobre a actuação em situação de emergência aos subsistemas; criança e família: 2. Objectivos específicos a) Diagnosticar as necessidades de formação dos enfermeiros; b) Estruturar o programa de formação para enfermeiros; c) Definir resultados de aprendizagem; d) Criar indicadores de avaliação e) Sugerir indicadores de qualidade para as UF 3. Criar reuniões de reflexão de enfermagem, após a vivência de situação altamente stressante para a equipa, como estratégia de promoção da adequada gestão emocional do Enfermeiro.		
Actividades Realizadas	Recursos	Tempo
✓ Reunião com os enfermeiros responsáveis e/ou enfermeiros peritos dos vários serviços com valências pediátricas e com a enfermeira responsável pela Gestão de Risco do Hospital para fazer levantamento das necessidades de formação na área da actuação de enfermagem à criança/família em situação emergente. ✓ Elaboração do questionário para levantamento de necessidades de formação dos enfermeiros. ✓ Elaboração do programa de formação para equipa de enfermagem sobre actuação de enfermagem à criança/família em situação emergente, para o Hospital CUF Descobertas, tendo em consideração as seguintes etapas: ➤ Consulta das recomendações do ERC no que concerne à formação e treino de profissionais de saúde na actuação à criança em situação de emergência; ➤ Consulta de normas e protocolos existentes nas Unidades Funcionais. ➤ Análise do inquérito e definição de resultados de aprendizagem; ➤ Planeamento das sessões de formação; ➤ Criação de critérios de avaliação; ➤ Sugestão de Indicadores de Qualidade, com base no programa de formação, para as Unidades Funcionais com valência pediátrica. ➤ Redacção do Programa de Formação; ✓ Dar a conhecer o projecto de estágio e o programa de formação aos responsáveis da área assistencial de enfermagem e Academia de Formação de Enfermagem: ➤ Reunião com Enfermeiro Director do Hospital CUF Descobertas	Unidades Funcionais com valência pediátrica do HCD. Enfermeiro Director do HCD. Enfermeiros Responsáveis e/ou Peritos das UF com valências pediátricas. Equipa de Enfermagem das várias valências pediátricas. Enfermeiros gestores das várias unidades funcionais com valências pediátricas. Enfermeiros responsáveis pela orientação do estágio. Computador e Internet para pesquisa em bases de dados	6 Semanas

para apresentação do projecto de estágio e projecto de formação. ➤ Reunião com responsáveis pela Academia de Formação de Enfermagem do grupo José de Mello Saúde para apresentação do projecto de estágio e projecto de formação. ➤ Criação de documento de Supervisão e avaliação das sessões de treino. ➤ Após o início da implementação do programa de formação, abertura de uma conta de e-mail para sugestões e críticas por parte da população alvo da formação. ✓ Agendamento da implementação de um momento formal de discussão e reflexão mensal sobre a prática de cuidados de enfermagem, dando especial enfoque à verbalização das emoções sentidas e estratégias futuras a adoptar como forma de prevenir distúrbios emocionais na equipa de enfermagem, advenientes de experiências emocionais intensas.	internacionais e <i>website</i> do ERC; Instruções de trabalho e protocolos presentes no HCD. Livros e manuais técnicos; Computador e internet. Documentos elaborados para reflexão das experiências vividas.	
--	--	--

Tabela 2 – Quadro síntese de objectivos específicos, actividades, recursos e tempo

Cabe ao enfermeiro desenvolver os cuidados de enfermagem que se caracterizam por “ (...) *Terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade; (...) 3) Utilizarem metodologia científica, que inclui: (...) e) A execução correcta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários (...)* ” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998). É desta interacção que emerge a enfermagem enquanto ciência do cuidar, com uma metodologia científica própria, que passa pela Investigação, Diagnóstico de Enfermagem, Planeamento e Implementação de Intervenções de Enfermagem e Avaliação dessas mesmas intervenções. Para que haja uma correcta e adequada execução dos cuidados de enfermagem, é necessário não só seguir correctamente o processo de enfermagem mas também basear a prática na melhor evidência científica disponível, reflectindo, analisando e produzindo novo conhecimento, de forma a se conseguir sustentar toda e qualquer intervenção de enfermagem.

Também, os cuidados de enfermagem deverão ser prestados pelo melhor interesse dos clientes alvos da intervenção do enfermeiro. “ *No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998). Para isto é necessário ter desenvolvidas competências no seu âmbito de acção.

Muitas vezes a ausência de prática frequente em algumas situações, impede o prosseguimento de uma conduta responsável; por um lado, perante uma situação nova e desconhecida, o enfermeiro é impelido pela sua responsabilidade profissional a actuar, por outro lado a insegurança na acção poderá trazer malefícios e resultar em eventos adversos para o cliente. No âmbito deste programa, o REPE contempla a

intervenção dos enfermeiros e afirma que “ (...) *de acordo com as suas qualificações profissionais: (...) Utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração, [e] circulação (...)* ” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998).

Considerando que as situações de emergência na criança são hoje largamente prevenidas, mesmo em situação de hospitalização, colocam-se novos desafios na formação e na manutenção de capacidades necessárias ao desempenho dos enfermeiros. No HCD também as situações de emergência pediátricas não ocorrem com muita frequência, é necessário criar e desenvolver estratégias alternativas que permitam uma actuação de enfermagem, efectiva e adequada, à criança em situação de emergência e sua família.

No decorrer no 3º semestre deste curso foi criado este programa de formação dos enfermeiros que visa minimizar os riscos inerentes a uma actuação de enfermagem deficitária e maximizar as potencialidades da equipa de enfermagem no cuidado à criança e sua família, nestas de situações de grande complexidade. Assim o REPE contempla que “ (...) *Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: (...) Organizando, coordenando, executando, supervisando e avaliando a formação dos enfermeiros; (...)* ” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 1998).

Enquadrando no tema a natureza dos cuidados de enfermagem, segue-se o planeamento do programa de acordo com as linhas de orientação do ERC, revistas em 2010. Estas linhas de orientação são revistas em ciclos de 5 anos e “ (...) *baseiam-se no mais recente International Consensus on CPR Science with Treatment Recommendations (CoSTR), que incorpora resultados da revisão sistemática de um vasto leque de tópicos relacionados com a RCP. A ciência da reanimação continua a evoluir e as recomendações clínicas devem ser actualizadas regularmente para reflectirem esse desenvolvimento e para aconselhar os operacionais clínicos na execução das melhores práticas*” (ERC, 2010).

As recomendações do ERC fornecem um leque de algoritmos de actuação na reanimação do adulto, da criança e ainda a evidência científica que suporta a formação nestas áreas. Seguindo as orientações de formação do ERC foram encontradas as recomendações chave que serviram de orientação às decisões deste programa; Novos

modelos de formação de adultos poderão ser utilizados em alternativa aos modelos de formação convencional para maximizar a aprendizagem, os materiais utilizados como recurso nas sessões de formação, que possuem comandos ou sistemas de avaliação de desempenho promovem uma maior aquisição e retenção de competências (por exemplo manequins com sistema de alarme em caso de erro), a formação pode ainda ser mais eficaz se também se der relevância a itens não técnicos como é o caso da Liderança, Trabalho de equipa, comunicação e cumprimento de tarefas e, por último, as intervenções formativas têm de ser avaliadas para que último se perceba que os formandos desenvolveram as competências que lhes permitem ter uma actuação adequada, diminuindo ao máximo o risco de morte dos clientes (ERC, 2010).

Quanto às estratégias para melhorar o desempenho individual e de equipa há evidência científica que aponta para que “ (...) *devem-se incentivar reuniões de grupo para planificar a reanimação e para avaliar o desempenho em reanimações reais ou simuladas.*” (ERC, 2010)

No que concerne ao treino de suporte avançado de vida, o ERC também fornece algumas linhas de orientação em que é afirmado que os conhecimentos e as capacidades “ (...) *em reanimação declinam rapidamente a seguir à formação inicial [de 3 a 6 meses]. É invariavelmente necessário fazer treinos de actualização, mas a frequência ideal para essa actualização não é clara. A maioria dos estudos demonstra que aos três a seis meses, pós treino, os conhecimentos e competências em SAV decaem (...)* ” (ERC:2010)

Para validar a necessidade criação deste programa auscultei as opiniões de enfermeiros peritos em diversas áreas, todos profissionais no Hospital CUF Descobertas. De entre este painel de enfermeiros destacam-se enfermeiros; especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediatria, gestores e membros da comissão de gestão de risco. São também estes profissionais que constituem o meu painel de peritos para a avaliação do programa antes da sua implementação.

Determinei como população alvo deste programa, todos os enfermeiros que exerçam funções em unidades funcionais do hospital com valência pediátrica, nomeadamente na UFCE (Unidade Funcional Consulta Externa) de Pediatria, na UFAP Pediátrico, UFON e na UFIG4 - internamento Pediátrico.

Este programa de formação vai ser organizado em quatro sessões de formação para enfermeiros, nas quais vão ser abordados os temas relevantes que vão de encontro às

necessidades de formação diagnosticadas. Irão ser realizadas reuniões prévias à implementação do programa com enfermeiros peritos das diferentes unidades funcionais, de forma a uniformizar conceitos e a explicitar os conteúdos da formação. O programa de formação irá ser implementado após os enfermeiros peritos de cada UF, destacados para a formação em SAVP, promovida pela Academia de Formação de Enfermagem, realizarem o curso de Formação de Formadores em SAVP. As estratégias a utilizar vão de encontro às recomendações do ERC, no seu capítulo de formação, que se enquadram nas linhas de orientação para a formação de adultos. Também irão ser seguidos os critérios de avaliação estabelecidos para avaliar a eficácia do programa de formação e são sugeridos indicadores de qualidade, direccionados aos enfermeiros gestores das UF.

Com o intuito de diagnosticar necessidades de formação da população alvo, elaborei um questionário (ver Apêndice V) com 18 perguntas que constituem 6 áreas necessárias para o diagnóstico das necessidades de formação e são eles: Variáveis de caracterização, Experiência de Formação Prévia e Actuação em Situação de Emergência Pediátrica, Funcionamento e Manuseamento do Carro de Emergência, Contacto com outros membros da equipa multidisciplinar, Importância da Formação e Treino em situação de emergência pediátrica, Actuação de Enfermagem à família da criança em situação de emergência e Gestão Emocional do sujeito Enfermeiro.

Após autorização escrita do Sr. Enf. Director de Enfermagem do HCD (ver Anexo IV), foi enviado um e-mail explicativo, através do e-mail interno da instituição, com os objectivos da aplicação dos questionários para os enfermeiros gestores e adjuntos das unidades funcionais (UF) alvo. Os questionários foram distribuídos pelas UF no dia 24 de Janeiro de 2011 com o intuito de serem preenchidos até dia 4 de Fevereiro de 2011. Os questionários foram distribuídos à totalidade dos enfermeiros, correspondendo a 83; recebi 47 questionários preenchidos correspondendo assim; na UFAP Pediátrico, de um total de 25, foram preenchidos 11 questionários; na UFON, de um total de 41, foram preenchidos 23 questionários; na UFIG4 – Internamento Pediátrico, de um total de 15, foram preenchidos 13 questionários e por fim na UFCE de Pediatria, de um total de 4 questionários entregues, nenhum foi preenchido.

Após uma análise dos questionários de cada serviço, concluiu-se que variações percentuais que não são significativas no que concerne aos itens avaliados. Como tal,

e por uma questão de organização neste relatório de estágio, optou-se por agrupar a totalidade das respostas por categorias.

O total dos questionários preenchidos, foi analisado em termos de percentagem das respostas dadas e assim foram diagnosticadas as necessidades de formação:

Grupo: Variáveis de caracterização

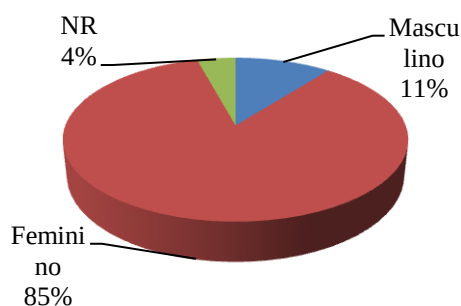


Gráfico 1 – Percentagem por Género

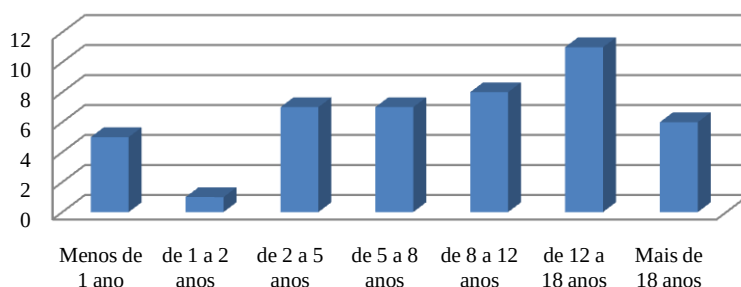


Gráfico 2 – Nº. de Enfermeiros distribuídos por Anos de experiência profissional

Constata-se claramente que a maioria dos enfermeiros das UF analisadas é do sexo feminino, o que corresponde à realidade profissional e a maioria dos enfermeiros detêm uma experiência alargada, situando-se no nível de Proficiente, que percepção as situações na sua globalidade e não de forma fragmentada, e as suas acções são seguidas por máximas e Perito, em que o enfermeiro perito já não assenta a sua prática em máximas, mas na intuição, interiorizando e agindo antes de a cognição (BENNER, 2001:50). De qualquer forma é difícil chegar a esta conclusão pois não há conhecimento sobre o percurso profissional individual de cada enfermeiro.

Grupo: Experiência de Formação Prévia e Actuação em Situação de Emergência Pediátrica



Gráfico 3 - Percentagem dos enfermeiros que têm Formação em SAVP

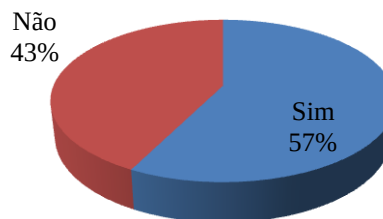


Gráfico 4- Percentagem de enfermeiros que actuou em situação de emergência pediátrica

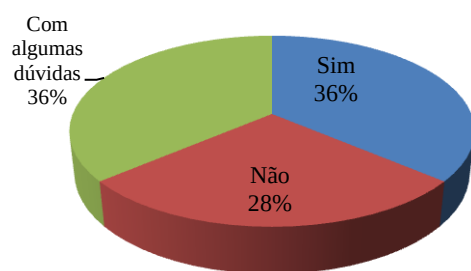


Gráfico 5-Percentagem de enfermeiros que soube como actuar

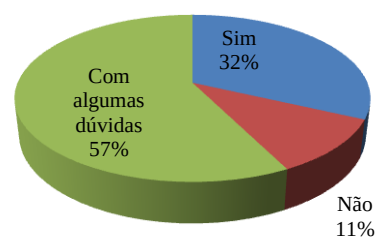


Gráfico 6-Percentagem de enfermeiros que se hoje se deparar com uma Situação de Emergência Pediátrica sabe como agir estabelecendo prioridades

De acordo com estes resultados, apesar de uma percentagem considerável dos enfermeiros ter sido submetida a formação sobre suporte avançado de vida pediátrico e já ter experienciado situações de emergência pediátrica no serviço onde exerce funções, infere-se, segundo as linhas de orientação do ERC de 2010, que a reduzida frequência de situações de emergência em pediatria e a ausência de treino cíclico e frequente diminui não só a competência na actuação mas também a segurança dos enfermeiros, assim sendo 68% dos enfermeiros perspectiva não saber actuar ou ter dúvidas na sua actuação se deparar com uma situação de emergência pediátrica. Apesar de não ter sido perguntado se é feito treino frequente, conheço a realidade profissional e a última sessão de treino foi em Agosto de 2010.

