



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

**Intervenções de enfermagem à criança com
insuficiência renal: a complexidade do cuidar holístico**

Márcia Alexandra Cardoso Martins

Lisboa
2017





Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

**Intervenções de enfermagem à criança com
insuficiência renal: a complexidade do cuidar holístico**

Márcia Alexandra Cardoso Martins

Orientadora: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa

2017



“Só se vê bem com o coração, o essencial é invisível aos olhos.”

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

À minha **família** e **amigos** que apesar da minha ausência cuidaram de mim, pela sua paciência, disponibilidade e motivação para que fosse possível chegar até aqui.

Aos colegas com quem trabalho diariamente pela compreensão e companheirismo.

À professora Paula e a todos os enfermeiros orientadores de estágio pelo apoio, orientação e conhecimentos partilhados, enriquecendo este percurso.

A todas as **crianças** que fazem parte do meu mundo!

O meu muito obrigado!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CCF – Cuidados Centrados na Família

DP – Diálise Peritoneal

EEESCJ - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

FAV – Fístula arteriovenosa

HD – Hemodiálise

HDFVVC – Hemodiafiltração venovenosa contínua

HFVVC – Hemofiltração venovenosa contínua

IR – Insuficiência Renal

IRA – Insuficiência Renal Aguda

IRC – Insuficiência Renal Crónica

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

TSRC – Técnicas de Substituição Renal Contínuas

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UPS - Uninterruptible Power Supply Systems

RESUMO

O presente Relatório de Estágio pretende revelar o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas que decorreram dos estágios realizados no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Esta aprendizagem experiencial, e conseqüente reflexão, realizaram-se nos seguintes serviços de saúde: urgência pediátrica; serviço de pediatria médica que integra a especialidade de nefrologia e unidade de hemodiálise pediátrica; serviço de nefrologia pediátrica que inclui hospital de dia; centro de saúde; e unidade de cuidados intensivos pediátricos. O enfoque está no cuidar da criança com insuficiência renal e sua família.

O problema identificado focou-se nas experiências e dificuldades vivenciadas pela criança com insuficiência renal e da sua família, pois esta condiciona o desenvolvimento físico, psicológico, emocional e social da criança, impondo restrições e obrigando a mudanças no seu quotidiano. O objeto de estudo centrou-se nas intervenções de enfermagem à criança com insuficiência renal, perspetivando a complexidade do cuidar holístico.

A prestação de cuidados à criança foi fundamentada em conceções teóricas como o cuidar humano de Jean Watson, os cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos, articulados com o modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman. Desta forma, os cuidados de enfermagem à criança com insuficiência renal, nos diferentes estádios e em diferentes contextos, visaram facilitar a vivência do processo da doença, de forma a contribuir para o equilíbrio e bem-estar da criança e sua família. O desenvolvimento de intervenções de enfermagem individualizadas e holísticas teve em conta as diferentes variáveis do sistema-cliente (fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimental e espiritual), permitindo concretizar os objetivos delineados, desenvolvendo competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, assim como competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à criança com insuficiência renal.

Palavras-chave: Criança; Enfermagem Pediátrica; Família; Insuficiência Renal; Saúde Holística.

ABSTRACT

This Traineeship Report intends to reveal the development of scientific, technical and human competencies that took place during the internships held in the scope of the 7th Master's Degree in Nursing in the Area of Specialization in Child Health and Pediatric Nursing. This experiential learning, and consequent reflection, took place in the following health services: pediatric urgency; a pediatric medical service that integrates the specialty of nephrology and pediatric hemodialysis unit; pediatric nephrology service that includes day hospital; health Center; and pediatric intensive care unit. The focus is on caring for the child with kidney failure and his family.

The identified problem focused on the experiences and difficulties experienced by the child with renal insufficiency and his family, because this condition the physical, psychological, emotional and social development of the child, imposing restrictions and making changes in their daily lives. The object of study focused on the nursing interventions to the child with renal insufficiency, looking at the complexity of holistic care.

Child care was based on theoretical concepts such as Jean Watson's human care, family-centered care and non-traumatic care, articulated with Betty Neuman's theoretical nursing model. In this way, the nursing care of the child with renal failure, in the different stages and in different contexts, aimed to facilitate the experience of the disease process, in order to contribute to the balance and well-being of the child and his family. The development of individualized and holistic nursing interventions took into account the different variables of the client-system (physiological, psychological, sociocultural, developmental and spiritual), making it possible to achieve the objectives outlined, developing common and specific skills of nurse specialist in children and young people, as well as specialized nursing skills in the care of the child with renal insufficiency.

Keywords: Child; Pediatric Nursing; Family; Renal Insufficiency; Holistic Health.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	12
1.1 Cuidar em pediatria na atualidade.....	12
1.2 A insuficiência renal na criança	14
1.3 Intervenções de enfermagem à criança com insuficiência renal	17
2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO	20
3. PERCURSO DE ESTÁGIO: ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	22
3.1 Serviço de Urgência Pediátrica.....	24
3.2 Unidade de Pediatria Médica/Unidade de Hemodiálise Pediátrica.....	28
3.3 Unidade de Nefrologia Pediátrica	33
3.4 Centro de Saúde	36
3.5 Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos	41
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Cronograma de Estágios	
APÊNDICE II – Guia Orientador das Atividades De Estágio	
APÊNDICE III – Jornal de aprendizagem “Cuidar Holístico no Serviço de Urgência”	
APÊNDICE IV – Diário de Campo “Vivências de adolescentes em diálise”	
APÊNDICE V – Intervenções de Enfermagem à Criança e ao Jovem com Fístula	
Arteriovenosa	
APÊNDICE VI – Poster “Como deves cuidar da tua fístula?”	
APÊNDICE VII – Diário de campo “Intervenções de cuidar holístico à criança com	
Insuficiência Renal Crónica”	
APÊNDICE VIII – Jornal de Aprendizagem “Consulta de Saúde Infantil”	
APÊNDICE IX – Procedimento sectorial “Cuidados de Enfermagem na Hemodiafiltração	
Venovenosa Contínua – Monitor Prismaflex”	
APÊNDICE X – Procedimento sectorial “Cuidados de Enfermagem na Plasmaferese –	
Monitor Prismaflex”	

APÊNDICE XI – Análise dos Registos de Enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos segundo o Modelo de Betty Neuman

APÊNDICE XII – Sessão formativa “Intervenções de Enfermagem à Criança em Situação Crítica submetida a TSRC na UCIP - Uma Reflexão em Equipa”

INTRODUÇÃO

No percurso de formação iniciado no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, surge a realização deste Relatório “*como um documento definitivo, o produto final de um trabalho*” (Sussams, 1990, p.12). Este relatório de estágio, no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, expõe de forma minuciosa o caminho percorrido durante a realização de cinco estágios, tendo como finalidade demonstrar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ), de acordo com o Regulamento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista, n.º 122/2011 e n.º 123/2011, com enfoque no cuidar da criança com insuficiência renal, intitulando-se de “*Intervenções de enfermagem à criança com insuficiência renal: a complexidade do cuidar holístico*”.

As crianças portadoras de insuficiência renal (IR) veem-se confrontadas com variadas limitações físicas e psicossociais decorrentes da doença, desencadeando stressores que desorganizam a sua vida e as rotinas familiares, alterações que interferem no seu crescimento e desenvolvimento, comprometendo assim o equilíbrio dos sistemas e o seu bem-estar. São obrigadas a adaptar-se às intervenções terapêuticas necessárias, que muitas vezes são um impedimento para que disfrutem de uma infância comum, acabando por alterar a sua perceção da vida. A assistência às crianças e famílias que vivenciam a complexidade desta condição, exige conhecimentos amplos e aprofundados de forma que possam ser prestados cuidados integrais, sendo fundamental que o enfermeiro reconheça a importância das suas intervenções (Simpionato *et al.*, 2005; Diniz *et al.*, 2006; Freitas *et al.*, 2011; Frota *et al.*, 2010). O processo de cuidar de crianças e famílias com histórias de vida e necessidades diferentes e únicas exige aos enfermeiros a capacidade de se adaptarem às constantes mudanças que lhe são impostas, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem. Para tal, é imperativa uma constante atualização da formação dos enfermeiros, desenvolvendo competências científicas, técnicas e humanas, que contribuam para a prática de uma enfermagem avançada, desenvolvendo um cuidar integral e humanizado, almejando a complexidade do cuidar holístico. Segundo Morin (2008), a complexidade veio alterar a visão de tudo

aquilo o que era estudado em separado, desprovido de um contexto, defendendo a pluralidade do ser humano como um ser físico, biológico, social, cultural, psíquico e espiritual, que precisa de ser observado e compreendido em todas as suas vertentes. No cuidar em enfermagem enquanto arte (Watson, 2002, 2008), o pensamento complexo é imprescindível para a prestação de um cuidado holístico, valorizando a multidimensionalidade da criança que é vista como um todo inserida no seu sistema complexo. De acordo com Teixeira (1996, p. 289) “(...)a saúde para ser holística precisa ser estudada como um grande sistema, como um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais, todos interdependentes e não arrumados numa sequência de passos e medidas isoladas para atender cada uma das dimensões apontadas”. Um estudo bibliográfico realizado por Neto e Nóbrega (1999, p. 241), acrescenta ainda que a enfermagem numa abordagem holística deve dar atenção às necessidades do indivíduo e/ou coletividade, tendo em consideração aspetos bio-psico-sócio-espirituais e reconhecendo que o desenvolvimento de uma enfermagem holística deve acontecer para que “o ser humano, o ambiente, a saúde e a enfermagem sejam trabalhados numa harmoniosa e totalitária união”, remetendo-nos para os conceitos metaparadigmáticos da enfermagem (Fawcett, 1984).

De forma a guiar e fundamentar a minha prestação de cuidados de enfermagem ao longo deste percurso formativo, elegi concepções teóricas proeminentes como o cuidar humano de Watson (2002), cuidados centrados na família (CCF) e cuidados não traumáticos, articulados com uma orientação dominante: o modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman. Este Modelo de Sistemas revelou-se fundamental nesta experiência de aprendizagem, pois como nos diz Tomey e Alligood (2004, p.17) “a teoria não só é essencial para a existência da enfermagem enquanto disciplina académica, como também é vital para a prática da profissão”. Este modelo considera a pessoa como um todo inserida num sistema, em que o seu processo de saúde-doença se encontra em constante interação com o meio ambiente e é afetado por diferentes fatores de *stress*, causando-lhe desequilíbrio. A hospitalização da criança gera modificação significativa nos seus hábitos de vida e rotinas, afetando o seu equilíbrio e bem-estar, gerando sentimentos negativos. Assim, de acordo com Neuman (1995), o enfermeiro deve identificar as fontes de *stress* na criança, tais como fatores intrapessoais, interpessoais e extra-pessoais, e a partir desse conhecimento implementar

estratégias de intervenção e avaliar os seus resultados, com vista à manutenção da estabilidade do equilíbrio dinâmico da criança.

As atividades desenvolvidas durante os estágios, de acordo com os conceitos e modelo supracitados, pretenderam dar resposta aos objetivos definidos previamente no projeto de estágio. A sua análise crítico-reflexiva permite tomar conhecimento da realidade vivida, remetendo assim para a reflexão na ação (Schön, 1983). Esta metodologia, que consiste na reflexão sobre a aprendizagem experiencial desenvolvida durante os estágios, visa a transformação da experiência em conhecimento, como defende Kolb (1984) a aprendizagem implica um processo reflexivo através do qual o profissional se desenvolve.

Assim, o presente relatório de estágio encontra-se estruturado em quatro capítulos distintos. Do primeiro capítulo faz parte o enquadramento conceptual, que abarca o quadro teórico fundamental à compreensão da temática. O segundo capítulo do relatório, explicita o problema identificado e o objeto de estudo. Segue-se o terceiro capítulo, constituído pela análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas durante os estágios, e de que forma contribuíram para o desenvolvimento de competências. Por último, no quarto capítulo são apresentadas as considerações finais do trabalho e as perspetivas futuras.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1 Cuidar em pediatria na atualidade

As crianças, entendidas como «todo o ser humano menor de 18 anos», segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990, são um Ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social constante e dinâmico (Unicef, 1990). Os cuidados especializados de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, têm a finalidade de assistir a criança e família ao longo do seu ciclo vital, respeitando os direitos humanos e da criança, numa perspetiva de proximidade, parceria, capacitação, de forma a promover a sua saúde, bem-estar e autocuidado e a prevenir complicações (OE, 2010).

Presentemente, a filosofia dos cuidados pediátricos contempla os CCF e os cuidados não traumáticos. Os CCF assumem a família como uma constante na vida da criança, assentando em elementos base como o respeito, a colaboração e o apoio e tem como conceitos centrais a capacitação e o empoderamento. Os enfermeiros devem apoiar as famílias na tomada de decisão, dentro e fora do ambiente hospitalar, com base nas suas capacidades, necessidades e experiências (Hockenberry & Wilson, 2014). É essencial que os pais sejam integrados nos cuidados, desenvolvendo uma parceria entre profissionais de saúde e os pais, obtendo benefícios para todos os intervenientes no processo de cuidar. Reconhecer a família como constante na vida da criança; facilitar a colaboração do profissional com os pais em todos os contextos de cuidados de saúde; respeitar a diversidade racial, étnica, cultural e socioeconómica das famílias; reconhecer os pontos fortes da família, sua individualidade e respeitar as suas estratégias de *coping*; partilhar informação concreta; encorajar e facilitar o suporte entre famílias e criação de redes; responder às necessidades de desenvolvimento da criança e da família; adotar políticas e práticas de suporte emocional e financeiro às famílias; conceber cuidados de saúde flexíveis, culturalmente competentes e sensíveis às necessidades da família são componentes dos CCF (Institute for Family-Centered Care, 2007). Em qualquer contexto dos cuidados de saúde, as intervenções de enfermagem devem eliminar ou minimizar o desconforto sentido pelas crianças e suas famílias. Assim, vamos também ao encontro dos cuidados não traumáticos, que de acordo com

Hockenberry e Wilson (2014), são cuidados de saúde prestados por profissionais, que minimizem ao máximo as consequências negativas, físicas ou psicológicas, que os procedimentos terapêuticos causam nas crianças e nas famílias. Têm como objetivo fundamental não causar dano, assentando em três princípios: prevenir ou minimizar a separação da criança e sua família, promover uma sensação de controle, e prevenir ou minimizar a dor e lesão corporal.

Desta forma, vamos ao encontro da teoria do cuidado humano de Watson (2002) que se foca na integralidade do ser humano, em que corpo, mente e espírito são um só. A teoria do cuidado transpessoal tem pressupostos como o desenvolvimento da relação de ajuda/confiança ou a promoção e aceitação de expressão de sentimentos negativos e positivos, unindo a sensibilidade à racionalidade e proporcionando ao enfermeiro a satisfação de um cuidado holístico imprescindível ao crescimento e desenvolvimento humano, em que cada ser humano tem o seu contexto familiar e social, experiencia emoções e sentimentos e possui valores de acordo com a sua individualidade.

Para o desenvolvimento deste projeto, de modo a orientar a minha prática de forma fundamentada, além do cuidar humanizado e a filosofia dos cuidados pediátricos, recorri ao modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman, uma vez que me permite direcionar a ação de forma holística, vendo a criança no seu todo, como um ser multidimensional, inserida num sistema, quer seja ele a sua família, a comunidade ou uma instituição hospitalar. A criança no seu processo de saúde-doença está em constante interação com o meio ambiente, sendo sobretudo sensível a fatores de *stress*, o que lhe causa desequilíbrio (Neuman, 1995).

Neste sentido, como futura EEESCJ, situando-me no paradigma da integração e da transformação (Kérouac *et al.*, 1994) e orientando a minha prática profissional pelos princípios e modelo supracitados, pretendo desenvolver intervenções de enfermagem holísticas, assumindo de acordo com Mariano (2007) os vários papéis que o modelo holístico contempla: clínico, educador, consultor, guia, companheiro, modelo e advogado. Com o objetivo primordial de contribuir para o equilíbrio e bem-estar da criança e sua família, são ainda tidas em consideração a individualidade e subjetividade das experiências humanas,

1.2 A insuficiência renal na criança

A IR traduz-se em perda da função renal, ocorre diminuição da taxa de filtração glomerular e os rins perdem a capacidade de excretar produtos do metabolismo, concentrar urina e conservar eletrólitos. Pode ser classificada em aguda ou crônica (Ferreira *et al.*, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014). A insuficiência renal aguda (IRA) ocorre subitamente, é caracterizada essencialmente por oligúria associada a azotemia, acidose metabólica e distúrbios eletrolíticos. Os rins deixam de conseguir regular o volume e composição da urina devidamente, em resposta à ingestão de líquidos e alimentos e às necessidades do organismo. As causas são habitualmente classificadas como pré-renais, intrinsecamente renais e pós-renais. As causas pré-renais estão relacionadas com a diminuição da perfusão renal, que causam diminuição da taxa de filtração glomerular e estimulam a secreção de renina, aldosterona e hormonas antidiuréticas, contribuindo ainda mais para a diminuição do débito urinário. As causas intrínsecas incluem doenças e agentes nefrotóxicos que causam lesão nos glomérulos, túbulos ou na vasculatura renal. Por último, as causas pós-renais dizem respeito a obstruções do trato urinário, a função renal pode ser restituída através do alívio da obstrução. A IRA é habitualmente reversível, mas pode levar a alterações fisiológicas graves, e a mortalidade na faixa etária pediátrica é ainda elevada. A sua evolução clínica depende da causa, mas a probabilidade de diálise ou hemofiltração contínua é elevada, levando à necessidade de internamento numa unidade de cuidados intensivos onde se encontram profissionais competentes e os equipamentos necessários (Hockenberry & Wilson, 2014). Por sua vez, a insuficiência renal crónica (IRC) desenvolve-se lentamente, habitualmente é secundária a nefropatias e é irreversível (Ferreira *et al.*, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014). Os rins têm a capacidade de manter a composição normal dos líquidos, até que mais de 50% da função renal funcional seja destruída. A deterioração progressiva ao longo de meses ou anos, culmina em síndrome urémica, com perda da capacidade de manter o equilíbrio hidroeletrólítico. A fisiopatologia da IRC leva a alterações bioquímicas específicas como retenção de produtos do metabolismo, retenção de água e sódio, hipercaliemia, acidose, distúrbios do cálcio e fósforo, anemia, distúrbio do crescimento e outros distúrbios relacionados com a sua suscetibilidade. O tratamento da IRC tem como metas

promover a função renal eficaz, mantendo o equilíbrio hidroeletrólítico, tratar complicações sistêmicas e promover uma vida tão normal e ativa quanto possível para a criança (Hockenberry & Wilson, 2014). Com a evolução inevitável para a doença renal crônica terminal, em que a taxa de filtração glomerular diminui abaixo dos 10% a 15% do normal e o tratamento conservador não é suficiente para manter a vida da criança, é necessário avançar para os tratamentos disponíveis que atualmente passam pela diálise ou pelo transplante renal. De acordo com Ferreira *et al.* (2013), a diálise é o tratamento para a insuficiência renal removendo os produtos residuais urêmicos do organismo. Este processo ocorre através de uma membrana semipermeável, por intermédio de três mecanismos: osmose, difusão e ultrafiltração. As terapias de substituição renal podem ser contínuas ou intermitentes. Em contexto de IRA, normalmente pela gravidade da situação as crianças são submetidas às técnicas de substituição renal contínuas (TSRC), já na IRC, as terapias intermitentes são as de eleição, sendo a hemodiálise (HD) e diálise peritoneal (DP) as mais comuns (Ferreira *et al.*, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014; Reis *et al.*, 2016). As TSRC substituem a função renal até que esta se restabeleça, as mais comuns são a hemofiltração venovenosa contínua (HFVVC) ou a hemodiafiltração venovenosa contínua (HDFVVC). O sangue é filtrado por uma membrana semipermeável e existe reposição com uma solução eletrolítica, requerem um acesso vascular e como já referido anteriormente são realizadas em unidades de cuidados intensivos. São técnicas indicadas para crianças criticamente doentes por estas não tolerarem as rápidas alterações de volume que ocorrem na HD ou DP. Por sua vez, a HD, consiste na passagem do sangue por um circuito extracorporeal com uma membrana que funciona como rim artificial e purifica o sangue, removendo os produtos tóxicos. Esta modalidade requer um acesso vascular, fístula arteriovenosa, enxerto ou um cateter venovenoso. Normalmente as crianças são sujeitas a 3 sessões de tratamento por semana, com uma duração de 3 a 4 horas cada, e entre cada tratamento é necessário cumprir restrições hídricas e dietéticas. Já na DP, o peritoneu serve de membrana semipermeável através da qual ocorre a passagem de água e solutos por osmose. É colocado um cateter de diálise peritoneal através da parede abdominal anterior, através do qual o dialisante é instilado e posteriormente drenado, removendo as toxinas. A DP é uma modalidade de eleição, indicada para recém-nascidos ou crianças com dificuldade em obter um acesso vascular, um tipo

de diálise mais suave, mas que implica maiores restrições dietéticas (Cid & Mano, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014).

Na criança, a IRC tem um grande impacto, com implicações no seu desenvolvimento físico, psicológico e emocional e social, conduzindo a mudanças no seu quotidiano e das rotinas familiares impostas pelos repetidos exames, procedimentos dolorosos, recorrentes hospitalizações, dependência de medicação, dieta especial, tecnologia médica ou aparelhos específicos, necessidade de cuidados especiais ou condições especiais em casa ou na escola. Segundo Hockenberry e Wilson (2014), as tensões vividas são semelhantes às de qualquer doença crónica, as reações e adaptação da criança e família dependem da sua idade e estágio de desenvolvimento, contexto cultural e socioeconómico, relações familiares e padrões de comunicação na família. A descoberta da doença é um choque para as crianças e famílias, a sua aceitação é difícil, existem sentimentos de angústia, tristeza, irritabilidade, revolta, ansiedade, medo, insegurança, incerteza ou negação, especialmente se a doença evoluir rapidamente. A mudança da aparência física (variação de peso, anemia, atraso no crescimento) é uma das primeiras alterações, normalmente são mais baixos, frequentemente estão mais cansados, não conseguindo participar em todas as atividades que gostariam comparativamente com os seus pares. Pelas alterações da imagem corporal, restrições físicas e dietéticas a que estão sujeitos, o sentimento de diferença perante as outras crianças é acentuado e muitas vezes por desconforto e vergonha leva à não adesão do regime terapêutico. Na escola vivenciam dificuldades pelas ausências frequentes, que comprometem o processo educativo e de socialização, e por vezes leva a regressões comportamentais. As crianças têm a perceção das mudanças significativas para si e para a sua família, o que pode gerar isolamento social e mais suscetibilidade e vulnerabilidade a transtornos psicológicos, sentem que são dependentes da família pelas dificuldades no autocuidado, levando a exaustão e conflitos interpessoais. É necessário que tenham um cuidador familiar, e as necessidades de adaptação vão evoluindo com a doença. Para além da tensão emocional que recai sobre as famílias, podendo contribuir para a desarmonia familiar, há também a questão das finanças familiares, pois são vários os custos indiretos que implicam os transportes para os tratamentos, a alimentação, alojamento fora de casa, as deslocações frequentes ou as hospitalizações. A família da criança sofre um processo de desajuste na organização da sua vida e nas suas

funções pois tem que adaptar a dinâmica familiar às necessidades e atividades inerentes ao tratamento (Baskale & Baser, 2011; Ferreira *et al.*, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014; Marques *et al.*, 2012; Vieira, Dupas & Ferreira, 2009).

A IRC é uma condição que impede a criança de desfrutar da liberdade comum à infância, impõe grandes limitações, e gera vivências de *stress* que afetam a criança e sua família nas diferentes variáveis, influenciando a sua qualidade de vida e bem-estar. A abordagem a criança com IR e sua família, pela sua complexidade, exige trabalho de equipa e coordenação da equipa multidisciplinar, contando com os profissionais das várias especialidades: medicina, enfermagem, serviços sociais, de desenvolvimento, fisioterapia, terapia ocupacional, dietética, psicologia, psiquiatria ou apoio espiritual.

1.3 Intervenções de enfermagem à criança com insuficiência renal

A doença crónica é muito marcante na vida de uma criança, a não existência de uma cura e a necessidade de submissão a procedimentos terapêuticos para manter a vida envolve vários problemas, alterando bastante a qualidade de vida e bem-estar, e a IRC não é exceção (Hockenberry & Wilson, 2014). A bibliografia revela inúmeras repercussões na criança com IRC e sua família decorrentes da doença/tratamentos que atuam como stressores, afetando o equilíbrio dos vários sistemas, e condicionando os mecanismos de adaptação à sua condição. As intervenções de enfermagem à criança com IR, que têm como meta permanente a sua qualidade de vida, devem promover o crescimento e o desenvolvimento da criança, minimizando o impacto da patologia, prevenindo as complicações, e apoiando, orientando, educando e capacitando a criança e sua família (Ferreira *et al.*, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014). Estas intervenções exigem dos profissionais um amplo e profundo leque de conhecimentos técnico-científicos e competências relacionais, olhando a criança na sua totalidade e tendo em conta as suas experiências/individualidade. Apesar dos conhecimentos técnicos sobre a doença/tratamentos se assumirem importantes para a prestação de cuidados competentes e eficazes às crianças em tratamento dialítico, pela complexidade dos procedimentos, a vertente fisiológica é apenas uma parte que integra o cuidar e as restantes dimensões da criança não devem ser subestimadas. É fundamental a

preparação das crianças e seus pais para os procedimentos, na qual o enfermeiro deve mostrar disponibilidade, dar atenção e desenvolver empatia, promovendo a escuta ativa, o conforto e estabilidade num ambiente potencialmente stressante e ameaçador, pelo que as suas intervenções holísticas se situam na filosofia dos cuidados pediátricos. Um estudo realizado por Ritchie e McPherson (2012), refere que adolescentes com IRC valorizam o diálogo com os enfermeiros, e que estes detêm a posição ideal para usar uma abordagem centrada no cliente. As experiências relatadas pelas crianças são muito importantes pois permitem identificar as potenciais necessidades e prestar uma assistência mais humanizada e integral, a proximidade do enfermeiro com a criança e sua família facilita a compreensão das vivências, colaborando para que se esta se sinta mais segura e confiante (Vieira, Dupas & Ferreira, 2009). Acredita-se que as reações e dificuldades vivenciadas pela família e pela criança com IRC descritas estimulam a busca de estratégias que sirvam como instrumento de avaliação da adesão ao tratamento e melhoria da qualidade de vida das crianças, uma vez que o conhecimento da realidade subsidia ações e medidas que poderão exercer um papel positivo para o sucesso da diálise e bem-estar dos envolvidos (Abrahão *et al.*, 2010).

De acordo com White (2011), o enfermeiro enquanto elemento da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à criança com doença renal, assume um papel fundamental na coordenação dos cuidados, possuindo habilidades de comunicação, apoio e educação, defendendo as crianças mais vulneráveis e suas famílias, o que nos situa num cuidado holístico. Segundo Soares *et al.* (2003), e de acordo com o modelo de sistemas de Betty Neuman, as intervenções devem integrar medidas de prevenção aos vários níveis: primário (na prevenção da instalação de nefropatias através da compreensão de fatores predisponente), secundário (abordagem correta e precoce da doença renal) e terciário (evitando a progressão da insuficiência renal já instalada). Betty Neuman define enfermagem como uma “profissão única” relacionada com todas as variáveis que afetam as respostas da pessoa aos fatores de stress. O principal objetivo da enfermagem é prestar assistência à pessoa, de modo a reter e obter a estabilidade do seu sistema, obtendo um nível máximo de bem-estar. Para atingir esse bem-estar são realizadas intervenções intencionais, com vista à redução dos fatores de *stress* e condições adversas que podem afetar o funcionamento excelente, em qualquer situação em que se encontra a pessoa (Tomey & Alligood, 2004).

Neste sentido, o enfermeiro deve identificar os diferentes stressores presentes: intrapessoais (como ansiedade, medo, dor, alteração corporal), interpessoais (relações familiares, com os pares ou profissionais de saúde) ou extrapessoais (hospitalizações, tratamentos, dieta, medicação, transportes ou questões financeiras), e desenvolver intervenções individualizadas que reduzam o impacto negativo dos mesmos, promovendo mecanismos de *coping* e adaptação para lidar com a doença/tratamentos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das crianças e prestando cuidados de excelência.

2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

Com o culminar da minha formação base, em 2009, iniciei a minha atividade profissional enquanto enfermeira numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), onde ainda hoje presto cuidados. Desempenhei ainda funções numa clínica de diálise durante quatro anos, onde prestava cuidados de enfermagem a clientes adultos hemodialisados, e onde realizei a formação básica em diálise. Ao longo da minha prática profissional fui contactando com crianças com IR, aguda ou crónica, e dada a complexidade das situações senti a necessidade de incidir sobre esta temática, tornando-se uma área do meu interesse. Apesar da IR não ter grande incidência na população pediátrica, é uma condição com múltiplas implicações e a evolução da patologia culmina muitas vezes na necessidade de tratamento dialítico. Segundo a European Society for Paediatric Nephrology (2015), Portugal em 2013, recebeu 7 clientes para programa de diálise, com idades entre os 0 e os 14 anos, e 80 crianças foram submetidas a técnicas de substituição renal. À semelhança de outras condições crónicas, a insuficiência renal na infância pode ter efeitos negativos a longo prazo no desenvolvimento físico e emocional, tornando a experiência de transição para a idade adulta mais difícil (Thomas & Jeffrey, 2005).