Idealmente seria benéfico para cada serviço que, pelo menos 80% dos enfermeiros tivesse formação em suporte avançado de vida pediátrico, nomeadamente os enfermeiros chefes-de-equipa e os enfermeiros com menor tempo de experiência profissional e que não tivessem tido este tipo de formação.

Será que os enfermeiros com maior tempo de experiência profissional são aqueles que já foram alvo de formação em SAVP e são também aqueles que manifestam maior segurança na actuação? Consoante o seu percurso profissional, isto poderá não acontecer como tal, se a formação for iniciada no grupo de enfermeiros chefes-de-equipa, os conhecimentos adquiridos, idealmente, serão transmitidos aos demais elementos de cada equipa e haverá sempre um enfermeiro perito com a formação em SAVP que poderá dar uma resposta eficaz e em tempo útil numa situação de emergência pediátrica.

Apesar de alguns enfermeiros terem sido formados em SAVP, é premente a nova formação visto que as linhas de orientação do ERC terem sido revistas e modificadas no final do ano de 2010.

Posteriormente a formação deverá ser alargada à totalidade dos elementos da equipa para assim serem iniciadas as sessões de simulação e treino em períodos cíclicos, para todos os elementos, com intervalos de três a seis meses para cada elemento.

Grupo: funcionamento e Manuseamento do Carro de Emergência

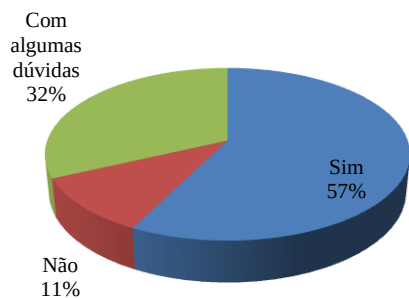


Gráfico 7-Percentagem de enfermeiros que conhece o funcionamento do carro de emergência

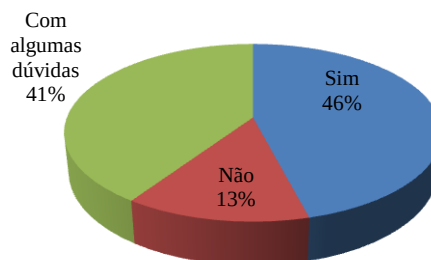


Gráfico 8-Percentagem de enfermeiros que conhece todo o material que compõe o carro de emergência

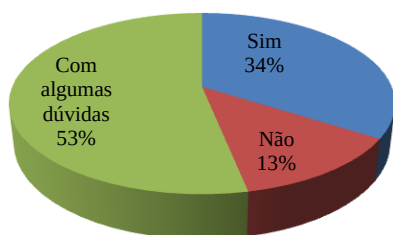


Gráfico 9-Percentagem de enfermeiros que sabe como se utiliza todo o material que compõe o carro de emergência

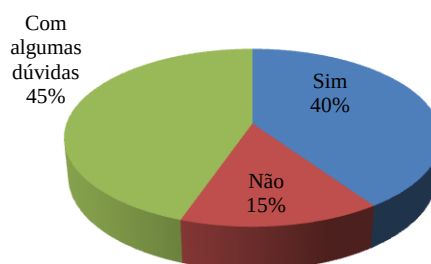


Gráfico 10-Percentagem de enfermeiros que conhece a localização correcta de todo o material no carro de emergência

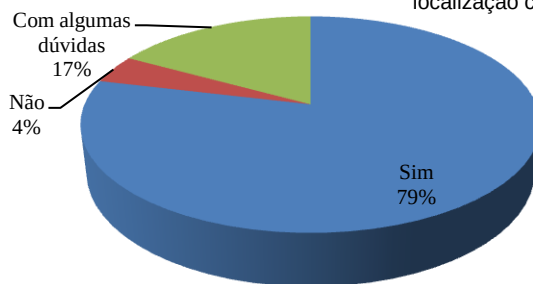


Gráfico 11-Percentagem de enfermeiros que tem conhecimentos, pelo menos gerais, da medicação que compõe o carro de emergência

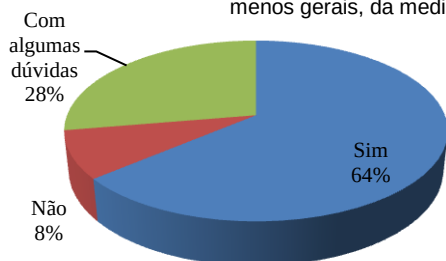


Gráfico 12-Percentagem de enfermeiros que sabe como monitorizar um doente usando o monitor/desfibrilhador

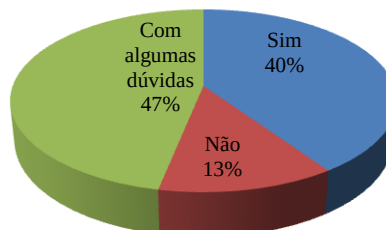


Gráfico 13-Percentagem de enfermeiros que sabe como colaborar na desfibrilhação de um doente usando o monitor/desfibrilhador

Em todas as situações de emergência é necessário um carro de emergência equipado e disponível nos serviços. É também necessário que os enfermeiros conheçam o seu funcionamento e saibam operacionalizar os seus recursos. De acordo com a análise efectuada, uma grande percentagem de enfermeiros necessita de formação e treino neste aspecto para que assim consigam uma actuação segura. Será expectável a ocorrência destes resultados? Uma justificação poderá ser o facto de este estudo ter sido aplicado à totalidade dos enfermeiros, nomeadamente os enfermeiros da UFON, englobando enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica, enfermeiras que trabalham quase exclusivamente na UCERN onde não há o carro de emergência pois ali têm uma bancada de apoio com todo o material de emergência neonatal. Por outro lado enfermeiras que trabalham quase exclusivamente no puerpério têm uma menor probabilidade de intervir uma situação de emergência pediátrica. Não foi possível determinar o número de respondentes desta situação, pelo que estão incluídos nesta resposta. Na análise inicial por unidade funcional verifiquei que uma elevada percentagem de enfermeiros da UFAP conhece o funcionamento do carro de emergência, poderá isto dever-se à maior ocorrência de situações de emergência nesta unidade? Na UFON, uma grande percentagem de enfermeiros tem dúvidas em relação a este funcionamento. Dever-se-á isto à baixa ocorrência de situações de emergência nesta UF? Por outro lado, na UFIG4, uma grande percentagem de enfermeiros conhece o funcionamento do carro de emergência e, visto que a ocorrência de situações de emergência nesta UF é reduzida, uma das justificações possíveis poderá ser que o interesse e a automotivação também são factores justificativos. Segundo AGOSTINHO (2010) *apud* VEIGA BRANCO (2004b) “*Motivar-se a si mesmo relaciona-se com a Inteligência Emocional, tendo em conta que as emoções são em si mesmo um factor de motivação com carácter de adaptação e sobrevivência (...)*” Assim sendo e por consciência profissional, faz com que os enfermeiros, apesar de não manusearem com frequência o carro de emergência devido ao diminuto número de situações de emergência pediátrica, abrem-no periodicamente, conferem o material existente e verificam se o seu funcionamento é adequado.

Relativamente ao gráfico 11, um elevado número dos enfermeiros refere ter conhecimentos acerca da medicação pelo que esta não constitui uma prioridade na formação; uma explicação possível é a administração nos serviços destes mesmos

fármacos em situação não urgente dados que são prescritos em situações clínicas diversas.

Na questão referente à monitorização do cliente, usando o monitor/desfibrilhador do carro de emergência, verifica-se necessidade de formação dado que 36% dos enfermeiros diz não dominar esta intervenção. Em meio intra-hospitalar, a monitorização do doente é de extrema importância para o diagnóstico das causas da situação de emergência e também para direccionar a actuação (ERC, 2010).

A colaboração no procedimento de desfibrilhação do cliente com recurso ao monitor/desfibrilhador, também assume um papel importante como necessidade formativa. É expectável que assim seja visto que as situações de emergência e reanimação pediátrica diferem das do adulto na causa, na sintomatologia e na intervenção de enfermagem. O ERC (2010: S97-S98) também destaca esta diferença lendo-se: *“There are, however, distinct differences between the predominantly adult arrest of cardiac origin and asphyxial arrest, which is most common in children (...)”*. No entanto é de extrema importância esta formação e o treino na preparação do desfibrilhador e do doente, na manutenção do ambiente seguro para todos os intervenientes visto ser uma situação pouco frequente mas que exige uma actuação rápida e eficaz quando instalada, dado que a vida do cliente depende da competência dos técnicos.

Relativamente às necessidades de formação, visto o carro de emergência ser o único suporte físico no caso de emergência para a maioria dos serviços com valência pediátrica, é necessário que a totalidade dos enfermeiros destes serviços saibam utilizar o carro de emergência, identificar, localizar e repor o material que o compõe. É também imperativo que todos os enfermeiros saibam monitorizar a criança com recurso ao monitor/desfibrilhador para detectar atempadamente ou corrigir as causas que levaram à situação de emergência. É fulcral que os enfermeiros conheçam bem o monitor/desfibrilhador e consigam ter intervenção de enfermagem na desfibrilhação, no *pacing* cardíaco e na cardioversão.

Grupo: Contacto com outros membros da equipa multidisciplinar

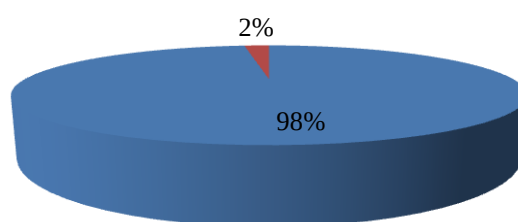


Gráfico 14 - Percentagem de enfermeiros que sabe quem e como contactar em caso de emergência pediátrica

A articulação entre os membros da equipa, nomeadamente entre os médicos e os enfermeiros, é crucial para uma actuação rápida e eficaz numa situação de emergência. A grande maioria dos enfermeiros questionados sabe quem contactar em caso de emergência pediátrica. Normalmente no serviço de urgência pediátrica do HCD encontra-se pelo menos um médico pediatra em permanência nas 24 horas, por isso o contacto é efectivo; apesar disto os enfermeiros podem contactar o médico anestesiológico de urgência, o médico neonatologista também presentes nas 24 horas e, em caso de necessidade o enfermeiro de coordenação ao hospital, presente todos os dias da semana das 20 horas às 8 horas e ao fim-de-semana e feriados, presente nas também 24 horas. Este grupo de enfermeiros não apresenta necessidades de formação sobre o processo de contacto os outros profissionais de saúde, nomeadamente o médico e o enfermeiro de coordenação, no entanto deverá fazer parte da sessão de treino e simulação, pelo menos para rever o processo de contacto.

Grupo: Importância da Formação e Treino em situação de emergência pediátrica

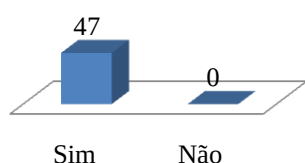


Gráfico 15 - Números de enfermeiros que considera importante para o seu desempenho a existência de formação periódica sobre SAV Pediátrico

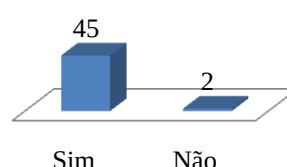


Gráfico 16 - Número de enfermeiros que considera importante a existência de simulações de situações de emergência pediátrica periódicas

Como já várias vezes afirmado ao longo deste documento, a formação constante e o treino permanente são factores que influenciam enormemente na segurança de actuação dos enfermeiros e na segurança para o cliente. Por estas razões e consciência de responsabilidade profissional, 100% dos enfermeiros consideram importante para o seu desempenho profissional a existência de formação periódica sobre SAVP. Também a grande maioria dos enfermeiros consideram importante a existência de simulações periódicas de situações de emergência pediátrica no seu serviço, demonstrando terem consciência que as suas competências na actuação vão deteriorando-se com a falta de formação e de treino regular.

Demonstram estar interessados e motivados na formação nesta área específica como forma de contribuir para a segurança da sua actuação, numa situação de emergência pediátrica.

Grupo: Actuação de Enfermagem à família da criança em situação de emergência

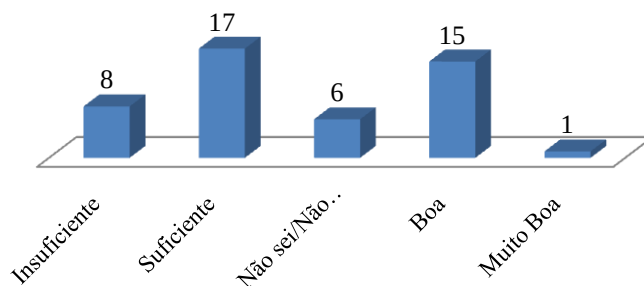
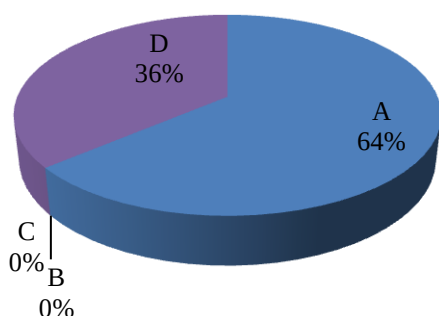
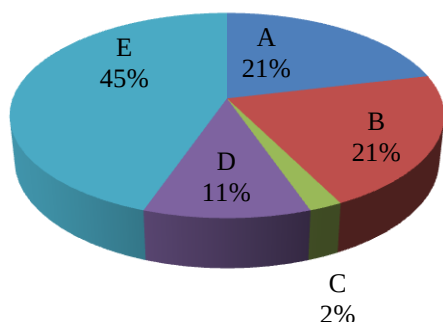


Gráfico 17 - Classificação dos enfermeiros em relação à sua actuação à família da criança em situação de emergência



- A)** Acompanho a família para fora do local onde decorre a reanimação, pois é uma situação traumática para os familiares.
B) Peço à família para permanecer no local da reanimação mas para não se intrometer na reanimação.
C) Peço à família para ficar e informo-a de todos os procedimentos que a equipa está a realizar.
D) Valido com a família a sua vontade de permanecer no local da reanimação.

Gráfico 18- Percentagem de enfermeiros que prevê a sua actuação perante a família da criança em situação emergente, durante a reanimação



- A)** Deixo a família viver o momento, e procurar-me se precisar de alguma coisa.
B) Escuto o que a família tem para dizer.
C) Procuro não me envolver emocionalmente na situação.
D) Encorajo a família a falar sobre os seus sentimentos.
E) Dinamizo a equipa multidisciplinar para conversar com a família.

Gráfico 19 - Percentagem de enfermeiros que prevê a sua actuação à família, após a reanimação da criança

A criança, no contexto de situação de emergência não será o único elemento do sistema familiar que necessitará de uma actuação segura e reflectida. Pela análise das respostas, os enfermeiros não se sentem seguros na sua actuação direccionada para a família da criança em situação de emergência. Sentirão que dão algum suporte emocional à família mas que poderiam fazer mais e melhor, desenvolvendo o conjunto de conhecimentos e capacidades necessários?

De acordo com a reflexão efectuada sobre a presença parental durante o momento da reanimação, a maioria dos enfermeiros afirmam que *“Acompanho a família para fora do local onde decorre a reanimação, pois é uma situação traumática para os familiares”*. Isto mostra 21% dos enfermeiros têm ideias pré-concebidas sobre a forma de ajudar a família, talvez por não conhecerem a evidência científica actual, que exhibe a necessidade de uma elevada percentagem de pais quererem ficar presentes no momento que pode ser o fim de vida do seu filho como tal *“parents’ greatest stress was the fear of being separated from their child, particularly during invasive procedures and resuscitation (...) They understood the child may not survive and had a deep desire to be close; an understanding not readily available to those who were not present”* (MAXTON 2008). Outra razão poderá ser, face à complexidade da situação de emergência, os profissionais não quererem os pais presentes por se sentirem avaliados. Segundo TINSLEY *et al* (2008) *“Practitioners express concern that family presence may increase staff anxiety and affect their performance.”* Na minha própria prática e do contacto que tive com vários destes enfermeiros, a iniciativa de pedir aos pais para saírem pode ser de qualquer um dos profissionais da equipa. São os enfermeiros com maior tempo de serviço que consideram importante a família não estar presente por isso é importante incluí-los na formação e ajudá-los a reflectir, para assim serem modelos para os enfermeiros com menor tempo de experiência profissional.

Uma outra razão para a ausência da família pode ser a vivência de situações em que a família apresentou alguma emocionalidade, isto poderá dever-se ao facto de não estar pensada esta actuação de gestão da emocionalidade da família. O automatismo dos processos na actuação de enfermagem poderá ser facilitador de uma actuação cuidada e pensada. Incluir actuação de gestão emocional na família, nas sessões de treino e formação poderá ser um momento que potencie a reflexão sobre a actuação do enfermeiro.

Ainda, ao contrário do que se encontra descrito na evidência científica, há o preconceito de que a família possa destabilizar e interferir no processo da reanimação pelo stresse inerente à situação.

Por outro lado, uma percentagem considerável dos enfermeiros responderam que *“Valido com a família a sua vontade de permanecer no local da reanimação.”*

O que pode reflectir mudanças na formação e/ou o acompanhamento da literatura recentemente produzida. De facto a filosofia da enfermagem pediátrica, nomeadamente os cuidados centrados na família, remete a decisão para um nível de parceria de cuidados. Já terão vivenciado, de forma positiva, situações de emergência em que os pais estiveram presentes?

Após a reanimação e independentemente do sucesso desta, muitos dos enfermeiros referem dinamizam elementos da equipa multidisciplinar para conversar com a família. Sendo que a equipa multidisciplinar, nomeadamente médicos, enfermeiros, pedopsiquiatras têm competências específicas dentro do seu campo de actuação, uma abordagem multidisciplinar aumenta a probabilidade de serem melhor superados os stressores inerentes ao momento vivido. As equipas multidisciplinares devem incluir, segundo DAVENPORT & SCHOPP (2011) “ (...) *multiple specialty clinicians, nurses, physical therapists, occupational therapists, mental health therapists, spiritual leaders, chaplains, social workers, case managers, and others.*” Também é referido neste artigo que se houver uma relação prévia com cada um dos elementos da equipa, é mais fácil para o cliente, neste caso a família, falar sobre as suas preocupações e expor as suas emoções e sentimentos. Segundo estes autores “*Introducing and utilizing these team members are important steps in caring for patients with complex medical conditions. (...) this holistic approach to all patients is recognized as a valuable facet of practice.*” Assim a família tem a ajuda necessária para que consiga desenvolver com maior facilidade mecanismos de *coping* e ultrapassar com resiliência a situação vivenciada. Certamente esta será uma abordagem tendo em consideração a individualidade de cada sistema familiar.

Por outro lado, alguns dos enfermeiros afirmam que encorajam a família a falar sobre os seus sentimentos. Atendendo à especificidade e unicidade de cada sistema familiar, os enfermeiros têm de ter a consciência de que têm de respeitar o espaço e o tempo de cada família. Encorajar a família a falar sobre o que aconteceu, no momento errado, pode não ser facilitador do desenvolvimento de mecanismos de *coping*. Mas se interpretarmos encorajar como estar disponíveis para ouvir, e mostrarmos que somos um recurso para a família na etapa de vivência de grande sofrimento, então esta poderá ser uma estratégia que irá mostrar à família que é apoiada. O encorajamento da família a falar sobre as situações e a procurar o enfermeiro como suporte emocional

deverá ser um tópico a ser reflectido durante o decorrer da formação, no sentido em que o enfermeiro dá espaço à família e a ajuda.

Como foi anteriormente referido, é necessário validar com a família as suas necessidades. Deixar a família autonomamente vivenciar o momento pode não ser facilitador de uma adequada gestão emocional e, como tal, poderá gerar comportamentos e atitudes disruptivas no âmago do sistema familiar. A família poderá sentir-se sem apoio, sendo necessário ao enfermeiro providenciar esse suporte emocional.

Também alguns enfermeiros inquiridos referem que escutam o que a família tem para dizer, correndo o risco de manifestar uma posição passiva no acto da gestão emocional. Se encararmos a escuta como escuta activa nas estratégias de comunicação, então a escuta activa consiste no receptor transmitir ao emissor a sua compreensão da mensagem. Desta forma, o emissor sabe se está a conseguir passar a mensagem correcta. Implica a disponibilidade e a compreensão do receptor, tendo um papel importante no suporte emocional.

Está descrito na evidência científica que as famílias poderão refugiar-se nos seus elementos individuais como forma de suporte e de apoio. Cabe ao enfermeiro uma atitude proactiva de forma a diagnosticar as necessidades da família, validá-las com ela, e planear as intervenções de enfermagem que possam fomentar a relação de ajuda neste tipo de situações.

Ainda uma percentagem reduzida dos enfermeiros procura não se envolver emocionalmente na situação. Em contexto dos cuidados de enfermagem, nomeadamente no âmbito da pediatria e dos cuidados centrados na família, a avaliação das necessidades emocionais, psicológicas, afectivas, espirituais, etc., do sistema familiar, deverá ser parte integrante do diagnóstico de enfermagem do planeamento criterioso dos cuidados. É de todo impossível o destrinçamento emocional dos aspectos técnicos do cuidado de enfermagem. PAULO *et al* (2010) afirma que “ (...) *na prática de cuidados de enfermagem o amor tem vindo a ser apontado como característica definidora do Cuidar, sendo o conceito originário do inglês caring utilizado como sinónimo de amor, afecto, carinho ou ser atencioso, ser cuidadoso. O afecto e o amor são, mais uma vez, usados de modo intercambiável e definem-se por uma emoção que os enfermeiros mobilizam na sua prática, num acto de dádiva para prover cuidados.*”

Verifica-se a extrema importância que a formação adquire neste grupo de questões. Apesar de haver um número importante de respostas que vão de encontro ao descrito na evidência científica, ainda se verifica que uma elevada percentagem dos enfermeiros necessita de aprofundar os seus conhecimentos e desenvolver as suas habilidades na actuação de enfermagem à família da criança em situação de emergência.

Grupo: Gestão Emocional do sujeito Enfermeiro

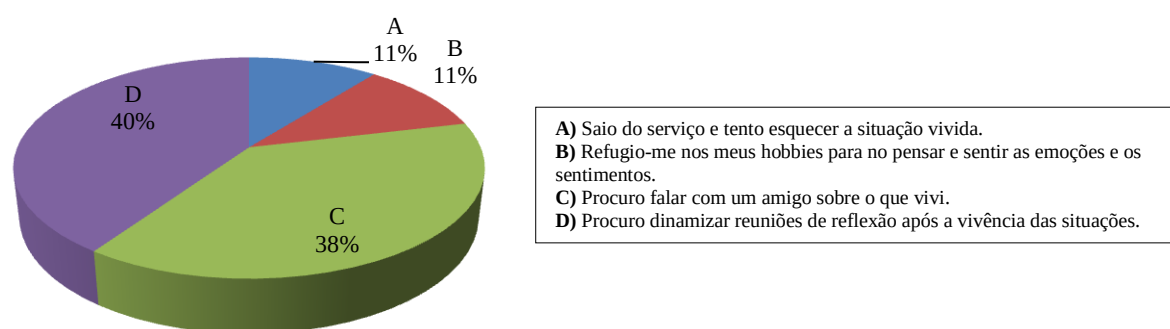


Gráfico 20 - Percentagem de enfermeiros que, após a reanimação da criança lida com as suas próprias emoções

A gestão emocional do sistema enfermeiro é de extrema relevância nos contextos da prática clínica e ainda assume um papel mais crucial aquando da experiência de situações de stresse e de grande sofrimento. Segundo a análise dos dados, os enfermeiros referem adoptar diferentes estratégias de escape e regulação emocional, sendo que 38% incide no diálogo com um amigo, 40% na dinamização de reuniões de reflexão, 11% tenta esquecer a situação vivida e 11% refugia-se nos seus *hobbies*. Numa perspectiva de supervisão clínica é necessário dar suporte emocional aos enfermeiros após a vivência de uma situação de stresse intenso como é a reanimação pediátrica. Seguindo a função Formativa da supervisão clínica, a utilização da reflexão sobre as situações vividas é um dos instrumentos que permite aos enfermeiros verbalizar as suas emoções, falar sobre o que aconteceu e partilhar os pontos positivos e negativos da situação vivida. As reuniões de reflexão poderão também ser uma mais-valia para o progresso e desenvolvimento de formas de actuação correctas, melhoramento contínuo e desenvolvimento de competências.

Concluiu-se que a grande percentagem dos enfermeiros são do sexo feminino e este factor poderá influenciar as respostas visto que, principalmente no que concerne à expressão das emoções as mulheres conseguem-no fazer de uma forma mais visível (KEENE, E., HUTTON, N., HALL, B., & RUSHTON, C, 2010).

Posto isto, uma considerável percentagem dos enfermeiros procura dinamizar reuniões de reflexão após a vivência das situações. Segundo DIOGO (2006:189) a partilha de experiências em momentos de reflexão pode facilitar o escape de sentimentos, viabilizar alternativas de lidar e encontrar sentido nas situações vividas. (...) *Pensar a experiência significa cuidar da experiência adquirida.*” Também, utilizando a função Restaurativa, pretende-se o *empowerment*⁵, o autoconhecimento e o auto desenvolvimento. Assim sendo, o intuito não é só corrigir as práticas numa vertente normativa mas também dar suporte aos enfermeiros para que consigam fazer uma adequada gestão do seu plano emocional e evitar manifestações de ansiedade, preocupação, e *burnout*⁶.

Relativamente à última questão do questionário aplicado, uma parte dos enfermeiros responderam que procuram falar com um amigo sobre o que viveram. Segundo DIOGO (2006:190) esta alternativa é uma estratégia de ajuda externa e “ (...) *se constitui como um porto de abrigo.*” O enfermeiro busca aqui sentimentos de segurança e esta relação “ (...) *inscreve-se numa esfera de compreensão e de proximidade que vai para além do objectivo de pôr em prática o plano de trabalho de enfermagem em cada turno.*”

Por outro lado, alguns enfermeiros também optam por formas de protecção como é exemplo o distanciamento do pensamento (DIOGO, 2006). “*No seu cuidar o enfermeiro procura fechar-se sobre si para se proteger do sofrimento, mas também para não exteriorizar o que sente (...) esconder da sua vida emocional (...)*”. Assim uma pequena percentagem afirma que sai do serviço e tenta esquecer a situação vivida. Não partilhar as suas emoções e sentimentos poderá conduzir à inadequada gestão dos mesmos e como tal manifestar-se em comportamentos disruptivos.

Uma pequena percentagem dos enfermeiros afirma refugiar-se nos seus hobbies para não pensar e sentir as emoções e os sentimentos. Segundo DIOGO (2006:186) “*Vivenciar momentos de bem-estar e calma é uma forma de alívio que o enfermeiro encontra ao seu nível interno.*” Ainda MERCADIER (2004) citada por DIOGO (2006: 186) “ (...) *fala-nos das actividades de lazer como um recurso para gerir tensões*

⁵ “O “*empowerment*” traduz, assim, um processo de aquisição de conhecimentos e competências por parte das pessoas, que promove um acréscimo de poder e controlo, explicitado através da participação e tomada de decisão na área da saúde.” In <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acores/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeirosEOEmpowermentemSaude.aspx>

⁶ O *burnout* é reconhecido como risco ocupacional para profissionais da área de saúde, educação e serviços assistenciais, levando ao adoecimento físico, psíquico e comprometimento dos resultados do trabalho, repercutindo nas organizações devido as ausências, aumento de conflitos interpessoais e *turnover*. In http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/pt_revision1.pdf

negativas através da mobilização de tensões positivas que permitem libertar pacificamente as emoções.”

Várias são as estratégias individuais, adoptadas pelos enfermeiros, que servem de escape para as emoções decorrentes de uma situação com elevados níveis de stresse. Torna-se imperativo fornecer aos enfermeiros ferramentas que lhes permitam realizar uma adequada gestão emocional, preservando assim o seu bem-estar psíquico e emocional e, conseqüentemente, o seu bem-estar físico.

Após a análise dos questionários diagnosticam-se as seguintes Necessidades de Formação para este grupo de enfermeiros: 1- Necessidade de formação periódica em Suporte Avançado de Vida Pediátrico; 2- Necessidade de treino e simulações na actuação de enfermagem à criança em situação de emergência; 3 -Necessidade de formação periódica sobre actuação de enfermagem à família da criança em situação de emergência; 4 -Necessidade de formação sobre estratégias de gestão emocional dos enfermeiros após situação cuidados à criança em situação de emergência.

As finalidades deste programa de formação são: preparar os enfermeiros que exercem funções nas UF com valência pediátrica do Hospital CUF Descobertas para que: 1 - tenham uma actuação eficaz e eficiente no cuidado à criança em situação de emergência e sua família, 2- consigam fazer uma adequada gestão emocional após terem vivenciado o cuidado a uma criança em situação de emergência e sua família e que 3 - promovam um ambiente seguro no cuidado à criança em situação de emergência.

Após o diagnóstico das necessidades de formação e a definição das finalidades deste programa de formação, pretende-se que sejam alcançados os seguintes Resultados de Aprendizagem organizados por áreas:

Experiência Prévia de Formação e vivência de situação de emergência pediátrica

Que os enfermeiros:

1. Recordem técnicas utilizadas em Suporte Básico de Vida (SBV) Pediátrico
2. Nomeiem passos do algoritmo de SBV Pediátrico
3. Digam o procedimento de desobstrução da via aérea na criança.
4. Reconheçam técnicas utilizadas em Suporte Avançado de Vida Pediátrico
5. Nomeiem intervenções de enfermagem antes da entubação endotraqueal
6. Definam entubação endotraqueal e nomear material necessário
7. Definam monitorização cardiovascular,

8. Nomeiem formas de acesso vascular,
9. Listem drogas de 1ª linha em emergência pediátrica.
10. Expliquem cada um dos passos do algoritmo de SBV Pediátrico
11. Resumam os passos do procedimento de desobstrução da via aérea na criança
12. Expliquem a técnica de intubação endotraqueal, descrevendo o uso do material necessário
13. Expliquem a técnica de monitorização cardiovascular
14. Descrevam formas de acesso vascular
15. Expliquem efeitos mais comuns das drogas de 1ª linha.
16. A metodologia de demonstração permite também ao formador a avaliação dos processos demonstrados assim:
 - a. Demonstrem cada um dos passos do algoritmo de SBV Pediátrico.
 - b. Demonstrem cada um dos passos do procedimento de desobstrução da via aérea na criança
 - c. Demonstrem a preparação da criança para intubação endotraqueal
 - d. Demonstrem a preparação do material para sedação da criança antes da intubação endotraqueal
 - e. Demonstrem a preparação do material de intubação endotraqueal
 - f. Demonstrem o procedimento de monitorização cardiovascular da criança.
 - g. Demonstrem, no âmbito da sua actuação, a obtenção de acesso vascular e/ou preparação da criança e do material para a sua obtenção.
 - h. Demonstrem a preparação de drogas de emergência de 1ª linha.
17. Comparem as suas próprias demonstrações com as dos seus pares.
18. Desenvolvam uma sequência de actuação numa situação de emergência pediátrica
19. Critiquem a sua actuação e a actuação dos pares, fazendo por escrito, uma autoavaliação e uma heteroavaliação.