O problema identificado centra-se nas experiências e dificuldades vivenciadas pela criança com IR e sua família, sendo esta uma condição que acarreta repercussões a vários níveis: fisiológico, psicológico, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual. Pela especificidade e complexidade associadas, os cuidados de enfermagem às crianças com IR devem ser prestados numa perspetiva holística promovendo o crescimento e o desenvolvimento da criança, minimizando o impacto da patologia, prevenindo as complicações, e apoiando, orientando e educando a criança e sua família (Ferreira *et al.*, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014). Assim, defini como **objeto de estudo as intervenções de enfermagem à criança com insuficiência renal, perspetivando a complexidade do cuidar holístico**, pretendendo ao longo deste percurso formativo atingir um nível de perícia no cuidar da criança com IR. Com base nos níveis de competência de Patricia Benner, um perito deve possuir um conhecimento não só preceptivo, mas fundamentado e aprofundado pelo conhecimento da situação concreta e contextualizada (Benner, 2005), que lhe permita prestar cuidados individualizados e

numa perspectiva holística. As intervenções de enfermagem que tenciono desenvolver terão como suporte a prática baseada na melhor evidência disponível, obtendo subsídios dos diferentes tipos de evidência que geram conhecimento e que de acordo com Malone *et al.* (2004) são a investigação, a experiência clínica, o conhecimento da experiência do cliente e o conhecimento dos contextos.

3. PERCURSO DE ESTÁGIO: ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Neste capítulo é apresentado o percurso dos diferentes estágios realizados, que se combinaram como um *continuum* de aprendizagem experiencial. Benner (2005), refere que através das experiências clínicas, com uma base educacional sólida, o enfermeiro desenvolve competências e conhecimentos, acrescentando conhecimento à teoria. A prática reflexiva tem-se revelado como uma estratégia de aprendizagem e de capacitação dos profissionais de enfermagem na aquisição de saberes e práticas, dando continuidade ao desenvolvimento pessoal (Santos & Fernandes, 2004). A análise crítica e reflexiva das experiências vividas, à luz da evidência científica disponível, é o culminar deste trajeto que teve como objetivos gerais:

- Desenvolver competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem;
- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à criança com insuficiência renal.

O desenvolvimento de competências assenta na construção do conhecimento baseado na evidência e na procura de novos significados que conduzem à mudança e melhoria das práticas. Competência é a capacidade de mobilizar adequadamente os diferentes saberes, conhecimentos, atitudes e valores, selecionando-os e integrando-os perante uma determinada situação. É uma ação cognitiva, afetiva e social que se torna visível em práticas e ações, implicando, assim, um saber responsável e assertivo (Roldão, 2003; Dias, 2010).

O EEESCJ, de acordo com o Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista (2010) é detentor de um conjunto de competências clínicas especializadas, decorrentes do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais que se concretiza em competências comuns e competências específicas. Nesta lógica, os enfermeiros especialistas partilham um conjunto de competências comuns, que de acordo com a OE (2010) “*são as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialização, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através*

de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”, e que se dividem em quatro domínios:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Além destas, a OE (2010) prevê o perfil de competências específicas, sendo as que *“decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.”* As competências do EEESCJ incluem:

- A assistência à criança/jovem e família, na maximização da sua saúde;
- O cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade;
- A prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem.

Assim, deste processo de desenvolvimento de competências, e considerando os objetivos supracitados, respeitando os princípios éticos e deontológicos que se encontram inerentes ao Código Deontológico do Enfermeiro (2013), e tendo subjacentes o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Diário da República nº122/2011) e o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Diário da República nº123/2011), fizeram parte todos os cuidados prestados e atividades desenvolvidas ao longo dos estágios que decorreram em diferentes contextos, de forma a experienciar o maior número de situações que permitissem desenvolver um cuidado especializado.

Assim, o percurso de estágios contemplou vários contextos que passo a citar por ordem cronológica: um serviço de **urgência pediátrica**, um serviço de **pediatria médica** que integra a especialidade de **nefrologia** e **unidade de hemodiálise pediátrica**, um serviço de **nefrologia pediátrica** que inclui **hospital de dia**, um **centro de saúde**, e uma **unidade de cuidados intensivos pediátricos**. A seleção dos campos de estágio, tendo em conta os objetivos gerais supracitados, teve como perspetiva um percurso de desenvolvimento de complexidade crescente, mas

também foi organizada de forma a ser um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. A ordem cronológica de realização dos estágios foi esquematizada de acordo com a disponibilidade dos serviços, tentando aliar o meu interesse pessoal no sentido de contribuir para a operacionalização do meu projeto, que pode ser consultada no **Cronograma de Estágios** (Apêndice I).

Em cada contexto de estágio, no início da sua realização, houve lugar a uma **reunião com o enfermeiro chefe e enfermeiro orientador** de cada local, com o intuito de apresentar a problemática em estudo e debater os objetivos específicos e atividades que me propunha a desenvolver. Nesta lógica, foi elaborado o **Guia Orientador das Atividades de Estágio** (Apêndice II), revelando-se um instrumento útil e organizador. Também transversal aos diferentes contextos de estágio, a concretização de um dos objetivos específicos: conhecer a estrutura, organização e dinâmica de funcionamento do serviço. Este concretizou-se por **conhecer a estrutura física dos serviços, a equipa multidisciplinar e sua constituição, consulta de normas, protocolos e plano de atividades, bem como documentação institucional pertinente disponível nos serviços**.

Os subcapítulos que se seguem, organizados por cada local de estágio, apresentam as principais características dos contextos e da sua equipa de saúde, descrevendo o método de trabalho utilizado pela equipa de enfermagem, as intervenções realizadas pela mesma e as conceções orientadoras das práticas. A análise crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas durante os estágios, tendo em consideração os objetivos gerais e específicos delineados, é também apresentada e devidamente fundamentada, em articulação com as conceções teóricas dominantes e com o modelo de sistemas de Betty Neuman, explicitando a sua contribuição para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESCJ.

3.1 Serviço de Urgência Pediátrica

O Serviço de Urgência Pediátrica onde decorreu o primeiro estágio, integrado num centro hospitalar de Lisboa, foi inaugurado em 1961 e destina-se ao atendimento de crianças e jovens dos zero aos 18 anos em situação de urgência/emergência. A prestação de cuidados é assegurada pela equipa multidisciplinar, constituída por enfermeiros, assistentes operacionais, médicos e

administrativos, que desenvolvem um cuidado humanizado às crianças e jovens. O serviço é constituído por vários espaços que incluem a triagem, a sala de aerossóis, a sala de tratamentos, a sala de pequena cirurgia, a sala de reanimação, as salas de vigilância, os gabinetes médicos e o Serviço de Observação de Pediatria. As crianças e jovens que ali recorrem diariamente, podem ser provenientes do domicílio, referenciados de outra instituição de saúde, ou trazidos da rua pelos Bombeiros ou Instituto Nacional de Emergência Médica, sendo que à triagem chegam crianças com múltiplas situações, muitas delas a necessitar de cuidados imediatos. As situações mais frequentemente identificadas foram de doença aguda como febre, diarreia, vómitos, dificuldade respiratória, crises convulsivas ou intoxicações. As crianças com situações traumatológicas, com exceção de traumatismos cranianos, dão entrada pela urgência de adultos de forma a beneficiarem do apoio da Ortopedia ou exames complementares de diagnóstico.

Para a concretização do objetivo específico definido neste campo de estágio: **desenvolver competências no cuidar holístico da criança e família em contexto de urgência/emergência**, o estágio decorreu nos diferentes setores da urgência pediátrica, sob a orientação de uma EEESCJ.

A triagem representa um momento privilegiado para a interação enfermeiro-cliente, é o primeiro contacto com a criança ou jovem e família, onde se pretende uma observação e avaliação rápida da situação, determinando o seu grau de gravidade e proporcionando uma prioridade real no atendimento, o que facilita a gestão do serviço de urgência. A necessidade de recorrer a uma urgência pediátrica, independentemente do motivo que leva os pais a fazê-lo, significa que algo está a afetar o equilíbrio da criança e do jovem e família, assim o acolhimento realizado na triagem, estabelecendo uma relação de confiança e favorecendo a expressão de sentimentos, pode minimizar diversos stressores presentes como o medo do desconhecido, a preocupação ou as dúvidas que causam ansiedade. Além da avaliação do estado geral da criança ou jovem através da colheita de dados, onde são despistados sinais de negligência ou maus tratos, é desenvolvido um plano de cuidados de enfermagem com base nos problemas identificados, orientando e dando suporte, enquanto aguardam o atendimento médico. Há ainda espaço para a realização de registos de enfermagem, permitindo a continuidade de cuidados durante a permanência no serviço.

O protocolo de triagem disponível no serviço, data de 1998, e de acordo com o mesmo as crianças são classificadas como caso não urgente, urgente ou emergente. Os casos emergentes incluem crianças ou jovens em paragem cardiorrespiratória, com sépsis, choque, convulsões ou intoxicações por organofosforados; já os urgentes contemplam crianças e jovens com dificuldades respiratórias, mau estado geral, traumatismos crânio-encefálicos, desidratação, reação alérgica, suspeita de abdómen agudo, rash cutâneo, abuso sexual/maus tratos, crianças referenciadas, crianças com deficiência ou doença crónica, recém-nascidos e febre em crianças com idade inferior a 3 meses. Todas as restantes situações são classificadas como não urgentes. Do protocolo fazem parte um conjunto de intervenções de enfermagem protocoladas, que permitem iniciar o tratamento precocemente, relativamente às seguintes situações: administração de antipiréticos, febre, vômitos, diarreia, dificuldade respiratória, queixas urinárias, dor abdominal e cetoacidose diabética. Estas intervenções além de permitirem a uniformização das intervenções de enfermagem, visam eliminar stressores relacionados com a variável fisiológica, promovendo o bem-estar das crianças e famílias.

De forma a realizar o encaminhamento correto das situações e dar apoio emocional à criança ou ao jovem e sua família, o enfermeiro em triagem pediátrica deve possuir conhecimentos técnico-científicos e relacionais, deverá dominar o desenvolvimento da criança e do jovem e realizar formação contínua em emergência/ urgência (suporte básico de vida e suporte avançado de vida), remetendo-nos para as unidades de competência *“E1.2 - Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”* e *“E2.1. - Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”*.

A sala de aerossóis é um pequeno espaço físico com rampas de oxigénio e de vácuo. É uma sala polivalente, especialmente destinada à administração de terapêutica inalatória. Porém, também é usada como sala de acompanhamento e vigilância de crianças, nomeadamente para controlo de hipertermia e de desidratações ligeiras. Na sala de tratamentos é possível preparar e administrar terapêutica prescrita, colher produtos biológicos para análise, proceder à avaliação de sinais vitais, administrar oxigénio, preparar, encaminhar ou realizar exames

complementares de diagnóstico, aspirar secreções, preparar o internamento, proceder a punções venosas, entre outros. Na sala de reanimação dão entrada crianças em risco de vida, o que obriga à atuação imediata e adequada da equipa de saúde, que tem que atuar com rapidez e destreza. A sala encontra-se equipada com todos os meios tecnológicos necessários para a reanimação e estabilização da criança/jovem que se encontra em situação emergente, procedendo-se posteriormente ao encaminhamento para a unidade de cuidados intensivos ou para o internamento. Por último, o Serviço de Observação, com capacidade para seis crianças/jovens, que podem ser provenientes dos setores da urgência descritos anteriormente, ou de outras instituições, destina-se a internamentos de curta duração para esclarecimento de diagnóstico ou estabilização da criança/jovem. As situações mais comuns são os politraumatismos, traumatismos craneoencefálicos, pós-operatórios de pequenas cirurgias, intoxicações, bronquiolites, dificuldades respiratórias, gastroenterites, vômitos incoercíveis, desidratações moderadas a graves, convulsões, e vigilância pós exames complementares de diagnóstico. O método de trabalho utilizado é o de enfermeiro responsável, sendo este encarregue da globalidade dos cuidados prestados à criança/jovem e família.

Durante a realização do estágio, foi possível **observar e colaborar com a equipa no âmbito dos cuidados não traumáticos**, desenvolvendo intervenções com vista a tornar a experiência de ida ao serviço de urgência o menos negativa possível e a prevenir ou minimizar a dor e lesão corporal. O serviço de urgência está decorado com imagens alusivas ao espaço (naves, astronautas, planetas, estrelas...) que estão colocadas estrategicamente para que as crianças as possam observar durante as observações/procedimentos, e os profissionais estão identificados com crachás alusivos ao mesmo tema, usando fardas com bonecos, o que torna o ambiente mais afetuoso e acolhedor. A equipa tem disponível no serviço uma caixa de brinquedos e músicas no computador, organizadas por cada fase de desenvolvimento e que são usadas como técnicas de distração e coadjuvantes no alívio da dor. Há ainda livros com histórias explicativas alusivas a situações que levam as crianças à urgência, por exemplo crianças com feridas com necessidade de serem suturadas ou explicação do circuito cirúrgico. Sempre que possível, procedi à **preparação das crianças para os procedimentos**, com recurso aos materiais disponíveis, recorrendo ao **brincar terapêutico e aplicando estratégias não farmacológicas** como a aplicação de anestésicos tópicos, a sucção não

nutritiva, a presença dos pais, o diálogo ou o toque, conseguindo assim uma maior compreensão e colaboração. Neste âmbito, tive ainda oportunidade de **assistir a uma formação em serviço** acerca da utilização do protóxido de azoto, uma terapia inalatória não-invasiva para o controlo da dor aguda em intervenções dolorosas de curta duração, cada vez mais utilizada em contexto de urgência pediátrica.

Das intervenções de enfermagem desenvolvidas durante o estágio, alicerçadas pela filosofia dos cuidados pediátricos, em que a família é reconhecida como uma constante na vida da criança, destaco a **comunicação com a criança ou jovem** utilizando estratégias adequadas à idade e estágio de desenvolvimento, a **promoção da parentalidade positiva** envolvendo os pais/cuidadores nos cuidados, a **promoção da adaptação da criança ou do jovem e família** à situação de doença através do apoio emocional, a **gestão da dor** através de estratégias farmacológicas e não farmacológicas e a **realização de registos**, garantindo a continuidade de cuidados. Deste modo, foram mobilizadas e desenvolvidas várias unidades de competência das quais evidencio “*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, E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas e E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura*”.

Apesar de não ter sido possível a prestação de cuidados individualizados à criança com insuficiência renal e sua família em contexto de urgência pediátrica, pela tipologia de clientes com que me deparei, os cuidados de enfermagem foram desenvolvidos numa perspetiva holística, tendo em conta a multidimensionalidade da criança/jovem e sua família. Neste sentido, foi realizado um **Jornal de Aprendizagem** sobre o **Cuidar Holístico no Serviço de Urgência** (Apêndice III), com base numa das situações marcantes que vivenciei durante o estágio.

3.2 Unidade de Pediatria Médica/Unidade de Hemodiálise Pediátrica

O segundo estágio teve lugar num serviço de Pediatria Médica que integra as seguintes subespecialidades médicas: Pneumologia, Nefrologia, Endocrinologia, Hematologia, Neurologia, Gastroenterologia, Imunoalergologia e Metabólicas,

recebendo crianças desde 1 mês até aos 18 anos, integrada num hospital central em Lisboa. A sua lotação é de 18 vagas, às quais acresce 1 vaga de isolamento destinada a crianças em DP, e 2 vagas destinadas à realização de tratamentos dialíticos. Fisicamente, o serviço é constituído por secretariado, copa, 5 quartos de 2 vagas, 2 quartos de 4 vagas, um quarto destinado a indução de diálise peritoneal, unidade de hemodiálise, gabinetes médicos e de enfermagem, casas de banho dos clientes, dos acompanhantes e do pessoal, sala de tratamentos, sala de trabalho, arrecadações para os variados fins necessários (aparelhos, consumo, material de diálise, material lúdico) e zona suja. A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, educadora de infância, assistentes sociais, dietistas, psicólogas, contando ainda com a colaboração de voluntárias do hospital. São escalados no turno da manhã 3 a 4 enfermeiros, 3 na tarde e 2 na noite. A unidade de HD, tem escalado à parte da enfermaria um elemento nos dias em que está a funcionar (3^a, 5^a e sábado de manhã), tendo sempre assegurado o apoio de um elemento de enfermaria com experiência em hemodiálise. O método de trabalho utilizado é o de enfermeiro responsável. Esta unidade de internamento admite crianças vindas do serviço de urgência, da UCIP, ou de outros serviços desde que haja conhecimento prévio do diretor de serviço ou médico responsável pela especialidade. As situações mais frequentes das crianças admitidas são: anemias, atrasos de desenvolvimento, síndromes nefróticas, infeções urinárias, doença renal crónica, convulsões/epilepsias ou outras doenças do foro neurológico, paralisias cerebrais para ventilação não invasiva, fibrose quística, pneumonias com derrame, crises de asma, diabetes mellitus tipo I inaugural ou descompensada, drepanocitoses, talassémia ou imunodeficiências.

De forma a atingir o objetivo específico **desenvolver competências para o cuidar holístico à criança e ao jovem com insuficiência renal crónica e sua família**, o estágio decorreu entre o internamento e a unidade de hemodiálise, sob orientação de uma enfermeira EEESCJ. Nos turnos em que a enfermeira orientadora esteve destacada como responsável de turno, foi também possível a observação e acompanhamento nas funções de gestão como distribuição das crianças, gestão da farmácia e de consumos, adequando e garantindo os stocks às necessidades do serviço, apoio à equipa nos cuidados ou gestão de conflitos; o que nos remete para as competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente do domínio C, *domínio da gestão dos cuidados*.

No internamento, a prestação de cuidados incidiu sobre a criança com doença renal e sua família, onde me foi permitido colaborar na **admissão e acolhimento das crianças e famílias**, assim como na identificação das suas necessidades, planeamento, execução, avaliação e **registo dos cuidados** de enfermagem. Habitualmente, esta unidade recebe crianças com doenças renais, são alguns exemplos displasia renal, uropatia obstrutiva, glomerulopatias, nefropatia de refluxo, síndromes nefróticas congénitos ou rim poliquístico. As patologias enumeradas anteriormente são algumas das causas mais frequentes da IRC na infância (Thomas & Jeffrey, 2005). A doença crónica na criança não escolhe o momento para aparecer, obrigando a família, de forma inesperada, a encontrar estratégias de adaptação a uma nova realidade. Uma vez instalada, conduz a múltiplos internamentos e procedimentos muitas vezes dolorosos, fragilizando o papel parental e de prestador de cuidados. As doenças renais na infância e adolescência têm um impacto significativo no seu crescimento e desenvolvimento, e também no funcionamento psicossocial das crianças e família, influenciando a sua qualidade de vida (Thomas & Jeffrey, 2005). Deste modo, as intervenções de enfermagem são direcionadas para a promoção das condições ideais para o desenvolvimento físico, psicológico e social da criança, tendo em conta a sua multidimensionalidade. A experiência de estágio neste serviço de internamento, foi maioritariamente com crianças com IRC em tratamento conservador, o qual tem como objetivo a manutenção da função renal endógena em crianças com crescimento e desenvolvimento adequados. A **promoção da parentalidade positiva** prestando cuidados de enfermagem em parceria com a família é essencial, pois a adaptação à condição de doença e adesão aos tratamentos depende em muito da mesma, em tratamento conservador a família assume uma grande responsabilidade pela prestação de cuidados, e por isso deve ser capacitada proporcionando-lhe todo o **apoio e informação** necessários. O empenho e adesão das crianças e famílias, mantendo uma dieta adequada, cumprindo a terapêutica e prevenindo as infeções urinárias, pode atrasar a progressão da IRC para a fase terminal, e proporcionar uma melhor qualidade de vida às crianças e famílias. No entanto, à medida que a IRC avança, vai-se aproximando a necessidade de diálise ou de transplante renal. Assim o tratamento conservador deve integrar também a preparação física e psicoemocional da criança e família para esta realidade, abordando o assunto acerca das possibilidades futuras, promovendo uma melhor adaptação no futuro.

A unidade de HD, é uma sala com dois postos onde as crianças ou jovens podem realizar terapias de depuração extracorporal (HD ou plasmaferese), quer seja em regime de internamento ou ambulatório. As técnicas referidas, nomeadamente a HD requerem equipamentos específicos, assim como profissionais devidamente especializados, e durante o estágio não só tive a oportunidade de **observar a prestação de cuidados** de enfermagem, como de **participar ativamente** na mesma, pois como já referi anteriormente, durante o meu percurso profissional exerci funções numa clínica de diálise e realizei formações nesta área. No entanto, o cuidar em hemodiálise vai além do conhecimento técnico e científico, e apesar da especificidade que o tratamento envolve, a sua complexidade prende-se também com um **cuidar afetivo** (Diogo & Baltar, 2014). O vínculo que se estabelece entre os enfermeiros e as crianças/adolescentes é intenso, pois trata-se de uma terapia contínua e o grupo de profissionais envolvidos é restrito. Durante o estágio, nesta unidade encontravam-se dois adolescentes a realizar HD em regime de ambulatório, sendo que o contacto com os mesmos foi um grande contributo para o objeto de estudo, tendo em conta a problemática identificada: experiências e dificuldades vivenciadas pela criança ou pelo jovem com IR e sua família. A adolescência é o período de transição da infância para a idade adulta, em que ocorrem importantes mudanças no crescimento e desenvolvimento a nível intelectual, físico, social e psicológico. É o período da vida em que se atinge a independência e autonomia, o que no caso destes adolescentes pode estar comprometido pela presença de uma doença crónica, pela dependência que têm dos tratamentos (Hockenberry & Wilson, 2014). Através da prestação de cuidados de enfermagem aos adolescentes, estabelecendo uma relação empática e promovendo os momentos de escuta ativa, foi possível a partilha de experiências e sentimentos, que me permitiu identificar as repercussões da doença nas diversas variáveis: fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual, culminando na realização de um diário de campo denominado **Vivências de adolescentes em diálise** (Apêndice IV). De acordo com Hockenberry e Wilson (2014) para ajudar os adolescentes na adaptação à IRC e à necessidade de HD, é imprescindível que o enfermeiro observe as suas reações e proporcione apoio, encorajando a criança a verbalizar as suas preocupações. Os adolescentes portadores de IRC, têm inúmeras restrições na sua vida diária, por isso, é fundamental que se promova a sua adaptação à sua condição gerando mecanismos de *coping*, remetendo-nos para a unidade de competência

presente no regulamento de competências específicas do EEESCJ “E2.5 – *Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica (...)*”. Nesta lógica, a educação para a saúde e a promoção do autocuidado são fundamentais, capacitando os adolescentes e responsabilizando-os pela sua saúde e comportamentos. De acordo com Hockenberry e Wilson (2014), as crianças precisam de informação acerca do seu corpo, características da sua doença e tratamento, de forma a poderem tomar decisões informadas e ter algum controlo sobre o ambiente, minimizando potenciais stressores como a falta de informação ou medo do desconhecido (variável psicoemocional). Com base numa das situações descritas no diário de campo, em que foram identificados stressores relacionados com a presença de fístula arteriovenosa (FAV) no adolescente, e para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem: *défi ce de conhecimento do adolescente no autocuidado com a FAV*, foi realizada uma **pesquisa bibliográfica** acerca do tema que resultou na elaboração de um documento intitulado **Intervenções de Enfermagem à Criança ou ao Jovem com Fístula Arteriovenosa** (Apêndice V). Este documento, além de ficar disponível no serviço para consulta, foi o ponto de partida para a **elaboração de um poster** destinado aos adolescentes, para exposição na sala de diálise. O poster com o título **Como cuidar da minha fístula?** (Apêndice VI), teve como objetivo a promoção do autocuidado com o acesso vascular nos adolescentes, tendo em consideração as dificuldades e necessidades identificadas, contribuindo para que os mesmos se sintam mais capacitados a prevenir ou detetar precocemente as complicações que possam ocorrer relacionadas à presença de FAV, promovendo o seu bem-estar físico e psicoemocional. Deste modo, a **educação para a saúde na criança ou jovem**, permitindo que seja detentor de conhecimentos para que possa ter a sensação de maior controlo sobre o que acontece no seu “corpo disfuncional”, reduz os stressores intrapessoais presentes (como medo ou ansiedade), podendo ser visto de acordo com o modelo de sistemas de Betty Neuman, como uma intervenção no âmbito da prevenção primária.

A realização deste estágio, indo ao encontro dos dois objetivos gerais a que me propus, foi um grande contributo para o desenvolvimento de competências de enfermagem na prestação de cuidados à criança com insuficiência renal crónica e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, das quais destaco “E2 – *Cuida da criança/jovem e família nas*

situações de especial complexidade” e “E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”.

3.3 Unidade de Nefrologia Pediátrica

O serviço de Nefrologia Pediátrica data de 1996, sofreu obras de recuperação e foi inaugurado em Setembro de 2010 com as atuais instalações. A sua capacidade é de 8 crianças e jovens com patologia nefrológica vindos do serviço de urgência, de outros hospitais ou de consultas da especialidade, sendo ainda a unidade de referência de transplante renal. O serviço é constituído por vários gabinetes destinados a funções de apoio à unidade de internamento como sejam gabinetes médicos, de enfermagem, a copa, o administrativo do serviço e o hospital de dia onde são acompanhados os utentes após a alta. O internamento propriamente dito tem uma porta de separação, por segurança, onde se situa uma casa de banho para os utentes, uma casa de banho para o pessoal, a sala de atividades, a sala de trabalho, a sala de tratamentos, as enfermarias e gabinete médico. A equipa multidisciplinar é composta por enfermeiro, médico, assistente operacional, psicólogo, assistente social e professora, articulando-se de forma a beneficiar as crianças e famílias ali internadas. O método de prestação de cuidados é o de enfermeiro responsável/de referência para doentes crónicos, e o método individual para os restantes. Os enfermeiros de referência são atribuídos aos clientes desde a admissão, pela enfermeira chefe ou chefe de equipa, ficando responsáveis pelo planeamento dos cuidados no restante internamento e sendo-lhes atribuída a criança sempre que estejam de turno, tendo em vista a humanização dos cuidados, com melhoria na qualidade dos cuidados.

A unidade tem como objetivos a prestação de cuidados de enfermagem gerais, específicos e especializados às crianças e respetivas famílias, atender o cliente renal em ambulatório (hospital de dia), prestar cuidados de enfermagem específicos ao utente submetido a transplante renal ou biópsia renal, e a prestação de cuidados específicos aos utentes em tratamento dialítico (DP, HD ou plasmaferese). No entanto, atualmente, as crianças em regime de HD ou a realizar

plasmaferese, deslocam-se ao serviço de hemodiálise do hospital para a realização dos tratamentos, por uma questão de logística hospitalar.

Na busca da realização do objetivo **desenvolver competências para o cuidar holístico à criança e ao jovem com insuficiência renal crónica e sua família**, as atividades de estágio dividiram-se entre o internamento e o hospital de dia, observando e acompanhando a intervenção do EEESCJ orientador de estágio.

O internamento recebe maioritariamente crianças com doença renal crónica, e por isso as estadias são muitas vezes prolongadas. Durante a realização do estágio, tive oportunidade de contactar com crianças de diferentes faixas etárias, nos variados estádios da doença renal crónica e sujeitas aos diferentes tratamentos disponíveis (crianças em HD, em DP ou transplantadas). Muitas vezes os internamentos prolongam-se por meses ou são recorrentes, levando a que um dos principais objetivos durante o internamento seja promover a adaptação da criança e família à situação atual da doença e capacitá-los para a gestão de um regime terapêutico complexo, remetendo-nos uma vez mais para as competências do EEESCJ (unidade de competência “*E2.5 – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica (...).*” Isto só se torna possível com a inclusão dos pais, estabelecendo uma parceria de cuidados, estabelecendo uma relação dinâmica com a criança/jovem e família, prestando assim cuidados de enfermagem centrados na família. O enfermeiro deve utilizar o conhecimento sobre a criança e a família para em conjunto negociar e implementar intervenções, de forma a que os pais não se sintam desconfortáveis no seu papel parental, evitando confusões ou insegurança sobre o que se espera deles (OE, 2015).

A doença crónica e os internamentos recorrentes e prolongados, permitem que o ambiente desta unidade de internamento se torne num ambiente familiar, em que são estabelecidas relações de proximidade entre as pessoas que aqui se encontram. O serviço é acolhedor, os pais podem acompanhar as crianças durante 24 horas e são permitidas visitas às crianças. Diariamente são desenvolvidas atividades em parceria com a professora ou a educadora de infância, consoante o estádio de desenvolvimento das crianças, nomeadamente trabalhos manuais. Muitas vezes as atividades são conjuntas englobando crianças, famílias e profissionais, estimulando a comunicação entre todos e o espírito de entreatajuda. Há bastante interação entre as várias crianças e suas famílias, pelo que passam grande parte do tempo todos juntos na sala de atividades e refeições existente no serviço. Assim,

além do internamento suprir as necessidades fisiológicas que muitas vezes são o motivo de admissão, as necessidades afetivas e educativas das crianças são também satisfeitas, como contemplado na Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2008), sendo desenvolvido um trabalho multidisciplinar e holístico. Segundo Glasper e Haggarty (2006), tendo em conta a filosofia dos cuidados em pediatria, considera a criança e a família como um “todo” e que para além de satisfazer as necessidades físicas, compete ao enfermeiro atender às suas necessidades sociais, emocionais e espirituais.

De todas as intervenções observadas neste contexto, destaco o **cuidado emocional à criança e família**, no âmbito da variável psicoemocional. Partindo do princípio que as necessidades emocionais podem ser decorrentes da hospitalização, têm sido desenvolvidas estratégias para ajudar a criança e a família. Os cuidados de enfermagem visam minimizar o impacto negativo da doença e dos efeitos adversos da hospitalização, tornando as experiências o mais positivas possível através da humanização e individualização dos cuidados, permitindo que as crianças e famílias experienciem emoções positivas contribuindo para o seu bem-estar emocional e facilitando a adaptação à sua situação de doença. Como nos diz Diogo (2015), as emoções são usadas pelos enfermeiros como um instrumento terapêutico estabelecendo relações estáveis, nutrindo os cuidados com afeto num ambiente seguro e afetuoso, gerindo as emoções dos clientes e as suas próprias emoções, mantendo motivação e disposição emocional para cuidar – o trabalho emocional em enfermagem pediátrica.

A existência do hospital de dia desta unidade de Nefrologia Pediátrica foi uma das razões para a eleição do contexto de estágio. As consultas de enfermagem do mesmo funcionam em dias úteis, durante o turno da manhã, sendo realizadas por um EEESCJ, e tendo como objetivo o acompanhamento de clientes com doença renal crónica em ambulatório. No acompanhamento da EEESCJ orientadora e no contacto com a equipa, observando a dinâmica e trabalho desenvolvido, foi realizado um diário de campo acerca das **Intervenções do cuidar holístico à criança com Insuficiência Renal Crónica** (Apêndice VII).

Apesar do período de tempo ter sido curto, este contexto de estágio foi uma experiência bastante enriquecedora, proporcionando-me experiências diferentes daqueles com que contacto diariamente na minha realidade profissional. Tive oportunidade de contactar com crianças que se encontram em casa e apenas se

deslocam ao hospital para tratamentos, consultas ou procedimentos de rotina. O seu bem-estar e equilíbrio dependem muito delas próprias e suas famílias, do empenho e responsabilização que têm pela sua saúde, e do cumprimento rigoroso do seu regime terapêutico. Nestas interações de cuidados, o EEESCJ assume um papel crucial, remetendo-nos para as unidades de competência *“E1.1 — 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”*, *“E2.5 — Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”* e *“E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”*.

3.4 Centro de Saúde

O estágio nos cuidados de saúde primários, decorreu num centro de saúde que pertence aos ACES de Lisboa do Serviço Nacional de Saúde, integrados na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. De uma forma geral, a população abrangida por esta unidade, apresenta características socioculturais bastante heterogéneas, constituindo-se por um número significativo de população de etnia cigana e habitantes provenientes dos Países de Língua Oficial Portuguesa.

Esta unidade, atualmente, encontra-se em funcionamento num prédio, no qual as diversas unidades funcionais estão distribuídas por cada andar. O estágio decorreu no departamento de saúde infantil e sala de vacinação, que se encontram a funcionar no piso 3, sendo constituído por um gabinete de enfermagem, dois gabinetes médicos, o cantinho da amamentação, a sala de vacinação, o gabinete de saúde pública, o gabinete de saúde ambiental, duas salas de espera, um guichet administrativo e três casas de banho.

Após entrevista com a enfermeira chefe e a EEESCJ responsável pela orientação do estágio, em que decorreu a apresentação dos objetivos específicos e atividades propostas, foi possível delinear o percurso do estágio, tendo em conta o objetivo específico definido: **assistir a criança ou o jovem com a família, na maximização da sua saúde, nas várias etapas do desenvolvimento**. O estágio, de 3 semanas foi dividido entre a consulta de saúde infantil (2 semanas) e a sala de vacinação (1 semana), por serem as áreas de maior interesse da formanda e

aquelas que maiores contributos poderiam dar ao desenvolvimento das competências. Relativamente à problemática em estudo, desde logo foi questionado se teriam conhecimento de alguma criança ou jovem e família inscrita neste centro de saúde que fosse portadora de IRC ou outra doença crónica e foi-me dito que as crianças com doença crónica diagnosticada são seguidas em hospital e raramente em centro de saúde pelo que este estágio foi ao encontro do objetivo geral desenvolver competências comuns e específicas do EEESCJ.

O departamento de saúde infantil, funciona em dias úteis das 8h às 18h, e da equipa fazem parte duas enfermeiras (sendo uma delas EEESCJ), assistente operacional, médicos de família e internos de pediatria. Quando há necessidade, esta equipa articula-se com outros especialistas e outras unidades funcionais do centro de saúde como por exemplo, a psicologia, o serviço social, a higiene oral, a vacinação, a saúde escolar ou a saúde comunitária. Todos os dias são realizadas consultas de vigilância de saúde infantil, havendo também espaço para consultas de recurso, no caso de situação de doença aguda. Habitualmente existe uma consulta de enfermagem prévia à consulta médica, existindo articulação entre os profissionais de saúde e trabalho de equipa, permitindo assim que as crianças possam realizar as duas consultas seguidas, sem prolongar os tempos de espera. No entanto, podem ser marcadas consultas de enfermagem isoladamente, sempre que seja identificada essa necessidade.

O espaço da consulta de saúde infantil é um importante contexto formativo para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde da criança e do jovem. O domínio de competências a desenvolver ultrapassa as competências técnico-científicas, existindo um considerável desenvolvimento de competências no domínio relacional e cultural que fomentem a construção de uma visão mais global e integrada dos cuidados de saúde à criança e família, integradas numa comunidade e nos respetivos contextos sociais, culturais e económicos, remetendo-nos para um cuidado holístico. As oportunidades de aprendizagem foram variadas, abrangendo consultas de enfermagem em todas as idades-chave preconizadas pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ).

De acordo com o PNSIJ (2013), a consulta de saúde infantil é destinada à vigilância, manutenção e promoção da saúde da criança e do jovem, desde o nascimento até à adolescência, e tem como objetivos: avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar no boletim de saúde infantil e juvenil; estimular os

comportamentos saudáveis; promover o plano nacional de vacinação, a saúde oral, a prevenção das perturbações emocionais e do comportamento, a prevenção dos acidentes e intoxicações, a prevenção dos maus tratos, a prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar inadequada e o aleitamento materno; detetar precocemente e encaminhar situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e do adolescente; prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades; sinalizar e proporcionar apoio às crianças com doença crónica/deficiência e suas famílias; assegurar a realização do aconselhamento genético; identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de violência ou negligência; promover o desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação das crianças e dos jovens; e apoiar e estimular o exercício adequado de responsabilidades parentais.

Posto isto, é fundamental que o enfermeiro que realiza acompanhamento do desenvolvimento infantil conheça o processo de desenvolvimento cognitivo, sócio afetivo e motor da criança, assim como os modelos teóricos que explicam o crescimento e o desenvolvimento. Só sendo portador destes conhecimentos, pode ter competências para uma avaliação eficaz do crescimento e desenvolvimento e adequar as intervenções de enfermagem. A consulta de normas e protocolos, destacando o manual de enfermagem disponível no departamento, assim como a leitura aprofundada do PNSIJ, consolidando conhecimentos de crescimento e desenvolvimento infantil foram essenciais na realização do estágio, de forma a deter conhecimentos que me permitiram participar ativamente na **realização das consultas**, das quais resultou um **jornal de aprendizagem da Consulta de Saúde Infantil** (Apêndice VIII).

Para além da consulta de enfermagem de saúde infantil, este departamento desenvolve também atividades no projeto do cantinho da amamentação e no projeto do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), que inclui a visita Domiciliária a crianças em risco.

O projeto do Cantinho da Amamentação tem como finalidade promover o estabelecimento e continuidade do aleitamento materno. O funcionamento do Cantinho da Amamentação é da responsabilidade dos enfermeiros da saúde infantil e é um espaço onde as mães podem amamentar os seus filhos enquanto aguardam pelas consultas, podem esclarecer todas as dúvidas relacionadas com o aleitamento

materno, e, receber cuidados às mamas (nomeadamente através de massagem e extração de leite através de dispositivos manuais e elétricos). É também proporcionado o acompanhamento, mesmo que não tenham agendado nenhuma consulta, o que acontece com muitas mães numa primeira fase de adaptação em que se encontra com dúvidas, beneficiando do apoio de profissionais competentes. Foi assim possível através deste espaço o contacto com recém-nascidos e suas famílias, **promovendo as relações parentais e a vinculação**. A vinculação, laço afetivo que se desenvolve entre o bebé e a pessoa que dele cuida, promove o conforto e a segurança do recém-nascido, sendo que a amamentação é uma excelente oportunidade de promover esse vínculo, fundamental para o desenvolvimento psicoafetivo.

O NACJR visa a deteção precoce de fatores de risco e sinais de alarme na criança e família, tendo a responsabilidade de acompanhar as situações de risco identificadas e sinalizá-las, sendo prejuízo de uma intervenção articulada e integrada, através do funcionamento de redes de apoio a nível da comunidade. Assim, o NACJR adquire um papel de particular importância no apoio aos profissionais que, no âmbito da intervenção do primeiro nível, trabalham na prevenção e acompanhamento de situações de risco e de maus tratos na respetiva esfera de ação (Florindo, 2009). Apesar do NACJR não se encontrar a funcionar no seu máximo potencial devido à falta de recursos humanos, foi possível acompanhar a enfermeira orientadora na realização de atividades deste domínio. Através da **avaliação de risco das crianças e famílias** na consulta de saúde infantil, as que forem consideradas de risco são referenciadas para o NACJR que se articula com recursos dos diferentes níveis de prestação de cuidados e meios da comunidade local (como por exemplo as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, as Instituições Particulares de Solidariedade Social, as escolas, entre outros). As situações sinalizadas ao núcleo implicam a abertura e organização de um processo próprio, onde se reúne uma quantidade considerável de informação pertinente para a sinalização e caracterização da situação de risco da criança ou do jovem. Neste processo, o enfermeiro, pelas suas competências e pela posição de proximidade com a criança/família nos diferentes domínios da rede, assume um papel privilegiado e de pivô nos processos de articulação intersectorial e interinstitucional, visando-se a garantia da continuidade de cuidados.

Existe ainda a visita domiciliária a crianças em risco, projeto desenvolvido pela EEESCJ responsável pela saúde infantil e neste caso orientadora do estágio. Apesar de não ter sido possível a sua realização durante o estágio, por a execução da mesma se prender com questões relacionadas com recursos humanos, a partilha de experiências pela enfermeira orientadora permitiu entender a importância da sua realização. Durante a visita domiciliária, o EEESCJ avalia aspetos do desenvolvimento e comportamento da criança no seu seio familiar que permite uma deteção precoce de problemas, prevenindo, assim, situações de maior risco, através da sua atuação no desenvolvimento de competências parentais *in loco* (Florindo, 2009). A visita domiciliária desempenha um papel fundamental na vigilância e promoção da saúde da criança e família, constituindo o enquadramento ideal para o desenvolvimento de competências individuais e parentais, através de momentos de educação para a saúde promovidos pelo enfermeiro, no sentido de corrigir comportamentos e atitudes de acordo com a realidade do contexto de vida de cada família.

Por fim, na sala de vacinação, onde foi realizada uma semana do estágio, as atividades incidiram na **administração vacinal, aplicando estratégias de distração e controlo da dor com medidas não farmacológicas**, no âmbito dos cuidados não traumáticos, **registo vacinal e educação para a saúde** aos jovens e famílias. A vacinação é um ato de grande responsabilidade, que requer conhecimentos específicos e constante atualização. O estágio coincidiu com a implementação do novo Programa Nacional de Vacinação aprovado pelo Despacho nº 10441/2016 do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 9 de agosto de 2016 e publicado no Diário da República, 2ª série, no 159, de 19 de agosto de 2016, entrando em vigor em janeiro de 2017. Destaco as principais atualizações do mesmo, que passam pela administração da vacina BCG apenas nos grupos de risco; a nova vacina hexavalente (que combina DTPaHibVIPVHB) aos 2 e aos 6 meses de idade, minimizando procedimentos traumáticos para as crianças; a administração da vacina pentavalente (DTPaHibVIP) aos 18 meses; aos 5 anos a 2ª dose da vacina VASPR 2 e os reforços através da vacina combinada tetravalente (DTPaVIP); a vacina contra infeções por vírus do Papiloma humano que passou a ter 9 génotipos (Hpv9) aos 10 anos de idade nas raparigas; a vacinação das grávidas com Tdpa entre as 20 e as 36 semanas de gestação; e a alteração dos

reforços com Td3, sendo a primeira dose de Td aos 10 anos de idade e as restantes aos 25, 45 e 65 anos de idade, e posteriormente de 10 em 10 anos (DGS, 2016).

O estágio em cuidados de saúde primários transformou-se numa experiência muito enriquecedora, permitindo o contacto com realidades diferentes daquelas com que habitualmente contacto, contribuindo de forma extraordinária para o aprofundar de conhecimentos em áreas tão específicas como os cuidados de saúde primários, especificamente na área da saúde da criança e do jovem. A diversidade de experiências permitiu não só desenvolvimento de competências de EEESCJ, nomeadamente “E1 — *Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde*” e “E3 — *Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*”, como também ter uma visão mais abrangente da criança e família fora do meio hospitalar contextualizando a sua realidade, na dinâmica familiar e social. A essência da enfermagem de saúde infantil, é sem dúvida a proteção da criança, e a mobilização de todos os meios para potenciar o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis, mantendo o equilíbrio dos sistemas da criança e sua família, através da prevenção primária, designadamente dos cuidados antecipatórios prevenindo fatores de *stress* que possam causar desequilíbrio.

3.5 Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

O culminar deste percurso de estágios foi na UCIP, onde exerço a minha atividade profissional há cerca de 8 anos. A UCIP iniciou a sua atividade há 26 anos, é uma unidade polivalente dotada de pessoal especializado e equipamentos sofisticados, que tem como missão a prestação de assistência adequada às patologias mais complexas da área do intensivismo pediátrico. Recebe crianças e adolescentes com patologia médica ou cirúrgica com idade compreendida entre 28 dias e 17 anos e 364 dias. A Unidade admite clientes vindos do serviço de urgência, internadas nas enfermarias do hospital, do bloco operatório para recobro de cirurgias complexas, transferidas de outras unidades hospitalares de Portugal continental e Regiões Autónomas. Há uma grande diversidade no tipo de patologias destas crianças, desde patologia aguda e infecciosa a patologia crónica complexa e ainda, crianças com patologia do foro cirúrgico. As situações mais comuns são do foro

respiratório, neurológico, neurocirúrgico, ortopédico ou nefrológico, recebendo também crianças com doença oncológica do IPO, que necessitem de cuidados intensivos. As crianças vítimas de queimaduras graves fazem ainda parte dos clientes admitidos na unidade, visto esta ser a única unidade do país com condições para receber crianças com esta problemática.

Relativamente à estrutura física, a UCIP encontra-se dividida em 3 áreas distintas: internamento, apoio clínico e apoio aos familiares. Na área do internamento atualmente estão em funcionamento 9 camas de cuidados intensivos, das quais 3 são isolamentos, havendo a possibilidade de dois isolamentos funcionarem como quartos de pressão negativa ou positiva, e onde se encontra todo o equipamento necessário à prestação de cuidados aos utentes. Da área de apoio clínico fazem parte a farmácia, as UPS (Uninterruptible Power Supply Systems), a sala de trabalho, os armazéns de material e consumo clínico, a esterilização e os locais de apoio aos profissionais de saúde como gabinetes, sala de reuniões, vestuários e casas de banho. Por último, a área destinada aos familiares da qual faz parte uma sala de espera para as visitas com casa de banho e uma sala denominada “sala dos pais” equipada com um frigorífico, micro-ondas e um espaço destinado a realizar refeições. Existe ainda uma zona mais próxima da entrada ao internamento equipada com lavatório, cabides e armários individuais onde os pais podem guardar os seus pertences. A área de apoio aos familiares foi sendo desenvolvida ao longo dos anos, uma vez que na inauguração não tinha sido contemplada pois os pais não permaneciam na unidade. Contudo, revela-se um esforço e empenho para melhorar as condições deste espaço, criando condições com conforto e dignidade, estimulando cada vez mais a permanência dos pais junto das crianças e os CCF.

A equipa multidisciplinar é constituída pela equipa médica, equipa de enfermagem, assistentes operacionais e secretária de unidade, contando ainda com a colaboração de profissionais externos ao serviço sempre que necessário como clínicos das diversas especialidades, fisioterapia, psicologia, assistente social, dietistas ou técnicos de saúde. A distribuição de utentes pelos enfermeiros atualmente divide-se entre o método individual de trabalho para os internamentos mais curtos e o método de “enfermeiro de referência” para internamentos superiores a 7 dias, o que se tem revelado vantajoso quer para os profissionais de saúde quer para os clientes dos cuidados. No entanto, devido às características do trabalho

desenvolvido nesta unidade, onde muitas tarefas não podem ser executadas apenas por um elemento, prevalece o trabalho em equipa e espírito de cooperação. A gestão dos cuidados de enfermagem pertence ao enfermeiro chefe da unidade, que conta com o apoio dos enfermeiros chefes de equipa, responsáveis pelo desenvolvimento da sua equipa de cuidados, sendo-lhes delegados poderes para tomada de decisão e gestão da unidade. Faz parte das responsabilidades do chefe de equipa coordenar, orientar e supervisionar a equipa de enfermagem e assistentes operacionais, promover o bom relacionamento interpessoal e gerir os conflitos, garantir a continuidade de cuidados assegurando a qualidade e segurança dos cuidados.

Desde o ano 2000 que o hospital estabeleceu um protocolo com o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), sendo acreditado pela primeira vez em 2004 pelo Programa de Acreditação do *King's Fund Health Quality Service*. Nestes anos tem existido um esforço por parte da equipa por investir na melhoria dos cuidados às crianças e famílias. Neste sentido, a unidade tem vários projetos em desenvolvimento, são exemplos: avaliação da satisfação dos pais, acolhimento, comunicação de más notícias, enfermeiro de referência, desenvolvimento de competências parentais, identificação de doentes, dor – 5º sinal vital entre outros. Além disso, a equipa de enfermagem encontra-se organizada em grupos de trabalho das diferentes áreas, que têm como objetivo dinamizar as temáticas e manter atualizada e uniformizada a atuação dos profissionais. Existe ainda um grupo de enfermeiros responsáveis pela formação em serviço, que anualmente diagnostica as necessidades de formação da equipa e realiza o planeamento das formações em serviço, a sua implementação e avaliação. Assim, na busca e partilha de conhecimentos, o grupo tem desenvolvido competências nas várias vertentes – relacionais, tecnológicas ou ético-legais, procurando manter a excelência do cuidar.

Ao longo deste caminho de desenvolvimento, enquanto profissional de enfermagem nesta unidade, tive oportunidade de participar em vários projetos, remetendo para o domínio B "*Domínio da Melhoria da Qualidade*" e domínio D "*Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*", enumeradas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, publicado em diário da república, n.º122/2011. No âmbito da qualidade, desenvolvi e implementei o projeto de identificação de utentes na unidade, realizando formação aos pares e realizando auditorias internas. Redigi em parceria com uma colega de equipa um

artigo intitulado *Doença crónica: vivências da criança, família e profissionais de saúde*, que integra o livro lançado pela equipa de enfermagem no 20º aniversário da unidade: *Cuidados Intensivos Pediátricos – Olhares sobre um percurso*. Existe ainda um trabalho de investigação em desenvolvimento com vários colegas de equipa, no qual colaboro, que diz respeito à avaliação do ruído na UCIP. Por fim, integro o grupo de trabalho das técnicas de depuração extracorporeal na unidade, que é responsável pela formação em serviço nesta área, reciclando conhecimentos ou integrando novos elementos da equipa neste âmbito, e participei como formadora num Workshop de técnicas dialíticas realizado no *I Encontro Nacional de Enfermagem de Cuidados Intensivos em Pediatria*, representando a unidade.

A realização deste estágio, uma vez que integro esta equipa profissional e tendo em conta a temática por mim eleita, teve como objetivo **otimizar a prestação da equipa de enfermagem nos cuidados de enfermagem holísticos à criança com insuficiência renal**. Por ser uma unidade de cuidados intensivos, a insuficiência renal na criança pode culminar em necessidade de tratamento dialítico, na maioria dos casos associada a falência multiorgânica. Segundo informação recolhida na base de dados da unidade (Reunir-CIP), num período de 5 anos (2011-2015), o serviço recebeu 17 clientes que foram submetidos a técnicas dialíticas. Destas 17 crianças, 58.8% encontravam-se em falência multiorgânica e 47% acabaram por falecer, o que nos mostra que são situações onde o risco de vida da criança/jovem é eminente, tornando-as situações de especial complexidade. Neste contexto, as técnicas de substituição da função renal mais utilizadas são as contínuas, por melhor tolerância das crianças em estado crítico. São técnicas complexas e que exigem dos profissionais um elevado nível e conhecimentos e competências técnicas. Assim, uma das atividades desenvolvidas consistiu na **realização de procedimentos sectoriais** das técnicas de depuração sanguínea extracorporeal realizadas na unidade: **“Cuidados de Enfermagem na Hemodiafiltração VenoVenosa Contínua – Monitor Prismaflex”** e **“Cuidados de Enfermagem na Plasmaferese – Monitor Prismaflex”** (Apêndice IX e Apêndice X, respetivamente), que se encontravam desatualizados por serem referentes a um equipamento diferente do utilizado atualmente. Apesar de a plasmaferese não ser considerada uma técnica de depuração renal, é uma técnica especializada de depuração extracorporeal realizada no mesmo equipamento, pelo que integra os conteúdos do grupo de trabalho de técnicas de depuração extracorporeal, o qual

íntegro na unidade. Há a referir ainda que o procedimento referente à plasmaferese foi realizado conjuntamente com o serviço de nefrologia do hospital, sendo que é o outro único local do hospital onde se pode realizar esta técnica. Estes procedimentos sectoriais, além de uniformizarem a atuação da equipa de enfermagem, funcionam como suporte e apoio nas situações em que é necessária a realização da técnica, pois como o número de crianças submetidas ao tratamento dá a entender, não é uma técnica realizada diariamente, o que não permite que os enfermeiros tenham presentes todos os pormenores e conhecimentos necessários na altura pelo que ficaram disponíveis tanto em suporte de papel como suporte informático para toda a equipa. Em complemento ao procedimento, e em virtude da atual folha de registos de enfermagem não contemplar informações relativas ao tratamento, perdendo-se informação, foram **criadas folhas de registo de enfermagem inerentes à realização da técnica**. O domínio da técnica, contribuindo para que os enfermeiros se sintam mais confiantes e reduzindo os fatores de *stress*, permitem que possa existir uma maior disponibilidade para cuidar da criança e família nestas situações, tendo em conta a multidimensionalidade do cuidar. Como é referido na bibliografia, as características tecnológicas de uma unidade de cuidados intensivos, onde os procedimentos técnicos são fundamentais para o suporte vital do cliente tornando-os prioritários, podem secundarizar outros aspetos do cuidar, como cuidar da família (Watson, 2002; Bettinelli & Erdmann, 2009).

No entanto, a complexidade das situações destas crianças/famílias, a vivenciar situações limite vai muito além da técnica, e para que sejam prestados cuidados holísticos, tendo em conta a multidimensionalidade do ser humano é necessário que a nossa intervenção alcance as diversas vertentes da criança e sua família (fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimental e espiritual). Assim, de forma a prestar cuidados de enfermagem humanizados e holísticos, os enfermeiros necessitam ser detentores não só de conhecimentos técnicos e científicos que lhes permitam executar as técnicas com rigor, como também desenvolver competências a nível relacional e emocional de forma a conseguir ajudar as crianças e famílias a lidarem com situações que são emocionalmente intensas.

Na maioria das situações que vivenciei na minha realidade profissional, as crianças encontravam-se inconscientes, não tendo noção do que se passa à sua

volta. Os pais/cuidadores, que habitualmente estão sempre presentes e acompanham o internamento, vivenciam situações de grande *stress*, verbalizando sentimentos de medo e impotência, e demonstrando ansiedade e incerteza nos seus comportamentos. Tudo é novo e a tecnologia, as máquinas são assustadoras. Para os pais da criança em situação crítica, a hospitalização acarreta um conjunto de necessidades complexas, pela doença, alterando a qualidade de vida, as rotinas, os papéis e as realizações pessoais. A integridade da família fica assim ameaçada por diversos stressores como a separação, o medo de perda, o ruído e dinâmica da UCIP, a tecnologia complexa, a incerteza do futuro, a gravidade das situações, o papel parental alterado, a limitação de visitas, a falta de conhecimentos ou a incapacidade para comunicar. A complexidade deste evento vai provocar uma alteração na dinâmica familiar, afetando os padrões de interação, alterando as perspetivas futuras, provocando novas necessidades e sentimentos, bem como conduzindo a mudanças e reestruturações familiares. De acordo com Saiote (2010), vários fatores contribuem para o aumento da ansiedade e insegurança da família, como o estado de saúde do doente, a gravidade da situação, o ambiente que o rodeia e a dificuldade em comunicar com o familiar. Esta situação vai alterar o equilíbrio familiar, dificultando a identificação dos recursos e potencialidades para lidar com a situação de crise, surgindo, assim, a necessidade de ajuda, sendo fundamental a intervenção do enfermeiro. Neste sentido, é essencial que os cuidados de enfermagem não se fundamentem apenas na interação entre o enfermeiro e a criança, mas também na interação entre o enfermeiro e a família. Urizzi *et al.* (2008) afirmam que a vivência da família de doentes internados numa UCI constitui uma experiência geradora de medo, ansiedade, insegurança e preocupação. As características físicas e estruturais da unidade, nomeadamente, a existência de aparelhos diferenciados e avançados, os constantes alarmes e a instabilidade e gravidade do estado clínico dos doentes, contribuem para a dinâmica intensiva e geradora de tensão para todos os que atuam neste serviço, seja a equipa de enfermagem, o doente ou a família. Ainda de acordo com Saiote (2010), as intervenções de enfermagem junto dos familiares devem ter em conta os seus valores, significações, crenças e expectativas, permitindo uma intervenção de atendimento às necessidades da pessoa com respeito pela sua individualidade, fomentando, assim, a autoestima e incutindo esperança. Para tal, é essencial que o enfermeiro demonstre segurança, conhecimento teórico/científico, capacidade em

ouvir e explicar quando questionado e, principalmente, que envolva a família na prestação de cuidados. O cuidar da família em cuidados intensivos implica, assim, perceber o outro como ele se apresenta, nos seus gestos, falas, conceitos e limitações. Deixar a família entrar na unidade não é suficiente, é necessário apoiá-la e cuidá-la, questionando-a sobre as suas dúvidas, observando os seus comportamentos e compreendendo as suas emoções.

Como parte desta equipa de enfermagem considero que é desenvolvido um cuidado integral às crianças e famílias, no entanto os registos de enfermagem não espelham a abrangência deste cuidar multidimensional, como constatei na análise de registos realizada: **Análise dos Registos de Enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos segundo o Modelo de Betty Neuman** (Apêndice XI). Assim, considereei pertinente um momento de reflexão em equipa sobre o tema para que em conjunto se possa reconhecer a importância de dar visibilidade aos cuidados prestados através dos registos de enfermagem. Desta forma, em contexto de formação em serviço, **está planeada uma sessão formativa** com os pares, intitulada **Intervenções de Enfermagem à Criança em Situação Crítica submetida a TSRC na UCIP - Uma Reflexão em Equipa**, cujo plano da sessão e diapositivos para a apresentação se encontram em apêndice (Apêndice XII).

É fundamental que a equipa esteja desperta e sensibilizada para a prestação de um cuidado holístico e humanizado, dando resposta às múltiplas necessidades da criança e família, tomando consciência das intervenções desenvolvidas, com intencionalidade terapêutica, no processo de enfermagem, considerando as diversas vertentes da criança e sua família. O enfermeiro deve, assim, estar preparado para estabelecer um relacionamento de empatia e confiança com a família e comunicar de forma adequada, a fim de incentivar e motivar os familiares a colocarem todas as suas dúvidas, satisfazendo a necessidade de informação e, conseqüentemente, diminuir stressores como a ansiedade, a angústia e o sofrimento de todos os envolvidos. Não menos importante, devem realizar registos de enfermagem rigorosos e completos, pois através dos registos se documenta a metodologia do trabalho em enfermagem, dando visibilidade ao mesmo e promovendo a continuidade dos cuidados.

Desta forma, conclui este percurso de estágios, imprescindível ao desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista

em enfermagem de saúde da criança e do jovem, assim como competências para um cuidar holístico à criança com insuficiência renal nos diferentes contextos.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este documento espelha um longo caminho formativo e uma conquista de novos saberes, com base nas experiências práticas e reflexão crítica sobre as mesmas. Neste balanço final, pode-se afirmar que os objetivos inicialmente propostos foram atingidos, desenvolvendo competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, assim como competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à criança com insuficiência renal.