Actividades	Estratégias	Recursos
Para as duas sessões de formação: Reuniões com pequenos grupos de enfermeiros (até 8 pessoas), com duração de 30 a 45 minutos: 1. Informação prévia aos formandos dos objectivos e conteúdos da sessão. 1ª Sessão 2. Exposição dos objectivos pelo instrutor. • Primeira Etapa: 1. Enumeração de uma técnica utilizada em SBV pediátrico e neonatal por cada formando. 1. Enumeração de uma técnica utilizada para desobstrução da via aérea na criança, por cada formando. 2. Registo no quadro de cada técnica de forma a completar o Algoritmo de actuação. • Segunda Etapa: 1. Explicação, pelos enfermeiros, da técnica de entubação endotraqueal, incluindo a preparação da criança, o material e a medicação necessária. 2. Que os enfermeiros descrevam a monitorização cardiovascular e sumariamente as formas de acesso vascular. 3. Escrita da síntese no quadro. • Terceira Etapa: 1. Que cada enfermeiro investigue os efeitos e que anote os efeitos mais comuns das drogas de 1ª linha, para trazer na próxima sessão. 4ª Sessão Sessão com 1 hora de duração 1. Simulação de uma situação de reanimação pediátrica. 2. Criação de uma situação patológica mais frequente em cada serviço. 3. O formador será o narrador da situação e desempenhará o papel de líder da reanimação ou o médico. 4. Agrupamento dos formandos por grupos de 2 pessoas. 5. Execução de todos os passos da reanimação, no contexto de cada grupo de enfermeiros. 6. Preenchimento do instrumento de autoavaliação e o instrumento de heteroavaliação (Anexo IV) 7. Reunião de reflexão e síntese no final da simulação, ressaltando os aspectos positivos e os aspectos a melhorar, após todo o grupo ter realizado pelo menos um treino.	Utilização do método de discussão em grupo. Utilização da técnica de <i>Brainstorming</i>. Utilização do quadro branco como forma de sintetizar a informação Tornar os formandos como aprendizes activos no processo de formação. Utilização de interacção pessoal em ambiente informal como estratégia motivadora da aprendizagem. Utilizar a Unidade Funcional na qual exercem funções como cenário real para a prática simulada, para que os enfermeiros se sintam motivados pelo uso do material prático presente no seu quotidiano. Motivar o trabalho e equipa e a liderança como aspectos não técnicos que facilitam a aprendizagem no seu global. Utilizar a reunião de reflexão e síntese após os episódios de prática simulada, de forma a organizar o pensamento e a interiorizar os conceitos.	Enfermeiro certificado formador em Suporte Avançado de Vida Pediátrico/neonatal Enfermeiros das Unidades Funcionais. Sala de formação/reunião com quadro branco. Manequins de demonstração de Suporte Básico de Vida. Sala de reanimação na UFAP, Quarto do serviço no IG4 e na UFON e Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido. Todos os materiais necessários na reanimação pediátrica/neonatal Carro de Emergência. Instrumento de avaliação da sessão.

Tabela 3 – Quadro síntese de actividades, estratégias e recursos

Funcionamento e Manuseamento do Carro de Emergência

Que os enfermeiros:

1. Localizem, nas respectivas unidades funcionais, o Carro de Emergência
2. Nomeiem os passos de abertura do Carro de Emergência e da gaveta onde se localizam os fármacos estupefacientes
3. Listem (de uma forma geral) o material do carro de urgência de acordo com a sua localização
4. Identifiquem a localização do plano rígido de adulto e pediátrico

5. Digam como se monitoriza o cliente com recurso ao monitor/desfibrilhador do Carro de Emergência
6. Digam como se coloca o monitor/desfibrilhador nos vários modos (monitorização, desfibrilhação, *pacing* cardíaco e cardioversão)
7. Localizem as pás de desfibrilhação para a criança
8. Localizem os eléctrodos multi-função.
9. Descrevam o processo de mobilização e abertura do Carro de Emergência
10. Resumam, de uma forma geral, o material que se encontra em cada compartimento do Carro de Emergência
11. Expliquem como e quando se coloca o plano rígido
12. Descrevam o processo de monitorização do cliente com recurso ao monitor/desfibrilhador do Carro de emergência.
13. A metodologia de demonstração permite também ao formador a avaliação dos processos demonstrados assim:
 - a. Demonstrem o processo de mobilização e abertura do Carro de Emergência
 - b. Demonstrem o acesso ao material do Carro de Emergência e a sua utilização
 - c. Demonstrem a colocação do plano rígido no cliente
 - d. Demonstrem o manuseamento do monitor/desfibrilhador do Carro de Emergência, alternando entre os diferentes modos e fazendo a programação do aparelho.
 - e. Demonstrem o acesso e a aplicação às pás de desfibrilhação pediátrica
 - f. Demonstrem a aplicação dos eléctrodos multi-função.
14. Comparem as suas próprias demonstrações com as demonstrações dos seus pares.
15. Desenvolvam uma sequência de actuação, com recurso ao Carro de Emergência, numa situação de emergência pediátrica
16. Critiquem a sua actuação e a actuação dos pares, fazendo por escrito, uma autoavaliação e uma heteroavaliação.

Actividades	Estratégias	Recursos
2ª Sessão 1. Reuniões com pequenos grupos de enfermeiros (até 8 pessoas), com duração de 30 minutos: 2. Informação prévia aos formandos dos objectivos e conteúdos da sessão. 3. Exposição dos objectivos pelo instrutor. 4. Breve explicação do funcionamento e manuseamento do carro de emergência. 5. Simulação do transporte e manuseamento do carro de emergência de cada Unidade Funcional, incluindo a abertura do carro e do cofre de fármacos estupefacientes. 6. Aplicação no manequim do plano rígido de adulto e pediátrico, existente no carro de emergência. 7. Teste do insuflador manual de adulto e pediátrico e adaptação das várias máscaras. 8. Localização e facilitação do material a pedido do formador. 9. Localização e facilitação dos fármacos de 1ª linha a pedido do formador. 10. Manuseamento do monitor/desfibrilhador, ligando-o e navegando pelos vários modos de utilização. 11. Localização das pás pediátricas para desfibrilhação. 12. Identificação dos eléctrodos multifunções. 13. Síntese e avaliação da sessão através de reflexão sobre a utilização e manuseamento do carro de emergência.	Utilização do método de discussão em grupo. Utilização da técnica de Demonstrativa Tornar os formandos como aprendizes activos no processo de formação. Utilização de interacção pessoal em ambiente informal como estratégia motivadora da aprendizagem. Utilizar a Unidade Funcional na qual exercem funções como cenário real para a prática simulada, para que os enfermeiros se sintam motivados pelo uso do material prático presente no seu quotidiano. Utilizar a reunião de reflexão e síntese após os episódios de prática simulada, de forma a organizar o pensamento e a interiorizar os conceitos.	Enfermeiro certificado formador em Suporte Avançado de Vida Pediátrico/neonatal. Enfermeiros das Unidades Funcionais. Carro de Emergência Manequins de demonstração de Suporte Básico de Vida. Sala de reanimação na UFAP, Quarto do serviço no IG4 e na UFON e Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido. Todos os materiais necessários na reanimação pediátrica.

Tabela 4 – Quadro síntese de actividades, estratégias e recursos

Actuação de Enfermagem à família da criança em situação de emergência

Que os enfermeiros:

1. Listem os stressores do subsistema família relativos à criança em situação de emergência (intrínsecos e extrínsecos) e nomeiem estratégias de *coping* do subsistema familiar relativos à criança em situação de emergência
2. Listem aspectos positivos e negativos da presença parental durante o momento da reanimação
3. Nomeiem formas de actuação de enfermagem, durante e após a reanimação, segundo a melhor evidência científica ao subsistema família em situação de emergência
4. Expliquem os stressores do subsistema família relativos à criança em situação de emergência (intrínsecos e extrínsecos)
5. Resumam estratégias de *coping* do subsistema família relativos à criança em situação de emergência

6. Descrevam aspectos positivos e negativos da presença parental durante o momento da reanimação
7. Expliquem formas de actuação de enfermagem, durante e após a reanimação, segundo a melhor evidência científica ao subsistema família da criança em situação de emergência
8. Usem o conhecimento e a compreensão sobre stressores e mecanismos de *coping* do subsistema família para demonstrar a sua actuação, em situação de *role-play*, durante o processo de cuidado à criança em situação de emergência.
9. Contrastem a sua actuação pré-formação com a sua actuação pós-formação
10. Inventem situações diversificadas para desenvolverem a sua própria actuação e a actuação dos pares relativamente ao subsistema família.
11. Recomendem formas de actuação de enfermagem alternativas, fundamentadas na melhor evidência científica.

Actividades	Estratégias	Recursos
3ª SESSÃO 1. Reuniões com pequenos grupos de enfermeiros (até 8 pessoas), com duração de 45 minutos: 2. Informação prévia aos formandos dos objectivos e conteúdos da sessão. 3. Exposição dos objectivos pelo instrutor. 4. Brainstorming sobre stressores do subsistema família da criança em situação de emergência. 5. Utilização do quadro para Síntese dos stressores. 6. Brainstorming sobre mecanismos de <i>coping</i> do subsistema família da criança e situação de emergência 7. Utilização do quadro para Síntese dos mecanismos de <i>coping</i> 8. Brainstorming sobre aspectos da presença parental durante a reanimação. 9. Reflexão com recurso a experiências prévias dos enfermeiros formandos 10. Elencar formas de actuação de enfermagem à família, pelos formandos, durante e após a reanimação. 11. Reflexão sobre este tema, com recurso a experiências prévias dos formandos. 12. Aplicação dos conhecimentos durante a 4ª Sessão.	Utilização do método de discussão em grupo. Utilização da técnica de Brainstorming. Tornar os formandos como aprendizes activos no processo de formação. Utilização de interacção pessoal em ambiente informal como estratégia motivadora da aprendizagem. Utilizar a reunião de reflexão e síntese após os episódios de prática simulada, de forma a organizar o pensamento e a interiorizar os conceitos. Cimentar os conhecimentos com recurso ao <i>Role-play</i> .	Enfermeiro certificado formador em Suporte Avançado de Vida Pediátrico/neonatal. Enfermeiros das Unidades Funcionais. Quadro para síntese

Tabela 5 – Quadro síntese de actividades, estratégias e recursos

Gestão Emocional do Sujeito Enfermeiro

Que os enfermeiros:

1. Escrevam estratégias de regulação emocional, aplicadas ao momento de vivência de situação de especial complexidade com a criança e sua família.
2. Expliquem essas estratégias
3. Analisem experiências prévias à luz das novas evidências

4. Planeiem estratégias de escape emocional para a equipa perante uma situação de emergência pediátrica.
5. Recomendem novas estratégias para serem aplicadas na instituição.

Actividades	Estratégias	Recursos
5ª SESSÃO 1. Reuniões com pequenos grupos de enfermeiros (até 8 pessoas), com duração de 45 minutos: 2. Informação prévia aos formandos dos objectivos e conteúdos da sessão. 3. Exposição dos objectivos pelo instrutor. 4. Utilização de Brainstorming sobre estratégias de Gestão e regulação Emocional do enfermeiro após a vivência de situação de emergência pediátrica. 5. Utilização do quadro para Síntese das estratégias. 6. Análise das estratégias, contemplando pontos fortes e pontos fracos. 7. Planeamento em equipa da implementação de algumas dessas estratégias no hospital.	Utilização do método de discussão em grupo. Utilização da técnica de Brainstorming. Tornar os formandos como aprendizes activos no processo de formação. Utilização de interacção pessoal em ambiente informal como estratégia motivadora da aprendizagem. Utilizar a reunião de reflexão de forma a organizar o pensamento e a interiorizar os conceitos. Motivar os colaboradores e inclui-los na cultura institucional e na tomada de decisão estratégica.	Enfermeiro certificado formador em Suporte Avançado de Vida Pediátrico/neonatal. Enfermeiros das Unidades Funcionais. Quadro para síntese Enfermeiros Gestores das Unidades Funcionais.

Tabela 6 – Quadro Síntese de actividades, estratégias e recursos

Avaliação do Programa

A avaliação da implementação do programa vai ocorrer 12 meses após a sua implementação. Irá ser feita através, não só da nova aplicação do questionário utilizado para diagnóstico de necessidades de formação, mas também através da entrevista aos enfermeiros de referência para a formação em Suporte Avançado de Vida Pediátrico de cada unidade funcional, bem como aos enfermeiros gestores de cada unidade funcional de cada valência.

Como indicadores de avaliação do programa de formação espera-se que todos os enfermeiros das unidades funcionais com valência pediátrica: 1- tenham formação em SAV Pediátrico/neonatal até ao final do ano de 2012; 2 - saibam descrever o algoritmo de Suporte Básico de Vida Pediátrico/neonatal; 3- saibam reconhecer, utilizar e aplicar o material e fármacos necessários em Suporte Avançado de Vida Pediátrico/neonatal; 4- saibam a localização e funcionamento do Carro de Emergência na sua Unidade Funcional ou, no caso da UCERN, saibam a localização do material de apoio à reanimação neonatal; 5- localizem correctamente o material no Carro de Emergência e descrevam a sua aplicação; 6- conheçam, de uma forma geral os fármacos utilizados na primeira linha de actuação em situação de Suporte Avançado de Vida Pediátrico/neonatal; 7- saibam operar com o monitor/desfibrilhador do Carro de

Emergência, em todos os seus modos de funcionamento; 8- descrevam stressores e estratégias facilitadoras de *coping* do subsistema família e que justifiquem a sua actuação (em situação real ou simulada), mobilizando estes conhecimentos; 9- conheçam as vantagens da presença parental durante o momento da intervenção de enfermagem na criança em situação de grande complexidade, e justifiquem a sua actuação suportada na melhor evidência científica; 10 -desenvolvam na instituição acções estratégicas que permitam a sua própria gestão emocional após a vivência de situações de grande complexidade no cuidado ao sistema família.

Sugestão de Indicadores de Qualidade para as Unidades Funcionais

Segundo o grupo José de Mello Saúde, a Qualidade é “ (...) *um elemento fundamental (...) tendo sido definida uma política transversal a todas as unidades prestadoras de cuidados [de saúde]. (...) a Qualidade é entendida como a prestação de cuidados de uma forma efectiva e eficiente, indo ao encontro das necessidades e expectativas dos clientes, de acordo com o estado da arte a nível técnico-científico, e procurando a melhoria contínua de forma sistemática.*” Assim, foi implementado um Sistema de Gestão da Qualidade que permite que cada Unidade: “*Estabeleça, avalie, monitorize e redefina os níveis de serviço das respectivas actividades, à luz das melhores práticas em cada domínio; (...) Identifique e minimize os factores de risco associados, em particular em matéria de segurança do doente e dos colaboradores; (...) Implemente medidas de melhoria contínua, que têm tradução directa nos Planos de Acção e Orçamento das Unidades.*” O Hospital CUF Descobertas obteve a certificação do primeiro serviço em 2003, tendo a certificação total sido obtida em 2007. Neste momento, estão por isso certificadas pela SGS ICS – *International Certification Services* de acordo com a norma ISO 9001:2008. Assim sendo, foram definidos como sugestão para os enfermeiros gestores de cada unidade funcional com valência pediátrica, os seguintes Indicadores de Qualidade para o ano de 2012: 1- 95% dos enfermeiros de cada Unidade Funcional têm formação em Suporte Avançado de Vida Pediátrico; 2- 95% dos enfermeiros de cada Unidade Funcional foram alvo de, pelo menos três, situações de simulação e treino na actuação de enfermagem à criança em situação de emergência e sua família; 3- No questionário de avaliação do programa de formação, pelo menos 80% do total de enfermeiros dos serviços com valência pediátrica demonstram saber actuar perante o subsistema criança e o subsistema família.