A complexidade das situações que as crianças com IR e suas famílias vivenciam, prende-se com as alterações das diferentes variáveis presentes (fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimental e espiritual), influenciadas pelos stressores decorrentes da sua condição, vendo a criança como um todo. O EEESCJ deve conhecer cada criança e família na sua individualidade, e ter em consideração os contextos em que se insere, permitindo-lhe a prestação de cuidados de enfermagem que contemplem a multidimensionalidade do ser humano, mobilizando as competências e os conhecimentos necessários para um cuidado holístico.

No que diz respeito ao campo de intervenção do EEESCJ, considera-se que foram desenvolvidas as competências necessárias para a prestação de cuidados de nível avançado à criança/jovem saudável ou doente e sua família, em qualquer contexto em que se encontre, promovendo o mais elevado estado de saúde possível, uma vez que ao longo do percurso foi possível:

- Implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade e capacidade para gerir o regime, assim como diagnosticar precocemente e intervir nas situações de risco e doenças comuns que possam afetar negativamente a qualidade de vida da criança/jovem, assistindo a criança/jovem na maximização da sua saúde;
- Reconhecer situações de instabilidade e risco de vida, prestando os cuidados necessários, realizar gestão diferenciada da dor e do bem-estar, responder às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados, promover a adaptação à doença crónica, oncológica,

deficiência/incapacidade, cuidando da criança/Jovem e família nas situações de especial complexidade;

- Promover o crescimento e desenvolvimento infantil, a vinculação de forma sistemática, comunicar com a criança/jovem e família de forma adequada ao estágio de desenvolvimento e à cultura e promover a autoestima do adolescente e sua autodeterminação nas escolhas reativas à saúde, prestando cuidados específicos á criança/jovem em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento.

As competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à criança com insuficiência renal foram gradualmente desenvolvidas através dos diferentes estágios concretizados, uma vez que estes permitiram o cuidar da criança e família com insuficiência renal nos diferentes estádios da doença e em diferentes contextos, nos quais foram desenvolvidas intervenções de enfermagem individualizadas e holísticas, tendo em conta as diferentes variáveis presentes: fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimental e espiritual, promovendo a adaptação ao processo de doença de forma a contribuir para o equilíbrio dos sistemas e bem-estar da criança/jovem e sua família.

Considero que todo o trabalho desenvolvido ao longo deste curso de mestrado, as diversas situações vivenciadas, as aprendizagens formais e informais fazem de mim hoje um profissional mais competente, pois permitiram sedimentar tanto o desenvolvimento profissional como o pessoal, através de competências científicas, técnicas e humanas. Foi um percurso muito gratificante e de evolução crescente, no qual acredito ter contribuído para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados no local onde desenvolvo a minha prática profissional.

Futuramente, creio que este crescimento terá implicações, e se traduzirá na implementação de novos projetos. Por acreditar que a qualidade dos cuidados prestados depende muito da praxis dos enfermeiros das instituições de saúde, pretendo continuar a desenvolver trabalho nesta área, atingindo um nível de perita no cuidar da criança com IR e sua família em contexto de cuidados intensivos, e promovendo melhorias contínuas na qualidade dos cuidados prestados através da criação de um manual de boas práticas na unidade referente à prestação de cuidados holísticos à criança e jovem submetida a TSRC na UCIP. Deste modo, a expectativa é que o plano de formação da área nefrológica da unidade contemple a complexidade das situações em que estas crianças e famílias se encontram,

contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, para que sejam integrais e humanizados, atuando assim como futura EEESCJ, no âmbito do meu campo de intervenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrahão, S.; Ricas, J.; Andrade, D.; Pompeu, F.; Chamahum, L.; Araújo, T.; Silva, J.; Nahas, C.; Lima, E. (2010). Dificuldades vivenciadas pela família e pela criança/adolescente com doença renal crônica. *J Bras Nefrol.* 32 (1) 18-22.
- Baskale, H.; Baser, G. (2011). Living with haemodialysis: The experience of adolescents in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 419-427.
- Benner, P. (2005) *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Lisboa: Quarteto Edições.
- Bettinelli, A.; Rosa, J.; Erdmann, L. (2009). Internação em unidade de terapia intensiva: Experiência de familiares. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 28(3), 377-384.
- Cid, J; Mano, Luis. (2013). *Manual de Técnicas de Depuración Extrarenal Aguda em Ninos*. Sociedad Y Fundación Espanola de Cuidados Intensivos Pediátricos.Madrid.
- DGS (2016). *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Lisboa.
- Dias, I. (2010). Competências em Educação: conceito e significado pedagógico. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, SP.* 14(1) 73-78.
- Diniz, D.; Romano, B.; Canziani, M. (2006) Dinâmica de personalidade de crianças e adolescentes portadores de insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise. *J Bras Nefrol.* 28(1) 31-38.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar* (2.^a ed.). Loures: Lusodidacta;
- Direção Geral de saúde. (2013) *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Disponível em: dgs.pt.
- Fawcett J. (1984) The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 16(3) 84–87.
- Ferreira, M.; Lima, R.; Albuquerque, A.; Santos, V.; Silva, A.; Medeiros, C. (2013). O Cuidado à Criança com Insuficiência Renal: Uma revisão integrativa

- da literatura. *Cadernos de Graduação – Ciências Biológicas e da Saúde Facipe*. Recife, 1(1) 37-49.
- Florindo, M. (2010). *O Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria perante a situação de Criança/Mamília em Risco*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Relatório de Estágio para conclusão do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.
 - Freitas, T.; Silva, K.; Nobrega, M.; Collet, N. (2011) Proposta de Cuidado Domiciliar a Crianças Portadoras de Doença Renal Crónica. *Rev. Rene*. 12(1) 111-119.
 - Frota, M.; Vasconcelos, V.; Machado, J.; Landin, F. (2010) [Life quality of children with chronic renal failure]. *Esc Anna Nery*. (3) 527-533.
 - Gласper, A., & Haggarty, R. (2006). The psychological of children for hospitalisation. In *In Glasper, A., & Richardson, J. A textbook of children's and young people's nursing*. 61–76. Londres: Elsevier.
 - Hockenberry, M.; Wilson, D. (2014) *Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª edição. Lusociência.
 - Institute for Patient and Family Centered Care (2007). Consultado em <http://www.ipfcc.org/index.html>, acessado em Maio de 2016.
 - Instituto de Apoio à Criança (2008), Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada. Lisboa.
 - Kolb, D. (1984). *Experimental learning*. New Jersey: Prentice-Hall.
 - Malone, J; Seers, K; Titchen, A; Harvey, G; Kitson, A; McCormack, B. (2004) What counts as evidence in evidence-based practice. *Nursing and Health care Management and Policy. Journal of Advanced Nursing*, pp 81-90.
 - Mariano. C (2007) - Holistic Nursing: Scope and Standards of Practice – Jones and Bartlett Publishers. pp. 53- 71 Disponível em: Http://Samples.Jbpub.Com/9781449651756/45632_Ch02_Pass1.Pdf Acessado em Abril de 2016.
 - Marques, D.; Nascimento, E.; Cruz, D.; Lacerda, O.; Souza, I.; Collet, N. (2012). Experiência da família no convívio com a doença renal crónica da criança. *Ver enfermagem UFPE*, 6(6) 1338-45.
 - Morin, E. (2008). *Ciência com consciência*. Ed. revista e modificada pelo

- autor, 12ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Neto, D.; Nóbrega, M. (1999). Holismo nos Modelos Teóricos de Enfermagem. *R. Bras. Enferm.* Brasília.52(2) 233-242.
 - Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model* (3ª ed.) Norwalk: Aplenton and Lange.
 - Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.
 - Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa
 - Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à Parentalidade Durante a Hospitalização*. Cadernos da OE, 1(8). Lisboa.
 - Registry of the European Society for Paediatric Nephrology and the European Renal Association and European Dialysis and Transplantation Association (2015). Amesterdão. Disponível em: <http://espn-reg.org/index.jsp> Acedido em Abril de 2016.
 - Reis, J.;Costa, M.; Jácome, P.; Candeias, T. (2016). *Cuidados Intensivos Pediátricos – Olhares sobre um percurso*. Tipografia Lousanense. Lisboa.
 - Roldão, M. (2003). *Gestão de Currículo e Avaliação de Competência*. Lisboa : Editorial Presença.
 - Saiote, E. (2010). *A percepção dos enfermeiros sobre a importância da partilha de informação com os familiares numa unidade de cuidados intensivos*. Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa. Dissertação de mestrado.
 - Santos, E., Fernandes, A. (2004) Prática Reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. *Referência*, 11, 50-62.
 - Schön, D. (1983). *The Reflective practioner: how professionals think in action*. Nova Iorque: Basic Books, cop.
 - Sampionato, E.; Correia, C.; Rocha, S. (2005) Histórico Familiar de Crianças com Insuficiência Renal Crônica: Coleta de Dados. *Rev. Bras. De Enferm.* 58(6) 682-686.
 - Sussams, J. (1990). *Como fazer um relatório*. Lisboa, Editorial Presença.
 - Thomas, N.; Jeffrey, C. (2005). *Enfermagem em Nefrologia*. 2ª edição. Camarate: Lusociência.

- Teixeira, E. (1996) Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. *Rev. Esc. Enf. USP*, 30(2):286-90.
- Tomey, A. M., Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª ed.) Loures: Lusociência.
- UNICEF (1989) - *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Assembleia Geral das Nações Unidas, Portugal.
- Urizzzi, F. et al (2008). Vivência de familiares internados em unidades de terapia intensiva. *Rev. Brasileira de Terapia Intensiva*. 20(4); 370-375.
- Vieira, S.; Dupas, G.; Ferreira, N.(2009). Doença Renal Crônica: Conhecendo a Experiência da criança. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 13(1) 74-83;
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar – Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. New revised edition. Boulder, CO: University Press of Colorado.
- Wells, F.; Ritchie, D.; McPherson, A. C. (2012). “It is life threatening but I don’t mind”. A qualitative study using photo elicitation interviews to explore adolescents’ experiences of renal replacement therapies. *Child: care, health and development*, 39(4) 602-612.
- White, E. (2011). The paediatric renal staff nurse: care coordinator within the renal team. *Journal of renal nursing*, 3 (5) 236-38.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma de Estágios

APÊNDICE II – Guia Orientador das Atividades De Estágio



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria
Unidade Curricular “Estágio com Relatório”

GUIA ORIENTADOR DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

Docente Orientador:
Prof.^a Doutora Paula Diogo

Márcia Alexandra Cardoso Martins, nº6724

Lisboa

2016/2017

Nota Introdutória

No âmbito do estágio com relatório, a decorrer no 3º semestre do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, surge a realização deste documento, denominado como “Guia Orientador das Atividades de Estágio”. Este guia tem como objetivos:

- ✓ Apresentar a problemática em estudo nos diferentes estágios;
- ✓ Apresentar os objetivos e atividades de estágio planeados;
- ✓ Guiar no desenvolvimento das atividades e consequente desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem.

Ao encontro dos objetivos supracitados, o documento terá a seguinte estrutura: problemática em estudo, objetivos gerais e objetivos específicos/atividades planeadas definidos para cada campo de estágio.

Problemática em Estudo

A escolha do tema para o projeto de estágio incidiu sobre “Intervenções de enfermagem à criança com insuficiência renal: a complexidade do cuidar holístico”. Apesar da insuficiência renal não ter grande incidência na população pediátrica, é uma condição com implicações fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentais e espirituais, e a evolução da patologia culmina muitas vezes na necessidade de tratamento dialítico. Pela especificidade e complexidade associadas, são necessários cuidados especializados às crianças portadoras de insuficiência renal; os cuidados de enfermagem devem ser prestados numa perspectiva holística promovendo o crescimento e o desenvolvimento normais da criança, minimizando o impacto da patologia, prevenindo as complicações, e apoiando, orientando e educando a criança e sua família (Ferreira *et al*, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014).

O problema identificado centra-se nas experiências e dificuldades vivenciadas pela criança com insuficiência renal e da sua família pelas repercussões que esta acarreta, e ao encontro deste problema o objeto de estudo foca-se nas intervenções de enfermagem numa perspectiva holística à criança com insuficiência renal. Assim surgem como **objetivos gerais**:

- ✓ Desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem;
- ✓ Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à criança com insuficiência renal.

Foram ainda definidos para cada campo de estágio **objetivos específicos e atividades a desenvolver**, que se encontram na tabela que se segue.

Tabela 1 - Objetivos específicos - atividades a desenvolver

<u>Objetivos específicos</u>	<u>Atividades a desenvolver</u>
Serviço de Urgência Pediátrica	
Conhecer a estrutura, organização e dinâmica de funcionamento do serviço	<ul style="list-style-type: none">✓ Reunião com o enfermeiro chefe e enfermeiro orientador de estágio para apresentação do projeto de estágio.✓ Realização de visita guiada ao serviço e

	<p>apresentação à equipa multidisciplinar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhecimento do plano de atividades, projetos do serviço e modelo de prestação de cuidados. ✓ Consulta de normas e protocolos do serviço. ✓ Observação do funcionamento do serviço e atividades de enfermagem.
Desenvolver competências no cuidar holístico da criança/família em contexto de urgência/emergência	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realização de pesquisa bibliográfica para aprofundar os conhecimentos técnico-científicos. ✓ Consulta do protocolo de triagem utilizado. ✓ Participação nos cuidados de enfermagem à criança/família nos diferentes setores da urgência pediátrica. ✓ Participação nos cuidados individualizados à criança com insuficiência renal e sua família em contexto de urgência pediátrica. ✓ Elaboração de um jornal de aprendizagem, refletindo sobre as práticas.
Unidade de Pediatria Médica/Unidade de Hemodiálise	
Conhecer a estrutura, organização e dinâmica de funcionamento do serviço	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reunião com o enfermeiro chefe e enfermeiro orientador de estágio para apresentação do projeto de estágio e discussão das atividades planeadas. ✓ Realização de visita guiada ao serviço para conhecimento da sua organização física. ✓ Apresentação à equipa multidisciplinar. ✓ Conhecimento do plano de atividades, projetos do serviço e modelo de prestação de cuidados. ✓ Consulta de normas e protocolos do serviço. ✓ Observação do funcionamento e gestão do serviço e atividades de enfermagem.
Desenvolver competências para o cuidar	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisão/aprofundamento dos conhecimentos técnico-científicos sobre hemodiálise através de

<p>holístico à criança e jovem com insuficiência renal crónica e sua família</p>	<p>pesquisa bibliográfica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Observação e colaboração com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança/jovem com insuficiência renal crónica sua e família sujeitos a internamento (acolhimento da família, identificação das necessidades da criança/jovem e família, planeamento, execução, avaliação e registo dos cuidados de enfermagem). ✓ Observação e colaboração com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança/jovem com insuficiência renal crónica em programa de hemodiálise. ✓ Promoção de momentos de escuta ativa com os jovens em hemodiálise, incentivando a partilha de experiências e sentimentos, de forma a identificar os stressores/dificuldades e realização de um diário de campo. ✓ Elaboração de um documento intitulado “Intervenções de Enfermagem na Promoção do Autocuidado na Criança/Jovem com Fístula Arteriovenosa”. ✓ Elaboração de um poster para expor na sala de hemodiálise com o título: “Como deves cuidar da tua fistula?”.
<p>Serviço de Nefrologia Pediátrica/Hospital de Dia</p>	
<p>Conhecer a estrutura, organização e dinâmica de funcionamento do serviço</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reunião com o enfermeiro chefe e enfermeiro orientador de estágio para apresentação do projeto de estágio e discussão das atividades planeadas. ✓ Realização de visita guiada ao serviço para conhecimento da sua organização física. ✓ Apresentação à equipa multidisciplinar.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhecimento do plano de atividades, projetos do serviço e modelo de prestação de cuidados. ✓ Consulta de normas e protocolos existentes.
Desenvolver competências para o cuidar holístico à criança e jovem com insuficiência renal crónica e sua família	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Observação das consultas de enfermagem às crianças e famílias realizadas no hospital de dia e realização de um diário de campo. ✓ Observação das práticas de enfermagem na prestação de cuidados à criança e família sujeitas a internamento.
Centro de Saúde	
Conhecer a estrutura, organização e dinâmica de funcionamento do serviço	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reunião com o enfermeiro chefe e enfermeiro orientador de estágio para apresentação do projeto de estágio. ✓ Realização de visita guiada ao serviço e apresentação à equipa multidisciplinar. ✓ Conhecimento do plano de atividades, projetos do serviço e modelo de prestação de cuidados. ✓ Consulta de normas e protocolos do serviço. ✓ Observação do funcionamento e gestão do serviço e atividades de enfermagem.
Assistir a criança e jovem com a família, na maximização da sua saúde, nas várias etapas do desenvolvimento.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprofundamento dos conhecimentos de crescimento e desenvolvimento infantil, assim como dos instrumentos para a sua avaliação, através de análise de práticas e pesquisa bibliográfica. ✓ Participação nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil e elaboração de um jornal de aprendizagem refletindo sobre as práticas. ✓ Aprofundamento dos conhecimentos sobre o Programa Nacional de Vacinação através de consulta do mesmo. ✓ Participação na vacinação de crianças e jovens.

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos	
<p>✓ Otimizar a prestação da equipa de enfermagem nos cuidados de enfermagem holísticos à criança com insuficiência renal</p>	<p>✓ Reunião com o enfermeiro chefe/orientador de estágio para apresentação e discussão das atividades a desenvolver.</p> <p>✓ Elaboração do procedimento sectorial “Cuidados de Enfermagem na Hemodiafiltração Venovenosa Contínua – Monitor Prismaflex.”</p> <p>✓ Elaboração do procedimento sectorial “Cuidados de Enfermagem na Plasmaferese – Monitor Prismaflex.”</p> <p>✓ Realização de análise dos registos de enfermagem realizados na unidade segundo a teoria de Betty Neuman.</p> <p>✓ Realização de sessão formativa aos pares acerca das “Intervenções de Enfermagem à Criança em situação Crítica submetida a TSRC na UCIP - Uma Reflexão em equipa.”</p>

**APÊNDICE III – Jornal de aprendizagem “Cuidar Holístico no
Serviço de Urgência”**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular “Estágio com Relatório”

JORNAL DE APRENDIZAGEM

Cuidar Holístico no Serviço de Urgência

Docente Orientador:

Professora Doutora Paula Diogo

Márcia Alexandra Cardoso Martins, n°6724

Lisboa, 2016

Nota introdutória

O presente jornal de aprendizagem surge no âmbito da unidade curricular “Estágio com Relatório”, inserido no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A elaboração deste documento visa a reflexão sobre as práticas, com base numa situação marcante que decorreu durante o estágio no serviço de urgência pediátrica. De acordo com Zeichner (1993) citado por Santos e Fernandes (2004), a prática reflexiva é um meio de aprendizagem, pois permite adquirir saber daquilo que se faz e como se faz. Deste modo, e tendo em conta que me encontro num processo de desenvolvimento de competências, a reflexão sobre as experiências vividas e observações realizadas, articulando a prática com a teoria e tomando consciência das minhas ações é fundamental, e para tal a reflexão estruturada que se segue será realizada com base no Ciclo de Gibbs.

O tema escolhido para a realização deste documento vai ao encontro do projeto de estágio intitulado “Intervenções de enfermagem à criança com insuficiência renal: a complexidade do cuidar holístico”, apesar da tipologia de utentes com que me deparei não me permitir refletir acerca de uma situação de criança e família com insuficiência renal, vou focar a minha atenção sobre o cuidar holístico no serviço de urgência, relativamente a uma situação vivenciada durante o estágio.

Reflexão estruturada

A urgência é um contexto peculiar no que respeita ao cuidar em enfermagem, os profissionais de saúde deparam-se com o atendimento a múltiplos utentes, alguns com risco de vida, o que se revela um desafio. As situações de carácter emergente são geradoras de *stress* e exigem conhecimentos técnico-científicos, mas também exigem sensibilidade para prestar cuidados humanizados valorizando todas as dimensões do utente. Okuno (2015) refere que no atendimento às emergências clínicas e cirúrgicas, a prioridade passa pelas intervenções que visem restabelecer as funções vitais do utente, porém, mesmo persistindo a gravidade, é necessário o suprimento das outras necessidades, considerando a globalidade da pessoa. Situando-me no paradigma holístico, que orienta a minha prática profissional, o cuidar foca-se não só nas necessidades biológicas, mas também nas emocionais, psicológicas, socioculturais e espirituais. Segundo Teixeira (1996) *“(...)a saúde para ser holística precisa ser estudada como um grande sistema, como um fenómeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais, todos interdependentes e não arrumados numa sequência de passos e medidas isoladas para atender cada uma das dimensões apontadas.”* Salomé (2009) enfatiza que Enfermagem é Cuidar, uma ciência em construção, cuja essência é o cuidado integral e holístico ao ser humano. No entanto, Silva (2012) refere que em contexto de urgência, o cuidado holístico aparece de forma implícita nas publicações, pelo que considero pertinente a reflexão sobre o tema, baseada na minha experiência de estágio.

A situação escolhida, diz respeito ao adolescente J., de 13 anos de idade, que recorreu ao serviço de urgência acompanhado pelos pais, com queixas de polidipsia e poliúria associadas a perda de peso progressiva, a quem foi diagnosticado uma cetoacidose diabética inaugural. O meu primeiro contacto com este adolescente e sua família foi na admissão ao serviço de observação onde ficou internado, na qual colaborei acompanhando a enfermeira orientadora. A partir do primeiro contacto com o adolescente e seus pais foi possível observar o medo, a insegurança, as dúvidas e angústia que os seus rostos transpareciam. Tinham acabado de receber a notícia que o J. tinha diabetes mellitus tipo I, uma doença crónica, que o iria acompanhar para o resto da vida. A doença aparece como uma situação inesperada, uma ameaça que torna o futuro incerto, afetando o quotidiano e equilíbrio do adolescente e também a dinâmica familiar, impondo desde logo a necessidade de lidar com um internamento. Leal et al. (2012) refere, acerca da diabetes mellitus tipo I, que a descoberta da doença é uma experiência negativa, na qual os pais vivenciam sentimentos de culpa, sofrendo um grande impacto emocional.

Na admissão do adolescente e família ao serviço de observação, foi possível o início de uma relação de empatia, promovendo a escuta ativa, o que considero ser fundamental para identificar as suas necessidades, com a intencionalidade de individualizar as intervenções de enfermagem. A situação em que o J. se encontrava exigiu vários procedimentos, alguns invasivos, para correção da acidose metabólica no contexto da doença diagnosticada, como monitorização cardiorrespiratória, punções venosas ou avaliações frequentes de glicemia/cetonemia. A dor de alguns destes procedimentos aliada ao medo do desconhecido, num ambiente de constante ameaça, exige um acompanhamento contínuo, preparando o adolescente/família para a realização dos procedimentos, esclarecendo dúvidas, mostrando disponibilidade, dando apoio, promovendo assim o conforto e a segurança.

Analisando esta situação de cuidados por mim vivenciada, em que tive oportunidade de observar e colaborar na intervenção da enfermeira especialista enquanto formanda, foi possível identificar os stressores presentes, nomeadamente intrapessoais como o medo, a ansiedade, a dor, o sentir que o seu corpo não está a funcionar como deveria através de expressões como *“o que vai acontecer? O que é isso? Porque não funciona o meu corpo?”* (sic), associados a alteração da variável fisiológica, psicoemocional e espiritual. Os stressores extra-pessoais relacionados com a necessidade de internamento, procedimentos ou dieta zero, associados à variável fisiológica, psicoemocional e sociocultural; e os interpessoais onde foi possível observar na comunicação entre pais e adolescente alguma tensão, provavelmente provocada pela ausência de respostas e sentimento de impotência para resolver a situação, associada às variáveis psicoemocional, sociocultural e espiritual.

A colheita de dados, por mim realizada, permitiu recolher informação daquela família, pois foi possível aceder às suas experiências de doença anteriores, avaliar os seus conhecimentos, para poder adequar a comunicação de forma que fosse eficaz e perceber qual a sua disponibilidade para assimilar toda a informação que necessitavam receber daí em diante. Foi disponibilizado um livro (material disponível no serviço), com uma explicação sobre a diabetes destinado a adolescentes. As intervenções de enfermagem, com base na recolha de dados sobre a experiência subjetiva, mas muito real e assustadora para esta família, visaram promover mecanismos de *coping* e adaptação para lidar com a doença/tratamentos, facilitando a aceitação da situação e minimizando os fatores de *stress* através do apoio emocional, educação para a saúde e colaboração com a equipa multidisciplinar. Segundo Hockenberry e Wilson (2014) *“o conceito de cuidado holístico só pode ser compreendido por meio de uma abordagem interdisciplinar unificada (...)”*, reconhecendo as nossas limitações e colaborando com as diferentes especialidades.

Neste sentido, foram desenvolvidas intervenções do cuidar holístico, as quais tive oportunidade de observar e também de participar ativamente, face às alterações das diferentes variáveis identificadas anteriormente:

- Realização do acolhimento no serviço de observação, estabelecendo uma relação empática com o adolescente e família (variável psicológica/emocional);
- Realização de procedimentos: monitorização cardiorrespiratória, punção venosa, colheita de sangue para análise, instituição da terapêutica prescrita e avaliações periódicas de glicemia e cetonemia capilares (variável fisiológica);
- Comunicação com o adolescente e família adequada à idade, estágio de desenvolvimento e respeitando as suas crenças e cultura (variáveis desenvolvimental e sociocultural);
- Preparação do adolescente e família prévia aos procedimentos (variáveis fisiológica e psicológica/emocional);
- Gestão diferenciada da dor através de medidas farmacológicas e não farmacológicas como o toque, o diálogo, a distração, o permitir a presença de objetos significativos para o adolescente ou promover um ambiente tranquilo, com privacidade (variáveis fisiológica e psicológica/emocional);
- Promoção da escuta ativa, incentivando a partilha de sentimentos e mostrando disponibilidade (variável espiritual).

O reconhecimento da importância dos pais neste processo de adaptação remete-nos para um cuidar integral e holístico, e tornam-se vastas as possibilidades de cuidados (Leal *et al.*, 2012); os hábitos, costumes e vivências da família próxima ao adolescente podem ter grande influência na aceitação da doença e adesão aos tratamentos pois a condição de doença não gera mudanças apenas na sua vida, mas em todo o sistema familiar em que se insere.

De acordo com Malone *et al.* (2004), as experiências dos pacientes e os contextos são tipos de evidência que podem gerar conhecimento. Sendo que esta situação foi um momento privilegiado de comunicação e proximidade com este adolescente e família, considero-a um contributo para o desenvolvimento do meu objeto de estudo: intervenções de enfermagem holísticas à criança com insuficiência renal. Apesar de patologias distintas, consegui encontrar pontos comuns entre esta vivência e o meu objeto de estudo, visto que ambas são doenças crónicas com um grande impacto nas crianças e suas famílias, exigindo grandes mudanças e capacidade de adaptação. Também a reflexão sobre a ação, através da escrita, me permitiu identificar algumas das unidades de competência do enfermeiro especialista em enfermagem

de saúde da criança e do jovem observadas/desenvolvidas na situação supracitada, nomeadamente “E.1.2 – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem; E2.2 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; E2.5 – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica (...); E3.3 – Comunica com a criança/família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura; E3.4 – Promove a auto-estima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde”, publicadas em Diário da República nº123/2011.

Bibliografia

- Hockenberry, M.; Wilson, D. (2014) Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9ª edição. Lusociência.
- Leal, D.; Fialho, F.; Dias, I.; Nascimento, L.; Arruda, W. (2012). A vivência dos familiares de crianças e adolescentes portadores de diabetes mellitus tipo I. Rev. Eletr. Enf. 14(1):189-96.
- Malone, J; Seers, K; Titchen, A; Harvey, G; Kitson, A; McCormack, B. (2004) What counts as evidence in evidence-based practice. Nursing and Health care Management and Policy, Journal of Advanced Nursing, pp 81-90.
- Okuno,M.; Costa,N.; Lopes,M.; Campanharo,C.; Batista, R.(2015)Diagnósticos De Enfermagem Mais Utilizados Em Serviço De Emergência.Cogitare Enferm; 20(2):385-91.
- Regulamento nº123/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010. Diário da República, 2ª Série, Nº 35, 8653-8655.
- Salomé, G. (2009) Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. Rev Bras Enferm; 62(6): 856-62.
- Santos, E., Fernandes, A. (2004) Prática Reflexiva: Guia para a reflexão estruturada. Referência, 11, 50-62.
- Silva, P.; Chaves, J.; Figueiredo, N. (2012) Nursing Care In The Emergency Unit: An Essay On Holis. Rev enferm UFPE on line. 6(10):2562-8.
- Teixeira, E. (1996) Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. Rev.Esc.Enf.USP, 30(2):286-90.

**APÊNDICE IV – Diário de Campo “Vivências de adolescentes
em diálise”**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular “ESTÁGIO COM RELATÓRIO”

DIÁRIO DE CAMPO

Vivências de adolescentes em diálise

Unidade de hemodiálise

Docente Orientador:

Professora Doutora Paula Diogo

Márcia Alexandra Cardoso Martins, nº6724

Lisboa

2016

Nota Introdutória

O presente documento surge no âmbito da unidade curricular “Estágio com Relatório”, inserido no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O diário de campo foi o instrumento de trabalho por mim eleito de forma a registar os dados que considero pertinentes, no âmbito do estágio realizado. Centrando-me no meu objeto de estudo que são as intervenções de enfermagem numa perspetiva holística à criança com insuficiência renal, os diários de campo incluirão anotações das observações realizadas e experiências vividas/partilhadas com os adolescentes, de forma a conseguir identificar os stressores e dificuldades vivenciadas pelos mesmos e refletindo à luz da evidência científica disponível.

Diário de Campo

No primeiro dia de estágio na Unidade de Hemodiálise, conheci os dois adolescentes a realizar tratamento em ambulatório atualmente, o B. de 15 anos e a M. de 17 anos. Os dois adolescentes realizam tratamento de hemodiálise (HD) em ambulatório às terças, quintas-feiras e sábados de manhã, tendo a terapia 4 horas de duração. A equipa multidisciplinar é constituída por nefrologista, enfermeiro, pedopsiquiatra, psicólogo, nutricionista, professora e assistente social. Os adolescentes são transportados pelos bombeiros no percurso casa-hospital e hospital-casa. Os pais não acompanham nos tratamentos, e segundo os profissionais de saúde é difícil estabelecer contacto com estes pais, pelo que só existe comunicação através dos próprios adolescentes ou telefonicamente. Os profissionais de saúde (médica e enfermeira), quando questionados, acreditam que o pouco envolvimento dos pais está relacionado com a falta de interesse em ter um papel ativo como cuidadores dos adolescentes e também com questões socioeconómicas. Acredito que estes adolescentes vão enriquecer a minha experiência, através da oportunidade de estabelecer com eles uma relação de empatia e permitindo a partilha de vivências e sentimentos.

Senti que o primeiro contacto foi positivo, os adolescentes demonstraram simpatia e abertura para o início de uma relação terapêutica, a relação enfermeiro-cliente que promove o bem-estar e/ou alívio do sofrimento, segundo Basto (2009). Este dia foi marcado pelo aniversário da M., que não me pareceu muito incomodada por estar presente no tratamento de hemodiálise no dia do seu aniversário. A equipa multidisciplinar organizou-se previamente preparando uma pequena surpresa: um bolo de aniversário para cantar os parabéns. Foi possível observar a relação de proximidade dos profissionais de saúde com o B. e a M., e o carinho e entusiasmo com que preparam esta surpresa. Também a M. ficou emocionada e feliz, como se esta celebração fosse entre amigos, diria mesmo “família”. A M. expressou: *“Obrigado por esta surpresa especial”*; *“No ano passado também passei o aniversário com vocês”*; *“Assim nem custa tanto estar aqui”* (sic). Simultaneamente observei a reação do B., uma vez que as atenções estão voltadas para a M. por ser o seu aniversário, e este parecia alegre por também fazer parte deste momento. Numa primeira observação os dois adolescentes parecem ter alguma cumplicidade e amizade. Neste primeiro contato desde logo fiquei com a percepção que os profissionais de saúde conseguem minimizar o impacto negativo da obrigatoriedade dos tratamentos, através do bom relacionamento que mantêm e preocupação com o bem-estar e conforto dos adolescentes. É notório o empenho dos profissionais para conhecer as preferências e particularidades do B. e da M., permitindo a

prestação de cuidados individualizados, tendo em conta a dimensão/variável psico-emocional. É possível observar que todos os pormenores são importantes e trazem conforto aos adolescentes: a forma como gostam da cama, as almofadas para colocar no braço da fistula arteriovenosa (FAV), a luminosidade da sala, a dieta personalizada (pequeno-almoço e almoço segundo os seus pedidos), entre outros. Deste modo, procuram prevenir as alterações ao nível da variável emocional, atenuando as repercussões emocionais negativas da experiência de uma condição crónica, fazendo a transformação da emocionalidade negativa em experiências positivas de hospitalização (Diogo, 2015) – o trabalho emocional em enfermagem.

Noutro momento da prestação de cuidados, a minha atenção direccionou-se para o momento da punção da fistula arteriovenosa (FAV), um momento doloroso, gerador de stress e ansiedade para os adolescentes. A manutenção da sua vida depende do bom funcionamento do acesso vascular, que é um requisito para realizar o tratamento de hemodiálise. Além da dor provocada pelas punções, os adolescentes têm noção dos riscos associados à presença de FAV, como hematomas, pressões altas ou hemostases prolongadas e das consequências negativas que daí poderão advir. A equipa de enfermagem mobiliza várias estratégias para minimizar os riscos e os medos dos adolescentes, visando a variável fisiológica e psico-emocional. No controlo da dor é utilizado EMLA prévio às punções e utilizadas técnicas de distração (diálogo ou música). Relativamente à técnica de punção, a técnica de *buttonhole* é utilizada nos dois adolescentes, visando a redução de *stress* e o risco de hematomas. Como já referido anteriormente, o grupo de profissionais envolvidos nos cuidados é restrito o que permite a implementação desta técnica de punção e contribui para a relação de confiança estabelecida com os adolescentes que sentem que os enfermeiros com quem lidam já conhecem a sua fistula, contribuindo de forma positiva para minimizar o medo associado ao risco das punções. A presença de FAV implica alteração da imagem corporal e limitações de atividade física e mesmo recreativas, o que tem implicações nas variáveis fisiológica, psico-emocional e social. Cito alguns dos cuidados que os adolescentes verbalizaram ter com a sua fistula: “*Não faço a aula de educação física (...) tenho que ter cuidado para não me magoar (...), não fazer esforços, nem apanhar muito calor (...)*” (sic). São demonstrados alguns conhecimentos sobre os cuidados a ter com o acesso vascular, no entanto a avaliação das FAV pela equipa de enfermagem não é sistemática e a educação para a saúde neste contexto é realizada de forma não planeada. O acompanhamento é realizado nas consultas de acesso vascular que decorrem noutro hospital, e a articulação entre as equipas de saúde não é prática

corrente, existindo apenas contactos pontuais quando necessário. Num destes momentos, em que conversava com a M. sobre as implicações que o acesso vascular tem no seu quotidiano, ela descreveu o dia em que foi intervencionada para a construção da sua FAV. *“Por o cateter foi horrível, eles fizeram só com anestesia local (...) senti tudo (...) ainda por cima foi no mesmo dia da fístula (...) e na mesma sala”* (sic) A colocação da cateter central para a M. foi sem dúvida uma experiência traumática e dolorosa, a forma como a descreve revela o quão marcante foi esse acontecimento. Conhecendo esta sua experiência anterior, é compreensível a sua preocupação e o medo de que algo de mal aconteça com a sua FAV, pois ela tem noção que se o acesso deixar de funcionar, isso implicará a colocação de um novo cateter de diálise e mesmo risco de vida. Também o B. partilhou uma vivência negativa que aconteceu num dos tratamentos de HD, um episódio de hemostase prolongada, com hemorragia. No fim de contar o episódio, o B. expressou *“espero que não volte a acontecer, que horror (...)”*, e quando questionado sobre o que faria no caso de ocorrer novamente respondeu *“grito por vocês (...) não consigo parar aquilo”*. Este momento transformou-se num momento de educação para a saúde, por identificação dessa necessidade no B., foi explicado o que deve fazer se voltar a acontecer, tentando desmistificar os seus medos relacionados com a hemóstase, promovendo a sua autonomia e capacitando-o para atuar nestas situações. Foi neste sentido, tendo em conta necessidades identificadas e os stressores presentes relacionadas com a presença de FAV nestes adolescentes, que surgiu a ideia de desenvolver uma atividade destinada aos adolescentes, visando a promoção do autocuidado com o acesso vascular, fazendo com que se sintam mais capazes e com mais controlo sobre as complicações que possam ocorrer, promovendo o seu bem-estar físico e psicoemocional.

Em mais um dos momentos de escuta ativa que tenho promovido com a M., a conversa era sobre as férias, uma das limitações vividas por estes adolescentes na 1ª pessoa. O facto de se ausentarem da cidade onde realizam o tratamento de diálise, implica o contacto com outra clínica que os aceite para realizar o tratamento nesse período de tempo, exige planeamento antecipado e articulação dos diferentes profissionais. Na verdade, nunca aconteceu com a M. nestes dois anos de hemodiálise. A dada altura refere: *“Quando for transplantada posso ir de férias no verão com o meu avô”* (sic), o que mudou o rumo da nossa conversa para o assunto do transplante renal. Foi perceptível que o transplante renal é para a M. a solução de todos os seus problemas e coloca uma grande esperança nisso. Idealiza o transplante como algo que só pode ser positivo e que vai permitir-lhe uma vida “normal”. A M. está inscrita na lista de transplante renal, mas refere *“espero que seja este ano (...) senão*

não sei... (...)” (sic). O seu 17º aniversário foi um sentimento agridoce, pois cada vez está mais próxima da idade adulta, e a M. tem noção das implicações que isso vai ter na sua vida, o que lhe provoca sentimentos negativos. A transição para o “mundo dos adultos” é assustadora e gera *stress*, implicará mudança de hospital, conhecer novos médicos e enfermeiros que ainda não a conhecem a si, mas o pior de tudo para a M. é a probabilidade de transplante que acredita que reduz drasticamente quando atingir a idade adulta.

Em mais um dos dias de estágio na unidade de hemodiálise, após tomarem o pequeno-almoço, os adolescentes tiveram a visita da professora que trabalha na instituição, e desenvolveram atividades escolares com a mesma. A professora articula-se com as escolas que o B. e a M. frequentam de forma a adaptar as suas intervenções às suas necessidades. Por exemplo neste dia, a professora esteve a estudar história com o B., pois tem um teste de avaliação para a semana. No final do tratamento, o B. não regressou a casa como habitualmente, pois hoje tinha consulta de pedopsiquiatria e psicomotricidade. Há um esforço da equipa multidisciplinar para reduzir as vindas ao hospital, tentando agendar as consultas nos dias do tratamento, minimizando o impacto negativo da doença crónica na vertente social. Baskale & Baser (2011) referem que em consequência do tempo despendido em viagens e tratamentos há isolamento social, e são perdidas oportunidades de participar em atividades, afetando negativamente as relações com os pares e o rendimento escolar.

Na hora de almoço acompanhei o B. e durante esse tempo com ele, o B. falou-me das dificuldades que sente para cumprir as restrições dietéticas que lhe são impostas. O B. expressou *“o mais difícil é não poder beber muita água”* e *“tenho que tomar muitos comprimidos, não é fácil” (sic)*. A terapia dietética é fundamental e deve ser ajustada de acordo com as necessidades dos adolescentes em hemodiálise. Por um lado, pretende-se restringir o consumo de substâncias que impliquem excreção renal, mas também garantir uma nutrição que promova um crescimento e desenvolvimento o mais normais possível. De acordo com Thomas & Jeffrey (2005), a nutrição adequada das crianças com insuficiência renal requer um trabalho multidisciplinar, considerando essencial a articulação entre profissionais de saúde, com sessões regulares de dietética e psicoterapia e considerando como medidas de apoio valiosas as visitas domiciliárias ou à escola.

Os adolescentes em programa de hemodiálise são afetados a nível das diferentes variáveis: fisiológica, psicológica, emocional, social ou espiritual, expressando emoções múltiplas e variadas. A adaptação à doença crónica é complexa e as mudanças e restrições

levam a tristeza, irritabilidade, ansiedade e insegurança. A relação terapêutica estabelecida com estes dois adolescentes permitiu a realização deste diário de campo, registrando as vivências mais marcantes e as experiências relatadas pelos mesmos. As situações supracitadas permitiram constatar que as dificuldades vividas por estes dois adolescentes vão de encontro às principais dificuldades descritas na bibliografia consultada. A bibliografia descreve variadas implicações da doença crónica renal e dos tratamentos, a nível fisiológico são referidos sintomas como cefaleias, náuseas, fadiga, fraqueza, falta de ar, alterações da tensão arterial ou dor à colocação das agulhas; a nível emocional são descritos sentimentos como raiva, ansiedade, depressão, medo da morte, medo do desconhecido, insegurança, incerteza e temor; a variável sociocultural é também descrita nos vários estudos traduzindo-se nas relações familiares afetadas, por vezes com aparecimento de problemas económicos, maior dificuldade nas relações com os pares, isolamento social ou diminuição do rendimento escolar associadas ao tempo despendido em consultas e tratamentos (Baskale e Baser, 2011; Wells *et al.*, 2012; Viera *et al.*, 2009). Vieira *et al.* (2009), acrescenta ainda que o entendimento da doença e do tratamento é imprescindível, porque os motiva a seguir, minimizando a insegurança e os medos e aumentando a adesão na participação dos cuidados. Neste sentido, o enfermeiro assume uma posição crucial no cuidado às crianças e adolescentes em tratamento dialítico, prestando um cuidado integral e humanizado, visando a sua multidimensionalidade. Cuidar e dar suporte a estes adolescentes e suas famílias é uma parte essencial e fundamental dos cuidados de saúde, ajudando-os a desenvolver estratégias de *coping* para lidar com a doença e suas implicações. Wells *et al.* (2012), acreditam que o diálogo com os enfermeiros é valorizado pelos adolescentes em tratamento dialítico, e é a relação terapêutica estabelecida que permite aos enfermeiros conhecer os problemas mais comuns e identificar necessidades, para posteriormente implementar uma intervenção individualizada. Pennafort *et al.* (2012) refere ainda que o enfermeiro deve articular conhecimentos que permitam o cuidado por meio de atividades de domínio afetivo e cognitivo que contemplem a subjetividade através de práticas terapêutico-educativas, em que a educação em saúde é uma estratégia que permite esta abordagem e implica uma compreensão do ser humano em suas variadas dimensões e não apenas no aspeto biológico, condição mais valorizada na atuação profissional. Oferecer oportunidades para que a criança possa se expressar, tornando o sofrimento suportável, é obrigação da enfermagem.

Bibliografia

- Baskale, H.; Baser, G. (2011) Living with haemodialysis: The experience of adolescents in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 419-427;
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina – Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13, 11-18;
- Diogo, P. (2015). Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar (2.^a ed.). Loures: Lusodidacta;
- Pennafort, V.; Queiroz, M.; Jorge, M. (2012) Crianças e adolescentes renais crônicos em espaço educativo-terapêutico: subsídios para o cuidado cultural de enfermagem. *Ver Esc Enferm USP*; 46(5):1057-1065;
- Thomas, N.; Jeffrey, C. (2005). *Enfermagem em Nefrologia*. 2.^a edição. Camarate: Lusociência;
- Vieira, S.; Dupas, G.; Ferreira, N. (2009) Doença Renal Crônica: Conhecendo a Experiência da criança. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 13, 1, 74-83;
- Wells, F.; Ritchie, D.; McPherson, A. C. (2012) “It is life threatening but I don’t mind”. A qualitative study using photo elicitation interviews to explore adolescents’ experiences of renal replacement therapies. *Child: care, health and development*, 39, 4, 602-612.

**APÊNDICE V – Intervenções de Enfermagem à Criança e ao
Jovem com Fístula Arteriovenosa**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria
Unidade Curricular Estágio com Relatório

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À CRIANÇA E AO JOVEM COM
FÍSTULA ARTERIOVENOSA**

Unidade de Hemodiálise

Docente Orientadora: Prof.^a Doutora Paula Diogo

Márcia Alexandra Cardoso Martins

Lisboa, Novembro de 2016

1. A CRIANÇA/JOVEM COM FÍSTULA ARTERIOVENOSA

A progressão da doença renal para o estado terminal, em que o tratamento conservador já não é suficiente para manter a vida da criança/jovem, exige que se avance para um programa de diálise, sendo a hemodiálise uma das possibilidades. Esta modalidade de tratamento, exige que a criança/jovem tenha um acesso vascular de grande calibre para a sua realização. O acesso vascular é a base para realizar um programa de hemodiálise eficaz, e idealmente deve cumprir os seguintes requisitos: permitir aceder de forma segura e repetida ao sistema vascular da criança/jovem, proporcionar fluxo suficiente para o tratamento e ter poucas complicações. Existem vários tipos de acessos vasculares, os mais utilizados para hemodiálise são o cateter venoso central e a fistula arteriovenosa (FAV). Apesar da literatura referir que a FAV é o acesso vascular de eleição, em idade pediátrica muitas vezes é usado o cateter venoso central pela pouca idade do paciente ou pela perspectiva de transplante renal a curto prazo. De acordo com a National Kidney Foundation (2006), a colocação de um acesso vascular permanente em crianças com mais de vinte quilos, deve ser seriamente considerada se expectável que o transplante renal vá demorar mais de um ano.

A FAV é considerada o acesso vascular definitivo de eleição para o tratamento hemodialítico, consiste na realização de uma anastomose entre uma artéria e uma veia, através de um procedimento cirúrgico. Denomina-se autóloga quando a anastomose é realizada entre uma artéria e uma veia superficial de forma que a veia se desenvolva e seja o local a punccionar, ou protésica quando o material usado para realizar a anastomose de uma artéria com o sistema venoso profundo é realizado por material protésico. Habitualmente é realizada nos membros superiores, de preferência no membro não dominante, sendo a artéria radial a de primeira escolha por não ser dominante na irrigação da mão. A sua construção deve ser o mais distal possível, de forma a permitir que um maior número de veias se desenvolva, oferecendo maior número de locais de punção, e por outro lado no caso de falência da FAV radial são preservados os locais acima deste para realizar nova anastomose. É a via de acesso vascular definitiva com maior durabilidade e segurança, no entanto, para garantir a sua sobrevivência é essencial que se realizem os cuidados necessários de forma a prevenir complicações e a perda do acesso vascular. Para otimizar a sua durabilidade é essencial a coordenação da equipa multidisciplinar, incluindo o nefrologista, o radiologista de intervenção, o imagiologista, o cirurgião vascular, o enfermeiro e a criança/jovem e seu cuidador. Cada um dos elementos da equipa tem funções específicas, e no que concerne ao enfermeiro a sua intervenção é importantíssima, visto que assume uma posição privilegiada

contactando com os utentes três vezes por semana durante quatro horas, tendo o dever de cuidar e orientar a criança/jovem, promovendo o autocuidado e realizando a avaliação da FAV de forma a prevenir complicações e detetar precocemente alterações, melhorando a qualidade de vida da criança/jovem.

1.1 Período de maturação da fistula arteriovenosa

Após a realização da FAV, as crianças/jovens e seus cuidadores devem estar instruídos acerca dos cuidados a ter e da vigilância necessária de modo a prevenir complicações. É importante estar alerta para o risco de hemorragia, vigiando o penso cirúrgico, e avaliar pelo menos duas vezes ao dia a presença de frêmito. A partir do momento em que é construída a FAV não devem realizar avaliação de tensão arterial no membro, dormir sobre o membro, realizar punções venosas no membro ou utilizar roupas e acessórios apertados.

Considera-se que o acesso vascular está maduro quando atinge diâmetro suficiente para ser puncionado e permita fluxos adequados para a sessão de hemodiálise. O tempo mínimo de maturação para uma fistula autóloga é de quatro semanas, podendo ir até três/quatro meses. No entanto em crianças pequenas, o processo de maturação da FAV para ser adequado requer 4 a 6 meses. No caso das próteses, o tempo mínimo recomendado é de duas semanas, sendo preferível aguardar pelas quatro semanas. Aguardar pela maturação adequada para puncionar a FAV é muito importante, pois um acesso imaturo apresenta mais fragilidade da parede vascular e fluxo de sangue insuficiente, aumentando o risco de hematomas e trombose da FAV. Após aproximadamente duas semanas da construção do acesso é altura de o paciente iniciar os exercícios que facilitam o desenvolvimento da fistula como apertar uma bola de borracha pequena repetidamente.

1.2 Punção da fistula arteriovenosa

A punção da FAV, é um procedimento invasivo que exige determinados cuidados fundamentais para prevenir complicações imediatas ou tardias. Deve ser realizada de forma meticulosa, por enfermeiros de diálise experientes, e deve evitar-se a punção de zonas endurecidas, com hematomas, com alterações da pele ou em zonas apicais de aneurismas, sendo a direção do fluxo sanguíneo do acesso que determinará o local de colocação das agulhas. A punção arterial pode ser realizada na direção proximal ou distal, conforme a condição do acesso, deixando uma distância de pelo menos 3 centímetros (cm) da anastomose. Por sua vez, a punção venosa é sempre na direção proximal (no sentido de retorno de sangue) e pelo menos a 5 cm da punção arterial), ou seja, a 8cm da anastomose.

Deve-se considerar que ao colocar as duas agulhas no mesmo sentido, a probabilidade de recirculação sanguínea aumenta, sendo importante respeitar o espaço mínimo entre as agulhas. É fundamental que a criança/jovem lave o membro do acesso vascular com água e sabão antisséptico, independentemente de terem efetuado a higiene pessoal antes de deslocar à unidade de diálise, de forma a diminuir a quantidade de *Staphylococcus aureus*, minimizando a probabilidade de infecção. Após este passo, e antes da punção o enfermeiro deve observar cuidadosamente o membro da FAV, certificando-se que está funcionando e despistando sinais de infecção ou complicações. Antes de realizar o procedimento, também o enfermeiro deve proceder à correta lavagem das mãos e colocar o equipamento de proteção individual (luvas, avental, máscara e óculos), respeitando as normas de assepsia. A desinfecção da pele prévia à punção com antisséptico, deve ser realizada com movimentos circulares do centro para a periferia, numa área de cerca de 10 cm de diâmetro, tendo como ponto central o local a puncionar. O uso de garrote para a punção não é aconselhado pois propicia a formação de hematomas para além da trombose da FAV, quando necessário deve ser pelo tempo mínimo possível, muitas vezes o próprio indivíduo garrota o membro com a mão oposta. Depois de colocadas as agulhas, é importante que antes da conexão se confirme a permeabilidade do acesso, através de lavagem com cloreto de sódio a 0,9%, evitando extravasamento de sangue e conseqüente hematoma. A fixação das agulhas deve ser eficaz, prevenindo a sua exteriorização acidental, e por sua vez o braço deve ficar numa posição confortável e segura, mantendo as agulhas visíveis de forma a serem vigiadas pelo enfermeiro durante a sessão. Existem várias técnicas de punção: punção em escada, punção em área ou punção em botão ou *buttonhole*. Todas apresentam vantagens e desvantagens, devendo-se utilizar a mais adequada a cada criança/jovem.

Na punção em escada, às punções são distribuídas sistematicamente ao longo de todo o comprimento do acesso, utilizando toda a linha vascular. Normalmente iniciam-se as punções na parte inferior do acesso e cada agulha é inserida aproximadamente 2cm acima do último ponto de punção, gerando o uso uniformizado do vaso. Esta técnica é a mais usada pelo enfermeiro, e de acordo com a literatura induz o ligeiro aumento da veia e encontra-se associada a um menor número de aneurismas.

Na técnica de punção em área, as punções são restringidas a uma área muito pequena da veia, área venosa e arterial (2-3cm). Esta técnica destrói as propriedades elásticas da parede vascular, e favorece o desenvolvimento de aneurismas devido ao aumento do diâmetro do lúmen numa zona mais circunscrita. É também associada a estenoses pós-aneurismas e a um maior tempo de hemostase.

Por último, a punção em botão ou *Buttonhole* é realizada sempre no mesmo orifício, com o mesmo ângulo e a mesma profundidade, sendo facilitador um reduzido número de profissionais a realizar a técnica inicialmente. Com o tempo, este tipo de punção, permite a formação de um túnel subcutâneo na parede venosa, que orienta a agulha nesse túnel de punção. A literatura indica que a punção em botão provoca menor número de aneurismas.

Os hematomas e infiltrações da FAV são complicações que podem ocorrer durante as punções. Um hematoma de grandes dimensões pode prejudicar a posterior utilização da FAV ou mesmo impossibilitar temporariamente a sua punção, levando à trombose em casos extremos. Após a sua ocorrência deve realizar-se a aplicação imediata de gelo, protegendo a pele. Deve instruir-se a criança/jovem que a aplicação de gelo está indicada nas primeiras 24 horas, e após esse período devem proceder à aplicação de calor no local, com o auxílio de banhos de água quente e massagem com pomadas heparinóides, promovendo a reabsorção do hematoma. A pomada heparinóide não deve ser aplicada nos dias de sessão de hemodiálise, pois pode potenciar o risco de novo hematoma. Durante todo o processo o membro da FAV deve ser elevado de forma a favorecer a circulação de retorno.

1.3 Remoção das Agulhas e Hemostase

A remoção das agulhas deve ser realizada de forma cuidadosa, no mesmo ângulo de inserção, de forma a prevenir hematomas e infiltrações pós-diálise. É tão importante como a colocação, pois a remoção de forma incorreta pode danificar a parede do vaso. É importante que não se exerça qualquer tipo de pressão sobre o acesso até à remoção total das agulhas. Deve realizar-se ensino à criança/jovem para a realização da hemostase, para que possa colaborar, deve colocar o dedo médio e o indicador em cima da compressa, com o polegar na face posterior do braço envolvendo-o como um “C”. A pressão deve ser suave, não permitindo perdas hemáticas, mas também não obstruindo completamente o fluxo sanguíneo do acesso (pressão dinâmica). No caso de ser necessário realizar a hemostase dos locais de punção separadamente, a primeira agulha a ser retirada deve ser a venosa para não aumentar a pressão intra-acesso, favorecendo a hemorragia pelo local distal. A hemostase deve ser efetuada durante pelo menos 10 minutos, aliviando a pressão ao longo do tempo, mas nunca a interrompendo. Cada paciente apresenta tempos de hemostase diferentes, no entanto uma hemostase superior a 20 minutos sistematicamente, em punções não complicadas, pode indicar um aumento da pressão intra-acesso, podendo ser um sinal de estenose. Após a realização da hemostase, deve-se colocar nos locais um penso estéril. Este penso apenas deve ser retirado no dia seguinte ao tratamento, e com cuidado, sem remover crostas do local de

punção.

1.4 Avaliação da fístula arteriovenosa

Os programas de vigilância da FAV prolongam a sua sobrevivência, permitindo a detecção precoce de disfunções e permitindo a intervenção atempada, melhorando a qualidade da diálise. É por isso importante que todas as unidades de diálise possuam protocolos de avaliação periódica dos acessos, com participação da equipa multidisciplinar. Existem vários métodos de monitorização da FAV, a monitorização clínica através do exame físico à FAV e parâmetros a observar durante a sessão de hemodiálise, a monitorização da pressão do acesso vascular (pressão venosa dinâmica e pressão estática), a avaliação da percentagem de recirculação ou a realização de exames de imagem.

O exame físico é um método que se tem vindo a mostrar bastante eficaz na detecção de estenoses nas FAVs, sendo um instrumento que deve ser utilizado pelo enfermeiro durante as sessões de hemodiálise através de um conjunto de procedimentos: observação/inspeção, palpação e auscultação. A inspeção consiste em observar cuidadosamente o membro da FAV e compará-lo com o membro contra lateral, identificando alterações como lesões cutâneas, alterações na coloração da pele, eritema, equimoses, edema, hematomas, presença de circulação colateral, observação do colapso da veia ao realizar elevação do membro ou existência de aneurismas avaliando a sua evolução. É importante que o enfermeiro saiba o quê e onde observar. Por sua vez, a palpação consiste em examinar características específicas, utilizando as mãos. A palpação do membro da FAV permite identificar alterações na textura, espessura e elasticidade da pele, alterações de temperatura, reconhecimento de flutuações e edema e sentir o pulso e o frémito. A observação e a palpação são procedimentos que se complementam um ao outro, devendo ser realizados simultaneamente. Por fim, a auscultação, realizada com o estetoscópio, permite verificar a presença de sopros na FAV a nível da anastomose e ao longo do acesso vascular. Outros aspetos relacionados com as punções e com o tratamento de hemodiálise também devem ser registados como dificuldade em puncionar, aumento do tempo de hemostase ou aumento das pressões arterial ou venosa com o fluxo de sangue habitual.

1.5 Principais complicações da fístula arteriovenosa

As principais complicações da FAV são a estenose, a trombose, a infeção, a síndrome de roubo e os aneurismas. É fundamental que o enfermeiro esteja alerta para os sinais que evidenciam complicações da FAV e que orientem e instruam a criança/jovem acerca dos

mesmos, de forma a detetar precocemente complicações, melhorando a qualidade da diálise, reduzindo a necessidade de intervenções à FAV e conseqüentemente promovendo o bem-estar e qualidade de vida das crianças e dos jovens.

A estenose é uma complicação que pode ocorrer em qualquer parte do trajeto da FAV, e se detetada e tratada precocemente, pode evitar a trombose do acesso vascular. Quando se manifesta precocemente, a causa pode ser falha na técnica cirúrgica ou lesão do vaso dissecado levando a isquemia, fibrose e não maturação da FAV. Quando ocorrem tardiamente, as flebites pós-punções podem estar na origem das estenoses. São sinais de estenose o estreitamento ou diminuição abrupta da veia, a presença de aneurismas, o aumento do tempo de hemostase, a presença de circulação colateral ou o aumento das pressões arterial e venosa durante a sessão de hemodiálise. O tratamento da estenose pode ser realizado cirurgicamente, através da realização de uma nova anastomose, ou através de angioplastia transluminal percutânea.