Tendo em consideração as actividades realizadas, neste contexto desenvolvi as seguintes competências: “A.2.Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”, englobando *“A.2.1.Promove a protecção dos Direitos Humanos”* e *“A.2.2.Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente”*; “B.1.Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, englobando *“B1.1.Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade”* e *B.1.2.Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática”*; “B.2.Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade”, englobando *“B.2.1.Avalia a qualidade dos cuidados de Enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado”*, *“B.2.2.Planeia programas de melhoria contínua”* e *“B.2.3.Lidera programas de melhoria”*; “B.3.Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro”, englobando *“B.3.1.Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos / grupo”*, *“B.3.2.Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais”*; “C.2.Adapta a lidera e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados”, englobando *“C.2.1.Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados”*, *“C.2.2.Adapta o estilo de liderança e adequa a o clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos”*; “D.2.Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”, englobando *“D.2.1.Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade”*, *“D.2.2.Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade”* e *“D.2.2.Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

CAPÍTULO 5 IMPLICAÇÕES ÉTICAS NA REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA

A problemática da criança em situação de emergência reveste-se de algumas questões éticas. Por uma questão de síntese e organização do relatório, apesar de ser necessário abordar estas questões ao longo de todo o trabalho, considerei ser importante enquadrá-las neste capítulo, dando especial enfoque à presença parental em procedimentos com elevado grau de complexidade e durante a reanimação da criança. Serve também este capítulo para demonstrar o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, sendo elas: “A.1.Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção” e incidindo em “A.1.1.*Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada*”(ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

Assim, após o decurso dos estágios, decorrendo da observação e participação nos cuidados, fiz a reflexão sobre a questão ética mais relevante na reanimação pediátrica. A abordagem ética das questões envolvendo a reanimação da criança tem suporte nos princípios éticos para a tomada de decisão, sendo eles a Autonomia, a Beneficência e Não-Maleficência, Justiça e Dignidade e Honestidade. Segundo as linhas de orientação do ERC (2010): A Autonomia é o direito do cliente, ou responsável legal, para aceitar ou recusar todo e qualquer tratamento, sendo o cliente capaz de uma decisão suportada pelo consentimento informado, ao invés de ser submetido a decisões paternalistas da equipa de saúde sobre o seu tratamento. Para o exercício deste princípio, o cliente tem de estar completamente informado pela equipa de saúde, estar competente para a tomada de decisão, livre de qualquer pressão. Esse princípio está inerente à prática da equipa de saúde, contudo é difícil de aplicar numa situação de emergência.

O princípio da Beneficência ou Não-Maleficência implica que não deverá ser feito qualquer mal ao cliente e deve-se evitar qualquer tentativa de reanimação em casos, à partida, sem qualquer perspectiva de sucesso. Os profissionais de saúde devem prover benefícios, no melhor interesse do cliente, fazendo uma análise riscos/benefício. Normalmente isto implica a própria reanimação, contudo a manutenção indefinida do procedimento poderá colocar em causa este princípio.

O princípio da Justiça implica a distribuição equitativa dos recursos de saúde pela população, no caso específico da reanimação, esta deve ser encarada como um recurso e acessível a toda a população equitativamente.

Os princípios da Dignidade e Honestidade referem-se ao direitos de os clientes serem tratados de uma forma digna e a informação transmitida deve ser honesta, sem suprimir factos considerados importantes, havendo transparência e fazendo exposição caso haja conflito de interesses.

No que concerne à presença parental durante a reanimação, desde a década de 80 do século passado, que se começou a estudar esta problemática. Isto porque é o enfermeiro que no âmbito da gestão da doença, gere as emoções da família e trabalha com ela em parceria e também que pratica cuidados atraumáticos.

Com a revisão da literatura, não se chega a uma conclusão uniforme. A decisão de presença parental durante a realização de procedimentos complexos à criança e/ou reanimação deverá ser escrupulosamente escrutinada e adaptada às necessidades individuais de cada sistema familiar. Não foram encontrados na evidência científica factores que permitam prever a vontade da família e como tal não é possível normalizar a actuação. O que orienta os profissionais de saúde nesta tomada de decisão são em si o conhecimento do que são cuidados atraumáticos, factores stressores e mecanismos de *coping* do sistema familiar. Deverá existir uma formação contínua e reflexão nesta área para que os profissionais da equipa de saúde, nomeadamente os enfermeiros, possam ser competentes na dimensão emocional do cuidado de enfermagem. Segundo TINSLEY *et al* (2008) *"It is difficult for caregivers to predetermine which families will benefit from being present during CPR and which may be frightened, experience psychological trauma, or regret the experience."* Conhecer as dimensões e identificar os stressores que afectam o sistema familiar, facilitará a actuação de uma forma coesa e direccionada para as reais necessidades da família, fazendo uma avaliação conjunta sobre que estratégias e mecanismos de *coping* poderão ser utilizados para reforçar as linhas de defesa do sistema.

Segundo DINGEMAN *et al* (2007) *"(...) when given the option, more parents are choosing to stay with their child during an invasive procedure and/or resuscitation"*. Este é um conhecimento de maior importância. O facto de se oferecer a possibilidade de escolha à família será facilitador do *coping* independentemente do desfecho da situação. Também segundo este autor *"Despite the expressed wishes of parents to*

have a choice, [they] are not routinely being offered the option to stay". O momento da realização de procedimentos invasivos de grande complexidade e o momento da ressuscitação são momentos altamente stressantes não só para a criança mas sobretudo para a sua família. Na maioria das situações desta complexidade a criança não tem consciência da realidade pois está inconsciente pela própria situação que leva à reanimação ou está sob o efeito de medicação de sedação para a realização dos procedimentos. Na minha opinião, na perspectiva da família pior do que assistir ao procedimento em si será não estar junto da criança caso ela morra. Relativamente ao processo de luto, DINGEMAN *et al* citando MANGURTEN *et al* concluem que "(...) *most parents felt that being present helped ease their grief.*" Ter a percepção de que tudo foi feito pela equipa de saúde e que o desfecho da situação era inalterável, ajuda os pais a aceitarem a situação e a fazer o luto de uma forma não patológica.

De acordo com esta ideia, TINSLEY *et al* (2008) referindo-se aos pais que não estiveram presentes no momento da reanimação da sua criança: " (...) *regretted not being able to comfort their child in the last moments of life.*" O facto de poder ser o último momento em que estão com a sua criança com vida, poderá facilitar que se despeçam e a que mostrem o seu amor antes da morte.

No âmbito do suporte emocional está a família da criança, que sofre naquele momento várias agressões dos stressores ambientais, sejam eles internos ou externos. No seu estudo, MAXTON (2008) citando outros autores, refere que o suporte prestado às famílias, durante e após terem testemunhado a ressuscitação da sua criança é reconhecido como crucial. O tipo de apoio necessário durante a reanimação é individualizado, podendo passar pela presença de profissionais qualificados para apoiar a família, fornecendo informações técnicas precisas, mas, ao mesmo tempo reconhecer intuitivamente o nível de apoio emocional necessário.

Na revisão sistemática da literatura feita por DINGEMAN *et al* (2007) "(...) *the majority of parents (...) wanted to be present, and 86% believed it was their right to be present.*"

A enfermagem pediátrica, com enfoque nos cuidados centrados na família, assume os pais como parceiros no cuidar e o cuidar da criança em situação de emergência também engloba a presença dos pais como dadores de afecto e minimizadores da ansiedade inerente à situação. Também, ainda neste estudo, se conclui que muitos pais gostariam de ter tido a opção de estar presentes, sem que esta decisão tenha sido tomada pela equipa. Também, após a experiência destas situações a maioria dos pais

voltava a querer estar presente. A validação com a família sobre a sua vontade é de extrema importância. As estratégias de *coping* nunca poderão ser impostas, incorrendo no risco de perder o seu propósito. A assumpção de que será melhor para os pais não assistirem a este momento poderá ser em si um stressor no momento da actuação.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde com o contacto mais directo e mais constante ao longo das 24 horas com a família, por isso e pela sua formação específica, têm a capacidade de fazer uma avaliação dos stressores presentes no momento da reanimação e/ou realização de procedimentos complexos.

O medo que os técnicos de saúde sentem com o risco dos pais interferirem de uma forma negativa nos procedimentos prestados à criança é um factor que pode influenciar na decisão da presença parental. No que concerne aos comportamentos que os pais podem exibir durante estes momentos tão ansiogénicos, DINGEMAN *et al* (2007) afirmam que na maioria das vezes os pais ficam junto da criança, nos procedimentos menos invasivos e alguns pais ajudam na restrição dos movimentos da criança ou tendo o papel de a acalmar, provendo afectos. Na maioria das vezes os pais não interferem durante a realização de procedimentos complexos e ressuscitação. Comprovando o que se tem vindo a afirmar, não há provas científicas de que a presença parental no momento da reanimação possa prejudicar a actuação e como tal nunca deverá ser colocada de parte a hipótese de validar com a família a sua necessidade de estar presente.

Ainda não estão estudados os efeitos que a presença parental tem nas crianças sujeitas a ressuscitação cardiopulmonar. De qualquer forma, pelo que já foi estudado relativamente aos stressores da criança e sua família em situação de hospitalização, a reacção esperada será positiva. Já a perspectiva dos pais encontra-se bem estudada e explorada. No estudo de DINGEMAN *et al* (2007) os pais consideram que a sua presença ajuda a sua criança, e a eles próprios, a superar aquele momento de crise.

Ainda estes autores, citando um estudo de ROBINSON *et al* encontram aspectos positivos da presença parental na saúde dos membros do sistema familiar, afirmando diminuição dos níveis de ansiedade e depressão, menos memórias perturbadoras e menos comportamentos pós-traumáticos.

É de extrema importância a atenção que se dá ao facto de as famílias terem formas diferentes de desenvolver mecanismos de *coping*. O facto de permitir a presença parental não pode tornar imperativa a presença dos pais durante todo o processo,

podendo estes sair e entrar da sala de reanimação em qualquer altura (MAXTON, 2008). Também este autor, citando MORSE & POOLER (2002) afirma que as manifestações e os sinais de que a família está a ter um *coping* adequado têm de ser apreendidos pelo enfermeiro. Algumas manifestações, como o choro, poderão ser encaradas pelos enfermeiros como descontrolo emocional e dificuldade em manter o *coping*, ao invés de serem consideradas mecanismos do mesmo.

É de extrema importância que os enfermeiros tenham formação suficiente sobre esta temática e que possam, em conjunto com a família, decidir qual a melhor estratégia a adoptar perante uma situação de especial complexidade a que a criança está sujeita. A formação é também necessária para actuar com a maior segurança, na prevenção de complicações decorrentes do procedimento e decorrentes do processo adaptativo do sistema familiar aos stressores inerentes. Se os profissionais se sentirem seguros nas práticas não terão receio de ser observados/avaliados pela família.

Para além dos benefícios apresentados, no estudo de DINGEMAN *et al* (2007), exhibe-se que a presença parental poderá diminuir os custos judiciais na medida em que reduzirá o risco de processos judiciais por negligência e más práticas, sendo este factor muito importante ao nível da gestão empresarial dos hospitais.

A evidência científica apresenta que nos estudos efectuados há a intencionalidade de promover a presença parental, caso seja esse o desejo dos pais, no entanto, consideram ser necessário que as organizações hospitalares adoptem essa política, favorecendo a formação dos profissionais de saúde nesta área para assim os profissionais poderem desenvolver competências que os permitam, não só lidar com a situação em si mas também ajudar a família a viver o momento de uma forma resiliente.

CAPÍTULO 6 OUTRAS APRENDIZAGENS

De acordo com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros para a obtenção do grau de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, foi necessário ter como experiência clínica, a experiência em cuidados de saúde primários.

Apesar de os contributos para a resolução da problemática do meu projecto não serem facilmente identificáveis neste contexto de estágio, esta experiência teve extrema importância no meu percurso como enfermeiro especialista. De uma forma geral, consegui um maior conhecimento sobre a avaliação do desenvolvimento da criança, que se torna mais apurada aquando do contexto de vigilância de saúde, sem os stressores inerentes à hospitalização e à situação de doença, assim sendo passo a descrever o meu estágio.

Serviço: Centro de Saúde do Montijo		
Objectivo Específico:		
1. Conhecer os instrumentos para a avaliação do desenvolvimento da criança utilizados no Centro de Saúde. 2. Compreender a avaliação do desenvolvimento da criança, feita pela enfermeira, na consulta de Saúde Infanto-Juvenil. 3. Compreender a visibilidade dos cuidados de enfermagem através dos registos de enfermagem informatizados, utilizando a linguagem CIPE®.		
Actividades	Recursos	Tempo
✓ Observação da consulta de saúde infanto-juvenil, realizada pela enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria. ✓ Observação e participação na avaliação do desenvolvimento infantil. ✓ Participação nos cuidados de enfermagem à criança/família em situação de saúde/vigilância de saúde. ✓ Observação do circuito da criança na unidade de cuidados de saúde primários;	Enfermeira especialista; Equipa de enfermagem; Computador e Internet. Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Ordem dos Enfermeiros	2 Semanas

Tabela 7 – Quadro Síntese: Objectivos específicos, actividades, recursos e tempo

A observação da actuação da enfermeira especialista de saúde infantil e pediátrica, neste contexto foi altamente benéfica, não só pelas características individuais da enfermeira orientadora mas também pela sua demonstrada competência profissional.

No Centro de Saúde do Montijo, a consulta de Saúde Infanto-Juvenil é realizada pela enfermeira especialista, que conhece a grande maioria das crianças e jovens inscritas e que fazem a sua vigilância de saúde no centro de saúde, bem como as suas famílias e o seu contexto socioeconómico. Este conhecimento permite-lhe direccionar, de uma forma mais eficaz, a sua actuação e, em caso de necessidade, proceder ao encaminhamento das crianças e jovens para outros técnicos.

A enfermeira articula-se de uma forma eficaz com os outros centros de saúde das regiões envolventes (por exemplo o Centro de Saúde do Afonsoeiro ou o Centro de

Saúde de Alcochete), bem como com as escolas do conselho, com o Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, entre outros. Para além disso, trabalha não só em parceria com as famílias mas também com a equipa de enfermagem e com a equipa médica com o objectivo de potencializar a saúde da criança.

Como em muitos outros locais, neste centro de saúde é utilizada a Escala de Sheridan Modificada para a avaliação do desenvolvimento da criança. Com base nesta avaliação, a enfermeira transmite informações à família para potenciar o desenvolvimento da criança e complementa-as com suporte escrito, recorrendo a documentos elaborados por ela e pela equipa de enfermagem, sintetizando os ensinamentos efectuados durante a consulta.

Se é detectada alguma alteração do desenvolvimento da criança, a enfermeira especialista tenta encontrar, em conjunto com a família, estratégias que possam minimizar essa alteração, Mantendo acompanhamento regular presencial no centro de saúde, ou por via telefónica.

Se a alteração persiste, e a enfermeira avalia que a sua intervenção não é suficiente, então referencia a criança para um técnico que tenha competência para intervir de outra forma, como é o caso do pediatra ou do psicólogo.

Uma lacuna que detectei é que a enfermeira especialista não procede à vacinação das crianças, apenas supervisiona a adesão à vacinação. Na minha perspectiva seria uma abordagem mais integradora que fosse a mesma enfermeira a fazer a consulta de saúde infanto-juvenil e a vacinação das crianças, especialmente quando a consulta antecede o momento de vacinação. É compreensível, por uma questão de organização do trabalho e também pela grande afluência de crianças à consulta de saúde infanto-juvenil, que a enfermeira assim não consiga dar continuidade ao cuidado à criança, visto ser a única enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica naquele centro de saúde.

No que concerne à visibilidade dos cuidados de enfermagem naquele centro de saúde, a enfermeira especialista, consegue demonstrar os cuidados prestados através do registo e enfermagem.

Naquele centro de saúde, utiliza-se o aplicativo informático SAPE® (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) da responsabilidade do IGIF (Instituto de Gestão Informática e Financeira da saúde), que tem como base a linguagem CIPE® (Classificação Internacional da Prática de Enfermagem). A par de muitos outros locais, também neste

centro de saúde se utilizam standards de diagnósticos de enfermagem, com intervenções de enfermagem associadas que demonstram o que se pensa ser a melhor prática para aquele diagnóstico. Todos os diagnósticos de enfermagem e todas intervenções efectuadas são registados no sistema informático, com a possibilidade de personalizar o plano de cuidados.