Por sua vez, a trombose é uma urgência que deve ser tratada nas primeiras 24 horas, de forma a evitar a colocação de um cateter venoso central, o seu diagnóstico é realizado pela ausência de frêmito e sopro. Na sua origem podem estar problemas de hipercoagulação levando à formação de trombos, ou débito sanguíneo diminuído por hipotensão, desidratação, hematomas compressivos ou estenose nos vasos sanguíneos. O tratamento passa pela realização de novas anastomoses proximais ou extração de trombos quando existem. O tratamento pode ser cirúrgico ou percutâneo. A cirurgia consiste na remoção de trombos, restabelecendo o fluxo, devendo ainda ser corrigida a causa base como drenagem de hematoma ou correção de estenose. Nos procedimentos percutâneos é utilizada a trombólise através de fármacos e se evidência de estenose esta deve ser corrigida como supracitado.

Outra das complicações é a presença de infeção que indica um défice no autocuidado de higiene ou na utilização de técnica asséptica. Geralmente, manifesta-se pela presença de sinais inflamatórios como rubor, dor, calor, tumefação ou mesmo supuração através de feridas ou zonas de punção. A infeção pode levar à ocorrência de trombose, formação de aneurismas, tromboflebite do membro ou septicémia, é por isso imprescindível a correta higienização do membro pela criança/jovem, e a utilização de técnica asséptica nos procedimentos. A criança/jovem deve estar alerta para identificar os sinais de infeção, comunicando-os ao enfermeiro, de forma a que seja realizado tratamento atempado, evitando evolução para situações mais graves. Se a infeção for localizada nos locais de punção, estes não devem ser utilizados até à regressão completa da infeção.

A síndrome de roubo é uma complicação que pode ser despistada através de

observação regular do membro do acesso e valorização de qualquer queixa que a criança/jovem possa apresentar. Caracteriza-se por dor, extremidades frias, cianose do leito ungueal e dificuldade funcional do membro. A sua ocorrência está associada a fístulas construídas com artérias de grande calibre, como a umeral ou femoral, ocorrendo um desvio do sangue destinado a irrigar o membro. Os casos de isquemia devem ser tratados com urgência evitando necrose ou neuropatia isquêmica, através de correção cirúrgica (diminuindo o lúmen da anastomose) ou realizando laqueação se necessário.

Por fim, os aneurismas caracterizam-se pela dilatação do vaso arterializado da FAV em que a estrutura da parede arterial ou venosa se mantém íntegra. Na sua origem está a degeneração do tecido de colagénio da parede vascular e normalmente localizam-se nos locais de punção, associando-se o aparecimento de estenose secundária. A formação, desenvolvimento e degeneração dos aneurismas é favorecida por punções repetidas no mesmo local, podendo levar a outras complicações como infecção ou rotura do vaso. Através da observação é possível observar a presença de aneurismas e deve-se verificar a sua permeabilidade através da palpação do frémito e auscultação do sopro.

2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA CRIANÇA/JOVEM COM FÍSTULA ARTERIOVENOSA

A presença de FAV na criança/jovem pode levar a alteração da auto-imagem e exige um conjunto de cuidados para manter o seu bom funcionamento. Como supracitado, este tipo de acesso vascular pode ter complicações que exigem procedimentos invasivos ou mesmo internamento para a sua resolução, atuando como um stressor que irá alterar a estabilidade e bem-estar da criança/jovem. A intervenção do enfermeiro é crucial, não só nos cuidados à criança/jovem com FAV, mas também na promoção do autocuidado para manter o bom funcionamento do acesso vascular, ajudando a prevenir complicações ou detetá-las precocemente, evitando a sua progressão para a perda do acesso vascular.

É fundamental que a criança/jovem portadora de FAV desenvolva comportamentos de autocuidado, que lhe permitam melhorar a sua qualidade de vida, adaptando o seu estilo de vida às necessidades inerentes à sua condição crónica. O enfermeiro deve intervir promovendo de forma contínua o desenvolvimento de comportamentos de autocuidado pela criança/jovem com FAV, através de educação para a saúde, apoio e orientação sobre os diferentes domínios, explicando e descrevendo todas as ações e a sua importância. As intervenções devem ser individualizadas à criança/jovem, tendo em conta a sua idade e estágio de desenvolvimento, respeitando as suas crenças e a cultura em que se inserem. O enfermeiro deve então ensinar à criança/jovem um conjunto de ações que se destinam a favorecer o bom funcionamento do acesso vascular e a prevenção de complicações, realizando as seguintes intervenções:

- Orientar a criança/jovem para inspecionar o membro da FAV diariamente através da verificação do frémito e avaliação de sinais de disfunção ou infeção da FAV;
- Explicar e descrever em que consiste a verificação do frémito (sensação de movimento que se sente quando se coloca ao de leve os dedos sobre a zona da fístula, e que corresponde à passagem do sangue através da fístula);
- Explicar e descrever em que consistem os sinais de disfunção ou infeção da FAV (edema, extremidades frias, dor, rubor, saída de pus no local das punções ou temperatura aumentada);
- Incentivar a criança/jovem a comunicar as alterações detetadas através da inspeção do membro aos profissionais de saúde, explicando a sua importância;

- Incentivar à realização de exercícios que favoreçam a dilatação venosa no período de maturação da FAV (abrir e fechar a mão numa bola ou pequena ligadura realizando extensão dos dedos completa e lenta para favorecer a perfusão distal e sua oxigenação);
- Orientar a criança/jovem para a importância das medidas de prevenção da infecção da FAV, realizando higiene diária do membro com água e sabão, mantendo a zona limpa e seca e lavagem do membro da FAV com água e sabão antisséptico antes da realização das punções;
- Orientar a criança/jovem para a importância dos cuidados a ter com o membro da FAV de forma a não provocar interrupções no fluxo sanguíneo: não avaliar a tensão arterial, não realizar punções venosas, não realizar esforços, não dormir sobre o membro, não usar roupas ou acessórios apertados;
- Incentivar a criança/jovem a cumprir as restrições nutricionais, controlando ingestão de líquidos, evitando hipotensões durante a sessão de hemodiálise;
- Incentivar a criança/jovem a realizar a hemostase do acesso vascular, explicando e reforçando a importância de aplicar pressão dinâmica.
- Realizar educação para a saúde sobre os cuidados no domicílio na presença de hematomas/infiltrações relacionados com aplicação de frio/calor, massagem ou uso de pomadas heparinóides);
- Orientar a criança/jovem para a retirada dos pensos dos locais de punção apenas no dia seguinte à sessão de hemodiálise, não retirando crostas do local de punção.

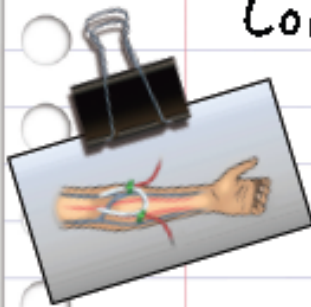
Tendo em conta a informação supracitada, e de modo a complementar a intervenção de enfermagem na promoção do autocuidado da criança/jovem com FAV, foi realizado um poster com o título “Como debes cuidar da tua fistula?”, destinado às crianças e jovens da unidade de hemodiálise que será exposto na sala de tratamento.

BIBLIOGRAFIA

- Alonso Melgar A, Muley Alonso R. Diálisis Pediátrica. En: Lorenzo V, López Gómez JM (Eds) Nefrología al Día. <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-dialisis-pediatrica-57>.
- Campos, R.; Chula, D.; Riella, M.; Nascimento, M. (2007). O Exame Físico como Método de Detecção de Estenose da Fístula Arteriovenosa. J Bras Nefrol Volume 29 - nº 2.
- Guías de Acceso Vascular en Hemodiálisis (2004) Sociedade Espanhola de Nefrologia.
- <http://www.centrodial.com/o-que-saber-sobre-a-sua-doenca/acesso-vascular-fav-e-cateter/> consultado a 12/10/2016.
- <http://www.fistulafirst.org> consultado a 16/10/2016.
- Jiménez Almonacid P. Fístulas arteriovenosas para hemodiálisis. En: Lorenzo V, López Gómez JM (Eds) Nefrología al Día. <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-fistulas-arteriovenosas-hemodialisis-38>.
- Junior, M.; Petnys, A.; Melo, R.; Rabboni, E. (2013) Acesso vascular para hemodiálise: o que há de novo? J Vasc Bras. 2013 Jul.-Set.; 12(3):221-225.
- Tannuri, U.; Tannuri, A. (2005) É factível a utilização de fístulas artério-venosas para hemodiálise em longo prazo em crianças? Rev Assoc Med Bras , 51(2): 61-74.
- Tey, R. (2010) El acceso vascular para hemodiálisis: la asignatura pendiente. Revista Nefrología. Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología, 30(3):280-7.
- Updates Clinical Practice Guidelines and Recommendations (2006) National Kidney Foundation.

APÊNDICE VI – Poster “Como debes cuidar da tua fístula?”

Como deves cuidar da tua fistula?



É importante que examines o teu acesso diariamente!

- ◆ Observa o aspeto da tua pele, que deve estar toda com a mesma coloração.
- ◆ Verifica o frémito da fístula (vibração que sentes quando colocas os dedos sobre a mesma), é um sinal de que está a funcionar.
- ◆ Se notares ausência de vibração ou notares inchaço ou vermelhidão deves comunicar imediatamente com o enfermeiro ou o médico.

A higiene diária do braço é fundamental para prevenir as infeções!



Antes da hemodiálise não te esqueças:

- ◆ Coloca EMLA 1 hora antes para não sentires dor ao colocar as agulhas.
- ◆ Lava muito bem o braço com água e sabão antes das punções.

O que **NÃO** deves fazer:

- ◆ dormir sobre o braço.
- ◆ levantar objetos pesados.
- ◆ deixar que te avaliem a tensão arterial ou colham sangue do braço.
- ◆ usar roupas ou acessórios apertados.

Apenas no dia seguinte ao tratamento deves retirar os pensos com cuidado.



E se começar a sangrar?

- ◆ Mantém a calma, fazendo respirações profundas.
- ◆ Pressiona o local para parar a hemorragia com uma compressa ou roupa limpa.
- ◆ Eleva o braço acima do nível do coração.
- ◆ Chama ajuda de alguém.
- ◆ Se a hemorragia não parar dirige-te ao hospital.



Márcia Martins, Serviço de Pediatria Médica 5.2 - Unidade de Hemodiálise, HDE

7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**APÊNDICE VII – Diário de campo “Intervenções do cuidar
holístico à criança com Insuficiência Renal Crônica”**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular “ESTÁGIO COM RELATÓRIO”

DIÁRIO DE CAMPO

Intervenções de cuidar holístico à criança com Insuficiência Renal Crónica
Unidade de Nefrologia Pediátrica

Docente Orientador:

Professora Doutora Paula Diogo

Márcia Alexandra Cardoso Martins, nº6724

Lisboa

Novembro de 2016

Nota Introdutória

O presente documento surge no âmbito da unidade curricular “Estágio com Relatório”, inserido no 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O diário de campo foi o instrumento de trabalho por mim eleito de forma a registar os dados que considero pertinentes, no âmbito do estágio realizado. Deste modo, e tendo em conta que me encontro num processo de desenvolvimento de competências, a reflexão sobre as experiências vividas e observações realizadas, articulando a prática com a teoria e tomando consciência das minhas ações é fundamental para transformar as experiências em conhecimento.

De forma a operacionalizar uma das atividades realizadas durante este campo de estágio, este diário de campo foi realizado para registar as intervenções do cuidar holístico observadas, às crianças com insuficiência renal crónica acompanhadas em ambulatório, tendo em conta a sua multidimensionalidade e as necessidades inerentes às diferentes variáveis: fisiológica, desenvolvimental, psicoemocional e social.

Hospital de Dia da Unidade de Nefrologia Pediátrica – Consultas de Enfermagem

Como é sabido, o diagnóstico de doença renal crónica nas crianças e jovens acarreta múltiplas consequências para a sua vida ao nível das diferentes variáveis, são sujeitos a múltiplas idas aos serviços de saúde para procedimentos muitas vezes dolorosos ou consultas de rotina. Estas crianças e jovens são obrigados a lidar com uma doença que apesar de ter tratamento não tem cura. Qualquer que seja o estágio da doença renal em que se encontrem, tratamento conservador, tratamento dialítico ou pós transplante, existem sempre diversas limitações físicas e psicológicas, impondo restrições na sua vida social, familiar e escolar.

As consultas de enfermagem do hospital de dia desta unidade de Nefrologia Pediátrica funcionam em dias úteis, durante o turno da manhã, sendo realizadas por um EEESCJ, acompanhando utentes com doença renal crónica e suas famílias em ambulatório. Todos os dias são agendadas consultas de enfermagem que abarcam crianças e jovens de diferentes faixas etárias, em diferentes fases da doença, cada uma delas inserida num contexto próprio, que é necessário conhecer e ter em consideração para a prestação de um cuidado holístico. É fundamental a relação empática que é estabelecida entre a enfermeira e as crianças e pais que aqui recorrem, promovendo a confiança nos profissionais de forma a que ao longo do tempo as crianças e famílias possam sentir apoio nos profissionais de saúde e à vontade para expressar os seus sentimentos e emoções, desenvolvendo um trabalho de parceria, e minimizando o impacto negativo da doença crónica.

Nas várias interações com as diferentes crianças a que tive oportunidade de assistir durante as consultas presenciadas, constatei que é fundamental que a comunicação seja apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura, prestando cuidados individualizados. Assim como existem crianças e famílias bastante envolvidas no tratamento, cumprindo rigorosamente o regime terapêutico instituído e com interesse em aprender cada vez mais responsabilizando-se pela sua saúde, existem também crianças com dificuldades em aderir aos tratamentos de forma correta, não colaborando na realização dos procedimentos com os profissionais de saúde, vendo os mesmos como inimigos. Por certo, as diferentes crianças e famílias encontram-se em fases diferentes do processo de adaptação à condição de doença crónica, e por isto mesmo é fundamental que o enfermeiro identifique as suas

necessidades e consiga através de intervenções individualizadas promover a adopção de estratégias de *coping* e adaptação. Felizmente, na maioria dos casos observados, a relação de proximidade entre os utentes e a enfermeira era notória, e foi possível observar sorrisos, abraços e brincadeiras entre procedimentos, sentindo que estas famílias valorizam o trabalho desenvolvido pelos profissionais e consideram o seu apoio como fundamental.

O trabalho desenvolvido pela EEESCJ insere-se no conceito de cuidado holístico, pois na interação com as crianças e famílias, acaba por desempenhar vários papeis como clínico, educador, guia ou companheiro, tendo uma abordagem multidimensional da saúde e considerando as diferentes variáveis: fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimental e espiritual.

Durante a realização das consultas, através da observação, foi possível identificar diversos stressores presentes nas crianças com doença renal crónica e suas famílias, que podem interferir com a estabilidade do seu sistema. Assim a sua identificação facilita o planeamento das intervenções de enfermagem individualizadas de forma a minimizar o impacto da patologia, promover o crescimento e desenvolvimento normais ou prevenir complicações, apoiando, orientando e educando a criança e a família.

Stressores extrapessoais: tratamentos, dieta, medicação, transportes, dificuldades socioeconómicas, iliteracia, diversidade cultural e exclusão social, défice cognitivo, desemprego.

Stressores interpessoais: relações familiares, relações com os pares, negligência.

Stressores intrapessoais: ansiedade, medo, dor, alterações corporais, preocupação.

A identificação dos stressores e a caracterização das crianças, permite identificar problemas reais ou potenciais e assim estabelecer diagnósticos de enfermagem e delinear um plano de ação, intervir ajudando a criança e família a utilizar as suas possibilidades de resposta aos stressores, a potenciar os recursos que tiverem disponíveis, o que nos remete para o modelo de sistemas de Neuman.

Através de pesquisa bibliográfica, foi possível identificar alguns dos diagnósticos de enfermagem mais comuns nas crianças com IRC e constatar que coincidem com os das crianças com as quais contactei ao longo do estágio. Alguns exemplos são

processos familiares interrompidos; risco de infeção; eliminação urinária prejudicada; atividades recreativas deficientes; medo; intolerância à atividade; conhecimento deficiente; nutrição desequilibrada; volume de líquido deficiente; dor aguda ou crónica; integração social prejudicada ou integridade da pele comprometida (Branco e Pamplona, 2013).

Esta consulta de enfermagem engloba então diversas intervenções de enfermagem que podem ser realizadas consoante a necessidade das crianças, e que integram o cuidado holístico, tendo em vista a promoção da adaptação da criança/família à situação de doença, minimização de stressores presentes, contribuindo para o seu equilíbrio e bem-estar. Seguidamente, estão descritas algumas das intervenções observadas durante a realização do estágio:

- Receber a criança e a família;
- Comunicação com a criança/jovem utilizando técnicas adequadas à idade e estágio de desenvolvimento e de forma compreensível para a família, estabelecendo uma relação empática (variável desenvolvimental);
- Avaliar sinais vitais e dados antropométricos (variável fisiológica);
- Realizar colheita de espécimes para análise (variável fisiológica);
- Realizar diálise peritoneal manual (variável fisiológica);
- Substituir o prolongamento do cateter peritoneal periodicamente, realização de pensos do local de inserção do cateter peritoneal ou outros necessários (variável fisiológica);
- Preparação e administração de terapêutica (variável fisiológica);
- Alteração da programação da diálise peritoneal automatizada segundo prescrição médica (variável fisiológica);
- Realizar educação para a saúde sobre atividades de vida diárias, terapêutica, dieta, técnica de diálise ou reforço das técnicas assépticas (variável social/familiar);
- Promoção da parentalidade positiva envolvendo os pais/cuidadores nos cuidados (variável social/familiar);
- Favorecer a expressão de dúvidas (variável psicoemocional);
- Incentivar a partilha de sentimentos (variável psicoemocional/espiritual);
- Realizar reforço positivo (variável psicoemocional);
- Realizar registos de enfermagem.

Bibliografia

Branco, C.; Pamplona, Y. (2013) Diagnósticos de Enfermagem em Crianças Portadoras de Insuficiência Renal Crônica em Tratamento Hemodiálico. Revista Enfermagem Contemporânea. Agosto;2 (1):103-111.

APÊNDICE VIII – Jornal de Aprendizagem “Consulta de Saúde Infantil”



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular “ESTÁGIO COM RELATÓRIO”

Jornal de Aprendizagem

Consulta de Saúde Infantil

Docente Orientador:

Professora Doutora Paula Diogo

Márcia Alexandra Cardoso Martins, nº6724

Lisboa

Janeiro de 2017

NOTA INTRODUTÓRIA

Este jornal de aprendizagem, realizado no contexto de estágio de cuidados de saúde primários, mais especificamente na consulta de saúde infantil, descreve algumas situações vivenciadas, permitindo a reflexão estruturada sobre as práticas observadas e desenvolvidas, transformando assim as experiências em conhecimento.

Sabemos que todos os enfermeiros envolvidos nos cuidados à criança devem compreender a importância da promoção da saúde, e o plano de cuidados deve incluir a avaliação detalhada do crescimento e desenvolvimento da criança (Hockenberry & Wilson, 2014). Atualmente sabemos também que o desenvolvimento da criança é o resultado de múltiplos fatores, e há um maior conhecimento das diferentes áreas de desenvolvimento infantil: motricidade global, motricidade fina, os sentidos, a linguagem, a cognição não verbal, o raciocínio prático, o comportamento, as emoções, as competências sociais e a autonomia. Uma avaliação do desenvolvimento mais completa e especializada permite detetar desvios do desenvolvimento normal e intervir mais precocemente. É necessário ter presentes as diferentes etapas do desenvolvimento e sinais de alerta, e fundamental a atualização dos conhecimentos (Pinto, 2009). Deste modo, e tendo uma visão holística da criança como um ser biopsicossocial, integrado numa unidade familiar na qual cresce e se desenvolve, a avaliação do seu percurso é preconizada pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) através das consultas de vigilância infantil e juvenil em cuidados de saúde primários, permitindo a deteção precoce de quaisquer perturbações, e das implicações que estas têm na qualidade de vida e no sucesso educacional e integração social da criança.

Reflexão Estruturada

A situação escolhida, descrita seguidamente, diz respeito a uma consulta de saúde infantil realizada a uma criança de 3 anos durante o estágio, uma das idades chave preconizada pelo PNSIJ. O J., toddler de 3 anos de idade veio à consulta de saúde infantil acompanhado pela sua mãe. Quando chegou a sua vez, dirigi-me da sala da consulta à sala de espera para chamar a criança e a mãe. Ao dizer o seu nome, o J. reconheceu-o de imediato e sorriu para a mãe. Os dois dirigiram-se para a sala da consulta, de mão dada, e ao entrarem cumprimentaram de forma calorosa a enfermeira que habitualmente realiza as consultas, evidenciando uma relação de confiança já estabelecida. A enfermeira perguntou como se encontravam, dirigindo-se aos dois e perguntando ao J. se queria brincar. A criança foi recetiva a esta abordagem, dirigindo-se à enfermeira e mostrando à vontade e segurança no ambiente onde se encontrava. Enquanto a enfermeira fazia desenhos com o J. e ao mesmo conversava com a sua mãe sobre aspetos do dia a dia da criança e família (hábitos alimentares, de sono, como corria o infantário, como estava o J. a lidar com a situação de ter um irmão mais novo, alertando-a para alguns aspetos relacionados com a prevenção de acidentes...), fui buscar os cubos e o painel de cores e aproximei-me de ambos. Entre os desenhos, foi pedido ao J. que imitasse uma cruz feita pela enfermeira, o que realizou com sucesso. De seguida perguntei-lhe se queria jogar um jogo comigo, pedindo-lhe que construísse uma torre com os cubos. Enquanto construiu a torre de 9 cubos com sucesso, fiz uma ponte de 3 cubos e perguntei: “queres fazer um igual ao meu?”, o J. sorriu e após 2 tentativas realizou a atividade com sucesso. Passamos aos cartões de cores, e pedi-lhe que combinasse algumas cores, o J. não só combinou as cores como identificou pelo nome praticamente todas. Após mais alguns minutos de brincadeira e conversa, em que o J. me disse o seu nome completo, o primeiro nome do irmão, e onde morava, disse à criança “Estás tão crescido! Vamos ver a tua altura e quanto pesas?”. Passamos então assim à avaliação antropométrica da criança, avaliando o peso e altura da criança e calculando o seu índice de massa corporal, que se encontrava dentro da normalidade. Foi a mãe nesta altura que despiu a criança para a pesagem, no entanto foi-lhe questionado se em casa já o fazia sozinho, ao qual ela respondeu que sim, mas só as peças de roupa mais simples e sem botões, como o casaco por exemplo. Quando saiu da balança, disse-lhe “Estás super crescido, devíamos ver também a tua força com esta pulseira especial!”. Referia-me assim à avaliação da tensão arterial e enquanto coloquei a braçadeira expliquei que iria apertar um pouquinho, mas logo de seguida desapertava. Durante a avaliação da tensão arterial, o J. ficou atento e curioso com o que se

iria passar, e quando a braçadeira apertou o seu braço olhou para a sua mãe como se fosse pedir a sua ajuda. A mãe deu a mão ao J., mostrando carinho e apoio, e o J. colaborou até ao fim. Enquanto a consulta decorria, o J. continuou a brincar e a correr pela sala, e foi-lhe pedido em tom de brincadeira que se equilibrasse só num dos pés. Durante este tempo, foram abordados mais alguns assuntos com a mãe, e dado espaço para colocar as suas dúvidas e receios, a mãe contou um pouco como corria a vida agora com duas crianças em casa. Foi alertada para os riscos de partilharem brinquedos para o irmão mais novo, ao que a mãe disse “pois...já tinha pensado isso! O J. tem muitos brinquedos com peças pequeninas!”. De seguida, ao realizar o registo dos dados no Boletim Individual de Saúde Infantil e Juvenil, foi realizada a leitura em conjunto com a mãe dos cuidados antecipatórios, em que a maioria dos assuntos já tinham sido abordados e foi alertada para a data da próxima consulta/ato vacinal. Entretanto, o J. passou à consulta médica através de uma porta que liga os dois gabinetes, não sendo necessário voltar à sala de espera ou voltar a vestir-se completamente no intervalo das duas. Após a saída do J. e da mãe, finalizámos os registos de enfermagem no sistema informático utilizado, o SCLinic, que permite o registo dos parâmetros antropométricos, a avaliação do desenvolvido utilizando a escala de Mary Sheridan, a criação de sinais de alerta para os próximos contactos com a criança e família e a avaliação do risco das crianças e famílias, identificando fatores protetores e de risco identificados durante as interações.

Refletindo sobre a consulta supracitada, a abordagem da enfermeira especialista com esta criança e esta mãe, a proximidade e relação de confiança já estabelecida através dos contactos anteriores, remete-nos para um cuidado humanizado em que é dada a devida importância à relação terapêutica, que segundo Hockenberry e Wilson (2014) é o fundamento essencial para a prestação de cuidados de enfermagem de alta qualidade. Esta empatia e carinho pelas crianças foi notado não só com esta criança e esta mãe, mas com muitas das famílias que realizaram consulta de SI durante o estágio, e também o reconhecimento do papel da enfermeira pelos pais foi uma constante. Estabelecer uma relação de confiança com a criança, fazendo com que se sinta segura e confortável, revelou-se fundamental para a realização das consultas de saúde infantil, permitindo que a avaliação do seu desenvolvimento seja feita de forma natural, não condicionando os comportamentos da criança. Outro ponto fulcral para a realização da consulta de saúde infantil, é a detenção de conhecimentos específicos acerca do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, assim como dos métodos de avaliação do mesmo. Foram utilizadas estratégias adequadas à idade do J. para comunicar como dirigir a comunicação para o J., estar atenta à mímica que utilizou, que tocasse e que brincasse livremente, que explorasse o ambiente à sua volta, são alguns

exemplos. Nesta consulta, a escala de avaliação de desenvolvimento utilizada é a Mary Sheridan modificada, e através da mesma foram avaliadas: a postura e motricidade global (permitindo que circulasse pela sala), a visão motricidade fina (através dos jogos e brincadeiras realizadas), a audição e linguagem (pela interação com o J.), e o seu comportamento e adaptação social (através da interação com a mãe e das informações fornecidas pela mesma). A enfermeira orientadora demonstrou bastante experiência, o que lhe permite uma observação crítica desde o momento em que esta entra na sala de consulta até que sai e, muito particularmente, durante a conversa com os pais/cuidadores como preconizado pelo PNSIJ. A observação da interação da criança com a mãe ou a brincar, enquanto não é o alvo das atenções permite ao profissional tirar ilações importantes, e geralmente fiáveis, relativamente ao desenvolvimento da mesma (DGS, 2012). No decorrer da consulta foram abordados variados assuntos com a mãe, onde estiveram presentes os cuidados antecipatórios e as atividades promotoras de desenvolvimento adequadas ao J. (saltar e correr, pedir à criança que conte histórias ou algo que fez, ensinar a partilhar, regrar os hábitos de sono ou supervisionar os programas de televisão são alguns exemplos). Apesar da consulta ser dirigida ao J., foi demonstrada disponibilidade à mãe para expor todos os seus receios, mesmo que fossem com o irmão mais novo do J.. Segundo Barbosa et al (2012) os profissionais devem atuar no sentido de reconhecer a importância da família, pois ela é a unidade na qual a criança cresce e se desenvolve e assim ir apoiar e estimular as responsabilidades parentais e a promoção do bem-estar familiar. Esta situação é apenas um exemplo, entre as muitas vivenciadas durante este estágio em cuidados de saúde primários, onde foi possível adquirir e consolidar conhecimentos sobre o crescimento e o desenvolvimento infantil, realizar a sua avaliação, transmitir orientações às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil e promover o crescimento e desenvolvimento infantil, contribuindo assim para o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem.

BIBLIOGRAFIA

- Barbosa, M.; Balieiro, M.; Pettengill, M. (2012) Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis; 21(1): 194-9.
- Direção Geral de saúde. (2013) Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Disponível em: dgs.pt.
- Hockenberry, M.; Wilson, D. (2014) *Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª edição. Lusociência. ISBN 978-989-748-004-1.
- Ordem dos Enfermeiros (2010) *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Disponível em: ordemdosenfermeiros.pt.
- Pinto, M. (2009) Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Rev Port Clin Geral*;25:677-87.

**APÊNDICE IX – Procedimento sectorial “Cuidados de
Enfermagem na Hemodiafiltração Venovenosa Contínua – Monitor
Prismaflex”**

Logótipo institucional	Procedimento sectorial ÁREA DE PEDIATRIA MÉDICA	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA HEMODIAFILTRAÇÃO VENOVENOSA CONTÍNUA – MONITOR PRISMAFLEX	

APROVAÇÃO

1 OBJETIVO

Uniformização de procedimentos; integração de novos elementos.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Enfermeiros e médicos da UCIP do HDE.

3 RESPONSABILIDADES

3.1 Pela implementação do Procedimento: Equipa de enfermagem da UCIP do HDE.

3.2 Pela revisão do procedimento: Equipa de enfermagem da UCIP do HDE.

4 DEFINIÇÕES

HDFVVC – Técnica de depuração extra renal contínua, realizada através de um acesso vascular de grande calibre, que consiste na passagem do sangue por uma membrana semipermeável para remoção de fluídos e moléculas com peso molecular inferior a 50 Da. Combina os seguintes mecanismos de transporte: difusão, ultrafiltração e convecção. Esta técnica utiliza solução dialisante e solução de reposição.

ELABORAÇÃO	
Nome dos profissionais que elaboraram o documento, por ordem alfabética	Acácio Campos
	Márcia Martins
VERIFICAÇÃO	
CQSD	

EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A		1/8

Logótipo institucional	Procedimento sectorial	
	ÁREA DE PEDIATRIA MÉDICA	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA HEMODIAFILTRAÇÃO VENOVENOSA CONTÍNUA – MONITOR PRISMAFLEX	

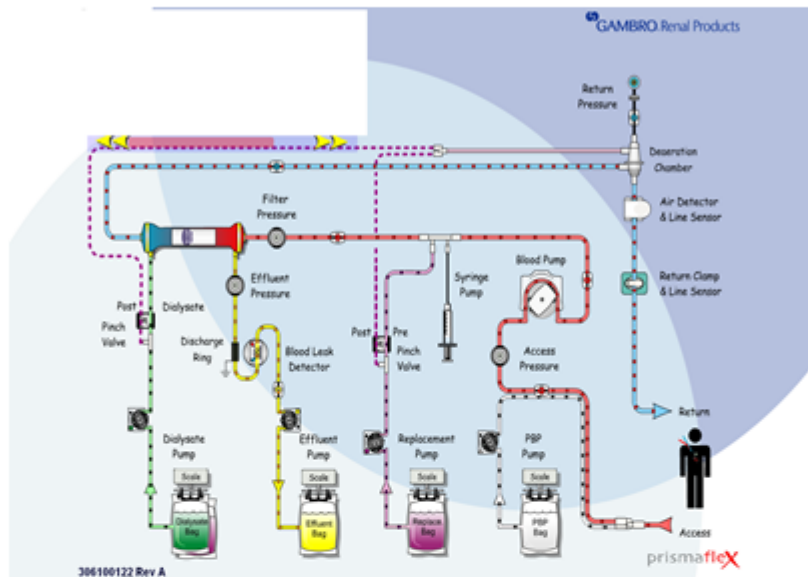


Ilustração 1 - Esquema representativo da técnica

Difusão – Movimento de solutos de uma área de maior concentração para uma área de menor concentração.

Ultrafiltração – Movimento do fluido através de uma membrana semipermeável gerado por um gradiente de pressão.

Convecção – Movimento de solutos que são "arrastados" com a passagem de fluido.

5 SIGLAS E ABREVIATURAS

CE – Concentrado Eritrocitário

Da – Daltons

HDE – Hospital Dona Estefânia

HDFVVC – Hemodiafiltração venovenosa contínua

Kg – Quilogramas

ml – mililitros

PBS – Pré Bomba de Sangue

SF – Soro fisiológico

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			2/8

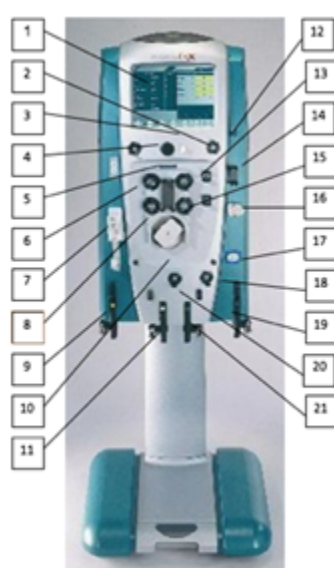
Logótipo institucional	Procedimento sectorial	
	ÁREA DE PEDIATRIA MÉDICA	
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA HEMODIAFILTRAÇÃO VENOVENOSA CONTÍNUA – MONITOR PRISMAFLEX		

6 PADRÃO

Lista-se o conjunto de normas do Manual adotado pelo CHLC que serviram de base à elaboração da política.

- CHKS, *International Accreditation Programme for Healthcare Organizations*, 4ª ed. julho 2013

7 DESCRIÇÃO



1. Ecrã táctil
2. Tomada de pressão de efluente
3. Guia do anel de descarga
4. Detetor de fugas de sangue
5. Leitor de código de barras
6. Bomba de efluente
7. Bomba de seringa (heparina)
8. Bomba PBS
9. Balança do efluente (amarela)
10. Bomba de sangue
11. Balança de PBS (branca)
12. Sensor de pressão de retorno
13. Bomba de dialisante (verde)
14. Câmara de degaseificação
15. Bomba de reposição (roxa)
16. Detetor de bolhas de ar
17. Clampe automático da linha de retorno
18. Tomada de pressão do filtro
19. Balança de reposição
20. Tomada de pressão de acesso
21. Balança de dialisante

Ilustração 1 - Monitor PrismaFlex

Indicações

- Hipervolémia não controlada com diuréticos;
- Falência multiorgânica;
- Insuficiência renal aguda oligoanúrica, independente do valor de ureia e creatinina;


	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			3/8

Logótipo institucional	Procedimento sectorial ÁREA DE PEDIATRIA MÉDICA	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA HEMODIAFILTRAÇÃO VENOVENOSA CONTÍNUA – MONITOR PRISMAFLEX	

- Edema pulmonar cardiogénico;
- Síndrome de lise tumoral;
- Alterações electrolíticas graves;
- Acidose metabólica / láctica;
- Intoxicações por substâncias dialisáveis (AAS, lítio, aminoglicosídeos, teofilina, fenobarbital,);
- Circulação extracorporeal.

Não existem contra-indicações absolutas para iniciar esta técnica.

Material

- Monitor PrismaFlex;
- Circuito e filtro; 
- SF de 1000ml heparinizado com 5000u de Heparina;
- Soluções de dialisante e reposição (3 no total);
- Seringa de 50 ml com SF heparinizado ou com SF no caso de não se usar anti coagulação;
- Balão de SF com sistema (para conexão ao ramo arterial).

Set	Volume total	Peso
HF20	60 ml	> 8 Kg
ST60	93 ml	>11 Kg
ST100	152 ml	>30 Kg

Preparação Do Monitor: Montagem e Priming

1. Ligar o monitor;
2. Escolher sempre a opção NOVO PACIENTE;
3. Colocar os dados do paciente;
4. Selecionar a técnica pretendida: TSRC – HDFVVC;
5. Escolher o método de anti coagulação: deve optar-se sempre pela sistémica e no caso de não realizar heparina colocar um seringa com SF;
6. Seguir as instruções do monitor para a montagem do set, e pressionar CARREG. para carregar o set;
7. Terminar a montagem do monitor segundo instruções, tendo em conta os seguintes aspectos:
 - A bolsa de priming é o SF heparinizado com 5000u de heparina

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			4/8

Logótipo institucional	Procedimento sectorial ÁREA DE PEDIATRIA MÉDICA	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA HEMODIAFILTRAÇÃO VENOVENOSA CONTÍNUA – MONITOR PRISMAFLEX	

- Na linha da bomba PBS (branca), de dialisante (verde) e de reposição (roxa) colocar solução dialisante (habitualmente Hemosol BO)
8. Escolher a opção PRIMING+TESTE;
 9. No final do priming+teste, o monitor está pronto a conectar ao paciente. No caso de necessitar de priming adicional ou priming com CE, conectar nova solução de priming à linha de acesso (vermelha) e pressionar continuamente PRIMING MANUAL até preencher o set;
 10. Programar a terapia segundo prescrição médica: sangue, pré-bomba sangue, solução diálise, reposição e remoção.

Conectar ao Paciente

Sem infusão do priming:

1. Verificar a permeabilidade do cateter realizando uma lavagem dos ramos com seringa de 10 ml de SF;
2. Seguindo as instruções do monitor, conectar a linha de acesso (vermelha) com Y ao ramo arterial do cateter venovenoso;
3. Conectar o SF com sistema à conexão em Y;
4. A linha de retorno (azul) mantém-se conectada ao saco de efluente (balança amarela) até que o filtro esteja preenchido com sangue do paciente. Nesta altura parar a bomba de sangue e conectar a linha de retorno (azul) ao ramo venoso do cateter venovenoso.

No caso de se pretender realizar a infusão do priming no doente conectar as duas linhas, de acesso e de retorno, ao paciente logo inicialmente.

Finalizar Tratamento

Alerta: quando o set é preenchido com CE não se infunde o sangue ao paciente

Com infusão do sangue:

1. Selecionar PARAR;

EDICÃO	PRÓXIMA EDICÃO	Nº PÁGS.
A		5/8

Logótipo institucional	Procedimento sectorial ÁREA DE PEDIATRIA MÉDICA	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA HEMODIAFILTRAÇÃO VENOVENOSA CONTÍNUA – MONITOR PRISMAFLEX	

2. Escolher FINAL TRATAM;
3. Retorno de sangue: seleccionar retorno auto, se necessário realizar retorno manual adicional;
4. Desconectar linhas do paciente;
5. Realizar lavagem dos ramos do cateter venovenoso e heparinizar com heparina pura;
6. Clampar todas as linhas do circuito e descarregar o set.

Sem infusão do sangue:

1. Seleccionar PARAR;
2. Escolher FINAL TRATAM;
3. Clampar todas as linhas e desconectar do paciente;
4. Realizar lavagem dos ramos do cateter venovenoso e heparinizar com heparina pura;
5. Descarregar o set.

Modo de Recirculação

Seleccionar PARAR e escolher RECIR.:

Recirculação com sangue (máx. 60min)

1. Conectar as linhas de acesso e retorno a um SF de 100 ml através de uma conexão em Y previamente expurgada;
2. Iniciar recirculação;
3. Para continuar o tratamento: parar recirculação, clampar as linhas de acesso e retorno e conectá-las ao cateter, desclampar todas as linhas e reiniciar.

Recirculação com SF (máx. 120 min)

1. Conectar a linha de acesso (vermelha) a um SF através de uma conexão em Y;
2. Realizar o retorno do sangue ao doente;
3. Conectar linha de retorno (azul) à conexão em Y;
4. Iniciar recirculação;

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	A		6/8

Logótipo institucional	Procedimento sectorial ÁREA DE PEDIATRIA MÉDICA	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA HEMODIAFILTRAÇÃO VENOVENOSA CONTÍNUA – MONITOR PRISMAFLEX	

5. Para reiniciar tratamento é necessário realizar repriming do set com SF simples;
6. Colocar nova solução de priming conectada à linha de acesso (vermelha) e selecionar PREPAR. P. PRIM
7. Após realização do priming conectar ao paciente (seguir passos descritos anteriormente no ponto conectar ao paciente).

Cuidados de enfermagem durante o tratamento

- Preparação da criança e dos pais para o procedimento;
- Proporcionar posicionamentos adequados e confortáveis prevenindo clampagem acidental das linhas do circuito;
- Monitorização dos parâmetros vitais;
- Balanço hídrico horário;
- Utilização de aquecedor de líquidos/sangue e aquecimento artificial do doente;
- Vigiar o acesso vascular de acordo com a norma vigente no serviço;
- Monitorizar as pressões do circuito;
- Utilizar técnica asséptica nos procedimentos inerentes ao tratamento;
- Troca de soluções durante o tratamento;
- Resolução de alarmes;
- Substituição do filtro, se necessário;
- Proporcionar apoio emocional à criança e família durante o procedimento.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Prismaflex operator's manual - acessado em <http://www.archimedespalimpsest.org/pdf/prismaflex.pdf> a 10/2016

Gambro Lundia AB: Diálise Renal Contínua para Pacientes de Baixo Peso Corporal. Cuidados Intensivos Renais – Modulo de auto-aprendizagem. Portugal, 2010

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			7/8

Logótipo institucional	Procedimento sectorial ÁREA DE PEDIATRIA MÉDICA	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA HEMODIAFILTRAÇÃO VENOVENOSA CONTÍNUA – MONITOR PRISMAFLEX	

Cid, J.; Mano, L. (2013) **Manual de Técnicas de Depuração Extrarrenal aguda en Niños**. Sociedad y Fundación Española de Cuidados Intensivos Pediátricos, Ergon. Madrid.

9 ANEXOS

Anexo A – Folha de registo utilizada para a técnica

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			3/3

APÊNDICE X – Procedimento sectorial “Cuidados de Enfermagem na Plasmaferese – Monitor Prismaflex”

Logótipo institucional	Procedimento sectorial ÁREA PEDIATRIA MÉDICA	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PLASMAFERESE – MONITOR PRISMAFLEX	

APROVAÇÃO

1 OBJETIVO

Sistematização e uniformização de procedimentos / cuidados na Plasmaferese.

Facilitar a integração de novos Enfermeiros na técnica de Plasmaferese.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Enfermeiros do serviço de Pediatria Médica do 5.2. e UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos – do HDE, CHLC.

3 RESPONSABILIDADES

3.1 Pela implementação do Procedimento: Enf.º Chefe.

3.2 Pela revisão do procedimento: Enfermeiros que elaboraram procedimento ou outros a designar.

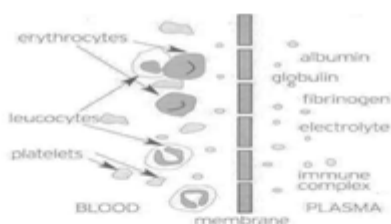
ELABORAÇÃO	
Nome dos profissionais que elaboraram o documento, por ordem alfabética	Acácio Campos
	Madalena Corrêa de Oliveira
	Márcia Martins
	Sandra Garcez
	Sandra Raposo
VERIFICAÇÃO	
CQSD	

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			1/12

Logótipo institucional	Procedimento sectorial ÁREA PEDIATRIA MÉDICA	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PLASMAFERESE – MONITOR PRISMAFLEX	

4 DEFINIÇÕES

Plasmaferese: técnica de depuração extra corporal, destinada a remover substâncias plasmáticas de grande peso molecular. Faz a separação entre plasma e elementos celulares do sangue.



Na Troca de Plasma Terapêutica (TPE), o sangue do plasma e os mediadores de doença nele contidos são removidos do sangue do paciente através da filtração por uma membrana de filtro. É administrado um fluido de reposição de modo a compensar o volume de plasma que é removido através do processo de filtração do plasma (Manual Plasmaferese, Gambro, 2015). É um tipo de Aferese e o seu objectivo principal é remover elementos específicos do plasma que se considerem ser os mediadores de processos patológicos.

Assim sendo, a Plasmaferese tem como principais objectivos:

- Remoção de factores específicos como anticorpos, imunocomplexos, paraproteínas, componentes tóxicos e lipoproteínas;
- Modelação da resposta auto-imune (Cid e Mano, 2013).

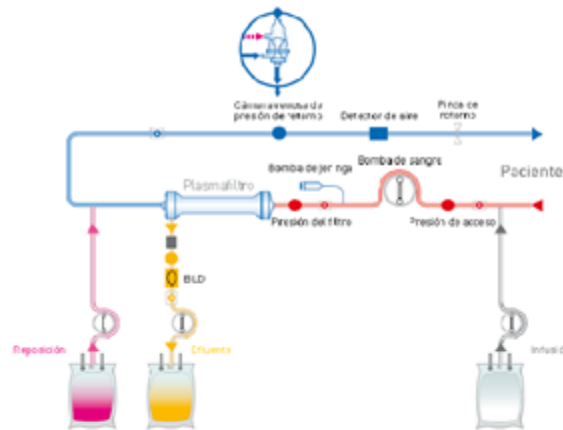
Indicações:

- Miastenia Gravis
- Síndrome de Guillain-Barré
- Lúpus Eritematoso Sistémico
- Púrpura trombocitopénica trombótica
- Polineuropatia desmielinizante inflamatória crónica

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			2/12

Logótipo institucional	Procedimento sectorial	
	ÁREA PEDIATRIA MÉDICA	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PLASMAFERESE – MONITOR PRISMAFLEX	

- Síndrome Hemolítico Urémico Atípico
- Glomerulonefrite
- Síndrome de Goodpasture (doença anti-membrana basal glomerular)



5 SIGLAS E ABREVIATURAS

TPE – Troca de Plasma Terapêutica
HDE – Hospital Dona Estefânia
CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central
SF – Soro Fisiológico
ml - Mililitros
CHKS

6 PADRÃO

CHKS, *International Accreditation Programme for Healthcare Organizations*, 4ª ed. Julho 2013

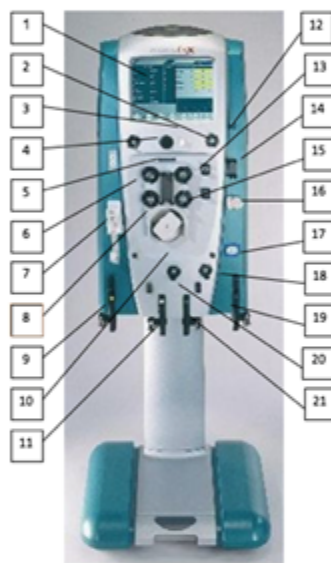
NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO
A		Nº PÁGS. 3/12

Logótipo institucional	Procedimento sectorial	
	ÁREA PEDIATRIA MÉDICA CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PLASMAFERESE – MONITOR PRISMAFLEX	

42	Serviços de Pediatria e Adolescência	42.5 / 42.8
----	--------------------------------------	-------------

7 DESCRIÇÃO

Descrição do monitor:



1. Ecrã táctil
2. Tomada de pressão de efluente
3. Guia do anel de descarga
4. Detetor de fugas de sangue
5. Leitor de código de barras
6. Bomba de efluente
7. Bomba de seringa (heparina)
8. Bomba PBS
9. Balança do efluente (amarela)
10. Bomba de sangue
11. Balança de PBS (branca)
12. Sensor de pressão de retorno
13. Bomba de dialisante (verde)
14. Câmara de degaseificação
15. Bomba de reposição (roxa)
16. Detetor de bolhas de ar
17. Clampe automático da linha de retorno
18. Tomada de pressão do filtro
19. Balança de reposição
20. Tomada de pressão de acesso
21. Balança de dialisante

Material necessário

- Monitor PRISMAFLEX
- KIT de TPE (circuito e filtro)

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	A		4/12

Logótipo institucional	Procedimento sectorial ÁREA PEDIATRIA MÉDICA
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PLASMAFERESE – MONITOR PRISMAFLEX

Filtro	Superfície	Volume aproximado set	Peso
TPE 1000	0.15 m2	71 ml	>20Kg
TPE 2000	0.35 m2	125 ml	Adultos

- 2 sacos de 1000 cc de soro fisiológico (para filtros TPE 1000) ou 3 sacos de 1000 cc de soro fisiológico (para filtros TPE 2000) para priming, sendo que o último saco deve conter 10.000 UI Heparina.
- 1 seringa de 50cc com soro fisiológico + heparina (de acordo com prescrição)
- Solução de reposição: Plasma fresco ou Albumina 5% na quantidade prescrita
- 2 sacos de 500cc de Cloreto de Sódio 0,9% (um para o retorno de sangue e outro para substituir o líquido de reposição durante o priming)

Preparação do monitor:

- 1) Ligar o monitor no botão on/off
- 2) O monitor inicia com um teste e após a sua finalização premir Continuar
- 3) Selecionar no ecrã: Novo paciente e o display avança para Infoterapia;
- 4) Introduzir Nome do paciente, peso e hematócrito do mesmo (de acordo com prescrição) e confirmar;
- 5) Escolher a terapia – TPE;
- 6) Escolher método de anti coagulação (sistémica), confirmar;
- 7) Carregar o set de TPE prescrito;
 - a. Encaixar o set no suporte;
 - b. Colocar as tomadas de pressão;
 - c. Encaixar o anel de descarga estática na respectiva guia e insira a linha de efluente (**amarela**) no detector de fuga de sangue;
 - d. Pendurar temporariamente linha de acesso (**vermelha**) no gancho de priming;
 - e. Posicionar a câmara de desgasificação no seu suporte e colocar a linha de monitorização da câmara no sensor de pressão retorno;

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			5/12

Logótipo institucional	Procedimento sectorial ÁREA PEDIATRIA MÉDICA	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PLASMAFERESE – MONITOR PRISMAFLEX	

- f. Introduzir linha de retorno (azul) no detector de ar e clamp da mesma;
- g. Fechar a porta do detector de ar;
- h. Abrir a balança de efluente e pendurar a bolsa de recolha/efluente;
- i. Seleccionar carregar SET, verificando se não existem linhas dobradas ou torcidas e confirmar SET carregado;
- j. Fazer seguir todas as linhas pelas respectivas guias;
- k. A linha PBS (branca) que não é utilizada, fica pendurada;
- l. Adaptar à linha de acesso o primeiro saco de 1000cc para priming e pendurá-la no respectivo gancho;
- m. Colocar saco de 500cc de SF na balança de reposição (linha roxa);
- n. Conectar linha de reposição (azul) e linha efluente (amarela) ao saco colector e premir continuar;

8) Preparar seringa de heparina;

- a. Abrir o trinco do clampe do êmbolo e premir auto baixo
- b. Adaptar a linha da seringa de heparina (linha verde) à seringa;
- c. Colocar a seringa no suporte e inserir as aletas da seringa no suporte;
- d. Premir auto cima e aguardar o alcance da seringa o próprio sistema faz a expurga;
- e. Fechar a abertura do clampe e premir confirmar;

9) Seleccionar no ecrã Priming+Teste que dá início ao teste de Priming;

São realizados dois ciclos de priming (o último com heparina) com o sistema TPE 1000. Para o sistema TPE2000 são realizados três ciclos de priming (o último dos quais com heparina);

10) Após passar teste de priming:

- a. Inspeccionar o nível de fluido da câmara de desgasificação, se necessário seleccionar ajustar câmara e ajustar o nível com as setas;
- b. Seleccionar ajustar nível;
- c. No caso de necessitar de priming adicional ou priming com concentrado eritrocitário, conectar nova solução de priming à linha de acesso (vermelha) e pressionar continuamente PRIMING MANUAL até preencher o set.

11) Inserir prescrição de TPE;

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			6/12

Logótipo institucional	Procedimento sectorial ÁREA PEDIATRIA MÉDICA	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PLASMAFERESE – MONITOR PRISMAFLEX	

- a. Inserir parâmetro de volume de reposição total e volume de recipiente de reposição conforme prescrição e confirmar;
- b. Introduzir taxas de débito de sangue, fluido de reposição, e perda de plasma do paciente (habitualmente zero);
- c. Parâmetros de acordo com prescrição e confirmar;
- d. Introduzir taxa de heparina contínua (o valor mínimo permitido é de 2ml/h) de acordo com prescrição e seleccionar confirmar tudo;

12) Confirmar prescrição de TPE.

Preparação da conexão à criança/jovem:

- 1) Verificar a permeabilidade do cateter realizando uma lavagem dos ramos com seringa de 10 ml de SF;
- 2) Abrir a balança de reposição e substituir saco de soro por solução de reposição (plasma ou albumina);
- 3) Fechar todos os clampes;
- 4) Se infundir priming:
 - a. Desconectar o Y da bolsa de efluente e conectar linha amarela à bolsa;
 - b. Adaptar a linha de acesso (vermelha) ao Y e adaptá-lo ao ramo arterial do CVC;
 - c. Desconectar linha de retorno (azul) do Y e conectar ao ramo venoso do CVC;
 - d. Conectar soro para retorno de sangue ao Y;
 - e. Desclampar todas as linhas, à excepção da linha branca, e os clampes do CVC;
 - f. Iniciar terapia.
- 5) Se NAO infundir priming:
 - a. Desconectar o Y da bolsa de efluente;
 - b. Conectar a linha de retorno (azul) à bolsa de efluente;
 - c. Deixar pendurada mas protegida a linha de efluente (amarela);

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGS.
A			7/12

Logótipo institucional	Procedimento sectorial ÁREA PEDIATRIA MÉDICA	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PLASMAFERESE – MONITOR PRISMAFLEX	

- d. Adaptar a linha de acesso (vermelha) ao Y e adaptá-lo ao ramo arterial do CVC;
- e. Conectar soro para retorno de sangue (desligar) ao Y;
- f. Desclampar todas as linhas, à excepção da linha branca, e os clampes do CVC;
- g. Iniciar terapia.
- h. Parar quando sistema preenchido com sangue;
- i. Desadaptar linha de retorno da bolsa e adaptá-la ao ramo venoso do CVC;
- j. Adaptar linha de efluente (amarela) à respectiva bolsa;
- k. Reiniciar tratamento;

Início de tratamento:

- 1) O tratamento inicia-se em três minutos ao longo dos quais se alteram o volume de sangue e do líquido de reposição conforme prescrição.
 - a. Seleccionar Ajustar e definir ritmos de sangue e de líquido de reposição
 - b. Quando se inicia a troca de plasma deve efectuar-se o bólus de heparina conforme prescrito.
- 2) Bólus de heparina:
 - a. Seleccionar Anticoagulação no ecrã;
 - b. Selecciona Ajustar
 - c. Escolher bólus volume;
 - d. Introduzir com a ajuda das setas o volume prescrito para bólus e confirmar;
 - e. Seleccionar bólus intervalo, e com a ajuda das setas premir para baixo até aparecer imediato e confirmar;
 - f. Aguardar indicação de que o volume de bólus foi totalmente administrado, verificando no histórico de soluções;
 - g. Se volume não administrado na totalidade proceder novamente conforme descrito em 14a) a 14d).

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			8/12

Logótipo institucional	Procedimento sectorial ÁREA PEDIATRIA MÉDICA	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PLASMAFERESE – MONITOR PRISMAFLEX	

- 3) Monitorizar sinais vitais e parâmetros do monitor no início de tratamento e depois de 15 em 15 minutos, ou sempre que se justificar, até final do tratamento;
- a. Hora;
 - b. Tensão Arterial;
 - c. Frequência Cardíaca;
 - d. Débito de Sangue (ml/h);
 - e. Solução de Reposição;
 - f. Reposição Efectiva;
 - g. Efluente;
 - h. Balanço;
 - i. Pressão arterial (acesso);
 - j. Pressão venosa (retorno);
 - k. Pressão transmembranar
 - l. Observações;

Final do tratamento / Preparação da desconexão da criança/jovem:

Alerta: quando o set é preenchido com concentrado eritrocitário não se infunde o sangue ao paciente.

- 1) Premir Parar Tratamento;
- 2) Seleccionar Finalizar Tratamento;
- 3) Executar retorno de sangue, (**NOTA:** só se pode efectuar retorno se não existirem coágulos no circuito)
 - a. Premir Retorno de sangue;
 - b. Seleccionar retorno auto;
 - c. Ajustar velocidade da bomba de sangue;
 - d. Ajustar volume de retorno;
 - e. Confirmar e inicia-se retorno auto;

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			9/12

Logótipo institucional	Procedimento sectorial ÁREA PEDIATRIA MÉDICA	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PLASMAFERESE – MONITOR PRISMAFLEX	

- f. Se ainda existir sangue na linha que seja necessário infundir pode ajustar-se novamente volume de retorno ou selecciona-se retorno manual e mantém-se o dedo no botão até volume total necessário;
- g. Continuar quando retorno terminado;
- 4) Seleccionar Desconecte Paciente;
- a. Clampar todas as linhas;
- b. Clampar clampes do cateter.
- 5) Seleccionar Descarregar sistema;
- 6) Confirmar Descarregar e aguardar;
- 7) Consultar Histórico para registo de valores finais;
- 8) Retirar set;
- 9) Desligar o Monitor.
- 10) Registrar de acordo com anexo A, qualquer informação considerada relevante.

Cuidados de enfermagem durante o tratamento:

- Preparação da criança e dos pais para o procedimento;
- Proporcionar posicionamentos adequados e confortáveis prevenindo clampagem accidental das linhas do circuito;
- Monitorização dos parâmetros vitais;
- Utilização de aquecedor de líquidos e aquecimento artificial do doente;
- Vigiar o acesso vascular de acordo com a norma vigente no serviço;
- Monitorizar as pressões do circuito;
- Utilizar técnica asséptica nos procedimentos inerentes ao tratamento;
- Troca de soluções durante o tratamento;
- Resolução de alarmes;
- Proporcionar apoio emocional à criança e família durante o procedimento.

Complicações:

- Acesso vascular: trombose, hemorragia ou infeção;

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
A			10/12

Logótipo institucional	Procedimento sectorial ÁREA PEDIATRIA MÉDICA	
	CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PLASMAFERESE – MONITOR PRISMAFLEX	

- Hipovolémia e hipotensão ao iniciar a técnica;
- Hipervolémia se infundido volume de priming ao finalizar o tratamento;
- Hipotermia;
- Perda de fatores de coagulação, fibrinogénio e outras proteínas plasmáticas.

Principais Alarmes:

- Acesso muito negativo
- Retorno muito positivo
- Ar no sangue
- Retorno desconectado
- Retorno não detectado

(Seguir as instruções do monitor para a sua resolução).

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Prismaflex operator's manual - acedido em

<http://www.archimedespalimpsest.org/pdf/prismaflex.pdf> a 10/2016

Cid, J.; Mano, L. (2013) **Manual de Técnicas de Depuración Extrarrenal aguda en Niños**. Sociedad y Fundación Española de Cuidados Intensivos Pediátricos, Ergon. Madrid.