Esta foi uma experiência bastante enriquecedora no meu percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competência, fazendo-me ter uma perspectiva mais alargada dos cuidados de saúde primário e, principalmente, sobre o papel que o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria tem neste contexto. Também me permitiu desenvolver conhecimentos sobre a avaliação do desenvolvimento infantil e conhecer o registo informatizado em cuidados de saúde primários.

Assim neste estágio desenvolvi a competência de “E.1.Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, englobando *“E.1.1.Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança / jovem”* e *“E.1.2.Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

CAPÍTULO 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A situação de emergência é por si só um momento que envolve elevados níveis de stresse, ansiedade e medo, não só para a criança que está sujeita a este momento mas também para a sua família e para os profissionais de saúde, pela concepção comum de vulnerabilidade inerente a esta faixa etária e também pela vivência da situação pelo núcleo criança/família.

Cabe às instituições de saúde e aos seus profissionais manterem actual a formação e o treino de actuação, segundo as linhas de orientação existentes, para que as situações de emergência na criança possam ser superadas da forma mais positiva possível, não só no que concerne ao sucesso da actuação mas também ao apoio que é prestado à família. É premente que na formação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, se dê o devido enfoque à preparação para a gestão das questões da emocionalidade e do sofrimento extremo que a família está sujeita quando se depara, não só com a criança em situação emergente, estando inerente a possibilidade da sua morte, mas também com toda a panóplia de procedimentos e tecnologia, muitas das vezes incompreendidos pela família e potencialmente stressores.

O equilíbrio emocional do enfermeiro torna-se vital na adequação da sua actuação e, como tal, há que privilegiar momentos de reflexão sobre a prática e sobre os sentimentos vividos, para que não sejam recalcados sentimentos, não sejam criadas falsas representações sobre a prática e não se incorra na síndrome de exaustão.

É, também, da competência do enfermeiro especialista adequar, não só a sua actuação neste campo, mas também liderar a equipa de enfermagem no desenvolvimento das competências necessárias a essa mesma actuação.

Foi neste sentido que fiz este percurso, como forma de dar resposta a uma problemática presente na minha prática diária de cuidados. Pretendi, não só, ilustrar o processo de desenvolvimento de competências para ser perito na actuação de enfermagem à criança/família em situação emergente, mas também para liderar a equipa de enfermagem, de forma a, quando necessário, actuarmos como equipa, procurando a excelência dos cuidados de enfermagem, numa situação tão crítica e na qual podem aflorar as emoções mais extremas e negativas. Este percurso é também ilustrativo do desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria.

Assim, considero de extrema importância este trabalho para a prática dos cuidados proporcionando um ambiente seguro na actuação de enfermagem, nomeadamente munindo os profissionais de saberes que os permitam ter uma actuação consistente e válida em todas as vertentes do cuidar da criança e sua família em situação de emergência. É um trabalho que dá visibilidade à profissão na medida em que desenvolve um conjunto de conhecimentos e habilidades nos enfermeiros que os permite actuar com segurança, baseados na evidência científica, na persecução constante da excelência do cuidar, destacando-se como elementos válidos na equipa multidisciplinar. De forma a garantir esta visibilidade, sugiro que, este programa de formação seja publicado para dar a conhecer uma outra vertente da formação dos enfermeiros na actuação à criança/família em situação de emergência. Sugiro também que após o primeiro ano de implementação do programa de formação, ser realizada uma análise dos indicadores de avaliação e proceder-se à sua publicação. Sugiro ainda a codificação do programa como instrução de trabalho do HCD, segundo os padrões de qualidade.

Este trabalho teve como principais limitações o curto período de tempo para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e também para a aplicação do programa de formação. O programa foi concebido mas não aplicado e, como tal, não pode ser reformulado consoante o decorrer das sessões de formação. De qualquer forma, será reformulado consoante as necessidades identificadas no percurso de formação dos enfermeiros. Também, utilizando a metodologia de projecto, foi difícil o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista nos vários contextos da prática, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros, visto que em cada contexto há que ultrapassar os constrangimentos do primeiro contacto com novas pessoas, realidades e ambientes para que depois se consiga desenvolver competências. Também outra limitação prende-se com o limite de páginas imposto para a realização deste relatório de estágio que condiciona o relato do percurso de estágio sob a pena de não demonstrar de uma forma fidedigna o percurso efectuado.

Gostaria de deixar espaço para que, com base neste trabalho, fosse possível realizar outros trabalhos investigação, nomeadamente sobre as percepções da família acerca das atitudes dos enfermeiros do HCD, durante a situação de reanimação pediátrica e sobre a incorporação das experiências das famílias de crianças submetidas a procedimentos altamente complexos e/ou reanimação no HCD, num estudo

aprofundado de stressores e mecanismos de *coping*, segundo o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman e ainda um estudo mais aprofundado das questões éticas inerentes à situação de reanimação pediátrica. Considero estes temas de importância fulcral como contributo para a melhoria dos cuidados, segurança e desenvolvimento da profissão de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGOSTINHO, L. M – **Competência Emocional em Enfermeiros**. Coimbra. Formasau. 2010. 212 p. ISBN:978-989-8269-08-9

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. American Heart Association. **PALS Provider Manual**. Dallas: American Academy of Pediatrics/American Heart Association, 2002.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. American Heart Association. **Suporte avançado de vida em pediatria**. Dallas: American Academy of Pediatrics/American Heart Association, 1997.

BENNER, Patricia – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. 294p. ISBN 972-8535-97-X.

BORBA, R. Participação dos pais na assistência à criança hospitalizada. In: CHAUD, M.; PETERLINI, M.; HARADA, M.; PEREIRA, S. **O cotidiano da prática de enfermagem pediátrica**. São Paulo: Atheneu, 1999. cap. 3, p. 11-14.

BORBA, R.; PETTENGILL, M.; RIBEIRO, C. – A Enfermagem e a Família da Criança Hospitalizada. In **Enfermagem Pediátrica – A criança, o adolescente e sua família no hospital**. Brasil: Editora Manole Ltda, 2008. ISBN 978-85-204-2201-4. p. 99-108.

BORBA, R. Participação dos pais na assistência à criança hospitalizada. In: CHAUD, M.; PETERLINI, M.; HARADA, M.; PEREIRA, S. **O cotidiano da prática de enfermagem pediátrica**. São Paulo: Atheneu, 1999. cap. 3, p. 11-14.

CALVO, C.; LÓPEZ-HERCE, J.; CARRILLO, A.; BURÓN, E. Material de reanimación. **An. Esp. Pediatr.**, Madrid, v.52, n. 3, p. 258-60, 2000.

CARRILHO, Maria José e PATRÍCIO -Tábuas de mortalidade em Portugal. 2004 **Revista de Estudos Demográficos**- Instituto Nacional de Estatística. 2004, Disponível em: URL: <http://www.ine.pt>

CARRILLO, A.; LOPEZ-HERCE, J.; MORAL, R. Formación en soporte vital pediátrico para el personal sanitario de medicina de emergencias. **Emergencias**, Madrid, v. 9, n. 6, p. 350-54, 1997.

CARVALHO, P. Reanimação cardiopulmonar – um desafio contra a morte prematura. **Jornal de Pediatria**, São Paulo, v.74, n. 3, p. 173-74, 1998.

CASSORLA, R. **Da morte**: estudos brasileiros. Campinas: Papirus, 1998.

CHUI, W., & CHAN, S. Stress and coping of Hong Kong Chinese family members during a critical illness. **Journal of Clinical Nursing**, 2007. 16(2), 372-381. Retrieved from EBSCOhost.

CINTRA, E. Assistência de enfermagem ao cliente com monitorização hemodinâmica invasiva. In: TERZI R.; ARAUJO S. **Monitorização hemodinâmica e suporte cardiocirculatório do cliente crítico**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 12, p. 147-55.

CONCHEIRO, A.; LUACES, C.; RODRIGUEZ, L.; POU, J.; SERRA, M. Epidemiología del paro cardio-respiratorio y revisión de las maniobras de reanimación cardiopulmonar en un hospital pediátrico. **Emergencias**, Madrid, v. 11, n. 5, p. 345-49, 1999.

DAMÁSIO, António – **Ao Encontro de Espinosa**. Mem Martins, Publicações Europa-América Lda., 2003, 379p. ISBN 972-05229-9.

DAMÁSIO, António – **O Sentimento de Si**. Mem Martins: Publicações Europa-América Lda., 2000. 424p. ISBN 972-1-04757-0.

DAVENPORT, L & SCHOPP, G. Breaking bad news: Communication skills for difficult conversations. **Journal of American Academy of Physician Assistants**. Fevereiro 01, 2011.

DIAZ, E.; CONCHEIRO, A.; LUACES, C.; GARCIA, J.; GELABERT, G.; POU, J. Evaluación y control de calidad asistencial en un servicio de urgencias pediátrico. **Emergencias**. Madrid, v. 13, p. 98-101, 2001.

DINGEMAN, R. et al. Parent presence during complex invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation: a systematic review of the literature. **Pediatrics**. 2007. 120(4), 842-854. Retrieved from EBSCOhost.

DIOGO, Paula – **A Vida Emocional do Enfermeiro**. Coimbra: Formasau, 2006. 262p. ISBN 972-8485-70-0.

EMERGENCY NURSES ASSOCIATION. **Standards of Emergency Nursing Practice**. Missouri: Library of Congress, 1995.

European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010, disponível em WWW: <<http://www.cprguidelines.eu/2010/guidelines.php>>

FREESE, Barbara T. – Betty Neuman. Modelo de Sistemas. In **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6. p. 335-375.

GARCIA, C.; RIOS, M. Enfermería en sala de críticos. **Emergencias**, Madrid, v. 9, n. 4, p. 236-38, 1997.

GARCIA, R. **Compreendendo as necessidades de famílias acompanhantes que tem uma criança internada na unidade de terapia intensiva em fase terminal da doença**. 2000. 64p. Dissertação (Mestrado) -Escola Enfermagem, Universidade São Paulo, São Paulo.

GARCIA, S.; SÁNCHEZ, D. Características de la RCP infantil. **Enferm Cientí**, Madrid, n. 190-191, p. 43-46, ene.1998.

GARCIA-CASTRILLO, L.; DEL BUSTO, F. Modelo de atención integral a las urgencias. Editorial. **Emergencias**, Madrid, v. 13, n. 3, p. 153-54, jun. 2001.

GARIJO, C.; POCH, M.; NEGRETE, R.; RAMÍREZ, R. Aspectos psicológicos da hospitalização atitude perante a morte. In: **Pediatria**. Rio de Janeiro: Carlos Alberto Herszterg, 2002. cap. 1, p. 1-10.

GEHRLING, Karen Reed; MEMMONTT, Jeanne – **Adversity in the Context of the Neuman Systems Model**. [Em linha] Nursing Science Quarterly. 2008; 21; 135. [Consult. 2009-09-26]. Disponível em: WWW: <URL: <http://nsq.sagepub.com>>.

GOLEMAN, Daniel – **Inteligência Emocional**. Lisboa: Temas e Debates, 2002, 374p. ISBN 972-759-063-2.

GOMES A. **Emergência**: planeamento e organização da unidade. Assistência de enfermagem. São Paulo: E. P. U., 1994.

GOMES, C., TRINDADE, G., & FIDALGO, J. Vivências de pais de crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. (Portuguese). **Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem**, 2009 (11), 105-116. Retrieved from EBSCOhost.

GRANITOFF, N.; WHITAKER, I.; DALOSS, T.; CONÇALVES, V. Sistema racional de atendimento - um modelo de assistência ao cliente em paragem cardiorrespiratória. **Acta Paul. Enfermagem**, São Paulo, v. 8, n. 2/4, p. 7-12, 1994.

HALL, E. Danish parents' experiences when their new born or critically ill small child is transferred to the PICU -- a qualitative study. **Nursing in Critical Care**, 10(2), 90-97. 2005. Retrieved from EBSCOhost.

HARBAUGH, B., TOMLINSON, P., & KIRSCHBAUM, M. Parents' Perceptions of Nurses' Caregiving Behaviors in the Pediatric Intensive Care Unit. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**. 2004. 27(3), 163-178. doi:10.1080/01460860490497985

HOCKENBERRY, Marilyn J. - **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro: Elsevier Editora. 2006. 1300p. ISBN 10:85-352-1918-8.

HOSPITAL CUF DESCOBERTAS [em linha]. Lisboa. 2007 [Consult. 13 Maio. 2010]. Disponível em: <http://www.josedemelloasaude.pt> e <http://www.hospitalcuf.pt>.

JORGE, Ana Maria – **Família e hospitalização da criança**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-79-7.

KEENE, E., HUTTON, N., HALL, B., & RUSHTON, C. (2010). Bereavement debriefing sessions: an intervention to support health care professionals in managing their grief after the death of a patient. **Pediatric Nursing**, 36(4), 185-189. Retrieved from EBSCOhost.

KITT, S.; SELFRIDGE-THOMAS, J.; PROEHC, J.; KAISER, J. **Emergency nursing practice**. Philadelphia: Mosby, 1995.

LAZURE, H. **VIVER: A relação de ajuda, abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira**. Lisboa: Lusodidacta, 1994.

LELORD, F.; ANDRÉ, C. **A Força das Emoções – Amor, Cólera, Alegria...** Pergaminho, 1ª ed, 2002.

LI, Ho Cheung William; LOPEZ, Viloeta; LEE, Tin Loi Isabel – **Effects of Preoperative Therapeutic Play on Outcomes of School-Age Children Undergoig Day Surgery.** [Em linha] *Researche in Nursing & Heath*. 30 2007. p. 320-332. *Retrieved from EBSCOhost*.

LOPES, M.J.; LOURENÇO, O. **Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: Alguns dados e implicações**, *Análise Psicológica* (1998), 4 (XVI): 655-665. *Retrieved from EBSCOhost*.

LÓPEZ-HERCE, J.; RODRÍGUEZ, A.; HERMANA, N. Recomendaciones de reanimación cardiopulmonar pediátrica básica, avanzada y neonatal: ética y reanimación cardiopulmonar. **An Esp Pediatr**, Madrid, v. 52, n. 5, p. 464-69, 2000.

MARCONDES, E. **Pediatria básica**. 8 ed. São Paulo: Sarvier, 1999.

MAXTON, F. Parental presence during resuscitation in the PICU: the parents' experience. Sharing and surviving the resuscitation: a phenomenological study. **Journal of Clinical Nursing**. 2008. 17(23), 3168-3176. *Retrieved from EBSCOhost*.

MERCADIER, Catherine – **O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar**. Loures: Lusociência, 2004. 327p. ISBN 972-8383-82-7.

NADKARNI, V.; HAZINSKIM, M.; ZIDEMAN, D.; KATTWINKEL, J.; QUAN, L.; BINGHAM, R.; ZARITTSKY, A.; BLAND, J.; KRAMER, E.; TIBALLS, J. Suporte de vida em pediatria: parecer consultivo do grupo de trabalho sobre suporte de vida em pediatria do Comitê de Comunicação Internacional sobre Ressuscitação. **J. de Pediatr.**, São Paulo, v. 74, n. 3, p. 175-88, 1998.

NEUMAN, Betty; REED, Karen S. – **A Neuman Systems Model Perspective Model in 2050**. [Em linha] *Nursing Science Quarterly*. 2007; 20; 111. [Consult. 2009-09-26]. Disponível em: WWW: <URL: <http://nsq.sagepub.com>>.

NIGHTINGALE, Florence – **Notas sobre Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2005. 201p. ISBN 972-8383-92-4.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (1998), **REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro**, Lisboa, Ordem dos Enfermeiros. Disponível em WWW: <URL: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>>

ORDEM DOS ENFERMEIROS, **Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) – Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem – Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista**, Lisboa, 2009 Ordem dos Enfermeiros.

PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos; FELDMAN, Ruth Duskin – **O Mundo da Criança**. 8ªed. Lisboa: McGraw Hill. 2001. 707p. ISBN 972-773-069-8.

PAULO, M. et al. O Lugar do Afecto na Prática de Cuidados de Enfermagem em Contexto Pediátrico- Perspectivas de Crianças, Jovens, Pais e Enfermeiros. **Pensar Enfermagem** Vol. 14 N.º 2 2º Semestre de 2010

PÉREZ, A. Reanimación cardio-pulmonar en Pediatría. Editorial. **Emergencias**, Madrid, v. 11, n. 5, p. 335-37, 1999.

PETERLINI, M.; HARADA, M.; PEDREIRA, M.; CARVALHO, W.; CHAUD, M.; LEE, J. Reanimação cardiorrespiratória e cerebral (RCRC) em pediatria: o conhecimento dos graduandos de enfermagem. **Acta Paul. Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n.2, p. 68-74, 1996.

PETTENGILL, Myriam Aparecida Mandetta; RIBEIRO, Circéa Amalia; BORBA, Regina Issuzu Hirooka de – O cuidado centrado na criança e sua família: uma perspectiva para a actuação do enfermeiro pediatra. In **Enfermagem Pediátrica – A criança, o adolescente e sua família no hospital**. Brasil: Editora Manole Ltda, 2008. ISBN 978-85-204-2201-4. p. 35-43.

PLA, F.; HERNÁNDEZ, A.; ORQUÍN, J.; SANZ, A. La enfermería y el estrés laboral, amistades peligrosas. **Enfermería Integral**, Valencia, n. 48, p. 1-4, 1999.

PYE, S., KANE, J., & JONES, A. Parental presence during pediatric resuscitation: the use of simulation training for cardiac intensive care nurses. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**. 2010. 15(2), 172-175. doi:10.1111/j.1744-6155.2010.00236.x . Retrieved from EBSCOhost.

REECE, R. **Emergências em pediatria**. 4. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

REIS, A.; VASCONCELLOS, M. Ressucitação cardiopulmonar pediátrica. **J. de Pediatr.**, São Paulo, v. 75, p. 159-67, 1999. Suplemento 2.

RODRIGUES, R.M. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. **Revista Latino-am Enfermagem** 2001 novembro-dezembro; 9(6):76-82.

RUMBO, J.; PÉREZ, M. LOUREIRO, N.; DARRIBA, M.; MOSQUERA, M. Actitud básica de emergencia ante una paragem cardiorrespiratoria pediátrica. **Emergencias**, Madrid, v. 11, n. 4, p.274-80, 1999.

SÁNCHEZ, A.; LUCAS, N.; GARCIA-OCHOA, J.; SÁNCHEZ, C.; JÍMENEZ, Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencias pré-hospitalario. **Emergencias**, Madrid, v. 13, n. 3, p. 170-75, 2001.

SERRANO, A.; PACHECO, A.; PEREZ, A.; PEÑA, A.; ARRANZ, C. Algunas recomendaciones para la aplicación práctica de la resucitación cardiopulmonar en domicilio. **Emergencias**, Madrid, v. 9, n.2, p. 122-26, 1997.

SILVA, Abel Paiva e – Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2379. vol 55, nº 1-2. Jan/Abril 2007. p. 11-19.

SILVA, M.A, GRAVETO, J. - Modelo Conceptual Versus “Modelo Oculto” para a (na) Prática da Enfermagem. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. Vol. 12, nº.2. 2º Semestre de 2008

SRIVASTAVA, T. [et al.] - **Perceptions of fear, distress and pain by parents of children undergoing a micturating cystourethrogram: A prospective study.** [Em linha] J. Paediatr. Child Health. 37, 2001. p. 271-273. Retrieved from EBSCOhost.

TINSLEY, C. et al. (Experience of families during cardiopulmonary resuscitation in a pediatric intensive care unit. **Pediatrics**, 2008. 122(4), e799-804. Retrieved from EBSCOhost.

UME-NWAGBO, Pearl N.; DEWAN, Sharon A.; LOWRY, Lois W. – **Using the Nueman Systems Model for Best Practices.** [Em linha] Nursing Science Quarterly. 2006; 19; 31. Disponível em: WWW: <URL: <http://nsq.sagepub.com/cgi/content/abstract/19/1/31>>.

VALLE, E. **Câncer infantil: compreender e agir.** São Paulo: Psy, 1997.

VENTURELLI, J. Sugerencias para un programa de urgencias pediátricas. **Pediatr. Día**, Santiago de Chile, v. 10, n. 1, p. 27-31, 1994.

VENTURELLI, J.; ROMERO, P. Conoce usted las normas de traslado para clientes críticos ? **Pediatr. Día**, Santiago de Chile, v. 10, n. 1, p. 39-45, 1994.

WATSON, Jean – **Enfermagem Pós-Moderna e Futura – Um novo paradigma de Enfermagem.** Loures: Lusodidacta, 2002. 324p. ISBN 978-972-8383-37-4.

WONG, D. **Enfermagem pediátrica.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999d. cap. 21, p. 542-98.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Department of Child and Adolescent Health and Development. Model Chapter for textbooks Integrated Management of Childhood Illness.** 2002. Disponível em: <http://www.who.int/child-adolescenthealth/new-publications/IMCI-chapter/WHO_FCH_CAH_00.CO.40.pdf>.

APÊNDICES

Apêndice I – Estatística de casuística no Hospital CUF Descobertas

Gráfico 1 - Representação de transferências para UCIP em relação à totalidade de internamentos, do ano de 2008

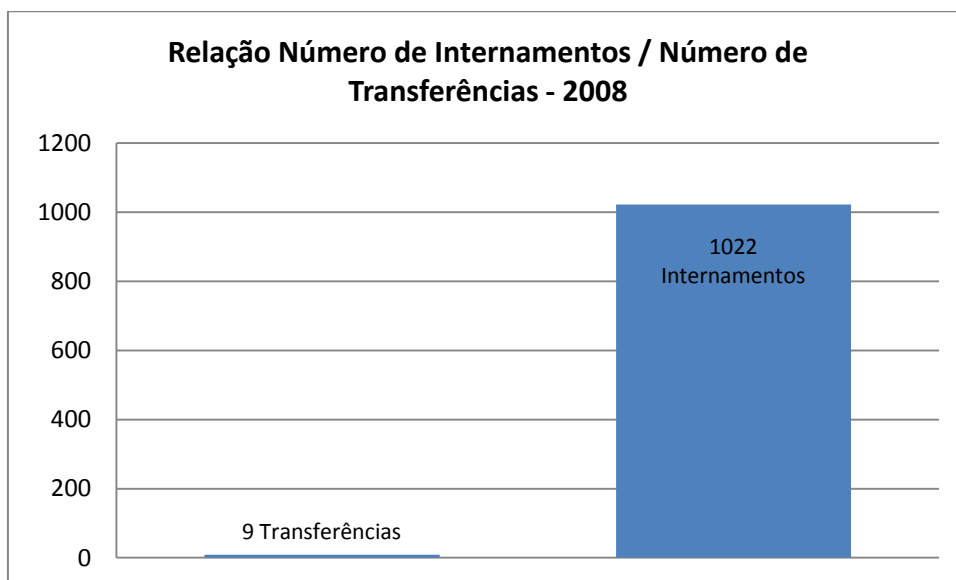


Gráfico 2 – Ocorrência de Patologias de Pediatria Médica, ano de 2008

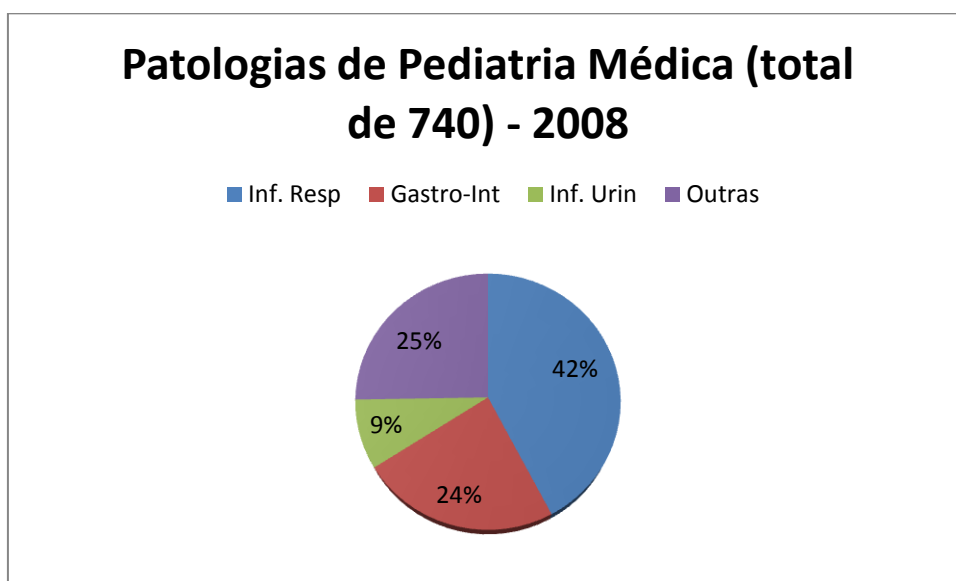


Gráfico 3 - Ocorrência de Patologias de Pediatria Cirúrgica, ano de 2008

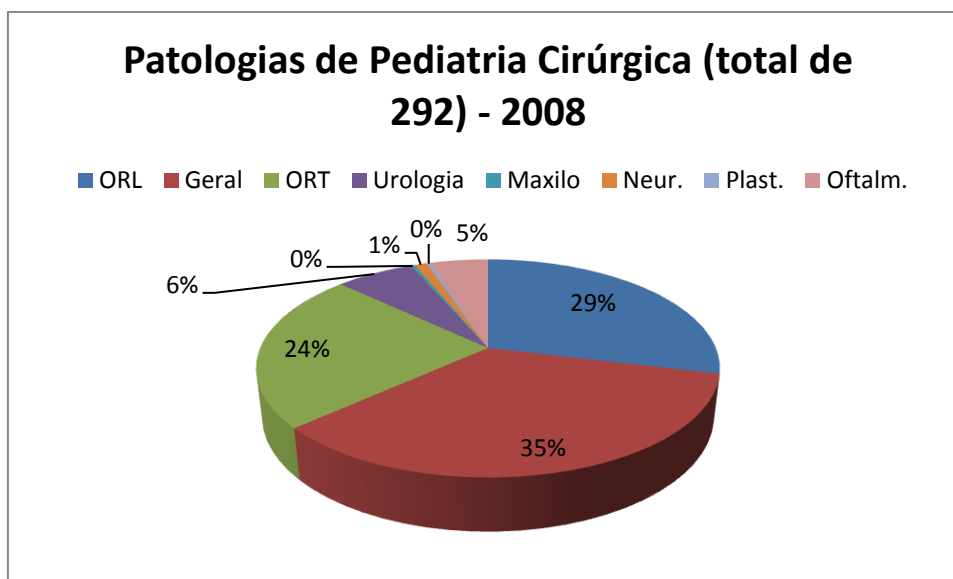


Gráfico 4 - Representação de transferências para UCIP em relação à totalidade de internamentos, do ano de 2009

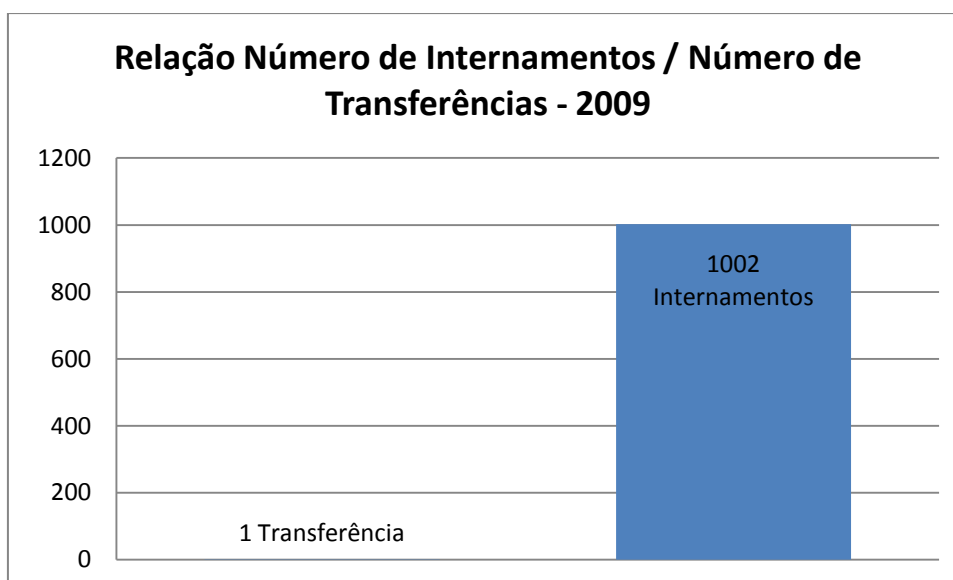


Gráfico 5 - Ocorrência de Patologias de Pediatria Médica, ano de 2009

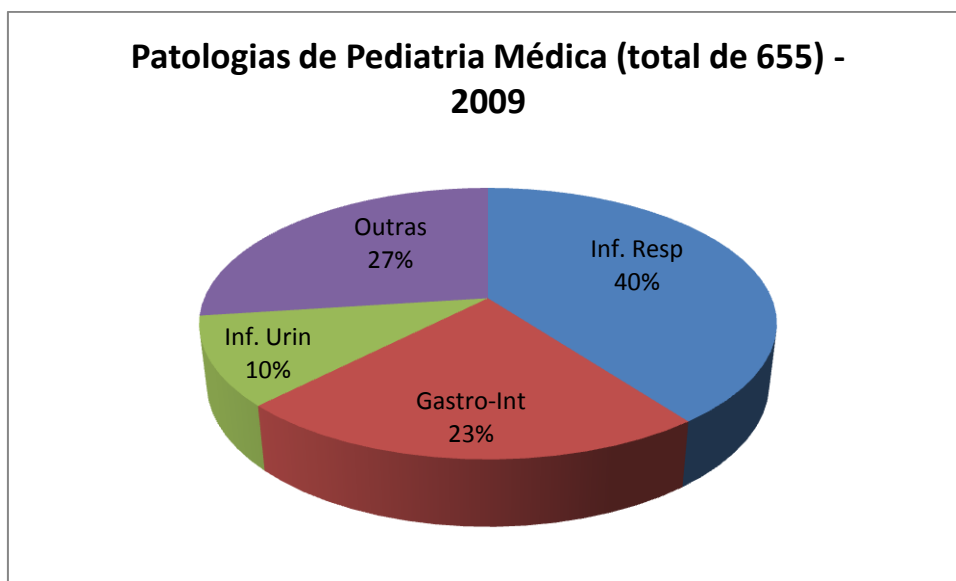
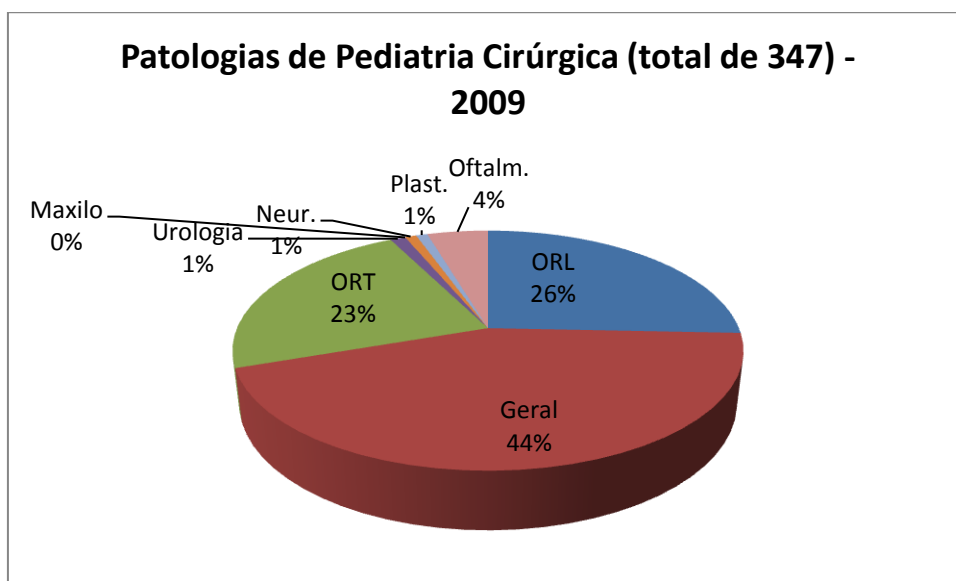


Gráfico 6 - Ocorrência de Patologias de Pediatria Cirúrgica, ano de 2009



Apêndice II – Avaliação da criança em situação de emergência

A *Avaliação primária* consiste na identificação e tratamento imediatos dos problemas que coloquem o cliente em risco iminente de vida, seguindo uma ordem de prioridades que podem ser determinadas pelo:

- A (*Airway maintenance with cervical control*) Vias aéreas, com controlo da coluna cervical nas vítimas de trauma.
- B (*Breathing and ventilation*) Respiração e ventilação.
- C (*Circulation with hemorrhage control*) Circulação e controlo de hemorragias.
- D (*Disability: Neurologic status*) Rápido exame neurológico.
- E (*Exposure*) Exposição completa do cliente.

Durante o restabelecimento dos sinais vitais, deve ser realizada, simultaneamente, a avaliação primária, que consiste em manobras de desobstrução de vias aéreas, manutenção da ventilação adequada e manutenção de padrões circulatórios adequados, assegurando dessa forma a manutenção da vida da criança.

A *Avaliação secundária* não deve ser iniciada antes que a avaliação primária e a fase de restabelecimento dos sinais vitais estejam completas. Trata-se de um exame do corpo no sentido cefalocaudal, que objectiva a detecção de lesões. Nessa avaliação se terá o cuidado de proteger o cliente contra a hipotermia, far-se-á o exame completo e detalhado de com o método cefalocaudal, verificação e monitorização dos sinais vitais, a aplicação da Escala de Coma de Glasgow, a pesquisa da história clínica com os familiares ou testemunhas.

A *Reavaliação* deve ser um acto contínuo até que se estabeleça o tratamento definitivo, para que factos novos não passem despercebidos e se possa identificar imediatamente o agravamento de sintomas previamente detectados, por meio de monitorização cardíaca, oximetria de pulso, pressão arterial, frequência e qualidade respiratória, padrão neurológico e débito urinário.

O *Tratamento definitivo*: Após a estabilização do cliente, este será encaminhado para a especialidade, unidade de cuidados intensivos, cirurgia ou para outro hospital.

Apêndice III – Cronograma para período de estágio (3º Semestre)

Meses Dias		Set	Outubro				Novembro				Dezembro					Janeiro				Fevereiro	
		27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7
		3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	25
Serviço de Urgência Pediátrica HSFX*	Pesquisa Bibliográfica									Reflexão e Pesquisa Bibliográfica				Férias de Natal					Realização de relatório de estágio		
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do HFF*																					
Hospital CUF Descobertas (UCERN; UFAP-Pediatria; UFIG4-Pediatria)**																					
Centro de Saúde Montijo																					

** A realizar estágio em simultâneo nos diversos serviços pediátricos do hospital

Apêndice IV- Tabela Competências de Enfermeiro Especialista Desenvolvidas por Local de Estágio

Local de Estágio	<i>Serviço de Urgência Pediátrica do HSFX</i>	<i>UCIP do HFF</i>	<i>UF de valência pediátrica do HCD</i>	<i>CS do Montijo</i>
Competências Desenvolvidas	E1; E2; E3	E1; E2; E3	A1; A2; B1; B2; B3; C2; D2	E1

Adaptado de: Ordem dos enfermeiros (2009)

Apêndice V – Questionário de Diagnóstico de Necessidades de Formação no HCD

Caros Colegas Enfermeiros, no decurso do meu percurso de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria e, no âmbito do projecto do 1º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), com o tema “*Programa de Formação de Enfermeiros na Actuação de Enfermagem à Criança e Sua Família em Situação de Emergência*”. Venho por este meio solicitar a vossa colaboração no preenchimento do seguinte questionário com o intuito de fazer o diagnóstico de necessidades formativas dos enfermeiros das Unidades Funcionais com valência pediátrica, no Hospital CUF Descobertas, Este Projecto encontra-se sob a orientação pedagógica da Sr.ª Professora da ESEL Maria José Pinheiro e sob a co-orientação da Sr.ª Enf. Gestora Helena Conduto, deste hospital.

As questões são meramente indicativas e absolutamente confidenciais. Poderão solicitar apoio no preenchimento do questionário para o e-mail: Carlos.dias@jmellosaude.pt.

Grato pela vossa colaboração

Carlos E. D. Dias, Enfermeiro do IG4

Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

• **Anos de experiência profissional:**

- ≤ 1. ano..... ☐ > 1 ano ≤ 2 anos..... ☐
> 2 anos ≤ 5 anos..... ☐ > 5 anos ≤ 8 anos..... ☐
> 8 anos ≤ 12 anos..... ☐ > 12 anos ≤ 18 anos.... ☐
> 18 anos..... ☐

1. Já foi alvo de formação sobre Suporte Avançado de Vida Pediátrico?

☐ SIM ☐ NÃO

2. Alguma vez se deparou com uma situação de emergência pediátrica no Serviço?

☐ SIM ☐ NÃO

3. Soube como actuar?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ Com algumas Dúvidas

4. Se hoje se deparar com uma Situação de Emergência Pediátrica sabe como agir estabelecendo prioridades?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ Com algumas Dúvidas

5. Conhece o funcionamento do Carro de Emergência?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ Com algumas Dúvidas

6. Conhece todo o material (incluindo medicação) que compõe o Carro de Emergência?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ Com algumas Dúvidas

7. Sabe como se utiliza TODO o material que compõe o Carro de Emergência?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ Com algumas Dúvidas

8. Conhece a localização correcta de TODO o material no Carro de Emergência?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ Com algumas Dúvidas

9. Tem conhecimentos, pelo menos gerais, da medicação que compõe o Carro de Emergência?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ Com algumas Dúvidas

10. Sabe como monitorizar um doente usando o monitor desfibrilhador do Carro de Emergência?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ Com algumas Dúvidas

11. Sabe como colaborar na desfibrilhação de um doente usando o monitor desfibrilhador do Carro de Emergência?

☐ SIM ☐ NÃO ☐ Com algumas Dúvidas

12. 14. Sabe quem e como contactar em caso de emergência pediátrica?

☐ SIM ☐ NÃO

13. 15. Considera importante para o seu desempenho a existência de formação periódica sobre suporte avançado de vida pediátrico?

☐ SIM ☐ NÃO

14. 16. Considera importante a existência de simulações de situações de emergência pediátrica periódicas, no seu serviço?

☐ SIM ☐ NÃO

15. 17. No que concerne à sua actuação à família da criança em situação emergente, como a classifica consoante a sua experiência?

Insuficiente	☐
Suficiente	☐
Não sei/Não Respondo	☐
Boa	☐
Muito Boa	☐

16. 18. Como prevê a sua actuação perante a família da criança em situação emergente, durante a reanimação?

- ☐ Acompanho a família para fora do local onde decorre a reanimação, pois é uma situação traumática para os familiares.
- ☐ Peço à família para permanecer no local da reanimação mas para não se intrometer na reanimação.
- ☐ Peço à família para ficar e informo-a de todos os procedimentos que a equipa está a realizar.
- ☐ Valido com a família a sua vontade de permanecer no local da reanimação.

17. 19. Após a reanimação (independentemente do sucesso) como prevê a sua actuação perante a família?

- ☐ Deixo a família viver o momento, e procurar-me se precisar de alguma coisa.
- ☐ Escuto o que a família tem para dizer
- ☐ Procuro não me envolver emocionalmente na situação.
- ☐ Encorajo a família a falar sobre os seus sentimentos.
- ☐ Dinamizo a equipa multidisciplinar para conversar com a família.

18. 20. Após a reanimação (independentemente do sucesso) como lida com as suas próprias emoções?

- ☐ Saio do serviço e tento esquecer a situação vivida.
- ☐ Refugio-me nos meus *hobbies* para não pensar e sentir as emoções e os sentimentos.
- ☐ Procuro falar com um amigo sobre o que vivi.
- ☐ Procuro dinamizar reuniões de reflexão após a vivência das situações.

ANEXOS

Anexo I – Indicadores epidemiológicos (INE): Mortalidade

Indicadores sobre a mortalidade								
	Unid.	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Óbitos (Portugal)	Nº	106.258	108.795	102.010	107.462	101.990	103.512	104.280
Óbitos com menos de 1 ano	Nº	574	466	418	382	349	353	340
Fetos- mortos	Nº	587	506	423	432	414	376	341
Taxa Bruta de Mortalidade	‰	10,2	10,4	9,7	10,2	9,6	9,8	9,8
Taxa de Mortalidade Infantil	‰	5,0	4,1	3,8	3,5	3,3	3,4	3,3

Fonte: INE – Estimativas da população Residente e Estatísticas Demográficas

Anexo II – Indicadores epidemiológicos (INE): Mortalidade Infantil

Mortalidade infantil e de crianças até aos 5 anos (Unidade: nº)								
	Género	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Óbitos de menos de 7 dias	HM	297	232	187	170	164	163	153
	H	158	133	106	84	90	85	83
	M	139	99	81	86	74	78	70
Óbitos de 7 a 28 dias	HM	94	72	92	70	60	50	63
	H	53	35	63	38	42	27	36
	M	41	37	29	32	18	23	27
Óbitos de 28 a 365 dias	HM	183	162	138	142	125	140	124
	H	105	66	78	76	77	74	65
	M	78	96	60	66	48	66	59
Óbitos de 1 a 5 anos	HM	190	148	155	125	137	98	92
	H	110	84	93	79	79	54	50
	M	80	64	62	46	58	44	42

Fonte: INE- Estatísticas Demográficas

Anexo III – Valores do Grupo José de Mello Saúde(Disponível em www.josedemellosaude.pt)

Respeito pela Dignidade e Bem-Estar da Pessoa	
O que é?	Como se vê?
É nunca esquecer que a pessoa pelo facto de estar doente e carecer de ajuda, não perde nenhum dos direitos que configuram a sua dignidade e não pode ser discriminada. É assumir, colectiva e individualmente, o compromisso de tudo fazer para assegurar, em primeiro lugar o melhor interesse da pessoa.	Dar informação sobre os procedimentos, diagnósticos e terapêuticas existentes e respeitar a liberdade de escolha. Privilegiar o trabalho em equipa e cooperação. Na personalização e Humanização dos cuidados. Na prioridade dada à qualidade.

Desenvolvimento Humano	
O que é?	Como se vê?
É crescer com a organização, apostando no contributo individual para a obtenção de resultados colectivos; É acreditar nas pessoas, na crença de que são princípio e o fim do sucesso, o elemento que faz a diferença; Na prática é fazer do dia-a-dia um permanente desafio de troca de experiências.	Tem disponibilidade de tempo e energia para o diálogo com os seus colaboradores quando precisam e sobre qualquer tema que estes considerem relevantes; Ensinar, escutar, aprender, saber comunicar; É verdadeiro, utiliza métodos correctos, não cresce em cima dos outros; Cumprir as regras e cumprir compromissos, nunca engana o Cliente.

Competência	
O que é?	Como se vê?
Competência é concretizar com determinação e rigor; É a realização como emblema do conhecimento e da experiência; Ser competente é ter vontade de ser exemplo e de demonstrar que em cada dificuldade existe uma oportunidade.	Capacidade de concretizar, de obter resultados, de chegar lá; Faz o que diz: muita coerência entre palavras e ação; Entrega ao Cliente o que ele quer em qualidade, prazo e valor; É partilhar conhecimentos, formar sucessores.

Inovação	
O que é?	Como se vê?
É sobretudo o espírito de antecipação e capacidade para gerar alternativas e soluções novas; Diz-se que alguém é Inovador quando surpreende, cria; É um ser profissional que pela sua originalidade, estimula os que o rodeiam.	Não "rotiniza" procura sempre novas formas de fazer; Abertura para o diálogo. Vai ao encontro do outro. Puxa pelas pessoas; Propõe, não espera que lhe peçam; Nas reuniões de trabalho, os temas discutem-se com paixão e respeito. Aceita a diferença enriquecendo-se com ela.

Anexo IV – Autorização do Enfermeiro Director do HCD para aplicação de questionários de diagnósticos de necessidades de formação

Exmo. Sr. Enf. Director Carlos Costa

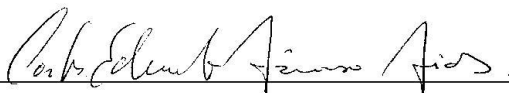
Venho por este meio solicitar a aplicação do questionário de diagnóstico de necessidades formativas aos enfermeiros das Unidades Funcionais com valência pediátrica, no Hospital CUF Descobertas, no âmbito do projecto do 1º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com o tema "*Programa de Formação de Enfermeiros na Actuação de Enfermagem à Criança e Sua Família em Situação de Emergência*". Este Projecto encontra-se sob a orientação pedagógica da Sr.ª. Professora Maria José Pinheiro e sob a co-orientação da Sr.ª. Enf. Gestora Helena Conduto.

Autorizo a aplicação do questionário,



17.01.2011

Atenciosamente



(Carlos Eduardo Dâmaso Dias, Enfermeiro da UFIG4)

Lisboa, Janeiro de 2011

Anexo V – Instrumento de avaliação da 4ª Sessão de formação (adaptado de IMP.2607.00/05/08, do HCD)

Unidade Funcional _____	Datas: Treino 1 _____ Treino 2 _____ Treino 3 _____					
Enf. _____	Formador/Treinador Responsável: T1 _____ T2 _____ T3 _____					
	Auto-avaliação			Hetero-avaliação		
	Realiza	Não Realiza	Melhorar	Realiza	Não Realiza	Melhorar
1 – Traz o Carro de Emergência						
2 – Abertura do Carro de Emergência						
3 – Coloca Plano Duro						
4 – Verifica aspirador de secreções e rampa de O ₂						
<u>5 – Utilização de Adjuvantes da Via Aérea</u>						
5.1. Insuflador Manual (adapta máscara, tubo de O ₂ e rampa de O ₂)						
5.2. Tubo Oro-faríngeo (tamanho apropriado e colocação correcta)						
5.3. Tubo Naso-faríngeo (tamanho apropriado e colocação correcta)						
<u>6 – Monitorização Cardíaca</u>						
6.1. Coloca eléctrodos correctamente						
6.2. Adapta correctamente pás de <i>pace</i> externo						
6.3. Aplica pás de monitor desfibrilhador correctamente (simula aplicação de gel)						
<u>7 – Inicia manobras de Suporte Básico de Vida Pediátrico</u>						
7.1. Realiza compressões / ventilações						
8 – Acesso venoso (verifica a necessidade e escolhe material apropriado)						
<u>9 – Fármacos</u>						
9.1. Identifica a sua localização na gaveta						
9.2. Fármaco de Cofre – localiza a chave do mesmo e abre-o						
<u>10 – Preparação de Material de Entubação Endo-traqueal</u>						
11 – Reposição do Carro de Emergência						
12 – Selagem do Carro						
13 – Preenche folha IMP . 098						

Observações: _____ Compromisso de Melhoria

(Assinatura) _____ Data Próximo Treino: semana de _____