Manual Plasmaferese, Gambro, 2015

9 ANEXOS

Anexo A – Folha de registo utilizada para a plasmaferese

	EDIÇÃO	PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
	A		11/12

Logótipo institucional	PLASMAFERESE (Prismaflex) FOLHA DE REGISTO UCIP e Unidade Pediatria Médica 5.2.
-----------------------------------	---

IDENTIFICAÇÃO	Data _____ Sessão nº _____ Enfermeiro _____ Médico _____
----------------------	---

Dados pré - tratamento Peso _____ Kg TA _____ / _____ Temperatura _____ °C Hematócrito _____ %	Plano da Sessão Filtro _____ Líquido de Reposição _____ Heparina: taxa contínua _____ Vol. Reposição _____ Heparina: bolus _____ Priming _____ Medicação Inicial _____
---	--

Hora	TA	FC	Sangue ml/m	Reposição ml/h	Reposição efectiva	Efluentes	Balanço	P.A. (saída)	P.V. (retorno)	PTM	Obs

Notas de Enfermagem _____ _____ _____ _____
--

**APÊNDICE XI – Análise dos Registos de Enfermagem numa
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos segundo o Modelo de
Betty Neuman**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria
Unidade Curricular ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**ANÁLISE DOS REGISTOS DE ENFERMAGEM NUMA
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS
SEGUNDO O MODELO DE BETTY NEUMAN**

Docente Orientador:
Prof.^a Doutora Paula Diogo

Márcia Alexandra Cardoso Martins, nº6724
Lisboa, Janeiro de 2017

Nota Introdutória

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, a decorrer numa unidade de cuidados intensivos pediátricos, inserido no 3º semestre do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, surge a realização deste documento, denominado “Análise dos Registos de Enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos segundo o Modelo de Betty Neuman”, como uma atividade de estágio na busca da concretização dos objetivos delineados.

Os registos de enfermagem são um elemento fundamental da organização dos cuidados de enfermagem, incorporando as necessidades de cuidados de enfermagem, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente (OE, 2001). Devem ser rigorosos e completos, pois através dos registos se documenta a metodologia do trabalho em enfermagem, dando visibilidade ao mesmo e promovendo a continuidade dos cuidados.

Na unidade de cuidados intensivos pediátricos em questão, os registos de enfermagem são manuscritos, através de estrutura narrativa. O modelo adotado de forma a ser seguida a mesma linha de pensamento por todos os enfermeiros, foi o modelo teórico de Nancy Roper, no entanto neste tipo de registos existe variabilidade da quantidade e qualidade das anotações realizadas, podendo existir dispersão da informação. Nancy Roper et al. (1987) identifica doze atividades de vida (manter o ambiente seguro, comunicar, respirar, comer e beber, eliminar, higiene pessoal e vestir-se, controlo da temperatura do corpo, mobilizar-se, trabalhar e divertir-se, exprimir a sexualidade, dormir e morrer) em que cada uma se situa num contínuo de dependência/independência ao longo do ciclo de vida. Subjacentes ao modelo estão os quatro conceitos do metaparadigma de enfermagem: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem. A pessoa é considerada como um sistema aberto em permanente interação com o meio ambiente, em que as atividades de vida são influenciadas por fatores biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos, e o enfermeiro, deve planear, implementar e avaliar intervenções de enfermagem individualizadas de forma a evitar, aliviar, resolver ou enfrentar os problemas relacionados com as atividades de vida (Roper et al., 1987).

À semelhança de Betty Neuman, Nancy Roper insere-se no paradigma da interação, e ambas sustentam as suas teorias tendo por base o holismo, em que a pessoa é vista como um todo, inserida no seu sistema complexo. O cuidar em enfermagem, para ser holístico e

integral, tem que ser multidimensional, focando-se não só nas necessidades biológicas, mas também nas emocionais, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentais e espirituais.

Nesta lógica, a realização desta atividade visa analisar se os registos de enfermagem nesta unidade de cuidados intensivos pediátrica espelham o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros (planeamento, implementação e avaliação das intervenções de enfermagem), considerando a criança e sua família em todas as suas dimensões.

Análise reflexiva dos registos de enfermagem segundo a teoria de Betty Neuman

Para a realização da atividade, e tendo em conta o tema que tem sido por mim trabalhado ao longo deste percurso académico “A Criança com insuficiência renal: a complexidade do cuidar holístico”, foram selecionados registos de enfermagem relativos a duas crianças internadas na unidade, submetidas a técnicas de substituição da função renal. Vivenciei ambas as situações e tive oportunidade de prestar de cuidados de enfermagem a estas crianças e suas famílias. Foram consultados os registos de enfermagem relativamente a 48 horas de internamento, que corresponde a 6 turnos, num dia aleatório. Seguidamente, encontram-se excertos das notas de enfermagem, associadas a cada variável identificada da criança e sua família, após as quais se segue a análise e reflexão sobre as mesmas.

Fisiológica

- *“hemodinamicamente estável”*
- *“mantém-se ventilado em PRVC”*
- *“hipotérmico, com necessidade de aquecimento artificial”*
- *“mantém HDFVVC sem intercorrências”*
- *“penso do CVC externamente limpo e seco”*
- *“mantém alimentação por SNG”*
- *“drenagem vesical funcionante, mantém oligúria”*

Psicológica/Emocional:

- *“À entrada vinha calmo, mas receoso aos procedimentos”*
- *“pais chorosos, ansiosos com a situação”*

- *“foi disponibilizado apoio psicológico”*

Sociocultural:

- *“pais colaborantes nos cuidados”*
- *“esteve acompanhado pela mãe”*
- *“foi permitida a presença da tia para substituir a mãe”*

Desenvolvimental:

Nos registos consultados não há dados relativos à variável desenvolvimental.

Espiritual:

- *“teve a visita do Padre Carlos”*
- *“O G. foi batizado hoje, foi permitida a presença dos padrinhos”*

Análise reflexiva

A variável **fisiológica** está presente e predomina os registos de enfermagem consultados, o que na minha perspetiva é explicado pela presença do risco de vida eminente, estando a vida da criança dependente de fármacos e meios tecnológicos. Na variável **psicológica/emocional**, os registos identificam diagnósticos de enfermagem relacionados com o estado emocional das crianças e pais, como tristeza e ansiedade muito presente nos mesmos, desencadeados pelas situações e pelos diferentes stressores presentes (luzes e ruído, dinâmica da UCIP, alarmes, tecnologia complexa, incerteza do futuro, medo da morte, ciclos de sono/vigília, papel parental alterado, limitações de visitas...). Os registos identificam a necessidade de intervenção, porém os registos das intervenções de enfermagem realizadas nessa sequência não estão presentes. Não foram identificados registos referentes à variável **desenvolvimental** o que pode ser explicado pela evolução clínica das crianças culminar em necessidade de ventilação mecânica e sedação, não sendo possível realizar uma avaliação de aspectos do desenvolvimento das crianças. No entanto, quando na admissão as crianças se encontram conscientes, são registados alguns aspectos relativos ao seu desenvolvimento motor e cognitivo na avaliação inicial. Na dimensão **sociocultural**, está sempre presente a presença ou não dos pais, a sua colaboração nos cuidados, ou os familiares de referência que dão suporte aos pais na sua ausência. Por fim a nível **espiritual**, os registos identificam uma situação de um batizado que ocorreu na unidade, onde foram proporcionadas as condições

possíveis e permitida a presença das pessoas mais significativas para a sua realização. Nesta dimensão prevalece a vertente religiosa da espiritualidade.

Numa primeira análise, se não conhecesse o trabalho de enfermagem desenvolvido neste serviço, e cingindo-me à leitura dos excertos selecionados, atrever-me-ia a dizer que o modelo biomédico estaria ainda fortemente presente na enfermagem praticada, pela predominância da **variável fisiológica** nos registos consultados. No entanto, por conhecimento desta realidade, e apesar da influência do modelo biomédico, situo os cuidados de enfermagem prestados numa orientação holística e humanizada, em que a saúde é vista como um fenómeno multidimensional e a criança como um todo, inserida no seu sistema complexo. Um estudo realizado num hospital em Portugal, por Martins et al. (2008) revelou que os enfermeiros reconhecem como grande finalidade dos registos a garantia da continuidade dos cuidados, realçando os aspetos técnicos e relacionados com as intervenções interdependentes, não dando ênfase aos aspetos emocionais e relativos à família. Também de acordo com Watson (2002) e Bettinelli e Erdmann (2009) as características tecnológicas da UCI, priorizando os procedimentos técnicos, fundamentais para o suporte vital do cliente, podem tornar secundários outros aspetos como o cuidar da família, o que pode justificar de certa forma os registos de enfermagem encontrados. Também considero que o pouco espaço para a realização dos registos, e o tempo insuficiente sem momentos nem espaços propícios para a reflexão dos enfermeiros sobre os cuidados prestados, pode influenciar o tipo de registos encontrados. Brooks (1998) refere que os registos não conseguem refletir a natureza holística do trabalho dos enfermeiros, e é precisamente o que na minha opinião acontece neste serviço: as intervenções dos enfermeiros vão muito além da técnica. As situações vivenciadas são experiências de situação limite a que se associa o risco de vida e são vividas de forma única pelos pais. Muitas vezes as crianças não se apercebem da gravidade da situação pela idade ou por estarem inconscientes, mas os pais estão quase sempre presentes, vivendo as situações de forma emocionalmente intensa, em que cada minuto conta, e os enfermeiros acompanham as crianças e suas famílias desenvolvendo uma relação de empatia, escutando e apoiando. A perícia dos profissionais, e o desenvolver um trabalho de equipa permite que se dê apoio emocional aos pais e às crianças, percebendo as suas dificuldades e estando alerta para as suas necessidades.

Um internamento ou uma situação de doença por si só é um processo com impacto negativo nas vivências das crianças e famílias, que pode ser ainda mais exacerbado quando se trata de um internamento em UCI. O internamento neste contexto pode ser ainda mais traumático, acarretando um conjunto de stressores físicos, ambientais, psicológicos e sociais

para a criança e família. Alguns exemplos destes são a gravidade das situações, a possibilidade de acontecimentos indesejados, a dinâmica dos cuidados, a incapacidade para comunicar, a falta de conhecimentos ou a incompreensão da situação, a falta de controlo sobre a situação, a observação dos cuidados a outras crianças que pode ser traumática ou a falta de privacidade. Considero que a equipa de enfermagem é sensível a estes aspetos, reconhecendo a necessidade de dar suporte, conforto, informação, estabelecendo uma relação de proximidade e dando segurança às famílias e crianças. Na passagem de ocorrências, a visão holística que os enfermeiros têm sobre as crianças e famílias é mais fácil de identificar, pois é demonstrada uma grande preocupação com as necessidades das famílias e das crianças, revelando um conhecimento da individualidade de cada caso. São relatadas inúmeras intervenções da promoção do conforto, do apoio emocional e espiritual, da relação de ajuda que é estabelecida, do respeito que existe pelas crenças e valores de cada família, potenciando as estratégias de *coping* dos pais, minimizando os fatores de stress, fazendo com que se sintam parte da equipa multidisciplinar sentindo que são reconhecidos como elementos essenciais e imprescindíveis no cuidar às suas crianças. Mas então porque não são registadas tantas intervenções de enfermagem autónomas, que na verdade espelham a abrangência do nosso cuidar?

A prestação de cuidados em UCI é um desafio constante, tendo como objetivo fulcral dos cuidados atingir o equilíbrio das capacidades humanísticas do cuidar com a perícia clínica e tecnológica necessária para otimizar a sobrevivência (Thomas & Jeffrey, 2002). Abordar este assunto permitiu-me refletir acerca da importância do desenvolvimento da capacidade de cuidar de forma holística da criança em situação crítica e sua família, considerando cada situação como única. Como refere Watson (2002, p. 29) “O homem é mais do que apenas a soma das suas partes”, e é imprescindível incluir a família quando se cuida de uma criança em situação crítica, considerando-a como um todo bio-psico-sociocultural e espiritual, prestando cuidados centrados na família.

Considerando o objetivo desta atividade, considero que os registos de enfermagem não espelham o cuidado holístico desenvolvido na unidade. Neste sentido, considero pertinente propiciar um momento de reflexão em equipa sobre o tema através de um momento formativo com os pares, para que em conjunto possamos reconhecer a importância de dar visibilidade aos cuidados prestados através dos registos de enfermagem.

Referências Bibliográficas

- Bettinelli, A.; Rosa, J.; Erdmann, L. (2009). Internação em unidade de terapia intensiva: Experiência de familiares. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 28(3). P377-384.
- Brooks, J. (1998). An analysis of nursing documentation as a reflection of actual nurse work. *Medsurg Nursing*. New Jersey, 1998, 189-198.
- Martins, A. Et al (2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? Lisboa, *Pensar Enfermagem* Vol. 12 N.º 2.
- Ordem dos Enfermeiros: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos (2001) Conselho de Enfermagem, Dezembro de 2001.
- Roper, N.; Logan, W; Tierney, A. (1987) *Modelo de Enfermeria*. 2ª ed. Madrid: Interamericana, 1987. 380 p. ISBN 84-7605-365-7
- Thomas, N.; Jeffrey, C. (2002). *Enfermagem em Nefrologia*. 2ª edição. Camarate: Lusociência
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar – Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência.

**APÊNDICE XII – Sessão formativa “Intervenções de
Enfermagem à Criança em Situação Crítica submetida a TSRC na
UCIP - Uma Reflexão em Equipa”**



Plano da Sessão Formativa: “Intervenções de Enfermagem à Criança em Situação Crítica submetida a TSRC na UCIP - Uma Reflexão em Equipa”

Destinatários: Enfermeiros que desempenham funções na UCIP

Objetivos:

- Reciclar conhecimentos: a criança com IRA submetida a TSRC internada na UCIP – intervenções de enfermagem;
- Apresentar os procedimentos setoriais: “Cuidados De Enfermagem na Hemodiafiltração Venovenosa Contínua – Monitor Prismaflex” e “Cuidados de Enfermagem na Plasmaferese - Monitor Prismaflex”;
- Apresentar a análise dos registos de enfermagem realizada;
- Refletir sobre os registos de enfermagem na unidade;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância dos registos de enfermagem.

Metodologia: Expositiva

Tempo previsto: 60 minutos

Material a utilizar: Computador, projetor.

**7º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização de Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediatria**

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À CRIANÇA EM SITUAÇÃO CRÍTICA SUBMETIDA A TSRC NA UCIP - UMA REFLEXÃO EM EQUIPA

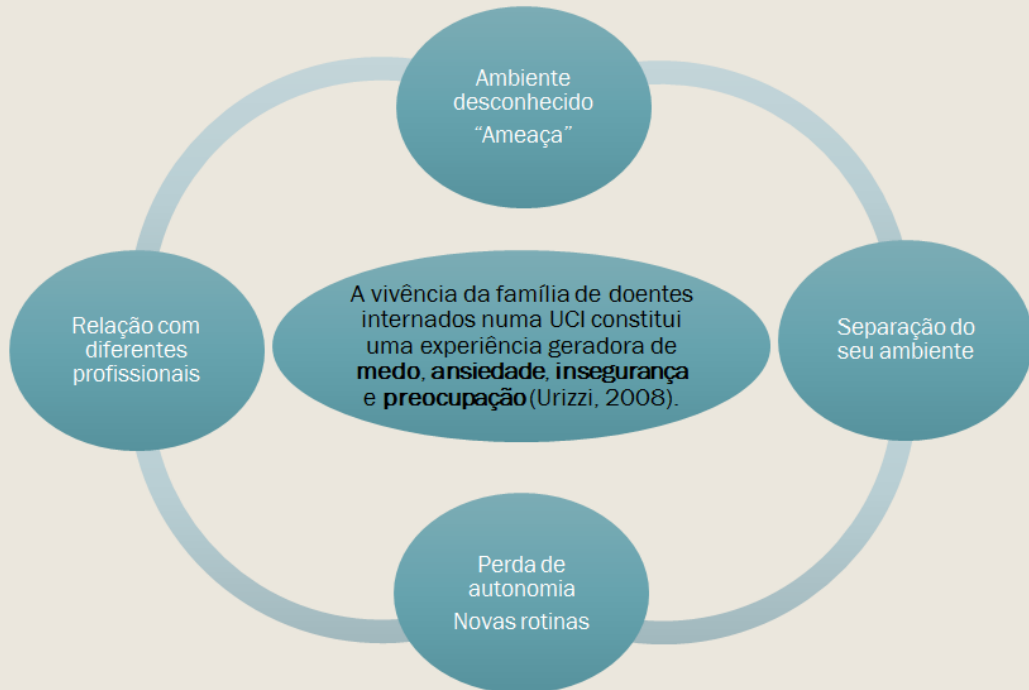
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Elaborado por: Márcia Martins, n.º6724; Docente Orientador: Prof.ª Doutora Paula Diogo

Objetivos:

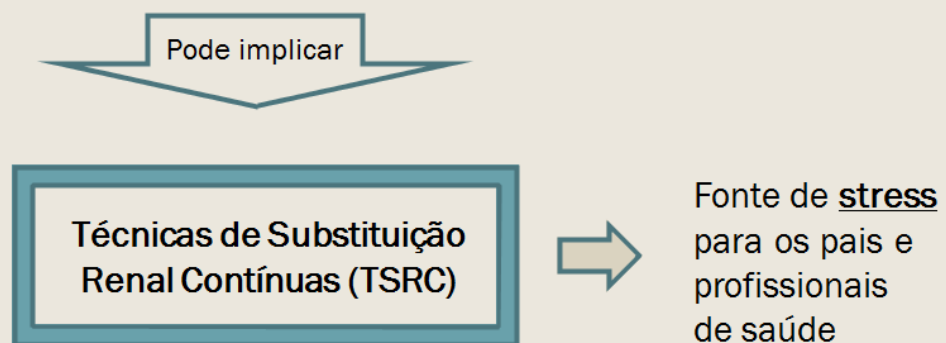
- Reciclar conhecimentos: a criança com IRA submetida a TSRC internada na UCIP – intervenções de enfermagem;
- Apresentar os procedimentos setoriais: “Cuidados De Enfermagem na Hemodiafiltração Venovenosa Contínua – Monitor Prismaflex” e “Cuidados de Enfermagem na Plasmaferese - Monitor Prismaflex”;
- Apresentar a análise dos registos de enfermagem realizada;
- Refletir sobre os registos de enfermagem na unidade;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância dos registos de enfermagem.

Internamento na UCIP



A criança com insuficiência renal na UCIP

- A IRA habitualmente é reversível, mas a mortalidade na faixa etária pediátrica é ainda elevada. A sua evolução clínica depende da causa, mas a probabilidade de diálise ou hemofiltração contínua é elevada levando à necessidade de internamento numa unidade de cuidados intensivos onde se encontram profissionais competentes e os equipamentos necessários (Hockenberry & Wilson, 2014).



Cuidados de enfermagem à criança submetida a TSRC e sua família

- As situações vivenciadas são experiências de situação limite a que se associa o risco de vida e são vividas pelos pais de forma emocionalmente intensa.
- As TSRC são técnicas especializadas que exigem dos profissionais conhecimentos técnico-científicos.
- Como refere Watson (2002, p. 29) “O homem é mais do que apenas a soma das suas partes”, e é imprescindível incluir a família quando se cuida de uma criança em situação crítica, considerando-a como um todo bio-psico-sociocultural e espiritual, prestando cuidados centrados na família.
- O enfermeiro deve ter em conta a multidimensionalidade da criança, que se insere num sistema familiar, considerando as necessidades físicas, psicológicas, socioculturais e espirituais.

Indutores de stress

- Num ambiente tão ameaçador, os indutores de stress na criança e nos pais são variados...

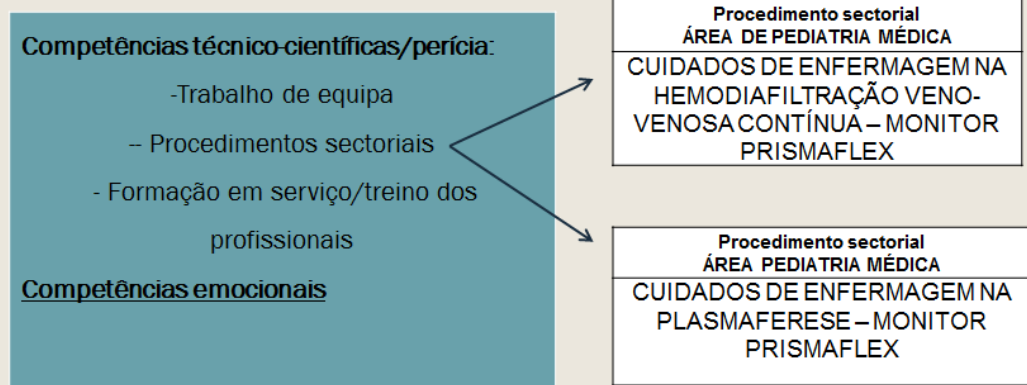
- ✓ Luzes e ruído
- ✓ Dinâmica da UCIP
- ✓ Alarmes
- ✓ Tecnologia complexa
- ✓ Incerteza do futuro
- ✓ Gravidade das situações
- ✓ Medo da morte
- ✓ Ciclos de sono/vigília
- ✓ Papel parental
- ✓ Limitações de visitas
- ✓ Falta de conhecimentos
- ✓ Incapacidade para comunicar
- ✓ Incompreensão da situação



A intervenção dos enfermeiros requer **competências multidimensionais**

Cuidados de enfermagem à criança submetida a TSRC e sua família

- O principal objetivo dos cuidados é atingir o **equilíbrio** das **capacidades humanísticas do cuidar** com a **perícia** clínica e **tecnológica** necessária para otimizar a sobrevivência (Thomas e Jeffrey, 2002).



Gestão Emocional do cliente – Intervenções de Enfermagem

- De acordo com Diogo (2015), as intervenções de enfermagem na gestão emocional do cliente dividem-se em 2 grupos de estratégias:

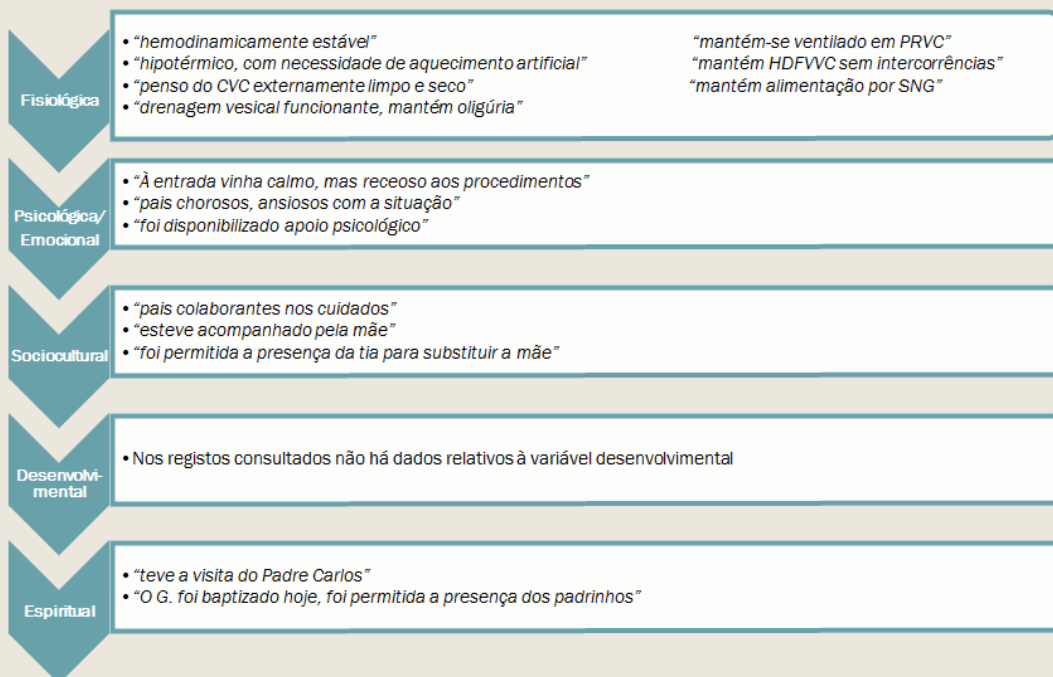
Gestão emocional de antecipação
<ul style="list-style-type: none">• Postura calma e carinhosa• Mostrar disponibilidade• Preparação para os procedimentos• Fornecer explicações/informações• Favorecer a expressão de sentimentos• Dar reforço positivo• Distração

Gestão das emoções reativas
<ul style="list-style-type: none">• Envolver a família nos cuidados• Explicar e esclarecer dúvidas• Colocar-se ao lado• Fazer pausas• Fomentar a esperança• Dar carinho• Diferenciar os momentos• Desviar o foco de atenção• Encorajar e restringir

Registos de enfermagem

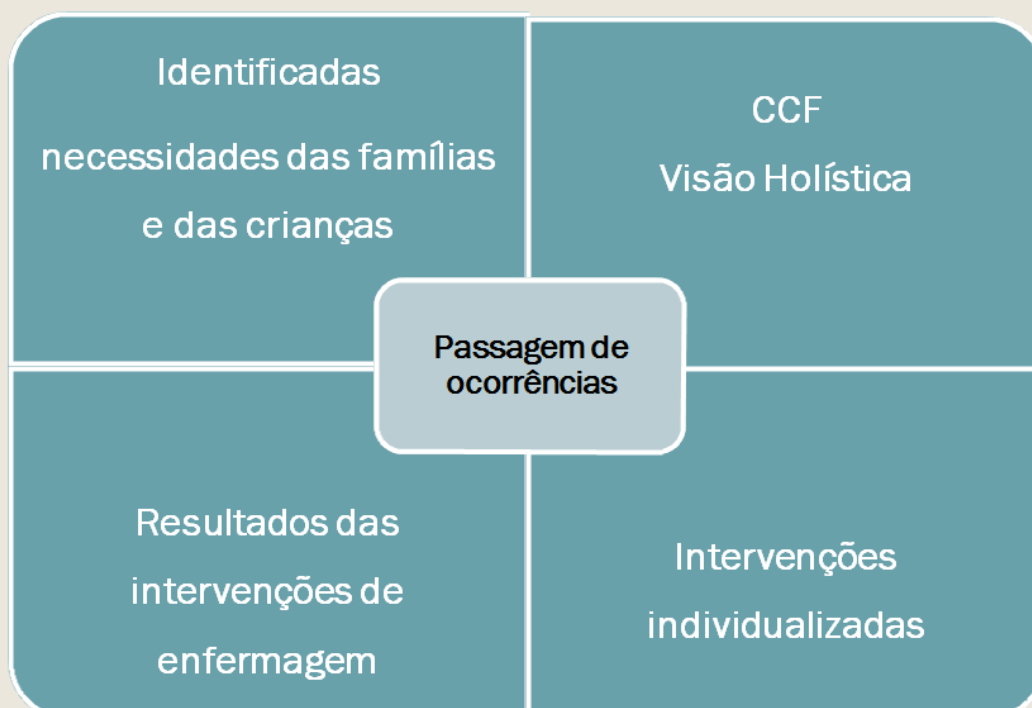
- Os registos de enfermagem são um elemento fundamental da organização dos cuidados de enfermagem, incorporando as necessidades de cuidados de enfermagem, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente (OE, 2001).
- Devem ser **rigorosos e completos**, pois através dos registos se documenta a metodologia do trabalho em enfermagem, dando **visibilidade** ao mesmo e promovendo a **continuidade dos cuidados**.

Registos de enfermagem na UCIP



Análise dos registos de enfermagem

- Numa primeira análise, se não conhecesse o trabalho de enfermagem desenvolvido neste serviço, e cingindo-me à leitura dos excertos selecionados, atrever-me-ia a dizer que o modelo biomédico estaria ainda fortemente presente na enfermagem praticada, pela predominância da **variável fisiológica** nos registos consultados. No entanto, por conhecimento desta realidade, e apesar da influência do modelo biomédico, situo os cuidados de enfermagem prestados numa orientação holística e humanizada, em que a saúde é vista como um fenómeno multidimensional e a criança como um todo, inserida no seu sistema complexo.
- Considero que a equipa de enfermagem é sensível a todas as vertentes da criança e família, reconhecendo a necessidade de **dar suporte, conforto, informação**, estabelecendo uma **relação de proximidade** e transmitindo segurança às famílias e crianças.



Para refletir...



Porque não são registadas tantas intervenções de enfermagem autónomas, que na verdade espelham a abrangência do nosso cuidar holístico?

BIBLIOGRAFIA

- Diogo, P. (2015). Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar (2.ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Hockenberry, M. J., Wilson, D. (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª ed. Volumes I e II. Loures: Lusociência;
- Thomas, N.; Jeffrey, C. (2002). *Enfermagem em Nefrologia*. 2ª edição. Camarate: Lusociência;
- URIZZI, Fabiane [et al.] - Vivência de familiares internados em unidades de terapia intensiva. Rev. Brasileira de Terapia Intensiva. [Em linha]. Vol. 20, nº 4 (2008), p. 370-375.;
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar – Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos (2001) Conselho de Enfermagem, Dezembro de 2001.